Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

СОГЛАСОВАНО	УТВЕРЖДАЮ
Декан педиатрического факультета д.м.н., доцент Н.А. Белых _____ подпись «21» 11 2018 г.	проректор по учебной работе профессор О.М. Урясьев _____ подпись «22» ноября 2018 г.

Фонд оценочных средств
для государственной итоговой аттестации

для студентов 6 курса

специальность

31.05.02 Педиатрия

РЯЗАНЬ, 2018

Матрица компетенций, сформированность которых оценивается на государственном экзамене

Номер ситуационной задачи и/или задания/билета	Компетенции
Тесты блока № 1	Кластер компетенций №1 «Общемедицинские и гуманитарные аспекты деятельности врача» *ОК-1* *ОК-2* *ОК-3* *ОК-4* *ОК-5* *ОК-8* *ОПК-1* *ОПК-2* *ОПК-3* *ОПК-4* *ОПК-5* *ОПК-7* *ПК-20*
Тесты блока № 2 ***Ситуационные задачи блока № 1***	Кластер компетенций №2 «Диагностическое направление» *ОПК-9* *ПК-5* *ПК-6* *ПК-12*
Тесты блока № 3 ***Ситуационные задачи блока № 2***	Кластер компетенций №3 «Лечебное направление» ОК-7 ОПК-8 ОПК-10 ОПК-11 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12 ПК-13 ПК-19
Тесты блока № 4 ***Ситуационные задачи блока № 3***	Кластер компетенций №4 «Профилактическое направление» ОК-6 ОПК-11

	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-15 ПК-16 ПК-12 ПК-22
Тесты блока № 5 ***Ситуационные задачи блока № 4***	Кластер компетенций №5 «Реабилитация» ОПК-11 ПК-14
Тесты блока № 6 ***Ситуационные задачи блока № 5***	Кластер компетенций №6 «Медицинская статистика, научная и управленческая деятельность врача» ОПК-6 ПК-4 ПК-7 ПК-17 ПК-18 ПК-21 ПК-22

Блок тестовых заданий №1

Кластер компетенций №1 «Общемедицинские и гуманитарные аспекты деятельности врача»

АРТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОТОК ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
А) соединение аорты и легочной артерии
Б) дефект межжелудочковой перегородки
В) дефект в межпредсердной перегородке
Г) полную форму атриовентрикулярной коммуникации
У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В КАНАЛЬЦАХ ПОЧЕК ПРОИСХОДИТ ПОЛНАЯ РЕАБСОРЦИЯ
А) глюкозы
Б) аминокислот
В) низкомолекулярных белков
Г) ионов натрия
КЛАССОМ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В ГРУДНОМ МОЛОКЕ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ МЕСТНЫЙ ИММУНИТЕТ КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) IgA
Б) IgM
В) IgG
Г) IgE
СРЕДНЕСУТОЧНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЙОДЕ ДЛЯ ПОДРОСТКА СОСТАВЛЯЕТ _____ МКГ
А) 200
Б) 50
В) 10
Г) 50
ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ДЕЛИТСЯ НА
А) поздний антенатальный, интранатальный, ранний неонатальный
Б) антенатальный, интранатальный, неонатальный, поздний неонатальный
В) ранний неонатальный, поздний неонатальный
Г) антенатальный, неонатальный
К ЦЕНТРУ АВТОМАТИЗМА ПЕРВОГО ПОРЯДКА ОТНОСЯТ
А) синусовый узел
Б) автоматические клетки в левой ножке пучка Гиса
В) автоматические клетки в волокнах Пуркинье
Г) предсердные (эктопические) автоматические клетки
НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ЗУБЕЦ Р ОТОБРАЖАЕТ ПРОЦЕСС
А) возбуждения в миокарде предсердий
Б) распространения возбуждения на стенки желудочков и верхушку сердца
В) распространения возбуждения на базальные участки миокарда желудочков
Г) от начала возбуждения предсердий до начала возбуждения желудочков

АНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ ОВАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ В КОНЦЕ ПЕРВОГО ____ ЖИЗНИ
А) года
Б) часа
В) первого полугодия
Г) первого месяца
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКРЫТИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ В
А) первые часы после рождения
Б) первое полугодие жизни
В) конце первого года жизни
Г) конце первого месяца жизни
АНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У БОЛЬШИНСТВА ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРОИСХОДИТ _____ ЖИЗНИ
А) к концу 2-го месяца
Б) в первые часы
В) к 10 дню
Г) в конце первого полугодия
ЗУБЕЦ Т НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ СООТВЕТСТВУЕТ
А) реполяризации желудочков
Б) деполяризации предсердий
В) реполяризации предсердий
Г) деполяризации предсердий и желудочков
ИНТЕРВАЛ PQ(R) НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ СООТВЕТСТВУЕТ ВРЕМЕНИ ПРОВЕДЕНИЯ ВОЗБУЖДЕНИЯ
А) от синусового узла до желудочков
Б) по предсердиям
В) от синусового узла до АВ-узла
Г) от синусового узла до волокон Пуркинье
ПРИ СИНУСОВОМ РИТМЕ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ
А) зубцы Р во II стандартном отведении положительны и предшествуют неизмененному желудочковому комплексу QRS
Б) зубцы Р отрицательные, регистрируются во II и III отведении после неизмененных желудочковых комплексов
В) закономерная связь комплексов QRS и зубцов Р отсутствует
Г) зубцы Р отрицательные, регистрируются во II и III отведении перед неизмененными желудочковыми комплексами
В НОРМЕ У ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ
А) преобладают потенциалы правого желудочка
Б) преобладают потенциалы левого желудочка
В) преобладают потенциалы левого предсердия
Г) преобладают потенциалы правого предсердия

АБСОЛЮТНОМУ РЕФРАКТЕРНОМУ ПЕРИОДУ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ СООТВЕТСТВУЕТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ
А) Т-Р
Б) QRS
В) ST
Г) QRS-T
НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛНОГО ОХВАТА ВОЗБУЖДЕНИЕМ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ И ПЕРИОД РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА
А) ST
Б) Т-Р
В) Р-Q
Г) QRS
ЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ СИСТОЛУ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА
А) QRS-T
Б) ST
В) Т-Р
Г) Р-Q
НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ОТРАЖАЕТ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВОЗБУЖДЕНИЯ В МИОКАРДЕ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА
А) QRS
Б) QRS-T
В) ST
Г) Т-Р
НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЛЕВЫЙ КОНТУР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ТЕНИ СВЕРХУ-ВНИЗ ОБРАЗОВАН
А) дугой аорты, легочной артерией, левым предсердием, левым желудочком
Б) дугой аорты, левым предсердием, легочной артерией, левым желудочком
В) дугой аорты, левым желудочком, левым предсердием, легочной артерией
Г) левым предсердием, левым желудочком, правым желудочком
НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРАВЫЙ КОНТУР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ТЕНИ СВЕРХУ-ВНИЗ ОБРАЗОВАН
А) восходящей частью аорты, правым предсердием, правым желудочком
Б) верхней полой веной, правым предсердием, правым желудочком
В) нижней полой веной, правым предсердием, правым желудочком
Г) восходящей частью аорты, правым предсердием, правым желудочком, легочной артерией
НА РЕНТГЕНОГРАММЕ В ПРАВОЙ КОСОЙ ПРОЕКЦИИ ПЕРЕДНИЙ КОНТУР ТЕНИ СЕРДЦА И КРУПНЫХ СОСУДОВ ОБРАЗОВАН
А) восходящей частью аорты, легочным стволом, выходным отделом правого желудочка, контуром левого желудочка

Б) верхней полой веной, левым и правым предсердием
В) восходящей частью аорты, ушком правого предсердия, правым желудочком
Г) левым предсердием и левым желудочком
НА РЕНТГЕНОГРАММЕ В ПРАВОЙ КОСОЙ ПРОЕКЦИИ ЗАДНИЙ КОНТУР ТЕНИ СЕРДЦА И КРУПНЫХ СОСУДОВ ОБРАЗОВАН
А) верхней полой веной, левым и правым предсердием
Б) восходящей частью аорты, легочным стволом, выходным отделом правого желудочка, контуром левого желудочка
В) восходящей частью аорты, ушком правого предсердия, правым желудочком
Г) левым предсердием и левым желудочком
НА РЕНТГЕНОГРАММЕ В ЛЕВОЙ КОСОЙ ПРОЕКЦИИ ПЕРЕДНИЙ КОНТУР ТЕНИ СЕРДЦА И КРУПНЫХ СОСУДОВ ОБРАЗОВАН
А) восходящей частью аорты, ушком правого предсердия, правым желудочком
Б) восходящей частью аорты, легочным стволом, выходным отделом правого желудочка, контуром левого желудочка
В) верхней полой веной, левым и правым предсердиями
Г) левым предсердием и левым желудочком
НА РЕНТГЕНОГРАММЕ В ЛЕВОЙ КОСОЙ ПРОЕКЦИИ ЗАДНИЙ КОНТУР ТЕНИ СЕРДЦА И КРУПНЫХ СОСУДОВ ОБРАЗОВАН
А) левым предсердием и левым желудочком
Б) восходящей частью аорты, легочным стволом, выходным отделом правого желудочка, контуром левого желудочка
В) верхней полой веной, левым и правым предсердием
Г) левым предсердием, левым желудочком, правым желудочком
АНТИТЕЛА ВЫРАБАТЫВАЮТСЯ
А) плазмоцитами
Б) эозинофилами
В) базофилами
Г) эритроцитами
ПЛАЗМАТИЧЕСКИЕ КЛЕТКИ, НЕПОСРЕДСТВЕННО СИНТЕЗИРУЮЩИЕ АНТИТЕЛА, ФОРМИРУЮТСЯ ИЗ
А) В-лимфоцитов
Б) Т-лимфоцитов
В) макрофагов
Г) нейтрофилов
ВЫСОКОЙ СЕНСИБИЛИЗИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ
А) рыба
Б) кролик
В) конина
Г) индейка
ВЫСОКОЙ СЕНСИБИЛИЗИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ
А) арахис

Б) картофель
В) топинамбур
Г) огурцы
ПРОБА ПО ЗИМНИЦКОМУ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ
А) концентрационную функцию почек
Б) фильтрационную функцию почек
В) количество эритроцитов в моче
Г) количество лейкоцитов в моч
ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ
А) 19,5–22,9
Б) 18,5–19,4
В) 17–18,4
Г) 15–16,9
АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА РАЗВИВАЮТСЯ
А) в течение первых 6 часов после контакта с аллергеном
Б) через 6-8 часов после воздействия аллергена
В) через 48-72 часа после контакта с аллергеном
Г) в течение первой недели после контакта с аллергеном
ОТСРОЧЕННЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ МЕДЛЕННОГО ТИПА РАЗВИВАЮТСЯ
А) через 6-8 часов после воздействия аллергена
Б) в течение первых 6 часов после контакта с аллергеном
В) через 48-72 часа после контакта с аллергеном
Г) в течение первой недели после контакта с аллергеном
АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ЗАМЕДЛЕННОГО ТИПА РАЗВИВАЮТСЯ
А) через 48-72 часа после контакта с аллергеном
Б) в течение первых 6 часов после контакта с аллергеном
В) через 6-8 часов после воздействия аллергена
Г) в течение первого месяца после воздействия аллергена
ТИП РЕАКЦИЙ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЙСЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ
А) гипертермический
Б) анафилактический
В) цитотоксический
Г) иммунокомплексный
ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ ДЛИТСЯ
А) с 10 до 19 лет
Б) с 12 до 16 лет
В) с 11 до 18 лет
Г) с 10 до 14 лет
ПУБЕРТАТНЫЙ СКАЧОК РОСТА НАБЛЮДАЕТСЯ У МАЛЬЧИКОВ _____ ЛЕТ, У ДЕВОЧЕК _____ ЛЕТ
А) 13-15, 11-13
Б) 11-13, 13-15
В) 9-12, 10-13

Г) 10-13, 9-12
ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗРЕЛОСТЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) соответствием биологического возраста календарному
Б) процессом полового созревания
В) завершением формирования всех органов и систем
Г) преобразованием морфологических и функциональных структур организма
В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
А) половая формула
Б) скорость прорезывания постоянных зубов
В) темп нервно-психического развития
Г) костный возраст
К АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ ОТНОСИТСЯ
А) активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы
Б) ювенильное увеличение щитовидной железы
В) увеличение тимуса
Г) уменьшение объема яичек у мальчиков
ИСТОЧНИКОМ ЗАРАЖЕНИЯ ГЕПАТИТОМ В ЯВЛЯЮТСЯ
А) больные хроническим вирусным гепатитом В
Б) больные цитомегаловирусным гепатитом
В) больные острым вирусным гепатитом А
Г) носители вируса простого герпеса
ПОД ИНДЕКСОМ КОНТАГИОЗНОСТИ ПОНИМАЮТ ОТНОШЕНИЕ ЧИСЛА ЗАБОЛЕВШИХ
А) инфекцией к числу имеющих возможность заразиться ею
Б) одной инфекцией к числу всех инфекционных больных за данный период
В) инфекцией к числу всей популяции в данном регионе
Г) инфекцией к числу ранее болевших данной инфекций
БОТАЛЛОВ ПРОТОК СОЕДИНЯЕТ
А) легочную артерию с аортой
Б) пупочную вену с нижней полой веной
В) пупочную артерию с аортой
Г) легочную артерию с пупочной веной
У РЕБЁНКА 5 ЛЕТ ЧАСТОТА ПУЛЬСА В МИНУТУ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ
А) 100
Б) 120
В) 80
Г) 78
У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ПРАВАЯ ГРАНИЦА СЕРДЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
А) по правой парастернальной линии
Б) на 2 см кнаружи от правой парастернальной линии

В) по правой средне ключичной линии
Г) на 2 см кнаружи от правой средне ключичной линии
У НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА ЧАСТОТА ПУЛЬСА В МИНУТУ СОСТАВЛЯЕТ
А) 140-160
Б) 100-120
В) 80-100
Г) 60-80
ДЛЯ РАСЧЕТА СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У РЕБЁНКА СТАРШЕ 1 ГОДА ИСПОЛЬЗУЮТ ФОРМУЛУ
А) 90+2n
Б) 60+n
В) 80+(n-2)
Г) 100+2n
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКГ I СТАНДАРТНОЕ ОТВЕДЕНИЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ МЕЖДУ
А) левой и правой рукой
Б) правой и левой ногами
В) левой рукой и правой ногой
Г) левой рукой и левой ногой
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКГ 4 ГРУДНОЕ ОТВЕДЕНИЕ (V4) РЕГИСТРИРУЕТСЯ
А) 5 межреберье по срединно-ключичной линии
Б) 4 межреберье слева у грудины
В) 4 межреберье справа у грудины
Г) 5 межреберье по передней аксилярной линии
ОСОБЕННОСТЬЮ ЭКГ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) зубец Т в стандартных отведениях мал, двухфазен, отрицателен
Б) высокий зубец R в I отведении
В) глубокий зубец S в III отведении
Г) высокий зубец Т в стандартных отведениях
НА ЭКГ КОМПЛЕКС QRS ОТРАЖАЕТ
А) возбуждение желудочков
Б) переход возбуждения с предсердий на желудочки
В) возбуждение межжелудочковой перегородки
Г) возбуждение предсердий
ОБЪЕМ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА 6-12 МЕСЯЦЕВ НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ _____ МЛ/СУТКИ
А) 1000
Б) 800
В) 1200
Г) 1400
ПОТРЕБНОСТЬ В УГЛЕВОДАХ (В ГРАММАХ НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА) ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ

А) 12-14
Б) 5-8
В) 8-10
Г) 10-12
АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ СО СТОРОНЫ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) галактоземия
Б) фенилкетонурия
В) целиакия
Г) первичная лактазная недостаточность
ВЕРХУШКА ЛЕГКОГО У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОЕЦИРУЕТСЯ НА
А) уровне 1-го ребра
Б) 1,5 см выше ключицы
В) уровне 2-го ребра
Г) 3 см выше ключицы
К ЦЕНТРАЛЬНЫМ ОРГАНАМ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ
А) тимус и костный мозг
Б) селезенка и костный мозг
В) эпифиз и гипофиз
Г) пейеровы бляшки
ВОЗРАСТНАЯ ИНВОЛЮЦИЯ МИНДАЛИН НАЧИНАЕТСЯ С
А) подросткового возраста
Б) юношеского возраста
В) раннего детства
Г) сразу после рождения
МИЕЛИНИЗАЦИЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН ПИРАМИДНОГО ПУТИ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦЕВ
А) 12
Б) 3
В) 6
Г) 9
АКТИВНОЕ ФОРМИРОВАНИЕ АЛЬВЕОЛ ВНУТРИУТРОБНО ПРОИСХОДИТ НА _____ МЕСЯЦЕ ГЕСТАЦИИ
А) 6-7
Б) 3-4
В) 5
Г) 8-9
НАИБОЛЕЕ СПОСОБНЫ К СПАСТИЧЕСКОМУ СОКРАЩЕНИЮ
А) мелкие бронхи
Б) терминальные бронхиолы
В) респираторные бронхиолы
Г) крупные бронхи
ОЧАГИ КРОВЕТВОРЕНИЯ В ПЕЧЕНИ ИСЧЕЗАЮТ К
А) периоду новорожденности

Б) 1 месяцу после рождения
В) 3 неделям внутриутробной жизни
Г) 3 месяцам внутриутробной жизни
ОПУХОЛЬЮ НАЗЫВАЕТСЯ ТКАНЬ С
А) нарушением регуляции роста и дифференцировки клеток
Б) выраженной пролиферацией клеток
В) гипертрофией и гиперплазией клеток
Г) воспалительной клеточной инфильтрацией
КАКОВО ТОПОГРАФИЧЕСКОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ?
А) в переднем средостении между грудиной и плечеголовными венами
Б) на шее спереди и по бокам трахеи
В) в заднем средостении
Г) в переднем нижнем средостении между грудиной и перикардом
ПОД ФИЗИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ ПОНИМАЮТ
А) совокупность морфологических и функциональных свойств организма, характеризующих его рост и развитие на каждом возрастном этапе
Б) соответствие физиологических и функциональных показателей ребенка возрастным стандартам
В) достигнутый уровень созревания отдельных органов, систем и функций организма ребенка
Г) комплекс морфологических свойств организма, характеризующих его рост и развитие на каждом возрастном этапе
ДОНОШЕННЫМ СЧИТАЕТСЯ НОВОРОЖДЕННЫЙ, РОДИВШИЙСЯ НА СРОКЕ ГЕСТАЦИИ В _____ НЕД.
А) 38-42
Б) 22-37
В) 28-37
Г) 36-40
СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НЕДОНОШЕННЫХ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ
А) Сильвермана
Б) Глазго
В) Дементьевой
Г) Апгар
ПОТООТДЕЛЕНИЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
А) начинается на 1-м месяце жизни
Б) начинается после 3-х лет
В) происходит преимущественно в подмышечных впадинах, паховых складках
Г) осуществляется преимущественно апокринными железами
МАКСИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ЗАКРЫТИЯ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА ПРИХОДЯТСЯ НА ВОЗРАСТ _____ МЕСЯЦЕВ
А) 12-18
Б) 7-9

В) 9-12
Г) 18-24
СООТВЕТСТВИЕ КОЛИЧЕСТВА МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ВОЗРАСТУ РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ (N – ВОЗРАСТ В МЕСЯЦАХ)
А) n - 4
Б) 2n - 6
В) n - 8
Г) 4n – 20
ПРИ СОСТАВЛЕНИИ РОДОСЛОВНОЙ ПРОБАНДОМ НАЗЫВАЮТ
А) ребенка, на которого составляется родословная
Б) маму или папу
В) бабушку или дедушку
Г) родных брата или сестру
У НОВОРОЖДЁННЫХ ЛУЧШЕ ДРУГИХ РАЗВИТА _____ ФУНКЦИЯ КОЖИ
А) резорбтивная
Б) терморегулирующая
В) бактерицидная
Г) выделительная
ОКРУГЛЫЕ ФОРМЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ОБЪЯСНЯЮТСЯ
А) большим удельным весом подкожной клетчатки по отношению к массе тела
Б) большим размером жировых клеток, меньшей толщиной кожи и малой двигательной активностью ребёнка
В) меньшей толщиной кожи
Г) малой двигательной активностью ребёнка
СМЕНА ПРИКУСА ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТЕ _____ ЛЕТ
А) 5-6
Б) 3-4
В) 7-8
Г) 9-10
ВНЕШНЕЕ СТРОЕНИЕ И ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВКА КОСТНОЙ ТКАНИ ДЕТЕЙ ПРИБЛИЖАЮТСЯ К ХАРАКТЕРИСТИКАМ КОСТИ ВЗРОСЛЫХ К ВОЗРАСТУ _____ ЛЕТ
А) 12
Б) 7
В) 10
Г) 15
У НОВОРОЖДЕННЫХ ОСНОВНАЯ МАССА МЫШЦ ПРИХОДИТСЯ НА МЫШЦЫ
А) туловища
Б) верхних конечностей
В) верхних и нижних конечностей
Г) нижних конечностей

НАЧАЛО ЗАКЛАДКИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРОИСХОДИТ НА _____ НЕДЕЛЕ ЭМБРИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
А) 1-2
Б) 3-4
В) 6-7
Г) 12
НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЕ ТЕМПЫ УВЕЛИЧЕНИЯ МАССЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ПРИХОДЯТСЯ НА ПЕРИОД
А) 0-6 лет
Б) 6-9 лет
В) 10-12 лет
Г) 13-16 лет
ВНУТРИУТРОБНО НАИБОЛЬШАЯ ИНТЕНСИВНОСТЬ ДЕЛЕНИЯ НЕРВНЫХ КЛЕТОК ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИХОДИТСЯ НА СРОК _____ НЕДЕЛЬ
А) 10-18
Б) 2-5
В) 5-12
Г) 15-25
ПОСТНАТАЛЬНО ПРОИСХОДИТ ИЗМЕНЕНИЕ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ГОЛОВНОГО МОЗГА РЕБЕНКА В ВИДЕ
А) уменьшения количества воды
Б) уменьшения содержания липопротеидов
В) уменьшения содержания белков
Г) увеличения количества воды
ПЕРВЫЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ У ПЛОДА ВОЗНИКАЮТ НА _____ НЕДЕЛЕ
А) 14-15
Б) 10-13
В) 16-20
Г) 21-28
СОЗРЕВАНИЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К
А) 5-8 годам
Б) рождению ребенка
В) 3-6 месяцам
Г) 1 году
НА ЗАДНЮЮ ПОВЕРХНОСТЬ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СПРАВА ПРОЕЦИРУЮТСЯ _____ ДОЛИ ЛЕГКОГО
А) верхняя, нижняя
Б) средняя, нижняя
В) верхняя, средняя
Г) верхняя, средняя, нижняя
АЛЬВЕОЛОЦИТЫ II ПОРЯДКА ВЫПОЛНЯЮТ ФУНКЦИЮ
А) синтеза сурфактанта
Б) синтеза IgA

В) двигательную
Г) слизепродуцирующую
СРЕДНЯЯ ДОЛЯ ПРАВОГО ЛЕГКОГО ОБРАЗОВАНА _____ СЕГМЕНТАМИ
А) латеральным (IV) и медиальным (V)
Б) медиальным базальным (VII) и передним базальным (VIII)
В) задним (II) и передним (III)
Г) латеральным базальным (IX) и медиальным базальным (VII)
АРТЕРИАЛЬНЫЙ (БОТАЛЛОВ) ПРОТОК СОЕДИНЯЕТ АОРТУ С
А) легочной артерией
Б) нижней полой веной
В) левым предсердием
Г) легочной веной
У ПЛОДА НАИБОЛЕЕ ОКСИГЕНИРОВАННУЮ КРОВЬ ПОЛУЧАЕТ
А) печень
Б) головной мозг
В) сердце
Г) легкие
ЗВУЧАНИЕ I И II ТОНОВ НА ОСНОВАНИИ СЕРДЦА ВЫРАВНИВАЕТСЯ К ВОЗРАСТУ _____ ЛЕТ
А) 12
Б) 5
В) 8
Г) 10
У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СЛАБО РАЗВИТЫМ ОТДЕЛОМ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) кардиальный
Б) тело
В) пилорический
Г) антральный
ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЁМКОСТЬ ЖЕЛУДКА НОВОРОЖДЁННОГО В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ _____ МИЛЛИЛИТРОВ
А) 5-7-10
Б) 20-30
В) 50-70
Г) 100-110
ВЕС ПОЧКИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЁНКА РАВЕН _____ ГРАММАМ
А) 10-12
Б) 5-7
В) 33-36
Г) 40-50
СТРОЕНИЕ КЛУБОЧКА НЕФРОНА СТАНОВИТСЯ ИДЕНТИЧНЫМ СТРОЕНИЮ ПОСЛЕДНЕГО У ВЗРОСЛОГО ПОСЛЕ
А) 5 лет

Б) 1 года
В) 10 лет
Г) 13-15 лет
ЗАЩИТУ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ОБЕСПЕЧИВАЕТ
А) IgA
Б) IgM
В) IgG
Г) IgD
ПЕРЕДНЕЙ ДОЛЕЙ ГИПОФИЗА ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ
А) ТТГ
Б) Т3
В) Т4
Г) окситоцин
АЛЬДОСТЕРОН СИНТЕЗИРУЕТСЯ
А) клубочковой зоной надпочечников
Б) задней долей гипофиза
В) щитовидной железой
Г) передней долей гипофиза
В ПОЛОВОЙ ФОРМУЛЕ У МАЛЬЧИКОВ СИМВОЛ «L» ОЗНАЧАЕТ
А) отчетливое выпячивание щитовидного хряща (кадык)
Б) оволосение в подмышечной и паховой области, изменение голоса
В) мутацию (ломку) голоса
Г) оволосение на лице
ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ В КИШЕЧНИКЕ ПРЕОБЛАДАЮТ
А) бифидо-бактерии
Б) ацидофильные палочки
В) энтерококки
Г) кишечные палочки
ЛАКТАЦИОННЫЙ КРИЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) временным уменьшением выделения молока без видимых причин
Б) постоянным уменьшением молока без видимых причин
В) тенденцией к постепенному снижению выделения молока
Г) малым количеством молока в первые 3-4 дня после родов
ПРИДАТОЧНЫЕ ПАЗУХИ НОСА РАЗВИТЫ НЕДОСТАТОЧНО У ДЕТЕЙ
А) раннего возраста
Б) старшего возраста
В) дошкольников
Г) школьников
ПОВЫШЕННАЯ ВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ СЛИЗИСТОЙ, НЕДОСТАТОЧНОЕ РАЗВИТИЕ ЭЛАСТИЧЕСКОЙ ТКАНИ И ХРЯЩЕВОГО КАРКАСА ТРАХЕИ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
А) Грудного возраста
Б) Дошкольного возраста
В) Младшего школьного
Г) Старшего школьного

РЕДКОЕ РАЗВИТИЕ СИНУСИТОВ, ПОЯВЛЕНИЕ ВЫРАЖЕННЫХ РАССТРОЙСТВ ДЫХАНИЯ ПРИ РИНИТАХ, ЯВЛЯЕТСЯ ОСОБЕННОСТЬЮ СТРОЕНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ
А) Раннего возраста
Б) Старшего возраста
В) Младшего школьного
Г) Подростков
НЕДОСТАТОЧНОЕ РАЗВИТИЕ КАВЕРНОЗНОЙ ТКАНИ ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЯ И ОТНОСИТЕЛЬНАЯ РЕДКОСТЬ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ НОСА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ
А) Раннего возраста
Б) Дошкольного периода
В) Младшего школьного
Г) Старшего школьного
РАЗВИТИЮ ЭМФИЗЕМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА СПОСОБСТВУЮТ
А) Недоразвитие эластической ткани
Б) Обильное кровоснабжение легких
В) Узость просвета бронхов
Г) Недоразвитие мышечной ткани
НЕДОРАЗВИТИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
А) микрогнатия
Б) микрогения
В) прогнатия
Г) микрогения
ЧРЕЗМЕРНОЕ РАЗВИТИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
А) прогения
Б) микрогения
В) прогнатия
Г) микрогнатия
НЕДОРАЗВИТИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
А) микрогения
Б) прогения
В) прогнатия
Г) микрогнатия
ИСКРИВЛЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА ВПЕРЕД
А) лордоз
Б) кифоз
В) сколиоз
Г) спондилез
ИСКРИВЛЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА НАЗАД
А) кифоз
Б) лордоз
В) сколиоз

Г) спондилез
ИСКРИВЛЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА В СТОРОНУ
А) сколиоз
Б) кифоз
В) спондилез
Г) лордоз
ШЕЙНЫЙ ЛОРДОЗ ФОРМИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ
А) 2-3 месяцев
Б) 6 месяцев
В) 9 месяцев
Г) 12 месяцев
ГРУДНОЙ КИФОЗ ФОРМИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ
А) 6 месяцев
Б) 2-3 месяцев
В) 9 месяцев
Г) 12 месяцев
ПОЯСНИЧНЫЙ ЛОРДОЗ И КРЕСТЦОВЫЙ КИФОЗ ФОРМИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ
А) 9 месяцев
Б) 6 месяцев
В) 2-3 месяцев
Г) 12 месяцев
ПРИ НОРМОСТЕНИЧЕСКОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ НАДЧРЕВНЫЙ (ЭПИГАСТРАЛЬНЫЙ) УГОЛ
А) = 90 градусов
Б) < 90 градусов
В) > 90 градусов
Г) = 60 градусов
ПРИ ГИПЕРСТЕНИЧЕСКОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ НАДЧРЕВНЫЙ (ЭПИГАСТРАЛЬНЫЙ) УГОЛ
А) > 90 градусов
Б) < 90 градусов
В) = 90 градусов
Г) = 60 градусов
ПРИ АСТЕНИЧЕСКОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ НАДЧРЕВНЫЙ (ЭПИГАСТРАЛЬНЫЙ) УГОЛ
А) <90 градусов
Б) > 90 градусов
В) = 90 градусов
Г) = 60 градусов
КОЛИЧЕСТВО МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У РЕБЕНКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ (N – КОЛИЧЕСТВО МЕСЯЦЕВ)
А) n – 4
Б) n – 2
В) n – 6

Г) n – 8 465
КОЛИЧЕСТВО ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У РЕБЕНКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ (N – ВОЗРАСТ РЕБЕНКА)
А) 4n – 20
Б) n − 10
В) 2n – 10
Г) 4n − 10
ПРИКУС МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ФОРМИРУЕТСЯ К
А) 2,5 годам
Б) 1,5 годам
В) 4 годам
Г) 5 годам
ПЕРВЫЙ ПЕРИОД ВЫТЯГИВАНИЯ У МАЛЬЧИКОВ
А) 5-6 лет
Б) 3-4 года
В) 6-7 лет
Г) 8-9 лет
ПЕРВЫЙ ПЕРИОД ВЫТЯГИВАНИЯ У ДЕВОЧЕК
А) 5-6 лет
Б) 3-4 года
В) 6-7 лет
Г) 8-9 лет
ПЕРВЫЙ ПЕРИОД ОКРУГЛЕНИЯ
А) 1-4 лет
Б) 2-5 лет
В) 3-6 лет
Г) 4-8 лет 466
ВТОРОЙ ПЕРИОД ОКРУГЛЕНИЯ
А) 8-10 лет
Б) 4-8 лет
В) 10-13 лет
Г) 14-16 лет
СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ НОВОРОЖДЕННОГО
А) 34-36 см
Б) 32-34 см
В) 30-32 см
Г) 36-40 см
КАКОЙ ПРИРОСТ ДЛИНЫ ТЕЛА ХАРАКТЕРЕН В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ
А) 25 см
Б) 15 см
В) 30 см
Г) 20 см
ЕЖЕГОДНАЯ СРЕДНЯЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ 2-10 ЛЕТ
А) 2 кг

Б) 1 кг
В) 3 кг
Г) 4 кг
В КАКОМ ВОЗРАСТЕ РОСТ РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ 100 СМ
А) 4 года
Б) 3 лет
В) 5 лет
Г) 7 лет 467
РОСТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА К ГОДУ
А) 75-80 см
Б) 65-70 см
В) 80-85 см
Г) 60-65 см
ВЫСОТА ГОЛОВЫ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДЛИНЕ ТЕЛА НОВОРОЖДЕННОГО
А) 1/4
Б) 1/6
В) 1/7
Г) 1/8
СРОКИ ЗАКРЫТИЯ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА (МЕС)
А) 12-18
Б) 18-24
В) 7-9
Г) 10-11
КАКАЯ ЧАСТЬ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ КРОВЕТВОРНЫМ ОРГАНОМ
А) красный костный мозг
Б) желтый костный мозг
В) надкостница
Г) хрящ
ЗА СЧЕТ КАКИХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ ПОДДЕРЖИВАЕТСЯ УРОВЕНЬ СА В КРОВИ
А) вымывания Са из костей
Б) усиленного кишечного всасывания Са
В) уменьшения почечной экскреции Са
Г) торможения выработки паратгормона
ОБЪЕМ СЕРДЦА К 16 ГОДАМ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ В
А) 3-3,5 раза
Б) 2-3 раза
В) 4 -4,5 раза
Г) 5 -6 раз
АНАТОМИЧЕСКАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ К
А) 3-4 месяцу жизни
Б) 1-2 дню жизни
В) 10-12 месяцам жизни

Г) 30 дню жизни
ПУЛЬС У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ УДАРОВ В МИНУТУ
А) 140-160
Б) 160-180
В) 100-120
Г) 80-100
ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У РЕБЕНКА ОТ 2 ДО 6 ЛЕТ РАСПОЛОЖЕНА СЛЕВА В
А) 2 межреберье
Б) 2 ребро
В) 3 ребро
Г) Третьем межреберье
ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У РЕБЕНКА СТАРШЕ 12 ЛЕТ РАСПОЛОЖЕНА В ОБЛАСТИ
А) третьего межреберья
Б) 2 межреберья
В) 3 ребра
Г) 2 ребра
ПРАВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У РЕБЕНКА ДО 1 ГОДА РАСПОЛОЖЕНА
А) по правой парастернальной линии
Б) кнутри от парастернальной линии
В) на середине расстояния между парастернальной и стернальной линиями
Г) по правому краю грудины
ПРАВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У РЕБЕНКА 2-6 ЛЕТ РАСПОЛОЖЕНА
А) кнутри от парастернальной линии
Б) по правой парастернальной линия
В) на середине расстояния между парастернальной и стернальной линиями
Г) по правому краю грудины
ПРАВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У РЕБЕНКА 7-12 ЛЕТ РАСПОЛОЖЕНА
А) на середине расстояния между парастернальной и стернальной линиями
Б) кнутри от парастернальной линии
В) по правой парастернальной линия
Г) по правому краю грудины
ПРАВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У РЕБЕНКА СТАРШЕ 12 ЛЕТ РАСПОЛОЖЕНА
А) по правому краю грудины
Б) на середине расстояния между парастернальной и стернальной линиями
В) кнутри от парастернальной линии
Г) по правой парастернальной линия
ЗАКЛАДКА НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРОИСХОДИТ НА (СРОК ГЕСТАЦИИ В НЕДЕЛЯХ)

А) 1-2
Б) 3-4
В) 5-6
Г) 7-8

ВНУТРИУТРОБНО НАИБОЛЬШАЯ ИНТЕНСИВНОСТЬ ДЕЛЕНИЯ НЕРВНЫХ КЛЕТОК ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИХОДИТСЯ НА

А) 10-18 неделе
Б) 2-5 неделе
В) 5-12 неделе
Г) 15-25 неделе

НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЕ ТЕМПЫ УВЕЛИЧЕНИЯ МАССЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ПРИХОДЯТСЯ НА

А) 1-й год жизни
Б) 1-5 год жизни
В) 6-10 год жизни
Г) 12-15 год жизни

К РОЖДЕНИЮ РЕБЁНКА САМЫМ НЕЗРЕЛЫМ ОТДЕЛОМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А) кора головного мозга
Б) спинной мозг
В) продолговатый мозг
Г) стрио-паллидарная система

ЧИСЛО НЕРВНЫХ КЛЕТОК МОЗГА У ДЕТЕЙ ДОСТИГАЕТ УРОВНЯ ВЗРОСЛЫХ К (ВОЗРАСТ В ГОДАХ)

А) 1-1,5
Б) 3-5
В) 6-8
Г) 10-12

ДИФФЕРЕНЦИРОВКА НЕРВНЫХ КЛЕТОК КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЗАВЕРШАЕТСЯ К (ВОЗРАСТ В ГОДАХ)

А) 3
Б) 5
В) 12
Г) 15

МИЕЛИНИЗАЦИЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН В ОСНОВНОМ ЗАВЕРШАЕТСЯ К

А) 3-5 годам
Б) 1-2 годам
В) 7-10 годам
Г) 15 годам

ОСОБЕННОСТЯМИ КРОВОСНАБЖЕНИЯ МОЗГА И ОТТОКА КРОВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ

А) кровоснабжение лучше, отток ограничен
Б) кровоснабжение лучше, отток лучше
В) кровоснабжение хуже, отток ограничен

Г) кровоснабжение хуже, отток лучше
СТРОЕНИЕ СПИННОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ПРИБЛИЖАЕТСЯ К ТАКОВОМУ У ВЗРОСЛЫХ К
А) 3 годам
Б) 5 годам
В) 10 годам
Г) 15 годам
ДВИЖЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЁНКА
А) спонтанные
Б) целенаправленные
В) координированные
Г) безусловные
ДВИЖЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЁНКА
А) хаотичные
Б) целенаправленные
В) координированные
Г) безусловные
ДВИЖЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЁНКА
А) атетозоподобные
Б) целенаправленные
В) координированные
Г) безусловные
К СТОЙКОМУ ПОЖИЗНЕННОМУ БЕЗУСЛОВНОМУ РЕФЛЕКСУ ОТНОСИТСЯ
А) роговичный
Б) сосательный
В) хватательный
Г) сухожильный
К СТОЙКОМУ ПОЖИЗНЕННОМУ БЕЗУСЛОВНОМУ РЕФЛЕКСУ ОТНОСИТСЯ
А) глотательный
Б) сосательный
В) хватательный
Г) сухожильный
К СТОЙКОМУ ПОЖИЗНЕННОМУ БЕЗУСЛОВНОМУ РЕФЛЕКСУ ОТНОСИТСЯ
А) конъюктивальный
Б) сосательный
В) хватательный
Г) сухожильный
К ТРАНЗИТОРНОМУ ВРОЖДЁННОМУ БЕЗУСЛОВНОМУ РЕФЛЕКСУ ОТНОСИТСЯ
А) сосательный
Б) глотательный
В) роговичный

Г) конъюктивальный 481

БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ ТРАНЗИТОРНЫХ БЕЗУСЛОВНЫХ ВРОЖДЁННЫХ РЕФЛЕКСОВ ИСЧЕЗАЕТ К ВОЗРАСТУ
А) 3-5 месяцам
Б) 1 месяцу
В) 1-2 месяцам
Г) 6-12 месяцам
СЕНСОРНАЯ РЕЧЬ – ЭТО
А) понимание речи
Б) накопление словарного запаса
В) активная речь
Г) поисковая зрительная реакция
КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ НАДАВЛИВАНИИ НА ЛАДОНИ РЕБЕНКА ВБЛИЗИ ТЕНОРОВ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ОТКРЫВАНИЕМ РТА
А) ладонно-ротовой
Б) поисковый
В) хватательный
Г) Робинсона
КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ПОГЛАЖИВАНИИ КОЖИ В ОБЛАСТИ УГЛА РТА С ПОСЛЕДУЮЩИМ ОПУСКАНИЕМ ГУБЫ, ОТКЛОНЕНИЕМ ЯЗЫКА И ПОВОРОТОМ ГОЛОВЫ В СТОРОНУ РАЗДРАЖИТЕЛЯ
А) поисковый
Б) хоботковый
В) хватательный
Г) лабиринтный
КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ НАДАВЛИВАНИИ НА ПОДОШВУ У ОСНОВАНИЯ II – III ПАЛЬЦЕВ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ИХ ПОДОШВЕННЫМ СГИБАНИЕМ
А) нижний хватательный
Б) Бауэра
В) Бабинского
Г) подошвенный
КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ПАССИВНОМ СГИБАНИИ ГОЛОВЫ РЕБЕНКА, ЛЕЖАЩЕГО НА СПИНЕ, С ПОСЛЕДУЮЩЕМ ПОВЫШЕНИЕМ ТОНУСА СГИБАТЕЛЕЙ РУК И РАЗГИБАТЕЛЕЙ НОГ
А) симметричный шейный тонический
Б) туловищный выпрямительный
В) лабиринтный тонический
Г) асимметричный шейный тонический
КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ УДАРЕ ПО ПОВЕРХНОСТИ, НА КОТОРОЙ ЛЕЖИТ РЕБЕНОК, НЕДАЛЕКО ОТ ЕГО ГОЛОВЫ ПОСЛЕДУЮЩИМ РАЗВЕДЕНИЕМ РУК В СТОРОНЫ И ОХВАТЫВАЮЩИМ ДВИЖЕНИЕМ РУК

А) Моро
Б) Галанта
В) поисковый
Г) хватательный
КАКОЙ РЕФЛЕКС ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ ОРАЛЬНЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ АВТОМАТИЗМОВ
А) сосательный
Б) орбикулопальпебральный
В) роговичный
Г) опоры
КАКОЙ РЕФЛЕКС ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ ОРАЛЬНЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ АВТОМАТИЗМОВ
А) ладонно – ротовой
Б) орбикулопальпебральный
В) роговичный
Г) опоры
КАКОЙ РЕФЛЕКС ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ ОРАЛЬНЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ АВТОМАТИЗМОВ
А) поисковый
Б) орбикулопальпебральный
В) роговичный
Г) опоры
РАЗВИТИЕ НЕРВНЫХ ПУТЕЙ И ОКОНЧАНИЙ ПРОИСХОДИТ
А) в цефало-каудальном направлении
Б) особенно энергично во втором полугодии жизни
В) центробежно
Г) в подростковом периоде
РАЗВИТИЕ НЕРВНЫХ ПУТЕЙ И ОКОНЧАНИЙ ПРОИСХОДИТ
А) центростремительно
Б) особенно энергично во втором полугодии жизни
В) центробежно
Г) в подростковом периоде
КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ В ПОЛОЖЕНИИ РЕБЕНКА НА ЖИВОТЕ, ПРИ КОТОРОМ ОН РАЗГИБАЕТ И ПОДНИМАЕТ НОГИ
А) нижний Ландау
Б) опоры
В) лабиринтный тонический
Г) автоматической ходьбы
КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ В ПОЛОЖЕНИИ РЕБЕНКА НА СПИНЕ С СОГНУТОЙ НОГОЙ ПОД УГЛОМ 90 ГРАДУСОВ В КОЛЕННОМ И ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВАХ, КОГДА НЕ УДАЕТСЯ ДОБИТЬСЯ ПОЛНОГО РАЗГИБАНИЯ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ
А) Кернига
Б) Бабинского

В) Бауэра
Г) Бабкина
КАКОЙ РЕФЛЕКС ИСЧЕЗАЕТ К 2 - 3 МЕСЯЦАМ
А) Бабкина
Б) Моро
В) Ландау
Г) Галанта
КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ УДАРЕ ПАЛЬЦЕМ ПО ГУБАМ РЕБЕНКА С ПОСЛЕДУЮЩИМ СОКРАЩЕНИЕМ КРУГОВОЙ МЫШЦЫ РТА И ВЫТЯГИВАНИЕМ ГУБ
А) хоботковый
Б) тонический
В) поисковый
Г) хватательный
КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ВКЛАДЫВАНИИ ПАЛЬЦЕВ В ЛАДОНИ РЕБЕНКА С ПОСЛЕДУЮЩИМ СХВАТЫВАЮЩИМ ДВИЖЕНИЕМ РУК
А) верхний хватательный
Б) поисковый
В) ладонно-ротовой
Г) хоботковый
КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ПОВОРОТЕ ГОЛОВЫ РЕБЕНКА, ЛЕЖАЩЕГО НА СПИНЕ, С УМЕНЬШЕНИЕМ ТОНУСА КОНЕЧНОСТЕЙ, К КОТОРЫМ ОБРАЩЕНО ЛИЦО И ПОВЫШЕНИЕ ТОНУСА ПРОТИВОПОЛОЖНЫХ КОНЕЧНОСТЕЙ
А) асимметричный шейный тонический
Б) лабиринтный тонический
В) симметричный шейный тонический
Г) туловищная выпрямительная реакция
КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ В ПОЛОЖЕНИИ РЕБЕНКА НА ЖИВОТЕ С ПОДНИМАНИЕМ ГОЛОВЫ, ВЕРХНЕЙ ЧАСТИ ТУЛОВИЩА, С ОПОРОЙ НА РУКИ
А) верхний Ландау
Б) опоры
В) лабиринтный
Г) лабиринтный
КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ШТРИХОВОМ РАЗДРАЖЕНИИ ПОДОШВЫ ПО НАРУЖНОМУ КРАЮ СТОПЫ В НАПРАВЛЕНИИ ОТ ПЯТКИ К ПАЛЬЦАМ С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ ТЫЛЬНОГО РАЗГИБАНИЯ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА И ВЕЕРООБРАЗНОГО РАСХОЖДЕНИЯ ОСТАЛЬНЫХ ПАЛЬЦЕВ
А) Бабинского
Б) Бауэра
В) опоры
Г) подошвенный

КАКОЙ РЕФЛЕКС ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ СПИНАЛЬНЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ АВТОМАТИЗМОВ
А) Моро
Б) Бабкина
В) Робинсона
Г) Бабинского
КАКОЙ РЕФЛЕКС ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ СПИНАЛЬНЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ АВТОМАТИЗМОВ
А) опоры
Б) лабиринтный
В) Робинсона
Г) Бабинского
НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЛЕЖАТ В СЛЕДУЮЩЕМ ДИАПАЗОНЕ ЦЕНТИЛЕЙ
А) 25-75
Б) 3-97
В) 10-80
Г) 15-75
ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ ДЛИТСЯ
А) до 4-х недель
Б) до 6-ти недель
В) до 2-х недель жизни
Г) до 3-х недель
ПЕРИОД РАННЕГО ВОЗРАСТА ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ
А) от 1-го года до 3-х лет
Б) от 2 года до 6 лет
В) от 1-го года до 5 лет
Г) от 6 месяцев до 2-х лет
ДОШКОЛЬНЫЙ ПЕРИОД – ЭТО ВОЗРАСТ ДЕТЕЙ
А) от 3-х до 7 лет
Б) от 2-х до 6 лет
В) от 4-х до 8 лет
Г) от 1 года до 7 лет
ЧАСТОТА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕРЕНИЙ И ОСМОТРОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ
А) в 1 год
Б) в 1 месяц
В) в 3 месяца
Г) в 6 месяцев
ПОЧКИ У ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ ИМЕЮТ
А) недостаточно развитый корковый слой
Б) выраженные соединительнотканные прослойки
В) зрелые ферментативные системы активной секреции
Г) бобовидную форму

ПОЧКИ У ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ ИМЕЮТ
А) дольчатый характер
Б) выраженные соединительнотканные прослойки
В) зрелые ферментативные системы активной секреции
Г) бобовидную форму
ПОЧКИ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ
А) относительно большого размера
Б) относительно маленького размера
В) имеют бобовидную форму
Г) имеют зрелую ферментативную систему
СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ СОСТАВЛЯЕТ
А) 500 мл
Б) 400 мл
В) 300 мл
Г) 200 мл
СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ У РЕБЕНКА В 1 ГОД СОСТАВЛЯЕТ
А) 600 мл
Б) 500 мл
В) 400 мл
Г) 300 мл
СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ У РЕБЕНКА В 10 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ
А) 1500 мл
Б) 1000 мл
В) 750 мл
Г) 2000 мл
ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ ДО _____ НЕДЕЛЬ ЖИЗНИ
А) 4-х
Б) 3-х
В) 2-х
Г) 6-ти
МЛАДЕНЧЕСКИЙ ПЕРИОД (ГРУДНОЙ) ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ
А) 1 месяца до 1 года
Б) 1 месяца до 3 лет
В) 6 месяцев до 1,5 лет
Г) 6 месяцев до 3 лет
ПЕРИОД РАННЕГО ВОЗРАСТА ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ
А) 1 года до 3 лет
Б) 6 месяцев до 2-х лет
В) 1-го года до 5 лет
Г) 2-х до 6 лет
ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ГОДА ДО 3 ЛЕТ ФОРМИРУЮТСЯ С ИНТЕРВАЛОМ В

А) 3 месяца
Б) 1 месяц
В) 6 месяцев
Г) 1 год
ПОКАЗАТЕЛИ ОКРУЖНОСТИ ГОЛОВЫ И ГРУДИ СРАВНИВАЮТСЯ К _____ МЕСЯЦАМ
А) 2-4
Б) 1-2
В) 4-6
Г) 6-8
ДЛИНОЙ ВЕРХНЕГО СЕГМЕНТА ТЕЛА РЕБЕНКА СЧИТАЮТ РАССТОЯНИЕ ОТ ВЕРХУШЕЧНОЙ ТОЧКИ ДО
А) лобковой точки
Б) мечевидного отростка
В) колена
Г) пупка
ДЛИНОЙ НИЖНЕГО СЕГМЕНТА ТЕЛА РЕБЕНКА СЧИТАЮТ РАССТОЯНИЕ ОТ ЛОБКОВОЙ ТОЧКИ ДО
А) основания стопы
Б) наружной лодыжки
В) колена
Г) внутренней лодыжки
СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ВЕРХНИМ И НИЖНИМ СЕГМЕНТАМИ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ
А) 1,5-1,75:1
Б) 1:1
В) 0,5:1
Г) 2:1
СРЕДНЯЯ ТОЧКА ДЛИНЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО НАХОДИТСЯ НА
А) пупке
Б) лобке
В) середине расстояния между пупком и лобком
Г) границе верхней и средней трети расстояния между пупком и лобком
СРЕДНЯЯ ТОЧКА ДЛИНЫ ТЕЛА У 6-ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА НАХОДИТСЯ НА
А) середине расстояния между пупком и лобком
Б) пупке
В) лобке
Г) границе верхней и средней трети расстояния между пупком и лобком
СРЕДНЯЯ ТОЧКА ДЛИНЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ С 12 ЛЕТ И У ВЗРОСЛЫХ НАХОДИТСЯ НА
А) лобке
Б) пупке
В) середине расстояния между пупком и лобком

Г) границе верхней и средней трети расстояния между пупком и лобком
СРЕДНЯЯ ПЛОЩАДЬ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННЫХ СОСТАВЛЯЕТ _____ М2
А) 0,25
Б) 0,15
В) 0,50
Г) 0,70
СРЕДНЯЯ ПЛОЩАДЬ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ СОСТАВЛЯЕТ _____ М2
А) 1,5
Б) 1,25
В) 1,0
Г) 1,73
ЦВЕТ КОЖИ В ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ЗАВИСИТ ОТ
А) глубины залегания подкожных сосудов
Б) количества билирубина
В) количества коллагена
Г) количества эластина
ПУШКОВЫЕ ВОЛОСЫ У ЗРЕЛОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА К РОЖДЕНИЮ
А) остаются на плечах и спине
Б) должны исчезнуть полностью
В) остаются только на лице
Г) покрывают все тело
ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОЩАДЬ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА (НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА) С ВОЗРАСТОМ РЕБЕНКА
А) уменьшается
Б) увеличивается
В) не изменяется
Г) до 5 лет увеличивается, затем уменьшается
ЛЕГКАЯ СМЕЩАЕМОСТЬ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБЪЯСНЯЕТСЯ СЛАБОСТЬЮ
А) опорной жировой ткани
Б) костных структур
В) мышц
Г) связочного аппарата
ЛЕГКОСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ И ИНФИЦИРОВАНИЯ КОЖИ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ СВЯЗАНА С
А) тонкостью кожи, склонностью к мацерации, незрелостью местного иммунитета
Б) толстым, рыхлым роговым слоем, незрелостью местного иммунитета
В) тонкостью кожи, кислой реакцией секрета кожи
Г) толстым, рыхлым роговым слоем, склонностью к мацерации
КОСТНАЯ ТКАНЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПО СРАВНЕНИЮ СО ВЗРОСЛЫМИ

А) менее плотная, более гибкая, склонна к деформациям
Б) более плотная, менее гибкая, не склонна к деформациям
В) менее плотная, менее гибкая, не склонна к деформациям
Г) более плотная, более гибкая, не склонна к деформациям
В ПРОЦЕССЕ ОСТЕОГЕНЕЗА ВЫДЕЛЯЮТ _____ СТАДИИ(Й)
А) 3
Б) 2
В) 5
Г) 6
СТРОЕНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ ПРИБЛИЖАЕТСЯ К ХАРАКТЕРИСТИКАМ ВЗРОСЛОГО К _____ ГОДАМ
А) 12
Б) 7
В) 3
Г) 15
ЗАКРЫТИЕ ШВОВ ЧЕРЕПА У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НАЧИНАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦЕВ
А) 3-4
Б) 2-3
В) 4-6
Г) 6-9
В НОРМЕ МАКСИМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА БОЛЬШОГО РОДНИЧКА СОСТАВЛЯЕТ _____ СМ
А) 3×3
Б) 2×2
В) 2,5×2,5
Г) 1,5×1,5
НАИБОЛЕЕ ПОЗДНИЕ СРОКИ ЗАКРЫТИЯ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА ПРИХОДЯТСЯ НА _____ МЕСЯЦЕВ
А) 15
Б) 12
В) 18
Г) 20
МАЛЫЙ РОДНИЧОК ПРИ РОЖДЕНИИ ОТКРЫТ У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В _____ % СЛУЧАЕВ
А) 20-25
Б) 50-75
В) 25-50
Г) 75-100
МАССА МЫШЦ ОТНОСИТЕЛЬНО МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПО СРАВНЕНИЮ СО ВЗРОСЛЫМИ
А) меньше и составляет 23%
Б) больше и составляет 44%
В) такая же и составляет 50%
Г) меньше и составляет 44%

В ПОСТНАТАЛЬНОЙ ЖИЗНИ НАИБОЛЬШИЙ ПРИРОСТ МАССЫ ОТМЕЧАЕТСЯ СО СТОРОНЫ _____ ТКАНИ
А) мышечной
Б) костной
В) кроветворной
Г) лимфоидной
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА МЫШЦЫ
А) короткие, бедны сократительными белками, жиром, богаты водой
Б) длинные, содержат много сократительных белков, жира, мало воды
В) короткие, тонкие, содержат много жира, мало воды
Г) короткие, тонкие, богаты сократительными белками
ОСОБЕННОСТЬЮ МЫШЦ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) отсутствие расслабления во время сна
Б) преобладание тонуса мышц разгибателей конечностей
В) расслабление во время сна мышцы расслабляются
Г) мышечная гипотония
МЫШЕЧНЫЙ РЕЛЬЕФ У ДЕТЕЙ НАЧИНАЕТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ ПОСЛЕ _____ ЛЕТ
А) 5-7
Б) 3-4
В) 1-2
Г) 10-12
ОСОБЕННОСТЬЮ ВОДНО-СОЛЕВОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) большая интенсивность водного обмена
Б) меньшая интенсивность водного обмена
В) меньшее выделение воды через кожу и легкие
Г) относительно меньшая потребность в воде
ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПОЧЕК ИЗ ТАЗА В ВЕРХНИЕ ОТДЕЛЫ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ПРОИСХОДИТ
А) внутриутробно
Б) к рождению
В) к 1 месяцу жизни
Г) к 1 году жизни
БОЛЕЕ НИЗКОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ПО СРАВНЕНИЮ СО ВЗРОСЛЫМИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДО _____ЛЕТ
А) 5-7
Б) 1-2
В) 3-4
Г) 8-10
ФОРМИРОВАНИЕ СТРУКТУР ФИКСАЦИИ ПОЧЕК ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К _____ГОДАМ
А) 5-7
Б) 1 -1,5
В) 2-3

Г) 8-10
ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ
А) 30
Б) 10
В) 20
Г) 50
ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ В 1 ГОД ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ
А) 40
Б) 20
В) 60
Г) 90
ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ В 3-5 ЛЕТ ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ
А) 120
Б) 70
В) 210
Г) 350
ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ В 9-12 ЛЕТ ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ
А) 220
Б) 70
В) 120
Г) 350
ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ПОДРОСТКОВ ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ
А) 350
Б) 120
В) 170
Г) 210
ФИЛЬТРАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ПРИБЛИЖАЕТСЯ К УРОВНЮ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ПОСЛЕ
А) 1 года
Б) 3 лет
В) 5 лет
Г) 7 лет
КОНЦЕНТРАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ДОСТИГАЕТ УРОВНЯ ВЗРОСЛЫХ К _____ МЕСЯЦАМ
А) 9-12
Б) 2-4
В) 6-8
Г) 13-15
ЗАКЛАДКА НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРОИСХОДИТ НА _____ НЕДЕЛЕ ГЕСТАЦИИ

А) 1-2
Б) 3-4
В) 5-6
Г) 7-8

ВНУТРИУТРОБНО НАИБОЛЬШАЯ ИНТЕНСИВНОСТЬ ДЕЛЕНИЯ НЕРВНЫХ КЛЕТОК ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИХОДИТСЯ НА _____ НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ

А) 10-18
Б) 5-12
В) 2-5
Г) 15-25

МАССА ГОЛОВНОГО МОЗГА НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ОТНОСИТЕЛЬНО МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ _____ %

А) 10
Б) 2
В) 5
Г) 25

НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЕ ТЕМПЫ УВЕЛИЧЕНИЯ МАССЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ПРИХОДЯТСЯ НА СРОКИ

А) от 0 мес. до 1года
Б) от 1года до 5 лет
В) от 6 лет до10 лет
Г) от 10 лет до 17 лет

К РОЖДЕНИЮ РЕБЕНКА САМЫМ НЕЗРЕЛЫМ ОТДЕЛОМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А) кора головного мозга
Б) продолговатый мозг
В) стрио-паллидарная система
Г) спинной мозг

МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ВЕЩЕСТВА ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) плохая дифференцировка серого и белого вещества
Б) четкая граница между серым и белым веществом
В) отсутствие серого вещества
Г) отсутствие белого вещества

ЧИСЛО НЕРВНЫХ КЛЕТОК ГОЛОВНОГО МОЗГА К РОЖДЕНИЮ РЕБЕНКА ОТНОСИТЕЛЬНО ВЗРОСЛОГО СОСТАВЛЯЕТ _____ %

А) 25
Б) 75
В) 50
Г) 100

ЧИСЛО НЕРВНЫХ КЛЕТОК ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ДОСТИГАЕТ УРОВНЯ ВЗРОСЛЫХ К _____ ГОДАМ

А) 1-1,5
Б) 3-5

В) 6-8
Г) 10-12
ПРОЦЕСС ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ НЕЙРОЦИТОВ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА ВКЛЮЧАЕТ
А) увеличение размеров нейроцитов, нарастание количества межсинаптических контактов
Б) уменьшение размеров нейроцитов, уменьшение количества и разветвленности дендритов
В) уменьшение размеров нейроцитов, без изменений структуры и количества межсинаптических контактов
Г) увеличение размеров нейроцитов, без изменения структуры и количества межсинаптических контактов
ДИФФЕРЕНЦИРОВКА НЕРВНЫХ КЛЕТОК КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЗАВЕРШАЕТСЯ К _____ ГОДАМ
А) 8
Б) 5
В) 2
Г) 12
МИЕЛИНИЗАЦИЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН В ОСНОВНОМ ЗАВЕРШАЕТСЯ К _____ ГОДАМ
А) 3-5
Б) 1-3
В) 10-15
Г) 7-10
ОСОБЕННОСТЯМИ КРОВОСНАБЖЕНИЯ МОЗГА И ОТТОКА КРОВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ
А) кровоснабжение обильное, отток ограничен
Б) кровоснабжение обильное, отток лучше
В) кровоснабжение скудное, отток ограничен
Г) кровоснабжение скудное, отток лучше
СТРОЕНИЕ СПИННОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ПРИБЛИЖАЕТСЯ К ТАКОВОМУ У ВЗРОСЛЫХ К _____ ГОДУ/АМ
А) 2
Б) 1
В) 3
Г) 5
ЗНАНИЕ УРОВНЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ НИЖНЕГО КОНЦА СПИННОГО МОЗГА НЕОБХОДИМО ДЛЯ
А) выполнения спинномозговой пункции
Б) оценки моторики ребенка
В) оценки состава ликвора
Г) оценки безусловных рефлексов у ребенка
ОСОБЕННОСТЬЮ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) поперечная складчатость на губах

Б) относительно малый размер языка
В) ее относительно большой размер
Г) слабая васкуляризация слизистой
ПОВЫШЕННАЯ ТРАВМАТИЗАЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ СВЯЗАНА С
А) неправильным уходом за слизистой
Б) кислой реакцией среды полости рта
В) гиперсаливацией в полости рта
Г) недостаточной васкуляризацией слизистой
КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?
А) относительно длинный
Б) вход расположен ниже
В) анатомические сужения выражены хорошо
Г) имеет относительно широкий просвет
КАКОВА СТРУКТУРНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ?
А) стенки тонкие
Б) стенки достаточно толстые
В) мышечные и эластические волокна хорошо развиты
Г) слизистая оболочка слабо васкуляризирована
ВХОД В ПИЩЕВОД У НОВОРОЖДЕННЫХ РАСПОЛОЖЕН НА УРОВНЕ _____ ШЕЙНОГО ПОЗВОНКА
А) III-IV
Б) I-II
В) V-VI
Г) VI-VII
ПЕРЕХОД ПИЩЕВОДА В ЖЕЛУДОК ВО ВСЕ ПЕРИОДЫ ДЕТСТВА РАСПОЛОЖЕН НА УРОВНЕ _____ ГРУДНОГО ПОЗВОНКА
А) X-XI
Б) IX-X
В) VIII-IX
Г) XI-XII
ОСОБЕННОСТЬЮ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) горизонтальное расположение
Б) постоянное положение
В) постоянная форма
Г) вертикальное расположение
СТРУКТУРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ЖЕЛУДКА ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) слабое развитие кардиального отдела и дна
Б) хорошее развитие дна и кардиального отдела
В) слабое развитие пилорического отдела
Г) более низкое расположение пилорического отдела по сравнению с кардиальным в положении лежа

ФОРМИРОВАНИЕ КАРДИАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ЗАВЕРШАЕТСЯ К _____ ГОДАМ
А) 2
Б) 5
В) 8
Г) 12
КАКОВА ХАРАКТЕРНАЯ ОСОБЕННОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ?
А) относительно толстая
Б) тонкая и нежная
В) количество желудочных желез достаточное
Г) складчатость выражена хорошо
ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПОВЕРХНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У РЕБЕНКА С ВОЗРАСТОМ
А) уменьшается
Б) увеличивается
В) не меняется
Г) сначала увеличивается, потом уменьшается
ЖЕЛЕЗЫ ЖЕЛУДКА К РОЖДЕНИЮ РЕБЕНКА
А) количественно увеличиваются с возрастом
Б) по количеству достигают уровня взрослых
В) достигли морфологической и функциональной зрелости
Г) достигли морфологической зрелости, но функционально незрелы
С ВОЗРАСТОМ РЕБЕНКА ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ДЛИНА ТОНКОЙ КИШКИ
А) уменьшается
Б) увеличивается
В) не меняется
Г) сначала увеличивается, потом уменьшается
ОСОБЕННОСТЬЮ ТОНКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) непостоянное расположение петель
Б) постоянное расположение петель
В) некомпактное расположение петель
Г) отсутствие газов
КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ ТОНКОЙ КИШКИ НОВОРОЖДЕННЫХ?
А) кишечные железы крупные
Б) кишечные железы мелкие
В) сформированы пейеровы бляшки
Г) лимфатических сосудов мало
С ВОЗРАСТОМ У ДЕТЕЙ ПРОИСХОДИТ _____ ТОНКОЙ КИШКИ
А) увеличение площади функциональной поверхности
Б) уменьшение общей длины
В) увеличение относительной длины
Г) уменьшение площади функциональной поверхности

АНАТОМИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ПРИБЛИЖАЕТСЯ К ТАКОВОМУ У ВЗРОСЛЫХ К _____ ГОДАМ
А) 3-4
Б) 2-3
В) 1,5-2
Г) 5-6
ПОЛОЖЕНИЕ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ
А) с возрастом меняется
Б) с возрастом не меняется
В) меняется только на 1-м году жизни
Г) не зависит от возраста
КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ?
А) гаустры отсутствуют до 6 месяцев жизни
Б) ленты ободочной кишки хорошо развиты
В) гаустры отсутствуют до 1 года жизни
Г) сальниковые отростки хорошо развиты
КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ СЛЕПОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?
А) расположена выше
Б) расположена ниже
В) брыжейка хорошо фиксирована
Г) хорошо развит илеоцекальный клапан
К КАКОМУ ПРОЦЕССУ ПРИВОДИТ СЛАБОЕ РАЗВИТИЕ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?
А) заброс химуса из слепой кишки в подвздошную
Б) затруднение продвижения химуса
В) кишечная колика
Г) диарея, чередующаяся с запором
КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ АППЕНДИКСА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ?
А) вход широко открыт
Б) вход прикрыт сформированным клапаном
В) хорошо фиксирован
Г) хорошо развита лимфоидная ткань
КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?
А) восходящая часть короткая
Б) восходящая часть относительно длинная
В) поперечная часть малоподвижна
Г) нисходящая часть имеет самый широкий просвет
КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?
А) длинная
Б) хорошо фиксирована

В) короткая
Г) расположена в малом тазу
КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ?
А) относительно длинная
Б) слизистая оболочка хорошо фиксирована
В) плохо развит подслизистый слой
Г) хорошо развита ампула
СКЛОННОСТЬ К ВЫПАДЕНИЮ ПРЯМОЙ КИШКИ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ ОБЪЯСНЯЕТСЯ СЛАБЫМ РАЗВИТИЕМ
А) жировой клетчатки
Б) ампулы
В) мышечного слоя
Г) подслизистого слоя
КАКАЯ ЧАСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЛУЧШЕ РАЗВИТА К РОЖДЕНИЮ РЕБЕНКА?
А) эндокринная
Б) экзокринная
В) тело
Г) хвост
КАКОЙ ВОЗРАСТНОЙ ПЕРИОД НАИБОЛЕЕ ИНТЕНСИВНОГО РОСТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ?
А) в первые 3 года жизни
Б) на 1-ом году жизни
В) в периоды вытяжения
Г) 3-7 лет
КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?
А) поверхность гладкая
Б) поверхность бугристая
В) количество долей и долек достаточное
Г) количество островков Лангерганса мало
КАКОВЫ ОСОБЕННОСТИ ПЕЧЕНИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?
А) большая величина относительно массы тела
Б) относительная масса с возрастом увеличивается
В) относительно большая правая доля
Г) малая подвижность лёгочного края
НИЖНИЙ КРАЙ ПЕЧЕНИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ МОЖЕТ ВЫСТУПАТЬ ПО СРЕДИННО-КЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ ИЗ-ПОД РЕБЕРНОЙ ДУГИ НА 2-3 СМ ДО _____ ЛЕТ
А) 3
Б) 5
В) 4
Г) 7

НИЖНИЙ КРАЙ ПЕЧЕНИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ МОЖЕТ ВЫСТУПАТЬ ИЗ-ПОД КРАЯ РЕБЕРНОЙ ДУГИ ПО СРЕДИННО-КЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ ДО _____ ЛЕТ
А) 5
Б) 2
В) 10
Г) 12
НИЖНИЙ КРАЙ ПЕЧЕНИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПО СРЕДИННОЙ ЛИНИИ НАХОДИТСЯ В ПРЕДЕЛАХ _____ РАССТОЯНИЯ ОТ МЕЧЕВИДНОГО ОТРОСТКА ДО ПУПКА
А) верхней трети
Б) середины
В) верхней четверти
Г) нижней трети
КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ ПЕЧЕНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ?
А) содержит больше воды
Б) содержит больше плотных веществ
В) относительно много липидов
Г) обладает малой «гликогенной» емкостью
КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ ПЕЧЕНИ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ?
А) дольки сформированы, но слабо дифференцированы
Б) дольки не сформированы
В) содержит грубоволокнистую соединительную ткань
Г) соединительная ткань печени нежная, развита слабо
НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) цилиндрическая
Б) веретенообразная
В) округлая
Г) S-образная
КАКОЙ ФАКТОР ОБУСЛАВЛИВАЕТ S-ОБРАЗНУЮ ФОРМУ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ?
А) необычное расположение печеночной артерии
Б) более тесное расположение всех органов брюшной полости
В) необычное расположение 12-перстной кишки
Г) аномалия желчных протоков
У БОЛЬШИНСТВА НОВОРОЖДЕННЫХ МЕКОНИЙ ОТХОДИТ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ _____ ДНЕЙ
А) 1-2
Б) 3-4
В) 4-5
Г) 5-6
МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ РОЖДЕНИИ
А) отсутствует
Б) преимущественно бифидофлора

В) содержит патогенную микрофлору
Г) условно-патогенная флора
ЗАСЕЛЕНИЕ КИШЕЧНИКА НОВОРОЖДЕННОГО МИКРОФЛОРОЙ (ФАЗА ТРАНЗИТОРНОГО ДИСБАКТЕРИОЗА) ПРОИСХОДИТ К
А) 1 неделе
Б) 2-4 дню
В) 1 месяцу
Г) 1-2 дню
СТАНОВЛЕНИЕ НОРМАЛЬНОГО СОСТАВА КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ (ФАЗА ТРАНСФОРМАЦИИ МИКРОФЛОРЫ) У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТЕ _____ НЕДЕЛЬ
А) 2-4
Б) 1-2
В) 4-6
Г) 6-8
ПРИ КАКОМ ТИПЕ ВСКАРМЛИВАНИЯ СТАНОВЛЕНИЕ НОРМАЛЬНОГО СОСТАВА КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОИСХОДИТ БЫСТРЕЕ?
А) грудном
Б) искусственном
В) смешанном
Г) вид вскармливания не имеет значения
КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТАВА КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ У ДЕТЕЙ ПРИБЛИЖАЮТСЯ К ТАКОВЫМ У ВЗРОСЛЫХ К
А) 1 году
Б) 6 месяцам
В) 1 месяцу
Г) 5 годам
КАКОВЫ СРОКИ ФОРМИРОВАНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА?
А) внутриутробно
Б) постнатально после первого кормления ребенка
В) в раннем возрасте
Г) в период новорожденности
В СЛЮНЕ СОДЕРЖИТСЯ ФЕРМЕНТ
А) амилаза
Б) лактаза
В) протеаза
Г) мальтаза
ФЕРМЕНТОМ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА ВЫСТУПАЕТ
А) песиноген I
Б) амилаза
В) трипсиноген
Г) лактаза

НАИБОЛЕЕ АКТИВНЫМ КОМПОНЕНТОМ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) гастриксин (пепсиноген II)
Б) пепсин (пепсиноген I)
В) соляная кислота
Г) трипсиноген
В ЖЕЛУДКЕ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ РАСЩЕПЛЯЮТСЯ
А) белки до полипептидов
Б) белки до три- и дипептидов
В) жиры до ди- и моноглицеридов
Г) углеводы до дисахаридов
КАКОЙ ПРОЦЕСС ПРОИСХОДИТ В ЖЕЛУДКЕ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ?
А) денатурация белков (створаживание молока)
Б) заметного протеолиза нет
В) расщепление белков до полипептидов
Г) расщепление углеводов до моносахаридов
КАКОВА ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ?
А) к рождению более незрелая экзокринная функция
Б) к рождению более незрелая эндокринная функция
В) к рождению зрелая экзокринная функция
Г) становление ферментативной активности не зависит от вида вскармливания
ЖИРЫ РАСЩЕПЛЯЕТ ФЕРМЕНТ ПОДЖЕЛУДОЧНОГО СОКА
А) липаза
Б) эластаза
В) лактаза
Г) сахараза
КАКОВА ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ПЕЧЕНИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?
А) незрелость к рождению
Б) зрелость к рождению
В) сроки созревания различных функций печени равномерны
Г) обезвреживающая функция выражена хорошо
БАКТЕРИЦИДНЫЙ ЭФФЕКТ ЖЕЛЧИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ СВЯЗАН, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, С ПРЕОБЛАДАНИЕМ В СОСТАВЕ
А) таурохолевой кислоты
Б) гликохолевой кислоты
В) холестерина
Г) билирубина
КАКОВА ФУНКЦИЯ ТОНКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ?
А) пищеварение и всасывание конечных продуктов гидролиза
Б) формирование мицелл в просвете тонкой кишки
В) кислотообразующая

Г) желчеобразования
НЕЙТРАЛИЗАЦИЯ КИСЛОГО СОДЕРЖИМОГО ЖЕЛУДКА ПРОИСХОДИТ В ОТДЕЛАХ ЖКТ
А) проксимальных тонкой кишки
Б) пилорическом желудка
В) дистальных тонкой кишки
Г) восходящем ободочной кишки
КИШЕЧНЫМИ ЖЕЛЕЗАМИ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ФЕРМЕНТ
А) липаза
Б) трипсин
В) пепсин
Г) коллагеназа
КАКОВА ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ТОНКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?
А) относительно высокая проницаемость слизистой оболочки
Б) активность всасывания невысокая
В) относительно низкая проницаемость слизистой оболочки
Г) барьерно-защитная функция повышена
ЧАСТОТА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СО СТОРОНЫ ЖКТ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБЪЯСНЯЕТСЯ
А) недостаточностью секреторного аппарата
Б) тонкостью слизистой оболочки и большой ее проницаемостью
В) недостаточным кровоснабжением слизистой
Г) большой проницаемостью слизистой оболочки
КАКОВА ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ТОНКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?
А) преобладание полостного пищеварения
Б) преобладание мембранного пищеварения
В) высокая активность собственно кишечных ферментов
Г) достаточная активность ферментов щеточной каемки энтероцитов
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОЛОСТНОГО ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ КОМПЕНСИРУЕТ
А) аутолиз
Б) ускоренное продвижение химуса в краниокаудальном направлении
В) проксимальный сдвиг пищеварения
Г) высокая барьерно-защитная функция
В РАСЩЕПЛЕНИИ БЕЛКОВ И ПЕПТИДОВ В ТОНКОЙ КИШКЕ УЧАСТВУЮТ ФЕРМЕНТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
А) трипсин
Б) амилаза
В) пепсин
Г) коллагеназа
КАКИЕ СОБСТВЕННО КИШЕЧНЫЕ ФЕРМЕНТЫ УЧАСТВУЮТ В РАСЩЕПЛЕНИИ ПЕПТИДОВ В ТОНКОЙ КИШКЕ?
А) трипептидазы

Б) химотрипсин
В) карбоксипептидаза
Г) амилаза
КОНЕЧНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ ПРОТЕОЛИЗА В ЖЕЛУДОЧНОКИШЕЧНОМ ТРАКТЕ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЮТСЯ
А) свободные аминокислоты
Б) олигопептиды
В) ди- и трипептиды
Г) полипептиды
В РАСЩЕПЛЕНИИ ПОЛИСАХАРИДОВ УЧАСТВУЕТ
А) амилаза
Б) эластаза
В) лактаза
Г) мальтаза
АМИЛАЗА СЛЮНЫ, ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ГРУДНОГО МОЛОКА РАСЩЕПЛЯЕТ ПОЛИСАХАРИДЫ ДО
А) мальтозы
Б) глюкозы
В) фруктозы
Г) сахарозы
КОНЕЧНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ РАСЩЕПЛЕНИЯ УГЛЕВОДОВ В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОМ ТРАКТЕ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕ
А) моносахаридов
Б) дисахаридов
В) олигосахаридов
Г) трисахаридов
С КАКИМ ФАКТОРОМ СВЯЗАНА НИЗКАЯ АМИЛОЛИТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ?
А) отсутствие полисахаридов в питании
Б) молочное питание
В) низкий уровень секретина
Г) преобладание полостного пищеварения
НАРАСТАНИЕ АМИЛАЗНОЙ АКТИВНОСТИ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА И СЛЮНЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПРОИСХОДИТ
А) после введения прикорма
Б) с 1-го месяца жизни
В) к концу 1-го года жизни
Г) с 3-го месяца жизни
ОСНОВНЫМ УГЛЕВОДОМ В ПИТАНИИ РЕБЕНКА 1-ГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) лактоза
Б) сахароза
В) крахмал

Г) гликоген
НАИМЕНЬШУЮ АКТИВНОСТЬ К РОЖДЕНИЮ РЕБЕНКА ИМЕЕТ ФЕРМЕНТ
А) лактаза
Б) мальтаза
В) сахараза
Г) изомальтаза
НАИБОЛЕЕ ВЫСОКАЯ АКТИВНОСТЬ ЛАКТАЗЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ У
А) детей первого года жизни
Б) старших школьников
В) взрослых
Г) младших школьников
ЛАКТОЗА ГРУДНОГО МОЛОКА В ТОНКОЙ КИШКЕ
А) расщепляется большей частью
Б) расщепляется полностью
В) расщепляется меньшей частью
Г) не расщепляется
ЛАКТОЗА, НЕРАСЩЕПЛЕННАЯ В ТОНКОЙ КИШКЕ, В ТОЛСТОЙ КИШКЕ
А) утилизируется микрофлорой кишечника
Б) расщепляется до моносахаридов
В) выходит неизмененной с калом
Г) расщепляется до олигосахаридов
К КОНЕЧНОМУ ПРОДУКТУ УТИЛИЗАЦИИ ЛАКТОЗЫ МИКРОФЛОРОЙ КИШЕЧНИКА ОТНОСЯТ
А) короткоцепочечные жирные кислоты
Б) моносахариды
В) газы
Г) молочную кислоту
НЕУТИЛИЗИРОВАННАЯ МИКРОФЛОРОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЛАКТОЗА СПОСОБСТВУЕТ
А) повышению осмотического давления в кишечнике
Б) снижению осмотического давления в кишечнике
В) абсорбции воды из кишечника
Г) замедлению моторики кишечника
С КАКИМ ФАКТОРОМ СВЯЗАНА ЧАСТОТА ТРАНЗИТОРНОЙ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ?
А) большое содержание лактозы в молоке
Б) наличие в кишечной микрофлоре аэробной флоры
В) преобладание в кишечной микрофлоре бифидобактерий
Г) повышенное осмотическое давление в кишечнике
ОРГАН, ИГРАЮЩИЙ НАИБОЛЬШУЮ РОЛЬ В РАСЩЕПЛЕНИИ ЖИРОВ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ
А) поджелудочная железа

Б) желудок
В) слюнные железы
Г) тонкая кишка

В РАСЩЕПЛЕНИИ ЖИРОВ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ УЧАСТВУЕТ
А) липаза
Б) трипсиноген
В) энтерокиназа
Г) амилаза

КАКОЙ ФАКТОР СПОСОБСТВУЕТ ЭМУЛЬГИРОВАНИЮ ПОСТУПИВШИХ В ТОНКУЮ КИШКУ ЖИРОВ?
А) свободные жирные кислоты и моноглицериды
Б) микрофлора тонкой кишки
В) бикарбонаты панкреатического сока
Г) бикарбонаты кишечного сока

КОНЕЧНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ РАСЩЕПЛЕНИЯ ЖИРОВ В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОМ ТРАКТЕ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЮТСЯ
А) моноглицериды
Б) диглицериды
В) триглицериды
Г) соли жирных кислот

ПРИ РАСЩЕПЛЕНИИ ЖИРОВ У СТАРШИХ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ НАИБОЛЬШЕЙ АКТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЮТ ЛИПАЗЫ
А) поджелудочной железы
Б) желудочная
В) лингвальная
Г) кишечного сока

НАИБОЛЬШЕЙ АКТИВНОСТЬЮ ПРИ РАСЩЕПЛЕНИИ ЖИРОВ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ ОБЛАДАЕТ ЛИПАЗА
А) желудочная
Б) лингвальная
В) поджелудочной железы
Г) кишечного сока

ПРИЧИНОЙ ЗАТРУДНЕННОГО УСВОЕНИЯ ЖИРОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ НЕАДЕКВАТНОМ ПИТАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) низкая активность поджелудочной липазы
Б) низкая активность желудочной липазы
В) отсутствие желчных кислот
Г) повышенное выделение желчных кислот

НА КАКОМ ОСНОВНОМ УРОВНЕ ЖКТ ПРОИСХОДИТ ВСАСЫВАНИЕ СОСТАВНЫХ ЧАСТЕЙ ПИЩИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ?
А) преимущественно проксимальные отделы тонкой кишки
Б) 12-перстная кишка
В) желудок
Г) преимущественно дистальные отделы тонкой кишки

ВСАСЫВАНИЕ СОСТАВНЫХ ЧАСТЕЙ ПИЩИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ПРОИСХОДИТ В
А) всех отделах тонкой кишки
Б) проксимальных отделах тонкой кишки
В) дистальных отделах тонкой кишки
Г) 12-перстной кишке
РЕЗЕРВНОЙ ЗОНОЙ УСВОЕНИЯ СОСТАВНЫХ ЧАСТЕЙ ПИЩИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ ВЫСТУПАЕТ
А) подвздошная кишка
Б) тощая кишка
В) восходящий отдел ободочной кишки
Г) слепая кишка
ПРОДУКТЫ РАСЩЕПЛЕНИЯ БЕЛКОВ, КОТОРЫЕ ВСАСЫВАЮТСЯ В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОМ ТРАКТЕ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ, ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ
А) свободные аминокислоты
Б) олигопептиды
В) макромолекулы белка
Г) полипептиды
ПРОДУКТЫ РАСЩЕПЛЕНИЯ УГЛЕВОДОВ, КОТОРЫЕ ВСАСЫВАЮТСЯ В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОМ ТРАКТЕ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ, ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ
А) моносахариды
Б) трисахариды
В) дисахариды
Г) олигосахариды
ПРОДУКТЫ РАСЩЕПЛЕНИЯ ЖИРОВ, КОТОРЫЕ ВСАСЫВАЮТСЯ В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОМ ТРАКТЕ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ, В ОСНОВНОМ, ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ
А) жирные кислоты
Б) фосфолипиды
В) триглицериды
Г) глицерин
В КАКОМ ОТДЕЛЕ ЖКТ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ВСАСЫВАЮТСЯ КОРОТКО- И СРЕДНЕЦЕПОЧЕЧНЫЕ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ?
А) только в тонкой кишке
Б) в желудке и тонкой кишке
В) только в желудке
Г) в толстой кишке
КОРОТКО- И СРЕДНЕЦЕПОЧЕЧНЫЕ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ ВСАСЫВАЮТСЯ
А) без эмульгирования
Б) с предварительным эмульгированием желчными кислотами
В) подвергаясь ресинтезу в кишечной стенке

Г) поступая в лимфу в виде хиломикронов
ДЛИННОЦЕПОЧЕЧНЫЕ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ И МОНОГЛИЦЕРИДЫ ВСАСЫВАЮТСЯ
А) с предварительным эмульгированием желчными кислотами
Б) без эмульгирования
В) в кровь
Г) без ресинтеза в кишечной стенке
К ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ЭФФЕКТАМ ПИЩЕВЫХ ВОЛОКОН ОТНОСЯТ
А) стимуляцию перистальтики кишечника
Б) снижение скорости пассажа кишечного содержимого
В) пробиотическое действие
Г) образование гормонов и витаминов
ПЕРЕВАРИВАЕМЫЕ ПИЩЕВЫЕ ВОЛОКНА В ТОЛСТОЙ КИШКЕ
А) расщепляются микрофлорой кишечника до короткоцепочечных жирных кислот
Б) расщепляются микрофлорой кишечника до моносахаридов
В) выходят с калом в неизмененном виде
Г) служат пластическим и энергетическим субстратом для микрофлоры
БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ КОРОТКОЦЕПОЧЕЧНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ, ОБРАЗОВАННЫХ В ТОЛСТОЙ КИШКЕ
А) используется для синтеза глюкозы в толстой кишке
Б) выводится с калом
В) всасывается
Г) используется для синтеза секреторных иммуноглобулинов
КАКОВА ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ КОРОТКОЦЕПОЧЕЧНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ, ОБРАЗУЮЩИХСЯ В ТОЛСТОЙ КИШКЕ?
А) поддерживают оптимальное значение РН в просвете толстой кишки
Б) являются энергетическим субстратом для микрофлоры
В) являются субстратом для синтеза биотина и фолиевой кислоты
Г) обеспечивают утилизацию непереваренных компонентов
В КАКОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА РАСПОЛАГАЕТСЯ ВОДИТЕЛЬ ЕГО ДВИГАТЕЛЬНОГО РИТМА?
А) в верхней части тела по большой кривизне
Б) в области дна
В) в области кардии
Г) в антральном отделе
БЫСТРЕЕ ЭВАКУИРУЕТСЯ ИЗ ЖЕЛУДКА _____ ПИЩА
А) жидкая
Б) плохо пережеванная
В) жирная
Г) плотная
КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ ТРАНЗИТА ПИЩИ ПО ЖЕЛУДОЧНОКИШЕЧНОМУ ТРАКТУ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ?
А) быстрее, чем у взрослых

Б) медленнее, чем у взрослых
В) быстрее при искусственном вскармливании
Г) опорожнения кишечника редкие
ОКСИГЕНИРОВАННАЯ В ПЛАЦЕНТЕ КРОВЬ ПОСТУПАЕТ К ПЛОДУ ЧЕРЕЗ
А) пупочную вену
Б) пупочную артерию
В) пупочные артерии
Г) пупочные вены
АРТЕРИАЛЬНЫЙ (БОТАЛЛОВ ПРОТОК) СОЕДИНЯЕТ
А) легочную артерию и аорту
Б) пупочную и нижнюю полую вены
В) легочную и правую подключичную артерии
Г) аорту и левую подключичную артерии
ФОРМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
А) шарообразная
Б) капельная
В) вытянутая
Г) треугольная
РАБОТОСПОСОБНОСТЬ ДЕТСКОГО СЕРДЦА ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ
А) относительно большой массой сердца (на 1 кг массы тела)
Б) магистральным типом коронарного кровотока
В) большим количеством артерий и капилляров на единицу поверхности
Г) малым количеством анастомозов сосудов сердца
ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННОГО РАСПОЛОЖЕНА
А) кнаружи от срединно-ключичной линии на 1–2 см
Б) по передней подмышечной линии
В) по срединно-ключичной линии
Г) кнутри от срединно-ключичной линии на 1–2 см
ПРАВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ВСЕГДА НАХОДИТСЯ КНУТРИ ОТ _____ ЛИНИИ
А) правой парастернальной
Б) правой стернальной
В) левой стернальной
Г) правой срединно-ключичной
КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ АРТЕРИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?
А) просвет вен и артерий одинаков
Б) просвет артерий относительно узкий
В) просвет артерий относительно широкий
Г) стенки артерий очень плотные
НИЗКИЕ ЦИФРЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕНЫ
А) малым ударным объемом сердца
Б) высоким удельным сопротивлением периферических сосудов

В) узким просветом сосудов малого круга кровообращения
Г) незрелостью вагусной регуляции
КАКОВЫ ОСОБЕННОСТИ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ?
А) большая звучность тонов, физиологическая тахикардия
Б) приглушенность тонов, физиологическая тахикардия
В) физиологическая тахикардия, акцент второго тона на аорте
Г) физиологическая брадикардия, приглушенность тонов
СТРУКТУРНОЙ ЕДИНИЦЕЙ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ
А) доля
Б) сегмент
В) ацинус
Г) верхушка легкого
СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ВЫСТЛАНА _____ ЭПИТЕЛИЕМ
А) однослойным многоядерным мерцательным
Б) однослойным кубическим
В) однослойным плоским
Г) переходным
КАКИЕ ЛИСТКИ ПЛЕВРЫ ВЫДЕЛЯЮТ?
А) париетальный и висцеральный
Б) наружный и внутренний
В) верхний и нижний
Г) диафрагмальная плевра и плевральные синусы
УЧАСТКОМ ЛЕГОЧНОЙ ДОЛИ, ВЕНТИЛИРУЕМЫМ ОДНИМ БРОНХОМ ТРЕТЬЕГО ПОРЯДКА, ЯВЛЯЕТСЯ
А) сегмент
Б) доля
В) бронхиола
Г) ацинус
НАЧАЛО ФОРМИРОВАНИЯ АЦИНУСОВ ВО ВНУТРИУТРОБНОМ ПЕРИОДЕ ОТНОСИТСЯ К _____ НЕДЕЛЕ ГЕСТАЦИИ
А) 24
Б) 28
В) 16
Г) 36
У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ХУЖЕ ВЕНТИЛИРУЕТСЯ _____ СЕГМЕНТ ЛЕГКОГО
А) 6
Б) 3
В) 1
Г) 7
ОТНОСИТЕЛЬНАЯ РЕДКОСТЬ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОБУСЛОВЛЕНА
А) недоразвитием кавернозной части подслизистой

Б) мягкостью хрящей
В) отсутствием нижнего носового хода
Г) сухостью слизистой оболочки
ФОРМИРОВАНИЕ НИЖНЕГО НОСОВОГО ХОДА У ДЕТЕЙ ПРОИСХОДИТ К
А) 4 годам
Б) рождению
В) 7 годам
Г) 10 годам
ФОРМИРОВАНИЕ ГАЙМОРОВЫХ ПАЗУХ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К
А) 7 годам
Б) рождению
В) 4 годам
Г) 10 годам
ОБРАЗОВАНИЕ СУРФАНКТАНТА ПРОИСХОДИТ В _____ НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ
А) 24-35
Б) 36-38
В) 16-20
Г) 39-40
ФОРМИРОВАНИЕ АЛЬВЕОЛ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К
А) 8 годам
Б) рождению
В) 2 годам
Г) 5 годам
РАЗЛИЧИЕ В СТРОЕНИИ ГОРТАНИ У МАЛЬЧИКОВ И ДЕВОЧЕК ОБНАРУЖИВАЕТСЯ ДО_____ ЛЕТ
А) 7
Б) 3
В) 10
Г) 12
ТРАХЕЯ ДЕЛИТСЯ НА ПРАВЫЙ И ЛЕВЫЙ БРОНХ НА УРОВНЕ _____ ГРУДНОГО ПОЗВОНКА
А) IV
Б) VII
В) VI
Г) X
СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ПОЛОСТИ НОСА ДЕЛИТСЯ НА _____ ОБЛАСТИ
А) обонятельную и дыхательную
Б) обонятельную и слезную
В) дыхательную и газообменную
Г) дыхательную и слезную
ПРИЧИНОЙ СМЕЩЕНИЯ ТРАХЕИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) мягкость хрящевого каркаса
Б) недоразвитие эластической ткани
В) нежность слизистой оболочки
Г) обильная васкуляризация
РАЗВИТИЕ ЭЛАСТИЧЕСКОЙ ТКАНИ ЛЕГКОГО ЗАВЕРШАЕТСЯ К
А) 12 годам
Б) 5 годам
В) рождению
Г) 12 месяцам
ИЗМЕРЕНИЕ ЖИЗНЕННОЙ ЕМКОСТИ ЛЕГКИХ У РЕБЕНКА ВОЗМОЖНО, НАЧИНАЯ С ВОЗРАСТА _____ ЛЕТ
А) 5
Б) 3
В) 7
Г) 10
ВЫСОТА СТОЯНИЯ ВЕРХУШЕК ЛЕГКИХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С _____ ЛЕТ
А) 5
Б) 7
В) 3
Г) 2
ОСОБЕННОСТЬЮ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) узость голосовой щели
Б) хорошее развитие эластической ткани
В) недостаточное кровоснабжение слизистого слоя
Г) гиперсекреция слизи
ПРАВОЕ ЛЕГКОЕ ИМЕЕТ _____ ДОЛИ(Ю)
А) 3
Б) 2
В) 1
Г) 4
ЦЕНТР ДЫХАНИЯ РАСПОЛОЖЕН В
А) продолговатом мозге
Б) мосту
В) среднем мозге
Г) мозжечке
ОСОБЕННОСТЬЮ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) обильное развитие кровеносных сосудов
Б) хорошее развитие эластической ткани
В) хорошая воздушность легочной ткани
Г) большой диаметр бронхов
ОСОБЕННОСТЬЮ БРОНХОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) узкий просвет
Б) широкий просвет
В) хорошее сопротивление спадению
Г) хорошее развитие хрящевого каркаса
У ДЕВОЧЕК В ПУБЕРТАТНЫЙ ПЕРИОД ПРЕОБЛАДАЕТ _____ ТИП ДЫХАНИЯ
А) грудной
Б) брюшной
В) смешанный
Г) диафрагмальный
ЛЕГКОСТЬ РАССТРОЙСТВА КАПИЛЛЯРНОГО ЛЕГОЧНОГО КРОВОТОКА У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНА
А) обильной васкуляризацией
Б) недостаточным развитием эластической ткани
В) недостатком сурфактанта
Г) особенностью строения грудной клетки
СИНДРОМ ПОДРОСТКОВОГО (КАПЕЛЬНОГО) СЕРДЦА ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А) обмороками, снижением АД, тахикардией, появлением шума в сердце
Б) артериальной гипертензией
В) одышкой
Г) брадикардией
МЫШЕЧНЫЙ ТОНУС РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК НАПРЯЖЕНИЕ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ, ОПРЕДЕЛЯЮЩЕЕСЯ
А) постоянно
Б) транзиторно
В) только пальпаторно
Г) только при динамометрии
КРИТИЧЕСКИЙ ПЕРИОД РАЗВИТИЯ ПЛОДА СОСТАВЛЯЕТ _____ НЕДЕЛЬ
А) 3-12
Б) 14-20
В) 22-26
Г) 28-32
РАЗВИТИЕ РЕЧИ НАЧИНАЕТСЯ У РЕБЕНКА С
А) коммуникативной улыбки
Б) появления длительного гуления
В) первых слогов «ма», «па», «ба» , лепета
Г) понимания речи взрослого
РАЗВИТИЕ РЕЧИ СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ 1 ГОД 6 МЕСЯЦЕВ, ЕСЛИ РЕБЕНОК
А) понимает много слов, но говорит мало, использует облегченные слова
Б) знает 10-12 слов, понимает запрет, использует облегченные слова
В) понимает сказки, задает вопросы «что?», «где?», «когда?»
Г) начинает говорить предложениями, запоминает стихи

ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННЫМ РУКОВОДСТВОМ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) воспитание
Б) обучение
В) тренировка
Г) социализация
ДОШКОЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ НАЧИНАЕТСЯ С _____ ЛЕТ
А) 3-х
Б) 4-х
В) 5-ти
Г) 6-ти
САМЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ВОСПИТАНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
А) личный пример поведения
Б) нравоучительная речь
В) беседа на разные темы
Г) самовоспитание
ИГРУШКИ ДЛЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ХОРОШО
А) моющимися
Б) разбирающимися
В) складывающимися
Г) двигающимися
ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ИМЕЕТ ЦЕЛЬЮ
А) сохранение и укрепление здоровья детей
Б) привитие детям навыков личной гигиены
В) получение детьми знаний о гигиене
Г) профилактику заболеваний и травм у детей
ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ У ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ
А) больше окружности груди на 1-2 см
Б) больше окружности груди на 3-5 см
В) равной окружности груди
Г) меньше окружности груди на 1-2 см
СРЕДНЯЯ ПРИБАВКА ДЛИНЫ ТЕЛА ЗА ПЕРВЫЙ ГОД ЖИЗНИ РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ _____ СМ
А) 25
Б) 20
В) 12
Г) 15
ПОТРЕБНОСТЬ РЕБЕНКА 4–6 МЕСЯЦЕВ В БЕЛКАХ СОСТАВЛЯЕТ _____ Г НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА
А) 2,6
Б) 2,0
В) 2,9

Г) 3,2
ОПТИМАЛЬНОЕ ДЛЯ УСВОЕНИЯ СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В ЖЕНСКОМ МОЛОКЕ СОСТАВЛЯЕТ
А) 2 : 1
Б) 1 : 1
В) 1 : 2
Г) 3 : 2
ПОТРЕБНОСТЬ В КАЛОРИЯХ РЕБЁНКА 10–12 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ _____ ККАЛ/КГ/СУТКИ
А) 110
Б) 120
В) 115
Г) 100
ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ СО СТОРОНЫ РЕБЁНКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) фенилкетонурия
Б) недоношенность
В) гемолитическая болезнь новорожденного
Г) оперативное родоразрешение
ЖЕНСКОЕ МОЛОКО ПО СРАВНЕНИЮ С КОРОВЬИМ МОЛОКОМ ИМЕЕТ БОЛЕЕ
А) высокое содержание полиненасыщенных жирных кислот
Б) низкое содержание железа
В) высокий уровень белка
Г) низкое содержание углеводов
КОРМЛЕНИЕ МОЛОКОМ МАТЕРИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ
А) приеме матерью цитостатиков
Б) приеме матерью антибиотиков
В) ВИЧ у матери
Г) сахарном диабете у матери
1-Я СТЕПЕНЬ ГИПОГАЛАКТИИ СООТВЕТСТВУЕТ ДЕФИЦИТУ МОЛОКА ДО ___ (%)
А) 25
Б) 10
В) 20
Г) 30
ДЕФИЦИТ МОЛОКА (%) ПРИ 2-Й СТЕПЕНИ ГИПОГАЛАКТИИ СОСТАВЛЯЕТ ДО
А) 50
Б) 40
В) 30
Г) 20
ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ ФЛОРОЙ КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЮТСЯ
А) бифидум-бактерии

Б) ацидофильные палочки
В) кишечные палочки
Г) энтерококки
В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ПРИКОРМА СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ
А) овощное пюре
Б) фруктовый сок
В) манную кашу
Г) овсяную кашу
СООТНОШЕНИЕ БЕЛКОВ И ЖИРОВ В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ
А) 1:1
Б) 1:2
В) 2:1
Г) 1:4
РЕЧЬ РЕБЕНКА 1 ГОДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) произнесением первых слов
Б) произношением звуков
В) лепетом
Г) повторением звуков и слогов
КРИТЕРИЯМИ ОЦЕНКИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) развитие статики и моторики
Б) игровая деятельность
В) предметная деятельность
Г) развитие умственных способностей
СКОРОСТЬ РОСТА С ВОЗРАСТОМ РЕБЕНКА
А) уменьшается
Б) увеличивается в 1,5 раза
В) увеличивается в 2 раза
Г) увеличивается в 2,5 раза
СРЕДНЯЯ ДЛИНА ТЕЛА ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ _____ СМ
А) 50-52
Б) 48-49
В) 45-47
Г) 53-55
ДЛИНА ТЕЛА У ЗРЕЛОГО ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ НИЖЕ _____ СМ
А) 45
Б) 48
В) 50
Г) 43
НАИБОЛЬШИЕ ТЕМПЫ РОСТА РЕБЕНКА В ПОСТНАТАЛЬНОЙ ЖИЗНИ ОТМЕЧАЮТСЯ
А) на 1-м году жизни

Б) в период первого «вытяжения»
В) в пубертатном периоде
Г) в раннем возрасте
ПРИРОСТ ДЛИНЫ ТЕЛА ЗА ПЕРВЫЙ ГОД ЖИЗНИ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ _____ СМ
А) 25
Б) 20
В) 15
Г) 30
ДЛИНА ТЕЛА РЕБЕНКА В 1 ГОД В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ _____ СМ
А) 75
Б) 70
В) 65
Г) 80
СРЕДНЯЯ ЕЖЕГОДНАЯ ПРИБАВКА РОСТА У ДЕТЕЙ ДО 8 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ СМ
А) 7
Б) 3
В) 9
Г) 11
СРЕДНИЙ РОСТ В 8 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ СМ
А) 130
Б) 120
В) 110
Г) 140
СРЕДНЯЯ ЕЖЕГОДНАЯ ПРИБАВКА РОСТА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 8 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ СМ
А) 5
Б) 3
В) 7
Г) 9
ПЕРИОД ПЕРВОГО ВЫТЯЖЕНИЯ (УСКОРЕНИЯ РОСТА) ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ _____ ЛЕТ У МАЛЬЧИКОВ И _____ ЛЕТ У ДЕВОЧЕК
А) 4-6 6-7
Б) 4-6 9-10
В) 6-9 6-8
Г) 6-9 9-10
ПЕРИОД ВТОРОГО ВЫТЯЖЕНИЯ (УСКОРЕНИЯ РОСТА) ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ _____ ЛЕТ У МАЛЬЧИКОВ И _____ ЛЕТ У ДЕВОЧЕК
А) 13-16 10-12
Б) 11-12 8-10
В) 13-16 8-10
Г) 8-10 10-12
ПРЕКРАЩЕНИЕ РОСТА У ЮНОШЕЙ В СРЕДНЕМ ПРОИСХОДИТ К _____ ГОДАМ ЖИЗНИ

А) 18-19
Б) 15-17
В) 20-22
Г) 22-24
ПРЕКРАЩЕНИЕ РОСТА У ДЕВУШЕК В СРЕДНЕМ ПРОИСХОДИТ К _____ ГОДАМ ЖИЗНИ
А) 16-17
Б) 15-16
В) 17-19
Г) 19-21
СРЕДНЯЯ МАССА ТЕЛА ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ _____ ГРАММОВ
А) 3300-3400
Б) 3000-3200
В) 2700-2900
Г) 3500-3700
У ЗРЕЛОГО ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА МАССА ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ НИЖЕ _____ ГРАММОВ
А) 2500
Б) 2300
В) 2000
Г) 2800
МАКСИМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТМЕЧАЕТСЯ К _____ ДНЮ ЖИЗНИ
А) 3-5
Б) 1-2
В) 6-7
Г) 5-6
НАИБОЛЬШИЕ ТЕМПЫ НАРАСТАНИЯ МАССЫ ТЕЛА В ПОСТНАТАЛЬНОЙ ЖИЗНИ ОТМЕЧАЮТСЯ _____ И В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ
А) на 1-м году жизни
Б) в период первого «округления»
В) в преддошкольном возрасте
Г) в период второго «округления»
ВЕЛИЧИНА ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ПРИБАВКИ МАССЫ ТЕЛА В 1-ОМ ПОЛУГОДИИ ЖИЗНИ РЕБЕНКА В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ _____ ГРАММОВ
А) 800
Б) 600
В) 400
Г) 1000
ВЕЛИЧИНА ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ПРИБАВКИ МАССЫ ТЕЛА ВО 2-ОМ ПОЛУГОДИИ ЖИЗНИ РЕБЕНКА В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ _____ ГРАММОВ

А) 400
Б) 200
В) 600
Г) 800
СРЕДНЯЯ МАССА ТЕЛА РЕБЕНКА В 1 ГОД СОСТАВЛЯЕТ _____ КГ
А) 10
Б) 9
В) 8
Г) 12
СРЕДНЯЯ ЕЖЕГОДНАЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ КГ
А) 4-5
Б) 2-3
В) 6-7
Г) 8-9
СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ СМ
А) 34-36
Б) 32-34
В) 30-32
Г) 36-38
СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ К КОНЦУ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ _____ СМ
А) 45-47
Б) 44-45
В) 42-43
Г) 48-49
СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ В 5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ СМ
А) 50-52
Б) 48-49
В) 53-54
Г) 55-56
ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ (СМ) У ДЕТЕЙ ДОСТИГАЕТ УРОВНЯ ВЗРОСЛЫХ К _____ ГОДАМ
А) 15-17
Б) 13-15
В) 10-12
Г) 18-20
СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГРУДИ ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ СМ
А) 33-36
Б) 30-32
В) 28-30
Г) 36-38

ПРИ ОЦЕНКЕ СОВОКУПНОСТИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗА ОСНОВУ БЕРЕТСЯ ОЦЕНКА
А) длины тела
Б) массы
В) окружности головы
Г) окружности груди
ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГАРМОНИЧНОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СООТВЕТСТВИЕ
А) массы тела длине тела
Б) длины тела массе тела
В) окружности головы росту
Г) массы тела окружности головы
ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ГАРМОНИЧНОЕ, ЕСЛИ РАЗНИЦА НОМЕРОВ ЦЕНТИЛЬНЫХ КОРИДОРОВ РОСТА И МАССЫ НЕ БОЛЕЕ
А) 1
Б) 2
В) 3
Г) 4
БОЛЕЕ ТОЧНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЦЕНТИЛЬНАЯ ОЦЕНКА МАССЫ РЕБЕНКА ПО
А) росту (длине тела)
Б) возрасту
В) окружности грудной клетки
Г) окружности головы
ВЫСОТА ГОЛОВЫ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ _____ ЧАСТИ ДЛИНЫ ТЕЛА
А) 1/4
Б) 1/3
В) 1/5
Г) 1/6
ВЫСОТА ГОЛОВЫ У 12-ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ _____ ЧАСТИ ОТ ДЛИНЫ ТЕЛА
А) 1/7
Б) 1/5
В) 1/3
Г) 1/9
СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ВЕРХНИМ И НИЖНИМ СЕГМЕНТАМИ ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ СОСТАВЛЯЕТ
А) 1:1
Б) 0.5:1
В) 1,5-1,75:1
Г) 2:1
СРЕДНЕЙ ТОЧКОЙ ДЛИНЫ ТЕЛА СЧИТАЮТ ТОЧКУ
А) половины длины туловища
Б) между верхним и нижним сегментами

В) половины верхнего сегмента
Г) половины нижнего сегмента
ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА (ИМТ) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ
А) состояния питания
Б) пропорциональности телосложения
В) физического развития в целом
Г) биологического возраста
БИОЛОГИЧЕСКИМ ВОЗРАСТОМ РЕБЕНКА НАЗЫВАЕТСЯ
А) совокупность признаков достигнутого развития организма в целом на данном возрастном этапе
Б) совокупность функциональных признаков
В) совокупность антропометрических признаков
Г) диспропорциональность в развитии систем органов на данном возрастном этапе
КРИТЕРИЯМИ ОЦЕНКИ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ
А) число ядер окостенения, количество молочных зубов, психомоторное развитие, показатели длины и массы тела
Б) вторичные половые признаки, количество постоянных зубов, психомоторное развитие, показатели длины и массы тела
В) психомоторное развитие, вторичные половые признаки, показатели длины и массы тела, количество молочных зубов
Г) количество постоянных зубов, число ядер окостенения, вторичные половые признаки, показатели длины и массы тела
КРИТЕРИЯМИ ОЦЕНКИ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЮТСЯ
А) число ядер окостенения, вторичные половые признаки, количество постоянных зубов, показатели физического развития
Б) число ядер окостенения, количество молочных зубов, вторичные половые признаки, показатели физического развития
В) число ядер окостенения, количество постоянных зубов, психомоторное развитие, вторичные половые признаки
Г) число ядер окостенения, количество молочных зубов, психомоторное развитие, показатели физического развития
ОСОБЕННОСТЬЮ КОЖИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) тонкий эпидермис
Б) плотная связь между эпидермисом и дермой
В) недостаточное кровоснабжение
Г) достаточное развитие зернистого слоя эпидермиса
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ КОЖИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) несовершенство терморегуляции через кожу
Б) сниженная резорбционная функция
В) низкая интенсивность дыхательной функции
Г) зрелость регуляции температуры тела через кожу

ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА К ПЕРЕГРЕВАНИЮ ОБЪЯСНЯЕТСЯ
А) несовершенством регуляции температуры тела через кожу
Б) недостаточным кровоснабжением
В) слабым развитием подкожного жира
Г) повышенным потоотделением
ПЕРВЫЕ МОЛОЧНЫЕ ЗУБЫ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦЕВ
А) 6-7
Б) 2-3
В) 4-5
Г) 8-9
ПРОРЕЗЫВАНИЕ ВСЕХ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В СРЕДНЕМ К _____ ГОДАМ
А) 2,5-3
Б) 2-2,5
В) 1,5-2
Г) 3-4
ПОТРЕБНОСТЬ В ВОДЕ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ/КГ
А) 130-150
Б) 40-50
В) 70-80
Г) 160-170
ПОТРЕБНОСТЬ В ВОДЕ РЕБЕНКА 10 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ/КГ
А) 70-80
Б) 40-50
В) 90-100
Г) 110-130
ДНЕВНОЙ СОН У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ПРЕКРАЩАЕТСЯ ПОСЛЕ _____ ЛЕТ
А) 6-7
Б) 4-5
В) 2-3
Г) 8-10
ЗАХВАТЫВАТЬ, А ПОТОМ УДЕРЖИВАТЬ В РУКЕ ИГРУШКУ РЕБЕНОК НАЧИНАЕТ В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦЕВ
А) 4-5
Б) 1-2
В) 7-8
Г) 11-12
КАКИЕ ГРУППЫ ФАКТОРОВ ВЛИЯЮТ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА?
А) эндогенные и экзогенные
Б) социально-экономические
В) психолого-педагогические

Г) географические и медико-биологические
ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА МОЖЕТ ПРОЯВИТЬСЯ
А) при внутриутробном развитии, рождении, в процессе дальнейшего роста и развития, в течение последующей жизни
Б) в процессе жизнедеятельности детей, подростков и взрослых
В) при поступлении в детское образовательное учреждение, при дальнейшем обучении и поступлении на работу
Г) при ведении нездорового образа жизни
ПО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 21 НОЯБРЯ 2011 Г. N 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» ПОД ЗДОРОВЬЕМ ПОНИМАЮТ
А) состояние физического, психического и социального благополучия человека при отсутствии заболеваний
Б) отсутствие патологических процессов в организме
В) возможность осуществления биологических и трудовых функций
Г) отсутствие анатомических и физиологических дефектов
КАКОЙ ФАКТОР СПОСОБСТВУЕТ УЛУЧШЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ?
А) оптимальные условия проживания и обучения
Б) интенсивные занятия спортом высоких достижений
В) высококалорийное питание
Г) низкокалорийное питание
КАКОЙ ФАКТОР СПОСОБСТВУЕТ УЛУЧШЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ?
А) рациональное питание
Б) интенсивные занятия в спортивных секциях
В) обильное питание
Г) обливание холодной водой на морозе и хождение босиком по снегу
ПОД ФАКТОРАМИ РИСКА ПОНИМАЮТ ФАКТОРЫ
А) потенциально опасные для здоровья
Б) повышающие опасность травматизма
В) вредные и опасные производственные
Г) вызывающие физическое и/или эмоциональное напряжение
ПОД ФАКТОРАМИ РИСКА ПОНИМАЮТ ФАКТОРЫ
А) повышающие вероятность развития заболеваний
Б) повышающие опасность травматизма
В) вредные и опасные производственные
Г) вызывающие физическое и/или эмоциональное напряжение
ПОД ОНТОГЕНЕЗОМ ПОНИМАЮТ
А) индивидуальное развитие организма от оплодотворения до конца жизни
Б) патологическое внутриутробное развитие
В) развитие патологических процессов на первом году жизни
Г) процесс естественной гибели клеток
СОЦИОПАТИЧЕСКОЙ СЧИТАЮТ СЕМЬЮ

А) в которой один или оба родителя страдают алкоголизмом, наркоманией или находятся в заключении
Б) с низким материальным достатком, нуждающуюся в социальной поддержке
В) один из членов которой болен туберкулезом или другим хроническим заболеванием
Г) с ребенком-инвалидом, нуждающимся в социальном обеспечении
ПРИ НЕРАЦИОНАЛЬНОМ ПИТАНИИ У РЕБЕНКА РАЗВИВАЕТСЯ
А) нарушение физического и психического развития
Б) аутосомно-рецессивная форма карликовости
В) синдром Шерешевского-Тернера
Г) элефантиаз
К ОСОБЕННОСТИ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСИТСЯ
А) незначительная роль скелетной мускулатуры в теплопродукции по сравнению с клеточным метаболизмом
Б) значительная роль скелетной мускулатуры в теплопродукции по сравнению с клеточным метаболизмом
В) повышенный обмен веществ, легкое перегревание и переохлаждение ребенка
Г) выраженная термоасимметрия и наименьшая относительная поверхность тела
ОСОБЕННОСТЬЮ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) наибольшая относительная поверхность тела
Б) наименьшая относительная поверхность тела
В) преобладание теплопродукции над теплоотдачей
Г) низкий клеточный метаболизм
ВАЖНЕЙШИЙ ПРИНЦИП УЧЕНИЯ П. К. АНОХИНА О СИСТЕМОГЕНЕЗЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
А) неодновременности формирования функциональных систем
Б) формирование афферентного синтеза на основе пусковой и обстановочной афферентации
В) формирование акцептора результата действия
Г) надежности биологических систем
НАИБОЛЕЕ ИНТЕНСИВНО ПРОЦЕССЫ РОСТА И РАЗВИТИЯ ПРОТЕКАЮТ В _____ВОЗРАСТЕ
А) грудном
Б) дошкольном
В) младшем школьном
Г) подростковом
РАБОТАЮЩИЙ КОМПЬЮТЕР ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ _____ИЗЛУЧЕНИЯ
А) электромагнитного
Б) статического

В) рентгеновского
Г) ионизирующего
ЗАНЯТИЯ ЗА КОМПЬЮТЕРОМ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ
А) напряжение зрительного анализатора
Б) повышение работоспособности
В) нарушение слуха и обоняния
Г) обострение хронических заболеваний
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕТЬМИ НОУТБУКА НА ЗАНЯТИЯХ В НАЧАЛЬНЫХ КЛАССАХ
А) недопустимо
Б) предпочтительно
В) имеет свои ограничения
Г) возможно только на уроках математики
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ОБУЧЕНИЯ НА УРОКАХ
А) способствует повышению работоспособности при соблюдении регламентов их использования
Б) способствует повышению работоспособности во время занятий
В) способствует ускорению развития утомления к концу занятия
Г) не оказывает влияния на утомительность учебных занятий
ПРАВИЛЬНО ОРГАНИЗОВАННАЯ ФИЗКУЛЬТУРНАЯ ПАУЗА НА УРОКЕ ДЛИТСЯ _____ МИНУТЫ/МИНУТ И ВКЛЮЧАЕТ УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ
А) 1-2 органа зрения, мышц кистей и крупных «позных» мышц
Б) 4-5 органа зрения, мышц кистей и крупных «позных» мышц
В) 5-7 органа зрения, мышц кистей и крупных «позных» мышц
Г) 7-10 органа зрения, мышц кистей и стоп
ВРЕМЯ АКТИВНОГО БОДРСТВОВАНИЯ РЕБЕНКА В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ _____ЧАСА/ЧАСОВ
А) 5-7
Б) 3-4
В) 8-9
Г) 9-10
В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ РЕБЕНОК ЗАСЫПАЕТ ЧЕРЕЗ КАЖДЫЕ _____ ЧАСА/ЧАСОВ
А) 1,5-2
Б) 3
В) 4-4,5
Г) 5
КАКОЙ ФАКТОР РЕЖИМА ДНЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНО ВЛИЯЕТ НА РОСТ ДЕТЕЙ?
А) адекватная физическая подвижность, достаточность сна
Б) чёткое соблюдение режима питания
В) прогулки на свежем воздухе не менее 2 часов
Г) включение в досуг детей посещение спортивных секций

ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ РАСПИСАНИЯ ДЛЯ УЧАЩИХСЯ 1 КЛАССА ВО ВТОРНИК ЯВЛЯЕТСЯ
А) математика, чтение, физкультура, русский язык
Б) чтение, русский язык, математика, физкультура
В) физкультура, математика, чтение, русский язык
Г) математика, физкультура, русский язык, чтение
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СНА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В 7-10 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ ЧАСОВ
А) 11-10
Б) 12
В) 8-8,5
Г) 9-9,5
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СНА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В 11-14 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ЧАСОВ
А) 10-9
Б) 12
В) 11
Г) 9-8
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СНА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В 15-17 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ЧАСОВ
А) 9-8
Б) 12
В) 11
Г) 10
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СНА В РЕЖИМЕ ДНЯ ДЕТЕЙ МЛАДШИХ ГРУПП ДЕТСКОГО САДА СОСТАВЛЯЕТ _____ ЧАСОВ
А) 12-12,5
Б) 14-13
В) 9-10,5
Г) 11-10
РЕЖИМ ДНЕВНОГО СНА ДЕТЕЙ МЛАДШЕЙ ГРУППЫ ДЕТСКОГО САДА СОСТАВЛЯЕТ _____ ЧАС/ЧАСА
А) 2
Б) 3
В) 1,30
Г) 1
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СНА В РЕЖИМЕ ДНЯ ДЕТЕЙ СРЕДНИХ ГРУПП ДЕТСКОГО САДА СОСТАВЛЯЕТ _____ ЧАСОВ
А) 12-12,5
Б) 14-13
В) 10-9
Г) 11-10
РЕЖИМ ДНЕВНОГО СНА ДЕТЕЙ СРЕДНЕЙ ГРУППЫ ДЕТСКОГО САДА СОСТАВЛЯЕТ _____ ЧАСА
А) 2

Б) 3
В) 1,30
Г) 1
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СНА В РЕЖИМЕ ДНЯ ДЕТЕЙ СТАРШИХ ГРУПП ДЕТСКОГО САДА СОСТАВЛЯЕТ _____ ЧАСОВ
А) 11,5
Б) 13
В) 10
Г) 12
РЕЖИМ ДНЕВНОГО СНА ДЕТЕЙ СТАРШЕЙ ГРУППЫ ДЕТСКОГО САДА СОСТАВЛЯЕТ _____ ЧАС/ЧАСА
А) 1,5
Б) 2
В) 3
Г) 1
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СНА В РЕЖИМЕ ДНЯ ДЕТЕЙ ПОДГОТОВИТЕЛЬНОЙ ГРУППЫ ДЕТСКОГО САДА СОСТАВЛЯЕТ _____ ЧАСОВ
А) 11,5
Б) 13
В) 12-12,5
Г) 10
РЕЖИМ ДНЕВНОГО СНА ДЕТЕЙ ПОДГОТОВИТЕЛЬНОЙ ГРУППЫ ДЕТСКОГО САДА СОСТАВЛЯЕТ _____ ЧАС/ЧАСА
А) 1,5
Б) 2,5
В) 2
Г) 1
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРЕБЫВАНИЯ НА ОТКРЫТОМ ВОЗДУХЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ ____ ЧАС/ЧАСОВ В СУТКИ
А) 5-6
Б) 3-4
В) 2-3
Г) 6-8
МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМЫЙ ОБЪЁМ НЕДЕЛЬНОЙ НАГРУЗКИ В МЛАДШЕЙ ГРУППЕ ДЕТСКОГО САДА СОСТАВЛЯЕТ _____ЗАНЯТИЙ ПО _____МИНУТ
А) 11 15
Б) 10 8-10
В) 12 20
Г) 15 25
МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМЫЙ ОБЪЁМ НЕДЕЛЬНОЙ НАГРУЗКИ В СТАРШЕЙ ГРУППЕ ДЕТСКОГО САДА СОСТАВЛЯЕТ _____ЗАНЯТИЙ ПО _____МИНУТ

А) 15 25
Б) 11 15
В) 12 20
Г) 17 30

ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ НЕУДАЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ?

А) использование наглядной агитации
Б) использование игровых форм
В) участие старшеклассников в работе по гигиеническому воспитанию младших детей
Г) преподавание в образовательных учреждениях основ гигиены

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ОБУЧАЮЩИМИСЯ ВКЛЮЧАЕТ

А) выявление факторов риска и проведение разнонаправленных превентивных программ
Б) проведение медосмотров
В) проведение скрининг тестов
Г) наличие инструментария мониторинга здоровья и физического развития обучающихся

ПРИ ОСВОЕНИИ ПРОФЕССИЙ В СУДОСТРОЕНИИ, ТКАЦКОМ И КУЗНЕЧНО-ПРЕССОВОМ ПРОИЗВОДСТВАХ ПОДРОСТКИ ПОДВЕРГАЮТСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ

А) производственного шума
Б) низких температур
В) высоких температур
Г) неионизирующей радиации

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ НАПРАВЛЕНО НА

А) формирование здоровьесберегающей среды
Б) совершенствование нормативно-правовой базы
В) обучение навыкам эмоциональной разгрузки
Г) улучшение лечебно-оздоровительной работы

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ И ОБРАЗОВАНИЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ПРОЦЕССЕ

А) воспитания и обучения в образовательных учреждениях
Б) просветительско-воспитательной работы
В) проведения общественных мероприятий, организации диспут-клубов
Г) проведения лекций и семинаров для родителей, индивидуальных консультаций

ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ?

А) разработка программ по формированию здорового образа жизни в образовательных учреждениях и их активное внедрение
Б) разработка нормативов по формированию здорового образа жизни
В) утверждение нормативов по формированию здорового образа жизни

Г) разработка методических пособий по формированию здорового образа жизни

В ОТЧЕТЕ ПО ГИГИЕНИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ И ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ УКАЗЫВАЮТСЯ СВЕДЕНИЯ О

А) количестве противоэпидемических мероприятий, числе травм, несчастных случаев и отравлений

Б) проведенных профилактических прививках за год, уровне инфекционной заболеваемости

В) деятельности организации здравоохранения по социально-правовым вопросам

Г) количестве направлений детей в санатории-профилактории

ЦЕЛЬ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ СОСТОИТ В

А) положительных изменениях в стиле жизни, приводящих к улучшению потенциала и баланса здоровья

Б) расширении кругозора по медико-генетическим вопросам

В) обучении распознаванию первых признаков инфекционных и неинфекционных заболеваний

Г) формировании адекватных убеждений в отношении здоровья

КАКИМ МЕТОДОМ ОРГАНИЗУЕТСЯ НЕРАЦИОНАЛЬНОЕ ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ?

А) математическим моделированием

Б) информационно-рецептивным

В) эвристическим

Г) проблемного изложения информации

ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ИНФОРМАЦИОННО-РЕЦЕПТИВНОГО МЕТОДА В ГИГИЕНИЧЕСКОМ ВОСПИТАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) повышение уровня знаний

Б) формирование практических умений

В) развитие памяти, внимания, логики

Г) формирование ценностных установок в отношении здоровья

ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А) положительное изменение в гигиенической культуре, стиле жизни

Б) улучшение потенциала и баланса здоровья, оздоровление населения

В) увеличение уровня иммунизации детского населения, снижение инфекционной заболеваемости

Г) овладение научной информацией по вопросам профилактики заболеваний

КАКОВЫ ЗАДАЧИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ?

А) формирование системы взглядов и стереотипа поведения в отношении здоровья

Б) обучение основам формирования здорового образа жизни детей взятых на диспансерный учёт

В) обследование детей перед поступлением в детские дошкольные учреждения и школы

Г) осуществление профилактического наблюдения за часто болеющими детьми

ДЛЯ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ХАРАКТЕРНО

А) распространение знаний, формирование общественного мнения

Б) выработка умений общения, индивидуальные консультации

В) формирование навыков агитации и ведения дискуссий

Г) формирование свойств характера, системы взглядов

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ НАПРАВЛЕНО НА ФОРМИРОВАНИЕ

А) умений и навыков

Б) системы взглядов

В) общественного мнения

Г) мотивации на здоровый образ жизни

К ПРИНЦИПАМ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ОТНОСЯТ

А) актуальность, доступность, систематичность, дифференцированный подход

Б) вовлечение широких масс населения, тренинги

В) многоуровневый подход (индивидуальный, групповой, популяционный)

Г) изменение поведения отдельных групп населения

КАКОВА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ УРОВНЕЙ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ У НАСЕЛЕНИЯ?

А) знания, убеждения, навыки, умения

Б) знания, убеждения, умения, навыки

В) знания, умения, убеждения, навыки

Г) умения, убеждения, навыки, знания

ВЫРАБОТКА СПОСОБНОСТИ ПРАВИЛЬНО ВЫПОЛНЯТЬ МЕДИЦИНСКИЕ, ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А) умениями

Б) знаниями

В) навыками

Г) убеждениями

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ _____ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

А) комплексную

Б) обучающую

В) воспитательную

Г) просветительную

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ НАПРАВЛЕНО НА ФОРМИРОВАНИЕ

А) позитивного в отношении здоровья стиля жизни индивидуума, группы лиц, общества в целом

Б) умений и навыков, позитивных в отношении здоровья

В) позитивной в отношении здоровья системы взглядов

Г) позитивного в отношении здоровья общественного мнения

К ДИНАМИЧЕСКОМУ СТЕРЕОТИПУ ПОВЕДЕНИЯ В ВЫПОЛНЕНИИ КОМПЛЕКСА ГИГИЕНИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ОТНОСЯТ

А) навыки

Б) убеждения
В) умения
Г) знания
В СОДЕРЖАНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ВХОДИТ
А) совокупность медицинских знаний, предназначенных для усвоения и практического применения
Б) способ управления познавательной и практической деятельностью популяции
В) способ применения средств гигиенического воспитания
Г) программы, проекты в масштабах города, района, области
К НАГЛЯДНЫМ СРЕДСТВАМ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ НЕ ОТНОСЯТ
А) брошюры
Б) санитарные бюллетени
В) видеоматериалы
Г) телевидение
НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ УСВОЕНИЯ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) выступление в роли обучающего (ведущего)
Б) обучение практикой действия
В) обсуждение в группах
Г) использование наглядных пособий
НЕЭФФЕКТИВНЫЕ СРЕДСТВА ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ОТНОСЯТ К ГРУППЕ _____
А) малоформатных
Б) речевых
В) изобразительно-речевых
Г) предметных
ДЛЯ СРЕДСТВ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ НЕ ХАРАКТЕРЕНЫ
А) практические занятия
Б) буклеты
В) памятки
Г) плакаты
ДЛЯ ФОРМ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНЫ
А) памятки
Б) беседы
В) игры
Г) лекции
ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) общение между специалистом и персоной, на которою направлен воспитательный процесс
Б) работа классного руководителя в диспут-клубе
В) лекторий на базе школы по гигиенической тематике
Г) дистанционное общение консультанта с несколькими индивидуумами

ДЛЯ ГРУППОВЫХ ФОРМ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ХАРАКТЕРНО
А) общение между специалистом и группой лиц, на которую направлен воспитательный процесс
Б) опосредованное общение между консультантом и подростком
В) дистанционное общение группы специалистов со школьной аудиторией
Г) вечера вопросов и ответов по гигиенической тематике
ПРЕИМУЩЕСТВОМ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ФОРМ РАБОТЫ ПО ГИГИЕНИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ
А) использование индивидуального подхода
Б) использование дифференцированного подхода
В) большой охват населения
Г) небольшие затраты времени специалиста
НЕДОСТАТКОМ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ФОРМЫ РАБОТЫ ПО ГИГИЕНИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ
А) небольшой охват населения
Б) отсутствие обратной связи
В) использование дифференцированного подхода
Г) большой охват населения
ПРЕИМУЩЕСТВОМ МАССОВЫХ ФОРМ РАБОТЫ ПО ГИГИЕНИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ
А) большой охват населения
Б) задействование дистанционных технологий
В) использование дифференцированного подхода
Г) большие затраты времени специалиста
ПРИ ГРУППОВЫХ ФОРМАХ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
А) практическое занятие
Б) «Телефон доверия»
В) радиопередачу
Г) районное мероприятие
К ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ФОРМЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ОТНОСЯТ
А) консультирование
Б) вечер вопросов
В) лекцию
Г) семинар
МАССОВОЙ ФОРМОЙ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) использование масс-медиа
Б) дистанционное консультирование
В) урок здоровья в школе
Г) инструктаж медработником родителей
ДИСКУССИЯ КАК ФОРМА ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ
А) способствует формированию позитивных установок в отношении здоровья

Б) отрабатывает гигиенические умения и навыки
В) охватывает большие массы людей
Г) учит вести агитацию
ПРЯМЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ НА УРОВНЕ ИНДИВИДУУМА ВЫСТУПАЕТ
А) поведение в отношении здоровья
Б) уровень знаний о здоровье
В) соблюдение правил гигиены
Г) снижение неинфекционной заболеваемости
ПРЯМЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ НА УРОВНЕ СОЦИАЛЬНОЙ ОБЩНОСТИ ВЫСТУПАЕТ
А) общественное поведение в отношении поддержания здоровья
Б) применение населением теоретических гигиенических знаний
В) неинфекционная заболеваемость населения за последние 5 лет
Г) проекты по гигиеническому воспитанию в масштабах города, района, области
ОПТИМАЛЬНЫЙ РАЦИОН ЗДОРОВОГО ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ДОЛЖЕН ВКЛЮЧАТЬ ПО КАЛОРИЙНОСТИ ___ % БЕЛКА
А) 12-14
Б) 5
В) 19
Г) 31
ВАЖНЕЙШИМ ИСТОЧНИКОМ БЕЛКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) мясо
Б) картофель
В) молоко
Г) сливочное масло
ОВОЩИ И ПЛОДЫ В ПИТАНИИ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЮТСЯ ИСТОЧНИКАМИ
А) углеводов, пищевых волокон, витаминов и минералов
Б) белков, жиров, углеводов
В) белков, пищевых волокон, витаминов
Г) пищевых волокон и минералов
В ПОНЯТИЕ «РЕЖИМ ПИТАНИЯ» ВХОДИТ
А) кратность приемов пищи
Б) интервалы между приемами пищи
В) распределение энергетической ценности по приемам пищи
Г) характер потребляемых за неделю продуктов
ЭНЕРГЕТИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ В ОРГАНИЗМЕ В ОСНОВНОМ ВЫПОЛНЯЮТ
А) углеводы
Б) витамины
В) белки
Г) макро- и микроэлементы

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ПИЩЕВЫХ ВЕЩЕСТВАХ И ЭНЕРГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ДИФФЕРЕНЦИРУЕТСЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ
А) возраста
Б) пола
В) состояния здоровья
Г) характера деятельности
НАИБОЛЬШИЕ СУТОЧНЫЕ ЭНЕРГОТРАТЫ ПРОИСХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ _____ ЛЕТ
А) 13-15
Б) 1-3
В) 6-9
Г) 10-12
ОСНОВНОЙ, ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РОЛЬЮ БЕЛКОВ КАК ПИТАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ ЯВЛЯЕТСЯ
А) пластическая
Б) энергетическая
В) каталитическая
Г) вкусовая
БЛАГОПРИЯТНОЕ СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В ГРУДНОМ ВОЗРАСТЕ СОСТАВЛЯЕТ
А) 1.2 : 1
Б) 2 : 2
В) 1 : 1.5
Г) 1 : 2
ЧЕРНАЯ СМОРОДИНА ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ
А) аскорбиновой кислоты
Б) пиридоксина и кальциферола
В) тиамина
Г) рибофлавина
НАРУШЕНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА, ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РОССИИ - ЭТО ДЕФИЦИТ
А) кальция и железа
Б) натрия и калия
В) хлора и кальция
Г) калия и магния
ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ ПИЩЕВОМ СТАТУСЕ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА
А) равен 25-30
Б) < 18,5
В) равен 18,5-25
Г) > 30
ОБЫЧНЫЙ И ОПТИМАЛЬНЫЙ ПИЩЕВОЙ СТАТУС СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКСУ МАССЫ ТЕЛА
А) 18,5-25
Б) <18,5

В) 25-30
Г) >30
ОСНОВНАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ ЖИРОВ - ЭТО ИСТОЧНИК
А) энергии
Б) витаминов группы В
В) микроэлементов
Г) витамина С
ПРИ 3-Х РАЗОВОМ ПИТАНИИ ОПТИМАЛЬНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ КАЛОРИЙНОСТИ ПИЩИ СОСТАВЛЯЕТ _____%
А) 30–45–25
Б) 15–50–35
В) 20–60–20
Г) 25–50–25
НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОЕ СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА ДЛЯ ДЕТЕЙ ОТ ОДНОГО ДО ТРЕХ ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ
А) 1 : 1
Б) 2 : 2
В) 1 : 1.5
Г) 1 : 2
НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОЕ СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА ДЛЯ ДЕТЕЙ ОТ ТРЕХ ДО ДЕСЯТИ ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ
А) 1 : 1,5
Б) 2 : 2
В) 1,5 : 1
Г) 1 : 2
НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОЕ СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА ДЛЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕ ДЕСЯТИ ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ
А) 1 : 2
Б) 2 : 2
В) 1,5 : 1
Г) 1 : 1,5
МЕДЬ, КОБАЛЬТ И НИКЕЛЬ КАК МИКРОЭЛЕМЕНТЫ УЧАСТВУЮТ В
А) процессе кроветворения в организме
Б) процессе синтеза костной ткани
В) поддержании холестеринового обмена
Г) создании постоянного осмотического давления
ЗАДАЧЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) контроль выполнения нормативов скоростно-силовых тестов
Б) укрепление здоровья
В) формирование и совершенствование двигательных навыков
Г) формирование мотивации к занятиям физической культурой
ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЗАВИСИТ ОТ
А) возрастно-половых особенностей организма
Б) физиометрических показателей
В) соматометрических показателей

Г) варианта физического развития
ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЗАВИСИТ ОТ
А) функциональных возможностей органов и систем
Б) физиометрических показателей
В) соматометрических показателей
Г) варианта физического развития
ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЗАВИСИТ ОТ
А) типа телосложения
Б) физиометрических показателей
В) соматометрических показателей
Г) длительности ночного сна
ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЗАВИСИТ ОТ
А) организации физического воспитания
Б) воспитания гигиенических навыков
В) организации физического воспитания, длительности ночного сна
Г) выполнения контрольных нормативов скоростно-силовых тестов
ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЗАВИСИТ ОТ
А) доступности спортивных сооружений для детей и подростков
Б) воспитания гигиенических навыков
В) организации физического воспитания, длительности ночного сна
Г) выполнения контрольных нормативов скоростно-силовых тестов
ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЗАВИСИТ ОТ
А) количества свободного времени и характера его использования
Б) воспитания гигиенических навыков
В) организации физического воспитания, длительности ночного сна
Г) рационального питания
НОРМА СУТОЧНОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ВОСПОЛНЯЕТСЯ ПРИ
А) удовлетворении биологической потребности организма в движениях
Б) индивидуальных формах занятий физическими упражнениями
В) организованных формах занятий физическими упражнениями
Г) выполнении контрольных нормативов скоростно-силовых тестов
НОРМА СУТОЧНОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ
А) соответствии функциональным возможностям неравномерно развивающихся систем организма
Б) учёте критических периодов развития организма
В) организованных формах занятий физическими упражнениями
Г) выполнении контрольных нормативов скоростно-силовых тестов
НОРМА СУТОЧНОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СПОСОБСТВУЕТ
А) своевременному и гармоничному развитию индивидуума
Б) формированию мотивации к занятиям физической культурой
В) организации спортивных праздников
Г) выполнению контрольных нормативов скоростно-силовых тестов

К ОСНОВНЫМ СПОСОБАМ ФИЗКУЛЬТУРНООЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ОТНОСЯТ
А) уроки физической культуры
Б) экскурсии, прогулки по пришкольному участку
В) выездные уроки по ознакомлению с окружающим миром
Г) гимнастику до занятий, игры на переменах, турпоходы
К ОСНОВНЫМ СПОСОБАМ ФИЗКУЛЬТУРНООЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТ
А) гимнастику до занятий, игры на переменах
Б) экскурсии, прогулки по пришкольному участку
В) выездные уроки по ознакомлению с окружающим миром
Г) игры на переменах, турпоходы
ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗАНЯТИЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ НА ОТКРЫТОМ ВОЗДУХЕ УЧИТЫВАЮТ
А) метеорологические условия
Б) температуру тела ребёнка
В) только относительную влажность воздуха
Г) озеленение пришкольного участка
ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗАНЯТИЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ НА ОТКРЫТОМ ВОЗДУХЕ УЧИТЫВАЮТ
А) микроклиматические условия проведения занятий
Б) температуру тела ребёнка
В) только относительную влажность воздуха
Г) озеленение пришкольного участка
ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗАНЯТИЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ НА ОТКРЫТОМ ВОЗДУХЕ УЧИТЫВАЮТ
А) уровень загрязнения атмосферного воздуха
Б) температуру тела ребёнка
В) только относительную влажность воздуха
Г) время года
СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У РЕБЕНКА НА УРОКЕ ФИЗКУЛЬТУРЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
А) тренирующем эффекте занятия
Б) моторной плотности урока
В) общей плотности урока
Г) закаленности организма
СТЕПЕНЬ УТОМЛЕНИЯ КАК ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИИЯ ОРГАНИЗМА НА ТРЕНИРУЮЩУЮ ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ МОЖЕТ БЫТЬ
А) небольшой
Б) значительной
В) сильной
Г) недостаточной

РАЗРЕШЕНО СДАВАТЬ НОРМАТИВЫ СКОРОСТНО-СИЛОВЫХ ТЕСТОВ НА ФИЗИЧЕСКУЮ ПОДГОТОВЛЕННОСТЬ ДЕТЯМ ИЗ ____ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ
А) основной
Б) подготовительной
В) специальной А
Г) специальной Б
ОСВОБОЖДАЮТСЯ ОТ СДАЧИ НОРМАТИВОВ И ТЕСТОВ ЗАНИМАЮЩИЕСЯ В _____МЕДИЦИНСКИХ (ОЙ) ГРУППАХ (Е)
А) подготовительной и специальной
Б) подготовительной и основной
В) основной и специальной
Г) только специальной А
ДЛЯ УЧАСТИЯ В СОРЕВНОВАНИЯХ ОТБИРАЮТСЯ ДЕТИ ИЗ _____МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ
А) основной
Б) подготовительной
В) специальной А
Г) специальной Б
ЗАНЯТИЯ ФИЗКУЛЬТУРОЙ С ДЕТЬМИ ИЗ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ ПРОВОДЯТ
А) 3 раза в неделю по 30 минут вне сетки расписания
Б) 2 раза в неделю по 50 минут вне сетки расписания
В) 1 раза в неделю по 45 минут по расписанию
Г) 2 раза в неделю по 15 минут
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАНЯТИЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ С ДЕТЬМИ ИЗ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО
А) течению основного заболевания
Б) качеству выполнения скоростно-силовых тестов
В) выполнению пробы Штанге
Г) посещаемости занятий
УРОК ФИЗКУЛЬТУРЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СОСТОИТ ИЗ
А) 4 частей
Б) 3 частей
В) 5 частей
Г) 2 частей
УРОК ФИЗКУЛЬТУРЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ ИМЕЕТ
А) 4-частную структуру
Б) 3-частную структуру
В) структуру по усмотрению учителя физкультуры
Г) 2-частную структуру
ТЕСТИРОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРОВОДИТСЯ

А) для оценки эффективности физического воспитания
Б) ежегодно и независимо от их состояния здоровья
В) у участвующих в соревнованиях
Г) при проведении медицинских осмотров
ТЕСТИРОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПОКАЗЫВАЕТ
А) развитие основных физических качеств
Б) уровень здоровья
В) подготовленность спортсменов
Г) эффективность тренировок
УЧАЩЕГОСЯ С ДИАГНОЗОМ: ГИПЕРТРОФИЯ НЕБНЫХ МИНДАЛИН 3 СТЕПЕНИ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ШУМ СЕРДЦА, СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ К _____ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЕ
А) подготовительной
Б) основной
В) специальной А
Г) специальной Б
СУТОЧНАЯ ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ДОШКОЛЬНИКА ВОСПОЛНЯЕТСЯ ВО ВРЕМЯ
А) подвижных игр на воздухе
Б) утренней гимнастики
В) занятий в спортивных секциях
Г) занятий плаванием
ПРОЯВЛЕНИЕ ГИПОКИНЕЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
А) снижении количества локомоций
Б) снижении функциональных возможностей органов и систем
В) снижении резистентности организма
Г) изменении качественного состава локомоций
СУТОЧНАЯ ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ДОЛЖНА СООТВЕТСТВОВАТЬ
А) функциональным возможностям неравномерно развивающихся систем организма
Б) биологическому возрасту
В) группе здоровья
Г) физической подготовленности
ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ В ПРОЦЕССЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ
А) пробу Генчи и Штанге
Б) гарвардский степ-тест
В) пробу Леви-Гориневского
Г) тест Мартине-Кушелевского
ПРАВИЛЬНО ПОСТРОЕННЫЙ УРОК ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ СОСТОИТ ИЗ _____ЧАСТЕЙ
А) вводной, подготовительной, основной, заключительной

Б) вводной, основной, заключительной
В) подготовительной, основной, заключительной
Г) вводной, подготовительной, основной
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ШКОЛЬНИКОВ В ГРУППУ ЗДОРОВЬЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С УЧЕТОМ
А) состояния здоровья и физической подготовленности
Б) пола и физической подготовленности
В) желания родителей
Г) штатного расписания
КАКОВЫ ПРИЗНАКИ РЕАКЦИИ НА ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ ПРИ РАЦИОНАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УРОКА ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ДЛЯ УЧАЩИХСЯ?
А) значительная гиперемия лица и большая степень потливости
Б) незначительное покраснение лица и незначительная степень потливости
В) резкое покраснение лица и очень большая степень потливости
Г) незначительное покраснение лица и очень большая степень потливости
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ ЗАНЯТИЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ С ДЕТЬМИ, КОТОРЫЕ ОТНОСЯТСЯ К СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЕ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО
А) течению основного заболевания и качеству выполнения функциональных проб
Б) выполнению контрольных тестов
В) посещаемости занятий
Г) качеству выполнения тестов на выносливость
ТЕСТИРОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ НЕ ПРОВОДИТСЯ У
А) учащихся с отклонениями, препятствующими проведению тестов
Б) часто болеющих детей
В) детей основной и подготовительной медицинских групп
Г) спортсменов
ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О НАЗНАЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ ПОСЛЕ ВРЕМЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОТВОДА ОТ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ВРАЧ РУКОВОДСТВУЕТСЯ
А) характером восстановления артериального давления и частоты сердечных сокращений при пробе Мартине-Кушелевского
Б) данными общего анализа крови
В) личным опытом
Г) качеством выполнения скоростно-силовых тестов
ГИГИЕНИЧЕСКИ ЭФФЕКТИВНЫМ ДЛЯ ШКОЛЬНИКОВ ОСНОВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ УРОК ФИЗКУЛЬТУРЫ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ: МОТОРНАЯ ПЛОТНОСТЬ УРОКА - ____%
А) 80, максимальный прирост пульса - 110%, восстановление его на 3 минуте после урока
Б) 60, максимальный прирост пульса - 50%, восстановление его к концу урока

В) 80, прирост частоты пульса - 110%, восстановление его на 7 минуте после урока
Г) 50, прирост частоты пульса - 100%, восстановление на 6 минуте после урока

ПОСЛЕДСТВИЕМ ГИПЕРКИНЕЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
А) снижение резистентности организма
Б) увеличение количества локомоций выше нормируемой
В) уменьшение количества локомоций
Г) улучшение морфо-функционального состояния

ГИПОКИНЕЗИЯ НАПРАВЛЕНА НА АДАПТАЦИЮ ОРГАНИЗМА К
А) низкому уровню двигательной активности
Б) высокому уровню двигательной активности
В) началу обучения в школе
Г) урокам физкультуры

ГИПЕРКИНЕЗИЯ НАПРАВЛЕНА НА АДАПТАЦИЮ ОРГАНИЗМА
А) высокому уровню двигательной активности
Б) к началу обучения в школе
В) урокам физкультуры
Г) низкому уровню двигательной активности

ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРАВИЛЬНО ПОСТРОЕННОГО УРОКА ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
А) наиболее интенсивном развитии физических качеств организма в сенситивные периоды
Б) адаптации организма к физическим нагрузкам различной интенсивности
В) обучении основным двигательным навыкам
Г) развитии чувствительности организма к однонаправленным нагрузкам

ПЕРЕВОД УЧАЩИХСЯ ИЗ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ В ПОДГОТОВИТЕЛЬНУЮ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ
А) течения основного заболевания и результатов функциональных проб
Б) результатов выполнения нормативов физической подготовленности
В) желания ребенка или его родителей
Г) успеваемости по физической культуре

КАКОВЫ ПОСЛЕДСТВИЯ ГИПОКИНЕЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ?
А) снижение функциональных возможностей организма
Б) снижение количества локомоций
В) изменение качественного состава локомоций
Г) повышение функциональных возможностей систем организма

ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИСПОЛЬЗУЮТ
А) велоэргометрию
Б) пробу Леви-Гориневского
В) корректурную пробу
Г) тест Векслера

КАКОЙ ПОДХОД К ОРГАНИЗАЦИИ ОТДЫХА УЧАЩИХСЯ СООТВЕТСТВУЕТ ГИГИЕНИЧЕСКИМ ТРЕБОВАНИЯМ?
А) двигательная активность по собственному выбору на открытом воздухе
Б) занятия в кружках по собственному выбору
В) занятия в спортивных секциях в условиях открытого воздуха
Г) просмотр телепередач по собственному выбору
РАЗМЕЩЕНИЕ ОРГАНИЗОВАННЫХ ФОРМ ЗАНЯТИЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМ КОМПОНЕНТОМ ГИГИЕНИЧЕСКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО В ФАЗЕ
А) снижения работоспособности
Б) устойчивой работоспособности
В) врабатывания
Г) восстановления работоспособности
НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМИ К ВОЗДЕЙСТВИЮ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ЯВЛЯЮТСЯ _____ РЕБЁНКА
А) дистальные отделы эпифизов трубчатых костей
Б) диафизы трубчатых костей
В) ребра и лопатки
Г) кости таза
БИОРИТМОЛОГИЧЕСКИ ОПТИМАЛЬНОЕ МЕСТО ДВИГАТЕЛЬНОГО КОМПОНЕНТА В РЕЖИМЕ ДНЯ УЧАЩЕГОСЯ ПРИХОДИТСЯ НА ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ _____ ЧАСАМИ
А) 9-12 и 15-17
Б) 15-17 и 18-20
В) 13-15 и 20-22
Г) 6-8 и 20-22
ПОД БИОЛОГИЧЕСКИМ ВОЗРАСТОМ ПОНИМАЮТ
А) совокупность морфофункциональных свойств организма, зависящих от индивидуального темпа роста и развития
Б) период, прожитый данным ребенком от рождения до момента обследования
В) период от времени зачатия до момента обследования ребенка
Г) период от времени зачатия до момента рождения ребенка
ПОД ХРОНОЛОГИЧЕСКИМ ВОЗРАСТОМ ПОНИМАЮТ
А) период, прожитый ребенком от рождения до момента обследования
Б) совокупность морфофункциональных свойств организма, зависящих от индивидуального темпа роста и развития
В) период от времени зачатия до момента обследования ребенка
Г) период от времени зачатия до момента рождения ребенка
ПОНЯТИЕ АКСЕЛЕРАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ
А) ускорение роста и развития
Б) увеличение продолжительности жизни
В) увеличение продолжительности репродуктивного периода
Г) увеличение дефинитивных размеров тела

ДЛИНА ТЕЛА РЕБЕНКА, ЕЕ ГОДОВЫЕ ПРИБАВКИ, РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ, НАЛИЧИЕ ТОЧЕК ОКОСТЕНЕНИЯ И ЧИСЛО ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ПОЗВОЛЯЮТ ОПРЕДЕЛИТЬ
А) биологический возраст ребенка
Б) хронологический возраст ребенка
В) возрастную периодизацию
Г) морфо-функциональное состояние
КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БИОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ?
А) длина тела, число постоянных зубов, изменение пропорций телосложения
Б) годовые прибавки длины тела, окружность головы и грудной клетки
В) степень развития вторичных половых признаков, мышечная сила правой руки
Г) жизненная емкость легких, число молочных зубов, мышечная сила правой и левой руки
ПОД СЕНСИТИВНЫМИ ПОНИМАЮТ ПЕРИОДЫ
А) наиболее интенсивного развития организма в процессе его жизнедеятельности
Б) адаптации организма к новым условиям обучения и воспитания
В) реконвалесценции после перенесенного заболевания
Г) наибольшей чувствительности организма к факторам окружающей среды
КАКОВЫ ФИЗИОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ?
А) жизненная емкость легких, сила мышц кисти
Б) масса и длина тела
В) окружность головы и грудной клетки
Г) развитие вторичных половых признаков
КАКОЙ ВИД МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОКАЗЫВАЕТСЯ ОБУЧАЮЩИМСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ?
А) первичная медико-санитарная
Б) скорая специализированная
В) высокотехнологичная специализированная
Г) паллиативная медицинская
ДОЛЯ ВЛИЯНИЯ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ ___%
А) 80-82
Б) 50-75
В) 30-43
К ОСНОВНЫМ СПОСОБАМ ИЗУЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ОТНОСЯТ
А) выборочные обследования репрезентативных групп и обобщение результатов массовых осмотров
Б) выявление детей с хроническими заболеваниями и функциональными отклонениями

В) скрининг-контроль и эпидемиолого-математическое моделирование
Г) естественно-гигиенический эксперимент и выявление детей с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации
УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ В СРАВНЕНИИ СО ВЗРОСЛЫМИ
А) выше
Б) такой же
В) ниже
Г) не учитывается
УДЕЛЬНЫЙ ВЕС БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СТРУКТУРЕ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СОСТАВЛЯЕТ _____ %
А) 49-51
Б) 20--31
В) 60-65
Г) 23-48
У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 5 ЛЕТ НОРМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ _____ ММ РТ. СТ.
А) 100/65
Б) 70/40
В) 125/45
Г) 140/80
К ИНФЕКЦИЯМ, УПРАВЛЯЕМЫМ САНИТАРНОГИГИЕНИЧЕСКИМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ, ОТНОСЯТСЯ АНТРОПОНОЗЫ С _____ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ
А) фекально-оральным
Б) аэрозольным
В) трансмиссивным
Г) контактным
УГЛЕВОДОМ, ПРЕОБЛАДАЮЩИМ В ГРУДНОМ МОЛОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) Бета-лактоза
Б) Мальтоза
В) Галактоза
Г) Глюкоза
ЗРЕЛОЕ ЖЕНСКОЕ МОЛОКО ПО СРАВНЕНИЮ С МОЛОЗИВОМ В БОЛЬШЕМ КОЛИЧЕСТВЕ СОДЕРЖИТ
А) лактозу
Б) белок
В) витамины А и Е
Г) галактозу
К ЭНДОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ
А) гематогенная
Б) воздушная
В) контактная
Г) имплантационная
ЯДРО ОКОСТЕНЕНИЯ ГОЛОВКИ БЕДРА В НОРМЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

А) 3-4 месяцев
Б) 1 суток
В) 1 года
Г) 3 лет
ДЛЯ ДЕТЕЙ ПО СРАВНЕНИЮ СО ВЗРОСЛЫМИ ХАРАКТЕРНЫ
А) переломовывихи
Б) изолированные вывихи
В) многооскольчатые внутрисуставные переломы
Г) маргинальные переломы
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЗРЕЛОСТИ ПИЩЕВОД ДОСТИГАЕТ К
А) 12-ти месяцам
Б) 2-м годам
В) 5-ти годам
Г) 6-ти месяцам
ДЫХАТЕЛЬНАЯ ОБЛАСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА ПОКРЫТА ЭПИТЕЛИЕМ
А) цилиндрическим многорядным мерцательным
Б) многослойным плоским
В) многорядным плоским
Г) кубическим
КОНИЧЕСКАЯ СВЯЗКА РАСПОЛОЖЕНА МЕЖДУ
А) щитовидным хрящом и дугой перстневидного хряща
Б) щитовидным хрящом и подъязычной костью
В) щитовидным хрящом и черпаловидными хрящами
Г) перстневидным хрящом и первым кольцом трахеи
ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ВОЛОСКОВЫХ КЛЕТОК У ПЛОДА ЗАВЕРШАЕТСЯ К _____ НЕДЕЛЕ
А) 20
Б) 10
В) 30
Г) 40
ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ОТДЕЛ ВЕСТИБУЛЯРНОГО АНАЛИЗАТОРА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В
А) пирамиде височной кости
Б) сосцевидном отростке
В) чешуе височной кости
Г) крылонебной ямке
ПРАВО БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА ОТКАЗАТЬСЯ ОТ ЛЕЧЕНИЯ ОСНОВАНО НА:
А) принципе автономии личности
Б) принципе «не навреди»
В) ограниченности финансовых возможностей пациента
Г) недоверии к медицине
ЦЕННОСТЬ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЖИЗНИ В ХРИСТИАНСКОЙ АНТРОПОЛОГИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

А) уникальностью и неповторимостью личности
Б) расовой и национальной принадлежностью
В) социальным положением
Г) психической и физической полноценностью
ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ ВРАЧА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ
А) моральной ответственностью перед обществом
Б) умениями и навыками
В) законами и приказами
Г) этническими особенностями региона
В ПАТЕРНАЛИСТСКОЙ МОДЕЛИ ГЛАВНУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ
А) врач
Б) пациент
В) родственники больного
Г) друзья пациента
НРАВСТВЕННОСТЬ - ЭТО ПОНЯТИЕ, ОПРЕДЕЛЯЮЩЕЕ
А) совокупность субъективных реакций и форм поведения в обществе
Б) особенности характера и темперамента
В) часть философии
Г) склонность к добру
ГЛАВНЫМ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ
А) осознанный выбор моральных принципов и правил поведения
Б) стремление к знанию механизмов человеческого поведения и к управлению им
В) право на отклоняющееся поведение
Г) произвольность мотива деятельности
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТА С УЧАСТИЕМ БОЛЬНОГО НЕОБХОДИМО
А) получение добровольного информированного согласия больного
Б) получение согласия от его родственников
В) получение нотариально заверенного согласия родственников
Г) эксперимент может быть проведен без согласия больного при его недееспособности
ТЕКСТ КЛЯТВЫ ГИППОКРАТА ПО ОТНОШЕНИЮ К ИСКУССТВЕННОМУ АБОРТУ СОДЕРЖИТ:
А) запрет
Б) одобрение
В) нейтральное отношение
Г) не рассматривается
ЦЕЛЬЮ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПРОГНОСТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ:
А) выявление генетической предрасположенности или восприимчивости к какой-либо болезни
Б) выявление потенциальных преступников
В) выявление способностей к работе в руководящей должности

Г) выявление творческой одаренности личности
ЭВТАНАЗИЯ НЕДОПУСТИМА, ТАК КАК:
А) противоречит предназначению врача спасать и сохранять человеческую жизнь
Б) не входит в перечень ОМС
В) отсутствуют необходимые средства для эвтаназии
Г) препятствует возможности реинкарнации души
СОГЛАСНО ФОРМАЦИОННОМУ ПОДХОДУ К ПОНИМАНИЮ ИСТОРИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА:
А) На смену феодализму в Европе пришел капитализм
Б) Можно выделить восточный и западный тип цивилизаций
В) Современное общество вступило в эпоху постиндустриального развития
Г) Традиционное общество приходит на смену индустриальному
В 988 Г. КИЕВСКАЯ РУСЬ ПРИНЯЛА НОВУЮ РЕЛИГИЮ, КОТОРОЙ СТАЛО
А) Христианство
Б) Иудаизм
В) Ислам
Г) Протестантизм
В XIV – XV ВВ. СТОЛИЦЕЙ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО РУССКОГО ГОСУДАРСТВА СТАНОВИТСЯ
А) Москва
Б) Киев
В) Владимир
Г) Новгород
В 1721 Г. В ЧЕСТЬ ПОБЕДЫ В СЕВЕРНОЙ ВОЙНЕ ПЕТР I БЫЛ ПРОВОЗГЛАШЕН
А) Императором
Б) Генералиссимусом
В) Великим князем
Г) Царем
ОСНОВАНИЕ ПЕРВОГО В РОССИИ УНИВЕРСИТЕТА В 1755 Г. СВЯЗЫВАЮТ С ИМЕНЕМ
А) М.В. Ломоносова
Б) Петра I
В) Д.И. Менделеева
Г) И.П. Павлова
В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ 1812 Г. РОССИЯ ОДЕРЖАЛА ПОБЕДУ НАД
А) Францией во главе с Наполеоном
Б) Германией во главе с О. Бисмарком
В) Турцией во главе Османом-пашой
Г) США во главе с Т. Джефферсоном
НОБЕЛЕВСКУЮ ПРЕМИЮ ЗА НАУЧНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ В НАЧАЛЕ XX В. ПОЛУЧИЛ
А) И.П. Павлов

Б) В. И. Вернадский
В) П. Н. Лебедев
Г) К. А. Тимирязев
К КРУПНЕЙШИМ ПОБЕДАМ В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ МОЖНО ОТНЕСТИ:
А) Сталинградскую битву
Б) Бородинское сражение
В) Оборону Севастополя
Г) Брусиловский прорыв
ВПЕРВЫЕ ОПИСАНИЕ ПОВСЕДНЕВНОСТИ СТАЛИНСКИХ ЛАГЕРЕЙ СОВЕТСКИЕ ЧИТАТЕЛИ УВИДЕЛИ НА СТРАНИЦАХ ЖУРНАЛА «НОВЫЙ МИР» В ПОВЕСТИ «ОДИН ДЕНЬ ИЗ ЖИЗНИ ИВАНА ДЕНИСОВИЧА», АВТОРОМ КОТОРОЙ БЫЛ …
А) А.И. Солженицын
Б) А.А. Фадеев
В) А.Т. Твардовский
Г) И.Г. Эренбург
КОНСТИТУЦИЯ РФ БЫЛА ПРИНЯТА В
А) 1993 г.
Б) 1991 г.
В) 1998 г.
Г) 2000 г.
ЧТО ТАКОЕ ФИЛОСОФИЯ?
А) Предельно рационализированное мировоззрение
Б) Переход от восприятия к представлению
В) Умение разобраться в сложной обстановке
Г) Исследование способов аргументации
ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДМЕТОМ ФИЛОСОФИИ?
А) Мир как целое, познаваемый при помощи мышления
Б) Игра воображения
В) Основные свойства физических тел
Г) Причина человеческих ошибок
КАКОЕ МИРОВОЗЗРЕНИЕ ПРЕДШЕСТВОВАЛО ВОЗНИКНОВЕНИЮ ФИЛОСОФИИ?
А) мифология
Б) диалектика
В) гносеология
Г) плюрализм
ФИЛОСОФСКОЕ УЧЕНИЕ О РАЗВИТИИ – ЭТО
А) Диалектика
Б) Аксиология
В) Плюрализм
Г) Монизм
КАКОЕ ИЗ ПОНЯТИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ФИЛОСОФСКОЙ КАТЕГОРИЕЙ?
А) Причина

Б) Модернизация
В) Акватория
Г) Адаптация
КАКОЕ ФИЛОСОФСКОЕ УЧЕНИЕ СЧИТАЕТ СОЗНАНИЕ ПЕРВИЧНЫМ, А МАТЕРИЮ - ВТОРИЧНЫМ?
А) Идеализм
Б) Агностицизм
В) Метафизика
Г) Материализм
КАКОЕ ФИЛОСОФСКОЕ УЧЕНИЕ СЧИТАЕТ МАТЕРИЮ ПЕРВИЧНОЙ, А СОЗНАНИЕ - ВТОРИЧНЫМ?
А) Материализм
Б) Агностицизм
В) Метафизика
Г) Идеализм
КАКОЕ ИЗ ПОНЯТИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ФИЛОСОФСКОЙ КАТЕГОРИЕЙ?
А) Содержание
Б) Модернизация
В) Адаптация
Г) Акватория
КТО (ЧТО) ЯВЛЯЕТСЯ СУБЪЕКТОМ (НОСИТЕЛЕМ) СОЗНАНИЯ?
А) человек
Б) природа
В) все живые существа
Г) космос
ЧТО ТАКОЕ ЗАБЛУЖДЕНИЕ?
А) несоответствие знания сущности объекта
Б) непоследовательность восприятия
В) ограниченность кругозора
Г) примитивность
ЧТО ВКЛЮЧАЕТСЯ В ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАУКИ?
А) Система истинных знаний о мире
Б) Стремление к максимальной прибыли
В) Неспособность отказаться от устаревших идей
Г) Настойчивость в достижении цели
ДЕТЕРМИНИЗМ МАРКСА ПРЕДПОЛАГАЕТ, ЧТО ОПРЕДЕЛЯЮЩУЮ РОЛЬ В ЖИЗНИ ОБЩЕСТВА ИГРАЕТ
А) экономика
Б) политика
В) культура
Г) наука
ТЕОРИЯ, СОГЛАСНО КОТОРОЙ ИНФОРМАТИКА, КОМПЬЮТЕРЫ И МИКРОЭЛЕКТРОНИКА ОПРЕДЕЛЯЮТ И ПРЕОБРАЗУЮТ ВСЮ СОЦИАЛЬНУЮ СИСТЕМУ, НАЗЫВАЕТСЯ ТЕОРИЕЙ …
А) информационного общества

Б) традиционного общества
В) аграрного общества
Г) индустриального общества
ПОЛИТИЧЕСКИЙ РЕЖИМ, КОТОРЫЙ В БУКВАЛЬНОМ СМЫСЛЕ СЛОВА ОЗНАЧАЕТ “ВЛАСТЬ НАРОДА” ЭТО…
А) демократия
Б) тоталитаризм
В) олигархия
Г) авторитаризм
СОГЛАСНО ФОРМАЦИОННОМУ ПОДХОДУ К ПОНИМАНИЮ ИСТОРИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА:
А) На смену феодализму в Европе пришел капитализм
Б) Можно выделить восточный и западный тип цивилизаций
В) Современное общество вступило в эпоху постиндустриального развития
Г) Традиционное общество приходит на смену индустриальному
ФИЛОСОФИЕЙ МОРАЛИ ЯВЛЯЕТСЯ…
А) этика
Б) герменевтика
В) персонализм
Г) политика
ФИЛОСОФИЯ ИСКУССТВА – ЭТО…
А) Эстетика
Б) риторика
В) политика
Г) религия
ПОНЯТИЕ ЧЕСТИ И ДОСТОИНСТВА АНАЛИЗИРУЕТ …
А) этика
Б) геометрия
В) космология
Г) физика
ФОРМА ОБЩЕСТВЕННОГО СОЗНАНИЯ, ОСНОВАННАЯ НА ВЕРЕ В СВЕРХЪЕСТЕСТВЕННОЕ ЭТО…
А) Религия
Б) Искусство
В) Правосознание
Г) Политическое сознание
КРЫЛОВИДНО-НЕБНАЯ ЯМКА ЧЕРЕПА СОЕДИНЯЕТСЯ С ПОЛОСТЬЮ НОСА ЧЕРЕЗ…
А) Клиновидно-небное отверстие
Б) Круглое отверстие
В) Крыловидный канал
Г) Овальное отверстие
ИСТИННАЯ КОНЬЮГАТА ТАЗА СОСТАВЛЯЕТ…
А) 11,5 см
Б) 13 см

В) 9,5 см
Г) 10 см
ЛОБКОВОЕ СОЕДИНЕНИЕ ЭТО…
А) Симфиз
Б) Синхонроз
В) Синостоз
Г) Синдесмоз
К КОМПЛЕКСНЫМ СУСТАВАМ ОТНОСИТСЯ…
А) Височно-нижнечелюстной
Б) Плечевой
В) Тазобедренный
Г) Локтевой
МЕСТОМ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МЫШЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ…
А) Жевательная бугристость нижней челюсти
Б) Венечный отросток нижней челюсти
В) Скуловая кость
Г) Скуловая дуга
ВЕРХНЕЙ СТЕНКОЙ ПАХОВОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ…
А) Нижние края внутренней косой и поперечной мышцы живота
Б) Поперечная фасция
В) Апоневроз наружной косой мышцы живота
Г) Паховая связка
ПОДКОЛЕННАЯ ЯМКА ОГРАНИЧЕНА СНИЗУ…
А) Икроножной мышцей
Б) Двуглавой мышцей
В) Полусухожильной мышцей
Г) Полуперепончатой мышцей
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЕДИНИЦЕЙ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ…
А) Ацинус
Б) Долька
В) Нефрон
Г) Бронхиола
СПЕРМАТОЗОИДЫ ОБРАЗУЮТСЯ В…
А) Извитых семенных канальцах яичка
Б) В прямых семенных канальцах яичка
В) Средостеньи яичка
Г) Придатке яичка
ЖЕЛТОЕ ТЕЛО ЯИЧНИКА ВЫРАБАТЫВАЕТ ГОРМОН…
А) Прогестерон
Б) Тестостерон
В) Эстроген
Г) Гонадотропный гормон
УЛЬТРАФИЛЬТРАЦИЯ МОЧИ ПРОИСХОДИТ В…
А) Почечном тельце

Б) Проксимальных извитых канальцах
В) Петле Генле
Г) Дистальном извитом канальце
БОЛЬШОЙ КРУГ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В…
А) Правом предсердии сердца
Б) Левом предсердии сердца
В) Левом желудочке сердца
Г) Правом желудочке сердца
НЕПОСРЕДСТВЕННО ОТ ДУГИ АОРТЫ ОТХОДИТ…
А) Плечеголовной ствол
Б) Правая подключичная артерия
В) Правая общая сонная артерия
Г) Правая подмышечная артерия
ТОЩАЯ КИШКА КРОВОСНАБЖАЕТСЯ ВЕТВЯМИ…
А) Верхней брыжеечной артерии
Б) Чревного ствола
В) Нижней брыжеечной артерии
Г) Поясничных артерий
ЗУБЫ КРОВОСНАБЖАЮТСЯ ВЕТВЯМИ…
А) Верхнечелюстной артерии
Б) Внутренней сонной артерии
В) Лицевой артерии
Г) Поверхностной височной артерии
ЖИЗНЕННО-ВАЖНЫЕ ЦЕНТРЫ ДЫХАНИЯ И СЕРДЦЕБИЕНИЯ ЛЕЖАТ В…
А) Продолговатом мозге
Б) Мосте
В) Мозжечке
Г) Среднем мозге
ПРАВЫЙ ЛИМФАТИЧЕСКИЙ ПРОТОК ВПАДАЕТ В…
А) Правый венозный угол
Б) Левый венозный угол
В) Верхнюю полую вену
Г) Воротную вену
СПИННО-МОЗГОВАЯ ЖИДКОСТЬ ЦИРКУЛИРУЕТ В…
А) Субарахноидальном пространстве
Б) Субдуральном пространстве
В) Епидуральном пространстве
Г) Внутреннем венозном сплетении спинного мозга
БОЛЬШАЯ ПОДКОЖНАЯ ВЕНА НОГИ ВПАДАЕТ В…
А) Бедренную вену
Б) Подколенную вену
В) Наружную подвздошную вену
Г) Внутреннюю подвздошную вену

КОЛЕННЫЙ СУСТАВ ПО ФОРМЕ СУСТАВНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ…
А) Мыщелковым
Б) Шаровидный
В) Седловидный
Г) Элипсоидный
ТРОЙНИЧНЫЙ НЕРВ ПО СОСТАВУ ВОЛОКОН ЯВЛЯЕТСЯ…
А) Смешанным
Б) Двигательным
В) Вегетативным
Г) Чувствительным
БЛУЖДАЮЩИЙ НЕРВ ИННЕРВИРУЕТ ОРГАНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ДО…
А) Сигмовидной кишки
Б) Двенадцатиперстной кишки
В) Тощей кишки
Г) Слепой кишки
БЕДРЕННЫЙ НЕРВ ИННЕРВИРУЕТ…
А) Преднюю группу мышц бедра
Б) Заднюю группу мышц бедра
В) Медиальную группу мышц бедра
Г) Латеральную группу мышц бедра
РЕЦЕПТОРАМИ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА ЯВЛЯЮТСЯ…
А) Палочки и колбочки
Б) Клетки кортиева органы
В) Пятна и гребешки перепончатого лабиринта
Г) Зрительный нерв
ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТЬЮ ПОЛОСТИ НОСА ЯВЛЯЕТСЯ СЛИЗИСТАЯ …
А) Верхнего носового хода
Б) Среднего носового хода
В) Нижнего носового хода
Г) Общий носовой ход
КОРТИЕВ ОРГАН РАСПОЛАГАЕТСЯ В…
А) Протоке улитки
Б) Преддверии внутреннего уха
В) Боковом полукружном протоке
Г) Переднем полукружном протоке
БОЛЕЕ АКТИВНОЙ ФОРМОЙ ТЕСТОСТЕРОНА ЯВЛЯЕТСЯ:
А) дигидротестостерон
Б) андростендион
В) прогестерон
Г) прегненолон
КАКОЙ БЕЛОК ОТНОСИТСЯ К БЕЛКАМ ОСТРОЙ ФАЗЫ?

А) С-реактивный белок
Б) иммуноглобулин G
В) фибрин
Г) эритропоэтин
ФУНКЦИЯ МИОГЛОБИНА:
А) депо кислорода в мышце
Б) регуляторная
В) депо аминокислот в мышце
Г) сократительная
РАХИТ У ДЕТЕЙ СВЯЗАН С ДЕФИЦИТОМ ВИТАМИНА:
А) D
Б) А
В) Е
Г) К
ОСНОВНОЙ ИСТОЧНИК ЭНЕРГИИ В СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЕ:
А) жирные кислоты
Б) фруктоза
В) глюкоза
Г) холестерин
ПЕРВИЧНАЯ СТРУКТУРА БЕЛКА ОБРАЗУЕТСЯ ЗА СЧЕТ:
А) пептидной связи
Б) псевдопептидной связи
В) изопептидной связи
Г) эфирных связей
ДЕНАТУРАЦИЯ БЕЛКОВ ЭТО:
А) способность белка терять высшие уровни структурной организации и биологическую функцию под действием факторов различной природы
Б) способность белка образовывать межмолекулярные связи с другими биополимерами
В) свойство белка растворяться в концентрированных растворах минеральных и органических кислот
Г) свойство белка осаждаться в растворах нейтральных солей
В СОСТАВ ДНК НЕ ВХОДИТ:
А) урацил
Б) гуанин
В) тимин
Г) аденин
КАКАЯ ИЗ ФРАКЦИЙ ЛИПОПРОТЕИНОВ СОДЕРЖИТ БОЛЬШЕ БЕЛКА?
А) ЛПВП
Б) ЛПОНП
В) ЛПНП
Г) хиломикроны
ФЕРМЕНТЫ – ЭТО
А) биологические катализаторы белковой природы
Б) транспортные белки плазмы крови

В) органические вещества белковой и липидной природы, увеличивающие скорость химической реакции
Г) все перечисленное неверно
ОПТИМУМ РН ДЛЯ ФЕРМЕНТА ЭТО:
А) значение рН среды, при котором скорость ферментативной реакции максимальна
Б) значение рН среды, при котором ферментативная реакция может протекать
В) значение рН среды, при котором скорость ферментативной реакции минимальна
Г) значение рН среды, при котором ферментат подвергается денатурации
ЧЕМ ОБЪЯСНИТЬ, ЧТО АМИЛАЗА СЛЮНЫ ТЕРЯЕТ СВОЮ АКТИВНОСТЬ ПРИ ТЕМПЕРАТУРЕ СВЫШЕ 60º С?
А) белковая часть молекулы фермента денатурируется
Б) действие фермента специфично
В) возможен распад первичной структуры фермента
Г) молекулы субстрата становятся более реакционноспособными
СПЕЦИФИЧНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ ЭТО:
А) способность ферментов катализировать реакции с участием только определенных субстратов
Б) способность ферментов катализировать реакции, проте-кающие только в организме человека
В) свойство фермента денатурировать при определенных условиях
Г) все перечисленное верно
ФЕРМЕНТЫ, КАТАЛИЗИРУЮЩИЕ РАЗЛИЧНЫЕ ОКИСЛИТЕЛЬНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ С УЧАСТИЕМ 2 СУБСТРАТОВ, НАЗЫВАЮТСЯ:
А) оксидоредуктазы
Б) трансферазы
В) гидролазы
Г) изомеразы
РЕАКЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ВНУТРИМОЛЕКУЛЯРНЫХ ПРЕВРАЩЕНИЙ КАТАЛИЗИРУЮТСЯ:
А) изомеразами
Б) трансферазы
В) гидролазы
Г) оксидоредуктазами
НАЗОВИТЕ ФЕРМЕНТ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА, ГИДРОЛИЗУЮЩИЙ А -1,6 –ГЛИКОЗИДНЫЕ СВЯЗИ ДЕКСТРИНОВ:
А) олиго-1,6-гликозидаза
Б) эластаза
В) пепсин
Г) карбоксипептидаза
РЕАКЦИИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО ДЕКАРБОКСИЛИРОВАНИЯ ПИРУВАТА И ЦИКЛА КРЕБСА ПРОТЕКАЮТ В…

А) митохондриях
Б) цитоплазме
В) лизосомах
Г) ядре
КОНЕЧНЫМ АКЦЕПТОРОМ ЭЛЕКТРОНОВ В ДЫХАТЕЛЬНОЙ ЦЕПИ ЯВЛЯЕТСЯ:
А) кислород
Б) водород
В) сера
Г) железо
КАКОЙ ВИТАМИН СОДЕРЖИТ В СВОЕЙ СТРУКТУРЕ КОБАЛЬТ?
А) кобаламин
Б) пиридоксин
В) ниацин
Г) фолиевая кислота
ЧТО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ВНУТРЕННИЙ ФАКТОР КАСТЛА?
А) гликопротеин, синтезируемый обкладочными клетками желудка
Б) липопротеин, синтезируемый печенью
В) металлопротеин дыхательной цепи
Г) фосфопротеин
ВЫБЕРИТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ ГИПЕРТИРЕОЗА:
А) все перечисленное
Б) тиреоидит
В) избыточное поступление йода
Г) аутоиммунный процесс
КАК ОБЪЯСНЯЕТСЯ ИЗБЫТОЧНЫЙ КЕТОГЕНЕЗ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ?
А) интенсифицированный липолиз и бета-окисление жирных кислот высвобождают много ацетил-КоА, который не может весь утилизироваться циклом Кребса, так как его мощность упала после того, как оксалоацетат был использован в глюконеогенезе. Поэтому ацетил-КоА используется печенью для кетогенеза
Б) избыточный кетогенез связан с диетой, обедненной углеводами
В) кетогенез – компенсаторная реакция в ответ на метаболический алкалоз, развивающийся у пациентов
Г) стимуляцией ферментов кетогенеза в отсутствие угнетающего действия инсулина
ФОЛДИНГ БЕЛКОВ – ЭТО:
А) процесс сворачивания полипептидной цепи в правильную пространственную структуру
Б) процесс инактивации белков под воздействием денатури-рующих агентов малой интенсивности
В) синоним термина «денатурация»
Г) синоним термина «ренативация»
α-АМИЛАЗА АКТИВИРУЕТСЯ:

А) ионами хлора
Б) автокатализом
В) соляной кислотой
Г) цистеином
ЦИТОХРОМ С ПО ХИМИЧЕСКОЙ ПРИРОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
А) гемпротеином
Б) простым белком
В) липопротеином
Г) гликопротеином
ЖИВОЙ ОРГАНИЗМ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПРЕДСТАВЛЕН…
А) одной молекулой
Б) доклеточной формой
В) одной клеткой
Г) множеством клеток
ОДНА ИЗ ТЕОРИЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЖИЗНИ НА ЗЕМЛЕ-КРЕАЦИОНИЗМ –УТВЕРЖДАЕТ, ЧТО
А) жизнь возникла в результате какого-то сверхестественного события
Б) Земля существовала вечно
В) жизнь занесена на Землю из космоса
Г) жизнь возникла в результате процессов, подчиняющихся химическим законам
УГЛЕРОД КАК ЭЛЕМЕНТ ВХОДИТ В СОСТАВ…
А) всех органических соединений клетки
Б) только белков и углеводов
В) только белков и липидов
Г) только углеводов и нуклеиновых кислот
ОДНА ИЗ ФУНКЦИЙ БЕЛКОВ В КЛЕТКЕ –ЭТО…
А) ферментативная
Б) хранение и реализация наследственной информации
В) накопление энергии
Г) источник воды при расщеплении
ОРГАНЕЛЛЫ - ОБЩИЕ ДЛЯ РАСТИТЕЛЬНОЙ И ЖИВОТНОЙ КЛЕТКИ-ЭТО…
А) митохондрии
Б) пластиды
В) клеточный центр
Г) вакуоли с клеточным соком
В СИНТЕЗЕ БЕЛКА НЕ ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЯ…
А) лизосомы
Б) р-РНК
В) т-РНК
Г) рибосомы
Молекула ДНК эукариот представляет…
А) двухцепочную структуру
Б) кольцевидную структуру

В) одноцепочную структуру
Г) трехцепочную структуру
ЭПИТЕЛИЙ КИШЕЧНИКА И ЖЕЛУДКА ОБРАЗУЕТСЯ…
А) из энтодермы
Б) из эктодермы
В) из мезодермы
Г) из мезенхимы
У ЧЕЛОВЕКА ОРГАНОМ ИММУННОЙ ЗАЩИТЫ ЯВЛЯЕТСЯ…
А) тимус
Б) сумка Фабрициуса
В) печень
Г) желтый костный мозг
В ТОЛСТОМ КИШЕЧНИКЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ…
А) амеба дизентирийная
Б) лямблия кишечная
В) токсоплазма
Г) лейшмания висцеральная
К КЛАССУ СОСАЛЬЩИКИ ОТНОСИТСЯ…
А) фасциола
Б) широкий лентец
В) острица
Г) власоглав
АМИТОЗ – ЭТО…
А) прямое деление ядра клетки
Б) непрямое деление ядра клетки
В) многократное увеличение числа хромосом
Г) многократное увеличение числа хромонемм в хромосоме
АЛЛАНТОИС ПОЗВОНОЧНЫХ ВЫПОЛНЯЕТ ФУНКЦИЮ…
А) накопления продуктов выделения
Б) защитную
В) хранения питательных веществ
Г) газообмена
АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПРОИСХОДИТ НАИБОЛЕЕ УСПЕШНО, ЕСЛИ ДОНОР И РЕЦИПИЕНТ -…
А) однояйцевые близнецы
Б) родитель и ребенок
В) братья и сестры
Г) разнояйцевые близнецы
СПЕЦИФИЧЕСКИМ ПЕРЕНОСЧИКОМ СЫПНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ…
А) вошь платяная
Б) клоп постельный
В) блоха человеческая
Г) вошь лобковая
СКЕЛЕТ РАЗВИВАЕТСЯ…

А) из склеротома
Б) из эктодермы
В) из энтодермы
Г) из спланхнотома
ЗАКОН ГОМОЛОГИЧЕСКИХ РЯДОВ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ИЗМЕНЧИВОСТИ ОТКРЫТ В 1932 ГОДУ …
А) Н. И. Вавиловым
Б) С. С. Четвериковым
В) Н. П. Дубининым
Г) Э. Майром
ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОМОСОМНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ..
А) цитогенетический
Б) близнецовый
В) биохимический
Г) иммуногенетический
ОСНОВНЫМ ТРУДОМ Ч. ДАРВИНА ЯВЛЯЕТСЯ…
А) Происхождение видов путем естественного отбора…
Б) “Естественная история”
В) “Философия зоологии”
Г) “Письма об изучении природы”
ЭВОЛЮЦИОННЫЙ ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ НАПРАВЛЕНИЕ В МИКРОЭВОЛЮЦИИ -…
А) естественный отбор
Б) мутационный процесс
В) изоляция
Г) дрейф генов
К СОЦИАЛЬНЫМ ФАКТОРАМ АНТРОПОГЕНЕЗА ОТНОСИТСЯ…
А) общение и речь
Б) наследственная изменчивость
В) естественный отбор
Г) борьба за существование
ЭКОЛОГИЯ ИЗУЧАЕТ…
А) взаимодействие организма со средой обитания
Б) морфологию живых систем
В) физиологию живых систем
Г) признаки живых систем
В БИОЦЕНОЗЕ ОПРЕДЕЛЯЮЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ФАКТОРОВ…
А) климатических
Б) почвенных
В) межвидовых и внутривидовых
Г) антропогенных
К АНТРОПОГЕННЫМ ЭКОСИСТЕМАМ ОТНОСИТСЯ…

А) агроценоз и урбаноценоз
Б) зооценоз
В) фитоценоз
Г) биогеоценоз
К ПРОДУЦЕНТАМ ОТНОСЯТСЯ…
А) растения
Б) животные
В) грибы
Г) бактерии
FORAMENPALATINUMMAJUS - ЭТО:
А) большое нёбное отверстие
Б) малое нёбное отверстие
В) наименьшее нёбное отверстие
Г) наибольшее нёбное отверстие
ВЫБЕРИТЕ ТЕРМИН, В КОТОРОМ ЕСТЬ НАЗВАНИЕ МЫШЦЫ ПО ФУНКЦИИ:
А) musculusdepressorangulioris
Б) pariestympanicusductuscochlearis
В) musculithoracici
Г) musculuspterygoideuslateralis
ВЫБЕРИТЕ ЛАТИНСКИЙ ТЕРМИН, ОБОЗНАЧАЮЩИЙ «КОСТНЫЙ МОЗГ»:
А) medullaossium
Б) medullaspinalis
В) substantiamedullaris
Г) cerebrum
«МЯГКАЯ ОБОЛОЧКА СПИННОГО МОЗГА» ПО-ЛАТИНСКИ:
А) piamatermedullaespinalis
Б) duramatercerebri
В) piamaterencephali
Г) duramatermedullaespinalis
ТЕРМИН «ЧЕРЕП» ПЕРЕВОДИТСЯ НА ЛАТИНСКИЙ ЯЗЫК КАК:
А) cranium
Б) caput
В) cerebrum
Г) encephalon
ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД ТЕРМИНА «FORAMEN OCCIPITALE MAGNUM»:
А) большое затылочное отверстие
Б) малое затылочное отверстие
В) большое теменное отверстие
Г) малое нёбное отверстие
НАИМЕНЬШИЙ ПАЛЕЦ (МИЗИНЕЦ) ПО-ЛАТИНСКИ НАЗЫВАЕТСЯ:
А) digitusminimus
Б) pollex

В) index
Г) digitusmaximus
ВЫБЕРИТЕ ЛАТИНСКИЙ ТЕРМИН «СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА»:
А) mucosa, aef
Б) conjunctiva, aef
В) arachnoidea, aef
Г) cornea, aef
УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД ТЕРМИНА «MUSCULUS LEVATOR PALPEBRAE SUPERIORIS»:
А) мышца, поднимающая верхнее веко
Б) мышца, опускающая верхнее веко
В) мышца, поднимающая нижнее веко
Г) мышца, опускающая нижнее веко
ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД ТЕРМИНА «БОЛЬШОЙ ПОДЪЯЗЫЧНЫЙ ПРОТОК»:
А) ductussublingualismajor
Б) ductussublingualismaximus
В) ductuslinguales
Г) ductusomohyoideus
ВЫБЕРИТЕ ТЕРМИН, ИМЕЮЩИЙ ЗНАЧЕНИЕ «ВЫЗВАННЫЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА»:
А) cardiogenus
Б) cardiacus
В) cardiopathicus
Г) cardiovascularis
ВЫБЕРИТЕ ЛАТИНСКИЙ ТЕРМИН «ВНЕЗАПНЫЕ ПРИСТУПЫ БОЛИ»:
А) colica
Б) coma
В) ileus
Г) abscessus
ВЫБЕРИТЕ ТЕРМИН, В КОТОРОМ ЕСТЬ ТЕРМИНОЭЛЕМЕНТ СО ЗНАЧЕНИЕМ «НАУКА»:
А) pathologia
Б) logopathia
В) logorrhoea
Г) orthopaedia
ВЫБЕРИТЕ ТЕРМИН, ИМЕЮЩИЙ ЗНАЧЕНИЕ «ГОЛОВНАЯ БОЛЬ»:
А) cephalalgia
Б) craniopathia
В) encephalopathia
Г) myalgia
ВЫБЕРИТЕ ТЕРМИН СО ЗНАЧЕНИЕМ «ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ КОСТНОЙ ТКАНИ»:
А) osteosarcoma
Б) atheroma

В) osteoma
Г) osteolysis
ВЫБЕРИТЕ ТЕРМИН СО ЗНАЧЕНИЕМ «НАЛОЖЕНИЕ АНАСТОМОЗА НА ПОЧКУ»:
А) nephrostomia
Б) nephrotomia
В) nephrectomia
Г) nephropexia
КАКОЙ СУФФИКС ОБОЗНАЧАЕТ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС:
А) -itis
Б) -osis
В) -iasis
Г) -ismus
В КАКОМ ТЕРМИНЕ ЕСТЬ ЭЛЕМЕНТ СО ЗНАЧЕНИЕМ «ОБРАЗОВАНИЕ, ЗАРОЖДЕНИЕ»:
А) oncogenesis
Б) dysplasia
В) histolysis
Г) somatogenus
ВЫБЕРИТЕ ТЕРМИН, ОБОЗНАЧАЮЩИЙ ПОВЫШЕННОЕ СОДЕРЖАНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ:
А) leucocytosis
Б) leukaemia
В) leucopenia
Г) leucolysis
ВЫБЕРИТЕ ТЕРМИН СО ЗНАЧЕНИЕМ «ОТСУТСТВИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ»:
А) anaesthesia
Б) analgesia
В) narcosis
Г) hypnosis
К КАКОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ MYCOSOLON:
А) противогрибковое
Б) болеутоляющее
В) сосудорасширяющее
Г) успокаивающее
ВЫБЕРИТЕ МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩЕЕ СРЕДСТВО:
А) Novocainum
Б) Analginum
В) Morphinum
Г) Chloroformium
ТЕРМИН «ACIDUM HYDROCHLORICUM» ПЕРЕВОДИТСЯ КАК:
А) соляная кислота
Б) лимонная кислота

В) хлористая кислота
Г) сероводородная кислота
ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: OESTRADIOLUM – ЭТО
А) гормональный препарат
Б) местный анестетик
В) снотворное
Г) антибиотик
ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТ, СОЗДАННЫЙ НА ОСНОВЕ РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ:
А) Mentholum
Б) Lydasum
В) Dimedrolum
Г) Revitum
УКАЖИТЕ ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕЕ СРЕДСТВО:
А) Baralginum
Б) Antipirinum
В) Glycerinum
Г) Barbamylum
ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ЛАТИНСКИЙ ПЕРЕВОД РЕЦЕПТУРНОГО ВЫРАЖЕНИЯ: СМЕШАЙ. ВЫДАЙ. ОБОЗНАЧЬ.
А) Misce. Da. Signa.
Б) Misceatur. Detur. Signetur.
В) Miscete. Date. Signate.
Г) Miscere. Dare. Signare.
ВЫБЕРИТЕЛАТИНСКОЕНАЗВАНИЕПЕРЕКИСИВОДОРОДА:
А) Hydrogenii peroxydum
Б) Hydrogenii oxydum
В) Nitrogenium oxydulatum
Г) Hydrargyri oxydum
ОБРАЗОВАНИЕ – ЭТО
А) Объем систематизированных знаний, умений, навыков, способов мышления, которыми овладел обучаемый
Б) Процесс ознакомления с окружающим миром
В) То, что остается, когда все выученное забывается
Г) Заучивание учебного материала
В СОВРЕМЕННОМ ПОНЯТИИ ПЕДАГОГИКА ЭТО
А) Наука о воспитании, обучении, развитии и образовании людей
Б) Наука, изучающая вопросы обучения и образования подрастающего поколения
В) Искусство, которому необходимо научить студентов
Г) Педагогика – это искусство врачевания и общения с пациентом
КАК ПОКАЗАЛА ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ПСИХОЛОГ Б.Ф. ЗЕЙГАРНИК, МЫ ЛУЧШЕ ПОМНИМ КАКУЮ-ЛИБО РАБОТУ, ЕСЛИ ОНА
А) Осталась незаконченной
Б) Была доведена до конца

В) Была сознательно прекращена
Г) Привела к вознаграждению
ПРАКТИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ НАПРАВЛЕНО
А) На решение конкретных задач
Б) На нахождение общих закономерностей
В) На выявление законов
Г) На установление причинно-следственных связей
ПЕРИОДИЧЕСКИ ВОЗНИКАЮЩИЕ У СУБЪЕКТА НЕПРЕОДОЛИМЫЕ ИМПУЛЬСЫ УКРАСТЬ ПРЕДМЕТЫ, КОТОРЫЕ ЕМУ НЕ НУЖНЫ ДЛЯ ЛИЧНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ И КОТОРЫЕ НЕ ИМЕЮТ ДЛЯ НЕГО МАТЕРИАЛЬНОЙ ЦЕННОСТИ
А) Клептомания
Б) Пиромания
В) Агарофобия
Г) Социофобия
ОТСУТСТВИЕ ЧУВСТВ, А НЕРЕДКО ЖЕЛАНИЙ И ИНТЕРЕСОВ - ЭТО
А) Апатия
Б) Абулия
В) Эмпатия
Г) Симпатия
ЧЕЛОВЕК, ВОСПРИЯТИЕ ИНФОРМАЦИИ У КОТОРОГО, ПРОИСХОДИТ С ПОМОЩЬЮ ДВИЖЕНИЙ, ОБОНЯНИЯ, ОСЯЗАНИЯ И ДР. ОЩУЩЕНИЙ – ЭТО
А) Кинестетик
Б) Аудиал
В) Дигитал
Г) Визуал
ОПРЕДЕЛИТЕ ТИП ТЕМПЕРАМЕНТА. ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЛЕГКОЙ РАНИМОСТЬЮ, СПОСОБНОСТЬЮ ГЛУБОКО ПЕРЕЖИВАТЬ ДАЖЕ НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ НЕУДАЧИ, СКЛОННОСТЬЮ К МНИТЕЛЬНОСТИ И ПОДОЗРИТЕЛЬНОСТИ
А) Меланхолик
Б) Холерик
В) Сангвиник
Г) Флегматик
ЧЕЛОВЕК, СКРЫВАЮЩИЙ СВОИ ЧУВСТВА, СТРЕМЯЩИЙСЯ КОНТРОЛИРОВАТЬ ОКРУЖАЮЩИХ ЕГО ЛЮДЕЙ И УПРАВЛЯТЬ ИМИ, ПЕРЕКЛАДЫВАЮЩИЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА СВОИ ПОСТУПКИ НА ДРУГИХ – ЭТО
А) Манипулятор
Б) Лидер
В) Мизантроп
Г) Диктатор
МЕТОД, ПРЕДПОЛАГАЮЩИЙ ИССЛЕДОВАНИЕ ОДНОГО ЧЕЛОВЕКА

ИЛИ ГРУППЫ ПО ОДНИМ И ТЕМ ЖЕ ПАРАМЕТРАМ В ТЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ВРЕМЕНИ – ЭТО
А) Лонгитюд
Б) Наблюдение
В) Комплексный
Г) Комплексный
ВЕРБАЛЬНЫМ НАЗЫВАЮТ ОБЩЕНИЕ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМОЕ С ПОМОЩЬЮ
А) Звучащей речи
Б) Мимики и жестов
В) Технических средств и книг
Г) Предметов быта, культуры или труда
ИНТОНАЦИЯ, ТЕМБР ГОЛОСА, СКОРОСТЬ РЕЧИ; МИМИКА И ПАНТОМИМИКА; ДИСТАНЦИЯ В ОБЩЕНИИ, КОНТАКТ ГЛАЗ – ЭТО
А) Невербальные средства (компоненты) общения
Б) Вербальные средства (компоненты) общения
В) Барьеры общения
Г) Функции общения
ЗОНА ОБЩЕНИЯ, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНЫ ПРИКОСНОВЕНИЯ И ТАКТИЛЬНЫЙ КОНТАКТ, В КОТОРУЮ ДОПУСКАЮТСЯ ЛИШЬ БЛИЗКИЕ, ХОРОШО ЗНАКОМЫЕ ЛЮДИ НАЗЫВАЕТСЯ
А) Интимная
Б) Личная
В) Публичная
Г) Нет правильного ответа
К ВЕРБАЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ ОБЩЕНИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ
А) Интонации голоса
Б) Устная речь
В) Письменная речь
Г) Устная и письменная речь
АФФЕКТ – ЭТО
А) Внезапно возникшее сильное душевное волнение
Б) Внезапно возникшее душевное расстройство
В) Внезапно возникшая душевная радость
Г) Двигательная реакция
АМЕРИКАНСКИЙ ПСИХОЛОГ А. МАСЛОУ РАЗРАБОТАЛ КЛАССИФИКАЦИЮ МОТИВАЦИЙ, НАЗВАННУЮ
А) Пирамидой потребностей
Б) Кругом потребностей
В) Логическим квадратом потребностей
Г) Эллипсом потребностей
БОЛЕЗНЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ – ЭТО
А) Амнезии
Б) Акцентуации
В) Гиперболизации

Г) Фобии
ИСКАЖЕННОЕ ОЩУЩЕНИЕ ИЛИ ВОСПРИЯТИЕ ОБЪЕКТИВНО СУЩЕСТВУЮЩЕГО ПРЕДМЕТА, ЯВЛЕНИЯ ИЛИ ДЕЙСТВИЯ НАЗЫВАЕТСЯ
А) Иллюзия
Б) Галлюцинация
В) Парестезия
Г) Анестезия
ФРЕЙД СЧИТАЛ ИСТОЧНИКОМ ЭНЕРГИИ ХАРАКТЕРА
А) Сексуальное влечение
Б) Ценностные ориентации
В) Внутриличностные конфликты
Г) Воспитание в семье
ВОЗНИКАЮЩИЙ У БОЛЬНОГО ЦЕЛОСТНЫЙ ОБРАЗ СВОЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ – ЭТО
А) Внутренняя картина болезни
Б) Тип отношения к болезни
В) Психосоматическое соотношение
Г) Соматопсихическое соотношение
ОТРАСЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ, ИЗУЧАЮЩАЯ ФАКТЫ И ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕКА, ВОЗРАСТНУЮ ДИНАМИКУ ЕГО ПСИХИКИ
А) Возрастная психология
Б) Психология развития
В) Социальная психология
Г) Психология детства
АКЦЕНТУАЦИЯ ХАРАКТЕРА ЧЕЛОВЕКА – ЭТО
А) Заострение отдельных черт характера
Б) Патология характера
В) Плохой, вздорный характер
Г) Размытый, нечеткий, вялый характер
ОТРАСЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗНАНИЯ, КОТОРАЯ ЗАНИМАЕТСЯ ИЗУЧЕНИЕМ ВЛИЯНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ТЕЧЕНИЕ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ – ЭТО
А) Психосоматика
Б) Психология здоровья
В) Соматопсихология
Г) Психофизиология
СОЗДАТЕЛЕМ УЧЕНИЯ О ТЕМПЕРАМЕНТЕ СЧИТАЕТСЯ
А) Гиппократ
Б) Гален
В) Платон
Г) Аристотель

ВОЗРАСТ, УКАЗЫВАЕТ НА ТО, НАСКОЛЬКО ЧЕЛОВЕК АДАПТИРОВАН К ТРЕБОВАНИЯМ СРЕДЫ
А) Психологический
Б) Социальный
В) Биологический
Г) Биологический
ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ РАБОТАТЬ С ПРОБЛЕМАМИ И НЕВРОЗАМИ ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ ПРОЦЕДУРЫ ТЕЛЕСНОГО КОНТАКТА – ЭТО
А) Телесно-ориентированная психотерапия
Б) Арт-терапия
В) Трансперсональная психотерапия
Г) Гештальт-терапия
В КАКОМ СЛОВЕ УДАРЕНИЕ ПАДАЕТ НА ПЕРВЫЙ СЛОГ?
А) верба
Б) взаперти
В) созыв
Г) недуг
В КАКОМ СЛОВЕ УДАРЕНИЕ ПАДАЕТ НА ВТОРОЙ СЛОГ?
А) уведомить
Б) магазин
В) инструмент
Г) статуя
В КАКОМ СЛОВЕ УДАРЕНИЕ ПАДАЕТ НА ПОСЛЕДНИЙ СЛОГ?
А) километр
Б) вовремя
В) согнутый
Г) досуха
В КАКОМ СЛОВЕ ПИШЕТСЯ ЧН, А ПРОИЗНОСИТСЯ ШН?
А) скворечник
Б) шапочник
В) лоточник
Г) сливочный
В КАКОМ СЛОВЕ НАПИСАНИЕ И ПРОИЗНОШЕНИЕ ЧН СОВПАДАЮТ?
А) будничный
Б) нарочно
В) двоечник
Г) Ильинична
В КАКОМ СЛОВОСОЧЕТАНИИ ЕСТЬ НАРУШЕНИЕ ГРАММАТИЧЕСКИХ НОРМ?
А) пара туфлей
Б) килограмм апельсинов
В) нет чулок
Г) много свадеб

КАКОЕ СЛОВОСОЧЕТАНИЕ ПОСТРОЕНО В СООТВЕТСТВИИ С ЛЕКСИЧЕСКИМИ НОРМАМИ?
А) выплата вознаграждения
Б) выплата за обучение
В) плата квартиры
Г) арендная выплата
ОТМЕТЬТЕ ФРАЗЕОЛОГИЗМ-СИНОНИМ К СЛОВОСОЧЕТАНИЮ ОЧЕНЬ ЛЮБИТЬ
А) Носить на руках
Б) Метать перуны
В) Как кошка с собакой
Г) Проще пареной репы
УКАЖИТЕ СУЩЕСТВИТЕЛЬНОЕ, У КОТОРОГО ФОРМА ИМЕНИТЕЛЬНОГО ПАДЕЖА МНОЖЕСТВЕННОГО ЧИСЛА ОБРАЗОВАНА В СООТВЕТСТВИИ С НОРМОЙ ЛИТЕРАТУРНОГО ЯЗЫКА
А) доктора
Б) ректора
В) бухгалтера
Г) шофера
УКАЖИТЕ СУЩЕСТВИТЕЛЬНОЕ МУЖСКОГО РОДА
А) шампунь
Б) моль
В) вуаль
Г) бандероль
ОТМЕТЬТЕ НОМЕР ПРЕДЛОЖЕНИЯ С ОШИБКОЙ В УПОТРЕБЛЕНИИ ФОРМЫ ЧИСЛИТЕЛЬНОГО
А) Обои студентки получили стипендию
Б) Три студентки закончили работу над дипломными
В) Нас у матери четверо, а у соседа пятеро детей
Г) Оба студента сдали зачет
ОТМЕТЬТЕ НОМЕР ПРЕДЛОЖЕНИЯ С ГРАММАТИЧЕСКОЙ ОШИБКОЙ
А) Самая любимейшая героиня Толстого – Наташа Ростова
Б) Согласно распоряжению директора срок представления отчёта истекает первого марта
В) Этот человек был полный невежда в вопросах искусства
Г) Все гости получили сувениры
ОТМЕТЬТЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ С НАРУШЕНИЕМ СИНТАКСИЧЕСКИХ НОРМ
А) Мы гуляли по речному берегу, заросшем кустарником
Б) Все, кто принимал участие в концерте, получили подарки от организаторов
В) Разработан ряд механизмов, предназначенных для контроля качества изделий
Г) Благодаря ежедневным занятиям ребенок стал быстрее развиваться

ОТМЕТЬТЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ С НАРУШЕНИЕМ СИНТАКСИЧЕСКИХ НОРМ
А) Осуждая своих современников, М.Ю. Лермонтов пишет о том, что я смотрю на свое поколение
Б) Разрушения произошли вследствие плохой работы водоснабжения
В) В сквере гуляли как взрослые, так и дети
Г) Многие из тех, кто был на концерте Рязанского хора, остались довольны
ОТМЕТЬТЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ БЕЗ РЕЧЕВОЙ ОШИБКИ
А) Мне посчастливилось встретиться с этим человеком
Б) Сегодня холодно, поэтому я одела шубу
В) Молодежь осталась довольна концертом, они просили почаще устраивать такие встречи с артистами
Г) Он не только теряет вес, но и прежнюю мышечную силу
ОТМЕТЬТЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ С РЕЧЕВОЙ ОШИБКОЙ
А) В творчестве Некрасова одной из важнейших является тема о счастье народа
Б) Мы готовы оказать вам содействие в доставке товаров
В) На конкурсе чтецов студенты филфака продемонстрировали артистичность, остроумие и талант
Г) Получивший тяжелое ранение солдат был госпитализирован
ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ
А) Литературный русский язык - это строго нормированный язык
Б) Литературный русский язык - это национальный язык
В) Литературный русский язык - это язык художественной литературы
Г) Литературный русский язык - это книжный вариант русского языка
ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ
А) Научный стиль – это стиль научных статей, докладов, монографий, учебников и т.д., который определяется их содержанием и целями – по возможности точно и полно объяснить факты окружающей нас действительности
Б) Научный стиль – это стиль газет, журналов, который призван быстро откликаться на события, происходящие в обществе
В) Научный стиль – это стиль художественных произведений, научно-фантастических романов и рассказов, позволяющих заглянуть в будущее
Г) Научный стиль – это стиль общения в бытовой сфере на научные темы
ОПРЕДЕЛИТЕ, КАКОМУ СТИЛЮ РЕЧИ СООТВЕТСТВУЕТ СЛЕДУЮЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА:
ЭТОТ СТИЛЬ УДОВЛЕТВОРЯЕТ ПОТРЕБНОСТИ ОБЩЕСТВА В ДОКУМЕНТАЛЬНОМ ОФОРМЛЕНИИ РАЗНЫХ АКТОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ, ОБЩЕСТВЕННОЙ, ПОЛИТИЧЕСКОЙ, ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЖИЗНИ ДЕЛОВЫХ ОТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ГОСУДАРСТВОМ И ОРГАНИЗАЦИЯМИ, А ТАКЖЕ МЕЖДУ ЧЛЕНАМИ ОБЩЕСТВА В ОФИЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ ИХ ОБЩЕНИЯ. ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ ЭТОГО СТИЛЯ РЕЧИ – ИНФОРМАЦИОННАЯ.

А) официально-деловому
Б) публицистическому
В) разговорному
Г) художественному
ОПРЕДЕЛИТЕ, К КАКОМУ СТИЛЮ ОТНОСИТСЯ ОТРЫВОК:
«НАУТРО В ЧЕТВЕРГ ФИДЕЛЬ КАСТРО СНОВА ПРИЕХАЛ ЗА ПУТИНЫМ, ЧТОБЫ СОПРОВОДИТЬ ЕГО ВО ДВОРЦЕ РЕВОЛЮЦИИ НА ОФИЦИАЛЬНУЮ ЦЕРЕМОНИЮ ВСТРЕЧИ И ПЕРЕГОВОРЫ В РАСШИРЕННОМ СОСТАВЕ. ЗДЕСЬ ЖЕ БЫЛИ ПОДПИСАНЫ ОСНОВНЫЕ СОВРЕМЕННЫЕ ДОКУМЕНТЫ, ПРИ ЭТОМ КУБИНСКИЙ ЛИДЕР ТО И ДЕЛО ПОВОРАЧИВАЛСЯ К ПУТИНУ И О ЧЁМ-ТО ОЖИВЛЁННО ГОВОРИЛ, ДЕМОНСТРИРУЯ ЗАЛУ СВОЮ ПРЯМУЮ, КАК СТРЕЛА, СПИНУ».
А) публицистическому
Б) научному
В) разговорному
Г) художественному
ПОДВИЖНОСТЬ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО:
А) разнице в обхвате грудной клетки при макс. вдохе и макс. выдохе
Б) наклону назад
В) наклону в сторону
Г) жизненной ёмкости лёгких
КАК ИЗМЕРЯЕТСЯ ОКРУЖНОСТЬ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ?
А) сантиметровой лентой на уровне нижнего края лопаток
Б) сантиметровой лентой в наиболее широком месте грудной клетки
В) кронциркулем на уровне подмышечной впадины
Г) сантиметровой лентой на выдохе в наиболее широком месте
КАЛИПЕРОМЕТР
А) прибор для измерения величины кожно-жировой складки
Б) прибор для измерения времени цикла вдох-выдох
В) прибор для измерения силы вдоха
Г) прибор для измерения силы кистей рук
НОРМАЛЬНАЯ ФОРМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ
А) коническая
Б) цилиндрическая
В) уплощённая
Г) пирамидальная
ГИБКОСТЬ В НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ИЗМЕРЯЮТ:
А) гониометром
Б) штангенциркулем
В) скакалкой
Г) крейцмесселем
ФАКТОР, ПОЛОЖИТЕЛЬНО ВЛИЯЮЩИЙ НА ПОКАЗАТЕЛЬ ГИБКОСТИ:

А) разминка
Б) утомление
В) положительные эмоции
Г) силовая тренировка
СИЛА – ЭТО СПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА ПРЕОДОЛЕВАТЬ ВНЕШНЕЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ:
А) за счёт мышечных усилий
Б) с минимальным усилием
В) продолжительное время
Г) за счёт волевых усилий
КАКОЙ ВИД ВЫНОСЛИВОСТИ НЕ СУЩЕСТВУЕТ?
А) умеренная
Б) скоростная
В) специальная
Г) общая выносливость
КАК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ БЫСТРОТА ЧЕЛОВЕКА?
А) временем ответной реакции на раздражитель
Б) скоростью бега
В) количеством простых движений за короткий отрезок времени
Г) теппинг-тестом
КАК ОЦЕНИТЬ ПО ВНЕШНЕМУ ВИДУ СОСТОЯНИЕ ОДА
А) по мышечному рельефу
Б) по кожно-жировой складке
В) по цвету кожного покрова
Г) по форме грудной клетки
КАК ОПРЕДЕЛИТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА?
А) сделать наклоны с небольшим отягощением во все стороны
Б) сделать прыжок в длину с места
В) сделать упражнение «лодочка»;
Г) наклониться вперёд из положения лёжа на спине
ЧТО ТАКОЕ ОСАНКА?
А) привычная поза человека
Б) поза в стойке «смирно»
В) поза человека, прижавшегося к стенке
Г) поза человека, вытянувшегося «в струнку»
КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТ МАКСИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ВОЗДУХА, ВЫДЫХАЕМОГО ПОСЛЕ МАКСИМАЛЬНОГО ВДОХА?
А) жизненная ёмкость лёгких
Б) общая ёмкость лёгких
В) функциональная остаточная ёмкость
Г) остаточный объём
КАКИМ ПРИБОРОМ ИЗМЕРЯЮТ ЖЕЛ?

А) спирометром
Б) термометром
В) пневмотахометром
Г) тонометром
ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ ВЕЛИЧИНА ПОКАЗАТЕЛЯ ЖЕЛ?
А) экскурсия грудной клетки
Б) форма грудной клетки
В) пневмотахометром
Г) частота дыхания за 30"
КАКАЯ ИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБ ОЦЕНИВАЕТ СИЛУ ДЫХАТ. МУСКУЛАТУРЫ?
А) Розенталя
Б) Штанге
В) Генче
Г) Руфье
КАК ОПРЕДЕЛИТЬ МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМУЮ НА ТРЕНИРОВКЕ ЧСС?
А) 220 – возраст
Б) 80 % от максимальной мощности
В) нужно знать свой организм
Г) спросить у врача
КАКУЮ ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ ДЛЯ ТРЕНИРОВКИ ССС ПРЕДЛАГАЮТ НЕТРЕНИРОВАННОМУ ЧЕЛОВЕКУ?
А) ходьба
Б) бег на короткую дистанцию
В) игра в волейбол
Г) плавание
ПОЧЕМУ ЛЮДЯМ, РАЗВИВАЮЩИМ СИЛОВЫЕ КАЧЕСТВА, СОВЕТУЮТ БЕГАТЬ?
А) тренировать ССС
Б) чтобы лучше расслабляться
В) тренировать ДС
Г) увеличивать общую работоспособность
ЧТО ВАЖНЕЕ ТРЕНИРОВАТЬ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ВЫНОСЛИВОСТИ?
А) сердечную мышцу
Б) аппарат внешнего дыхания
В) силовую выносливость основных групп мышц
Г) дыхательную систему
ВЕЛИЧИНА ПУЛЬСОВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:
А) сопротивлении периферических сосудов
Б) величине ударного объёма сердца
В) силе сокращения сердечной мышцы
Г) состоянии венозной сети

ПОЧЕМУ УМЕРЕННЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ НАГРУЗКИ СПОСОБСТВУЮТ СНИЖЕНИЮ ГИПЕРТОНИИ?
А) расширение периферических сосудов способствует снижению АД
Б) повышение обменных процессов способствует регулировке АД
В) умеренное утомление ЦНС способствует лучшей регулировке АД
Г) улучшение питания сердечной мышцы снижает её напряжение
ГРАВИТАЦИОННЫЙ ШОК МОЖЕТ НАСТУПИТЬ ПРИ:
А) резком прекращении интенсивной мышечной деятельности
Б) чрезмерном мышечном напряжении
В) быстрых наклонах туловища
Г) совершении стойки на руках
СРЕДНЕЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:
А) половиной суммы СД и ДД
Б) половиной пульсового давления
В) средним результатом нескольких измерений АД
Г) АД при физической нагрузке с ЧСС равной 150 ударам в минуту
КАК ПОД ВЛИЯНИЕМ ТРЕНИРОВКИ МЕНЯЕТСЯ ТИП НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ:
А) приближается к сильному
Б) колеблется
В) не меняется
Г) становится слабым
С ПОМОЩЬЮ КАКИХ СРЕДСТВ ЛУЧШЕ СНИМАТЬ УТОМЛЕНИЕ:
А) физических упражнений
Б) эмоций
В) фармакологических средств
Г) воли
ТЕКСТОВЫЙ РЕДАКТОР (WORD)- ПРОГРАММА, ПРЕДНАЗНАЧЕННАЯ ДЛЯ
А) создания, редактирования и форматирования документов
Б) работы с изображениями в процессе создания игровых программ
В) управление ресурсами ПК при создании документов
Г) автоматического перевода с символьных языков в машинные коды
КАКИХ СПИСКОВ НЕТ В РЕДАКТОРЕ WORD?
А) Многоколоночных
Б) Нумерованных
В) Многоуровневых
Г) Маркированных
ОДНИМ ИЗ УСТРОЙСТВ ВВОДА ИНФОРМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) сканер
Б) монитор
В) процессор
Г) принтер
ОПЕРАЦИОННАЯ СИСТЕМА-ЭТО

А) комплекс специальным образом организованных программ и данных, с помощью которых осуществляется управление всеми устройствами ПК и взаимодействие с пользователем
Б) текстовый редактор
В) утилита
Г) графический редактор
ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЪЕКТОМ ACCESS
А) книга
Б) таблицы
В) формы
Г) отчеты
В ЭЛЕКТРОННУЮ ТАБЛИЦУ МОГУТ ВВОДИТЬСЯ С КЛАВИАТУРЫ
А) числа, даты, текст, формулы
Б) только текст
В) только числовые выражения
Г) рисунки
ПРИ ВЫЧИСЛЕНИИ ЗНАЧЕНИЙ ВЫРАЖЕНИЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ МАШИНА (ПК)
А) вычисляет действия в скобках
Б) производит умножение
В) производит операции отношения
Г) вычисляет функции
ФУНКЦИЕЙ, КОТОРАЯ ВЫЧИСЛЯЕТ СРЕДНЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В MSEXCEL, ЯВЛЯЕТСЯ
А) СРЗНАЧ
Б) СЧЕТ
В) СУММ
Г) ЕСЛИ
РАСШИРЕНИЕ ФАЙЛА ХАРАКТЕРИЗУЕТ
А) тип файла
Б) дату создания
В) время создания
Г) размещение файла
В ЭЛЕКТРОННОЙ ТАБЛИЦЕ ВЫДЕЛЕНА ГРУППА ЯЧЕЕК A1:B3. СКОЛЬКО ЯЧЕЕК ВХОДИТ В ЭТУ ГРУППУ?
А) 6
Б) 2
В) 3
Г) 4
POWERPOINT НУЖЕН ДЛЯ СОЗДАНИЯ ..
А) презентаций с целью повышения эффективности восприятия и запоминания информации
Б) таблиц с целью повышения эффективности вычисления формульных выражений
В) текстовых документов, содержащих графические объекты

Г) Internet-страниц с целью обеспечения широкого доступа к имеющейся информации
НА ДИСКИ CD-RW, DVD-RW, BD-RE
А) Можно много раз записывать данные
Б) Данные записываются при изготовлении диска
В) Можно только один раз записать данные
Г) Ответ зависит от количества данных
КАКОЕ УСТРОЙСТВО ХРАНИТ ДАННЫЕ ТОЛЬКО ТОГДА, КОГДА КОМПЬЮТЕР ВКЛЮЧЕН
А) Оперативная память (RAM)
Б) Видеокарта (графическаяплата, videocard)
В) Жесткий диск (HDD)
Г) Процессор (CPU)
ЧТО ТАКОЕ КОЛОНТИТУЛ?
А) специальная информация внизу или вверху страницы
Б) шаблон документа
В) символ
Г) многоколоночный текст
ДИАПАЗОН ЯЧЕЕК В ПРОГРАММЕ EXCEL - ЭТО
А) совокупность ячеек, образующих в таблице область прямоугольной формы
Б) все ячейкиодной строки
В) все ячейки одного столбца
Г) совокупность ячеек, образующих в таблице область квадратной формы
ВЫЗОВ КОНТЕКСТНОГО (ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО) МЕНЮ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
А) нажатием правой кнопки мыши
Б) нажатием клавиши [F9]
В) выбором подменю главного меню
Г) нажатием клавиши [F1]
УЛЬТРАЗВУК МОЖЕТ ПРИМЕНЯЕТСЯ В МЕДИЦИНЕ ДЛЯ…
А) измерения размеров сердца в динамике
Б) УВЧ – терапии
В) индуктотермии
Г) ядерно-магнитного резонанса
ДЛЯ ЧЕГО ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДАТЧИКИ?
А) снятия и преобразования информации
Б) воздействия на объект переменным током
В) воздействия на объект постоянным током
Г) введения лекарственных веществ
РЕНТГЕНОВСКОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ, ПРИМЕНЯЕМОЕ В МЕДИЦИНЕ С ЛЕЧЕБНОЙ ЦЕЛЬЮ, НАЗЫВАЮТ…
А) рентгенотерапией
Б) рентгеноскопией
В) рентгенографией

Г) томографией
ЗАРЯД ЯДРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ…
А) числом протонов
Б) числом электронов
В) числом нейтронов
Г) числом нейтрино
УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ В МЕДИЦИНЕ ДЛЯ…
А) дезинфекции помещений
Б) прогревания жидкостей
В) прогрева тканей
Г) определение структуры кристаллических веществ
ЭЛЕКТРОРЕТИНОГРАФИЯ – ЭТО РЕГИСТРАЦИЯ БИОПОТЕНЦИАЛОВ, СОЗДАННЫХ…
А) сетчаткой глаза
Б) головным мозгом
В) сердцем
Г) желудочно-кишечным трактом
КАК НАЗЫВАЕТСЯ ТОЧКА, ПРИ ПЕРЕХОДЕ ЧЕРЕЗ КОТОРУЮ МЕНЯЕТСЯ ЗНАК ПЕРВОЙ ПРОИЗВОДНОЙ ФУНКЦИИ F(X)?
А) точка экстремума
Б) точка перегиба
В) стационарная точка
Г) точка разрыва
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЕ УРАВНЕНИЕ ТРЕТЬЕГО ПОРЯДКА ОБЯЗАТЕЛЬНО ДОЛЖНО СОДЕРЖАТЬ…
А) производную третьего порядка y'''
Б) аргумент х
В) искомую функцию у
Г) производную второго порядка y''
КАКИЕ ИЗ УКАЗАННЫХ ФИРМ НЕ ИМЕЮТ ПРАВА ВЫПУСКАТЬ АКЦИИ?
А) Общества с ограниченной ответственностью
Б) Транснациональные акционерные компании
В) Открытые акционерные общества
Г) Закрытые акционерные общества
К НЕПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СФЕРЕ ОТНОСИТСЯ…
А) Продажа продуктов питания
Б) Железнодорожный транспорт
В) Добыча угля
Г) Сельское хозяйство
РЫНОЧНАЯ ЭКОНОМИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ…
А) Частной собственностью на средства производства
Б) Плановым ведением хозяйства
В) Централизованным распределением ресурсов

Г) Главенствующей ролью государства
АКЦИОНЕРНЫЕ КОМПАНИИ – ЭТО ФОРМА ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПРИ КОТОРОЙ…
А) Прибыли распределяются между акционерами по числу и виду акций
Б) Управляющий назначается государством
В) Держатели акций несут неограниченную ответственность за результаты деятельности фирмы
Г) Собственность принадлежит одному лицу
ГЛАВНЫМ ОРГАНОМ УПРАВЛЕНИЯ АКЦИОНЕРНОЙ КОМПАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ…
А) Общее собрание акционеров
Б) Совет директоров
В) Управляющий
Г) Генеральный директор
ЕСЛИ ЦЕНА ТОВАРА СНИЖАЕТСЯ, ТО ПРЕДЛОЖЕНИЕ ДАННОГО ТОВАРА…
А) Уменьшится
Б) Увеличится
В) Останется без изменений
Г) Уменьшится в геометрической прогрессии
С РОСТОМ ЦЕН НА РЕСУРСЫ ПРЕДЛОЖЕНИЕ НА РЫНКЕ…
А) Уменьшится
Б) Увеличится
В) Останется без изменений
Г) Уменьшится в арифметической прогрессии
РАВНОВЕСНАЯ ЦЕНА УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА РЫНКЕ, КОГДА…
А) Спрос и предложение равны
Б) Спрос превышает предложение
В) Предложение превышает спрос
Г) Спрос меньше предложения
КОГДА МОЖНО ГОВОРИТЬ О ФИЗИЧЕСКОМ ИЗНОСЕ ОСНОВНОГО КАПИТАЛА…
А) Станок потерял свою стоимость вследствие износа и старения
Б) Появилось более производительное оборудование
В) На рынке появилось более дешевое оборудование
Г) Существующее оборудование не отвечает требованиям современных технологий
ЧТО ОТНОСИТСЯ К ОБОРОТНОМУ КАПИТАЛУ…
А) Сырье и вспомогательные материалы
Б) Здания и сооружения
В) Машины и оборудование в цехах
Г) Подъездные пути и транспортные средства
ОБЩАЯ ПРИБЫЛЬ – ЭТО…
А) Разность общего дохода и общих издержек
Б) Сумма предельного дохода

В) Выручка от реализации продукции
Произведение объема выпускаемой продукции и цены.
МОНОПОЛИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ СИТУАЦИЯ, КОГДА НА РЫНКЕ…
А) Один продавец и много покупателей
Б) Много продавцов и много покупателей
В) Несколько продавцов и много покупателей
Г) Один продавец и один покупатель
К КАКОМУ ВИДУ БЕЗРАБОТИЦЫ ПРИВОДИТ ЗАМЕНА РУЧНОГО ТРУДА МАШИННЫМ?
А) Технологическая безработица
Б) Скрытая безработица
В) Структурная безработица
Г) Циклическая безработица
НОРМАТИВНЫЙ АКТ, ОБЛАДАЮЩИЙ НАИВЫСШЕЙ ЮРИДИЧЕСКОЙ СИЛОЙ В ГОСУДАРСТВЕ И РЕАЛИЗУЮЩИЙ ВАЖНЕЙШИЕ ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОТНОШЕНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ…
А) Конституцией
Б) Законом
В) Указом
Г) Постановлением
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ – ЭТО …
А) Демократическое, правовое государство с республиканской формой правления
Б) Авторитарное федеративное государство
В) Тоталитарное государство с республиканской формой правления
Г) Конституционная монархия
ПО ОБЩЕМУ ПРАВИЛУ ПРИ ПРИЕМЕ НА РАБОТУ ИСПЫТАТЕЛЬНЫЙ СРОК НЕ МОЖЕТ ПРЕВЫШАТЬ
А) 3 месяца
Б) 2 года
В) 6 месяцев
Г) 1 год
ЕСЛИ В ТРУДОВОМ ДОГОВОРЕ НЕ ОГОВОРЕН СРОК ЕГО ДЕЙСТВИЯ, ТО ДОГОВОР СЧИТАЕТСЯ ЗАКЛЮЧЕННЫМ …
А) на неопределенный срок
Б) на 6 месяцев
В) на 5 лет
Г) на 2 месяца
НОРМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ СОСТАВЛЯЕТ:
А) 40 часов в неделю
Б) 36 часов в неделю
В) 48 часов в неделю
Г) 52 часов в неделю

ПРАВО НА ВЫДАЧУ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В РФ НЕ ИМЕЮТ:
А) Врачи скорой медицинской помощи
Б) Врачи амбулаторно-поликлинических учреждений
В) Врачи стационарных учреждений
Г) Частнопрактикующие врачи, имеющие лицензию
В СЛУЧАЯХ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ:
А) Информация должна сообщаться в деликатной форме пациенту и членам его семьи, если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация
Б) Данная информация не сообщается
В) Информация должна сообщаться исключительно родственникам больного
Г) Информация должна сообщаться исключительно пациенту
ИСКУССТВЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ ПО ЖЕЛАНИЮ ЖЕНЩИНЫ:
А) при сроке беременности до 12 недель
Б) при сроке беременности до 22 недель
В) независимо от срока беременности
Г) при сроке беременности до 28 недель
СОГЛАСНО КОНСТИТУЦИИ РФ И ГРАЖДАНСКОМУ КОДЕКСУ РФ, В РФ ПРИЗНАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ СОБСТВЕННОСТИ…
А) государственная, муниципальная, частная и иные
Б) только государственная
В) только государственная и частная
Г) только частная и муниципальная
НЕ МОГУТ БЫТЬ ПРИРАВНЕННЫМИ К НОТАРИАЛЬНО УДОСТОВЕРЕННЫМ ЗАВЕЩАНИЯ…
А) граждан, удостоверенные работодателями
Б) граждан, находящихся на излечении в больницах, удостоверенные главными врачами этих больниц
В) граждан, находящихся в разведочных экспедициях, удостоверенные начальником этих экспедиций
Г) граждан, находящихся в местах лишения свободы, удостоверенные начальниками мест лишения свободы
ДОБРОВОЛЬНОЕ УСТАНОВЛЕНИЕ ОТЦОВСТВА ПРОИЗВОДИТСЯ ПО ЗАЯВЛЕНИЮ ОТЦА И МАТЕРИ…
А) ЗАГСом
Б) Правительством РФ
В) главой администрации экспедиций
Г) дежурным врачом родильного дома
К ДИСЦИПЛИНАРНЫМ ВЗЫСКАНИЯМ ПО ТРУДОВОМУ КОДЕКСУ РФ НЕ ОТНОСИТСЯ...
А) строгий выговор
Б) замечание

В) выговор
Г) увольнение
ГОСУДАРСТВЕННУЮ ТАЙНУ СОСТАВЛЯЮТ СВЕДЕНИЯ…
А) в военной области
Б) в области здравоохранения
В) в области финансов
Г) в области учета населения

Блок тестовых заданий №2

Кластер компетенций №2 «Диагностическое направление»

НАИБОЛЕЕ ФИЗИОЛОГИЧНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КИСЛОТНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) pH-метрия
Б) ацидотест
В) фракционный метод
Г) метод толстым зондом по Боасу-Эвальду
ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВЕН ПИЩЕВОДА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПЕРВЫМ ПРОВЕСТИ
А) эзофагоскопию
Б) УЗИ брюшной полости
В) рентгеноконтрастное исследование пищевода с барием
Г) УЗИ пищевода
HELICOBACTER PYLORI ОТНОСИТСЯ К
А) грамотрицательным бактериям
Б) вирусам
В) грамположительным бактериям
Г) простейшим
HELICOBACTER PYLORI ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПАРАЗИТИРУЕТ В
А) антральном отделе желудка
Б) теле желудка
В) луковице двенадцатиперстной кишки
Г) в области дна желудка
В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕЛИАКИИ РЕШАЮЩИМ В ОБСЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) эзофагогастродуоденоскопия с биопсией тонкой кишки
Б) копрологическое исследование
В) определение антител к тканевой трансглутаминазе в сыворотке крови
Г) УЗИ брюшной полости
ДЛЯ ХАЛАЗИИ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ - ЭТО
А) рецидивирующая рвота
Б) боли натощак в правом подреберье
В) боли натощак в эпигастрии
Г) запоры

ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) остаточное пятно бария
Б) конвергенция складок
В) отечность складок
Г) раздраженная луковица
СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) непрямой гипербилирубинемией
Б) повышением уровня трансаминаз
В) прямой гипербилирубинемией
Г) ретикулоцитозом
СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА ЧАЩЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А) в школьном возрасте
Б) в дошкольном возрасте
В) у новорожденных
Г) в грудном возрасте
НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) определение уровня ферментов поджелудочной железы в крови
Б) ультразвуковое исследование поджелудочной железы
В) копрологический
Г) эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта
ФИЛЬТРАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК ХАРАКТЕРИЗУЕТ
А) клиренс эндогенного креатинина
Б) осмолярность мочи
В) относительная плотность мочи
Г) уровень общего белка крови
ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) внутрисосудистым свертыванием крови
Б) лейкоцитозом
В) полиурией
Г) гипернатриемией
ГИПЕРЛИПИДЕМИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А) нефротической формы гломерулонефрита
Б) гематурической формы гломерулонефрита
В) пиелонефрита
Г) тубулоинтерстициального нефрита
ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНА
А) протеинурия более 3 г/сут, гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия
Б) бактериурия
В) гематурия
Г) гипертония
МОЧЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) лейкоцитурией с бактериурией
Б) гематурией

В) протеинурией
Г) цилиндрурией
ДЛЯ СМЕШАННОЙ ФОРМЫ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНА
А) гематурия с протеинурией
Б) гематурия
В) лейкоцитурия с бактериурией
Г) протеинурия
ОДНА ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА - ЭТО
А) агенезия или гипоплазия почек
Б) гемолитико-уремический синдром
В) хронический и подострый гломерулонефрит
Г) капилляротоксический и волчаночный нефрит
НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПЕРВИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) кишечная палочка
Б) клебсиелла
В) протей
Г) синегнойная палочка
НАСЛЕДСТВЕННЫЙ НЕФРИТ ЧАЩЕ СОЧЕТАЕТСЯ С
А) тугоухостью и нарушением зрения
Б) искривлением конечностей
В) мочекаменной болезнью
Г) хронической пневмонией
ОБНАРУЖЕНИЕ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ ЦИЛИНДРОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
А) гломерулонефрита
Б) вульвовагинита
В) острого цистита
Г) пиелонефрита
ОСТРЫЙ ПОСТСТРЕПТОКОККОВЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ
А) через 7-14 дней после перенесенной стрептококковой инфекции
Б) на высоте респираторного заболевания
В) через месяц после перенесенного респираторного заболевания
Г) без связи с перенесенными заболеваниями
ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ МИКЦИОННОЙ ЦИСТОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) подозрение на наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса до данным УЗИ
Б) нарушение функционального состояния почек
В) подозрение на наличие аномалий развития мочевого пузыря и уретры
Г) учащенное болезненное мочеиспускание
РАДИОИЗОТОПНАЯ СЦИНТИГРАФИИЯ МАЛОИНФОРМАТИВНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ
А) удвоения мочеточника

Б) препятствия мочеиспускания
В) степени фильтрации
Г) почечной гипертензии
ПРЕОБЛАДАНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ НЕЙТРОФИЛЬНОГО ХАРАКТЕРА В МОЧЕВОМ ОСАДКЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
А) пиелонефрите
Б) аномалии развития органов мочевой системы
В) гломерулонефрите
Г) тубуло-интерстициальном нефрите
ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) иммунокомплексное
Б) абактериальное токсико-аллергическое
В) аутоиммунное
Г) бактериальное
ПРИ МАКРОГЕМАТУРИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ
А) цистоскопию
Б) цистографию
В) изотопную сцинтиграфию
Г) экскреторную урографию
ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) непереносимость йода
Б) острая почечная недостаточность
В) непереносимость белков коровьего молока
Г) нарушение концентрационной способности почек
СЕЛЕКТИВНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ
А) почечных клубочков
Б) дистальных канальцев почек
В) петель Генле
Г) чашечно-лоханочной системы
В ОРГАНИЗМЕ РЕБЕНКА ПРИ УРИКЕМИЧЕСКОМ (МОЧЕКИСЛОМ) ДИАТЕЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ
А) накопление в крови пуриновых оснований
Б) накопление в крови мочевины и креатинина
В) высокая ацетилирующая способность ферментов печени
Г) повышение уровня глюкозы
К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ В КОСТЯХ СКЕЛЕТА, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ (ГЕМОГЛОБИНОПАТИЙ), ОТНОСЯТ
А) симптом «щетки», «рыбьи позвонки», остеопороз
Б) пальцевые вдавления на черепе, долихо- и брахицефалия

В) патологические переломы
Г) отставание костного возраста на рентгенограмме кисти
К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ОТНОСИТСЯ
А) анемия, ретикулоцитоз, нарушение билирубинового обмена за счет непрямой фракции
Б) гиперхромная, гипорегенераторная анемия, умеренная тромбоцитопения, лейкопения, умеренные нарушения билирубинового обмена за счет непрямой фракции
В) гипохромная, микросфероцитарная анемия, сниженное содержание сывороточного железа
Г) нормохромная анемия, ретикулоцитоз, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, нормальные показатели билирубинового обмена
В ПАТОГЕНЕЗЕ МИКРОСФЕРОЦИТАРНОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
А) функциональный дефект или снижение содержания белка спектрина в мембране эритроцитов
Б) генетическая мутация, приводящая к дисбалансу синтеза цепей глобина
В) нарушение внутриклеточной системы энзимов эритроцитов, приводящих к кислородному взрыву
Г) образование гаптеновых комплексов, прикрепленных к мембране эритроцита
АГЕНЕЗИЯ ЛЕГКОГО – ЭТО
А) отсутствие всех элементов легкого
Б) недоразвитый главный бронх при отсутствии легочной ткани
В) отсутствие мелких бронхов в доле или всем легком
Г) недоразвитие бронхиального дерева из-за дефектов эластической и мышечной ткани
К ВИЗУАЛЬНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У БОЛЬНОГО С ОДНОСТОРОННЕЙ АГЕНЕЗИЕЙ ЛЕГКОГО ОТНОСЯТ
А) сужение и уплощение грудной клетки на стороне поражения
Б) утолщение грудной клетки на пораженной стороне
В) сглаженность межреберных промежутков на стороне поражения
Г) западение межреберных промежутков и атрофию грудных мышц
КАКОЙ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МЕТОД ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО СВИЩА?
А) бронхоскопию
Б) обзорную рентгенографию
В) бронхографию
Г) компьютерную томографию
КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЛАРИНГОМАЛЯЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) врожденный стридор
Б) упорный навязчивый кашель
В) инспираторная одышка

Г) экспираторная одышка
У БОЛЬНЫХ С ОДНОСТОРОННЕЙ АГЕНЕЗИЕЙ ЛЕГКОГО ОТМЕЧАЕТСЯ СМЕЩЕНИЕ ОРГАНОВ СРЕДОСТЕНИЯ
А) в пораженную сторону
Б) в здоровую сторону
В) кпереди
Г) кзади
РЕБЕНКУ 3 ГОДА. В АНАЛИЗЕ КРОВИ: ЭРИТРОЦИТЫ-2,3×1012/Л, ГЕМОГЛОБИН-55 Г/Л, ЦВЕТОВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ-0,88. ДАННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ АНЕМИИ
А) III степени, нормохромной
Б) II степени, гипохромной
В) III степени, гипохромной
Г) II степени, нормохромной
К КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ НАСЛЕДСТВЕННОЙ МИКРОСФЕРОЦИТАРНОЙ АНЕМИИ, ОТНОСЯТ
А) анемию, желтуху, спленомегалию
Б) анемию, желтуху, тромбоцитопению
В) анемию, тромбоцитопению, гепатомегалию
Г) желтуху, спленомегалию, гипоплазию костного мозга
АНЕМИЯ ПРИ ПРИОБРЕТЕННОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ
А) нормохромная, нормоцитарная, гиперрегенераторная
Б) гипохромная, микроцитарная, гиперрегенераторная
В) нормохромная, нормоцитарная, гипорегенераторная
Г) гиперхромная, макроцитарная, гипорегенераторная
НА ВСАСЫВАНИЕ ВИТАМИНА В12 ВЛИЯЕТ
А) соляная кислота
Б) липаза
В) амилаза
Г) гастрин
КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ У ПАЦИЕНТА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГИПЕРРЕГЕНЕРАТОРНОЙ АНЕМИИ?
А) гемолитическую анемию
Б) гипопластическую анемию
В) сидеробластную анемию
Г) витаминодефицитную анемию
КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ РЕБЕНКУ С В-ТАЛАССЕМИЕЙ, ЧТОБЫ КОНТРОЛИРОВАТЬ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ГЕМОСИДЕРОЗА?
А) десфераловый тест
Б) пробу на аутогемолиз
В) определение уровня метгемоглобина
Г) электрофорез гемоглобина

КАКОЙ ВИТАМИН ПРИНИМАЕТ УЧАСТИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ СИДЕРОБЛАСТНОЙ АНЕМИИ?
А) пиридоксин
Б) цианокобаламин
В) рибофлавин
Г) тиамин
В МИЕЛОГРАММЕ ПРИ АНЕМИИ ФАНКОНИ ВЫЯВЛЯЮТ УГНЕТЕНИЕ
А) 3-х ростков одновременно
Б) эритроидного ростка
В) миелоидного ростка
Г) мекариоцитарного ростка
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НОРМОЦИТАРНОЙ, НОРМОХРОМНОЙ АНЕМИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ОЦЕНИТЬ УРОВЕНЬ
А) ретикулоцитов
Б) тромбоцитов
В) сывороточного железа
Г) сывороточного ферритина
ЧЕРЕЗ НЕДЕЛЮ ПОСЛЕ ОБИЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ В ГЕМОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЮТ _____АНЕМИЮ
А) нормохромную, гиперрегенераторную
Б) гиперхромную, гиперрегенераторную
В) гипохромную, регенераторную
Г) гиперхромную, регенераторную
В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ОБИЛЬНОЙ КРОВОПОТЕРИ В КРОВИ ВЫЯВЛЯЮТ
А) нейтрофильный лейкоцитоз, тромбоцитоз, гиперкоагуляцию
Б) гиперрегенераторную анемию, лейкопению, гипокоагуляцию
В) нормоцитарную, нормохромную анемию, активацию фибринолиза
Г) нормоцитарную, нормохромную анемию, гипокоагуляцию
КАКИЕ ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ИСТОЧНИКАМИ ВИТАМИНА В12?
А) мясо и молоко
Б) овощи и фрукты
В) чечевица, фасоль, горох
Г) крупяные каши
КОНСИСТЕНЦИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА В НОРМЕ
А) мягко-эластическая
Б) мягкая
В) тестоватая
Г) плотно-резиновая
КАКОЙ МЕТОД ЯВЛЯЕТСЯ «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ДИАГНОСТИКЕ ЛИМФАДЕНОПАТИЙ?
А) биопсия лимфоузла
Б) ультразвуковое исследование лимфоузла

В) рентгенография грудной клетки
Г) компьютерная томография грудной клетки
КАКИЕ ГРУППЫ ЛИМФОУЗЛОВ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ ФЕЛИНОЗЕ (БОЛЕЗНИ КОШАЧЬИХ ЦАРАПИН)?
А) подмышечные, локтевые
Б) затылочные, заушные
В) подчелюстные, шейные
Г) шейные, надключичные
ДЛЯ БОЛЬШИНСТВА ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ХАРАКТЕРНО _____ УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФОУЗЛОВ
А) симметричное, умеренное, без изменения плотности
Б) несимметричное, значительное, с уплотнением консистенции
В) симметричное, значительное, с выраженной болезненностью
Г) несимметричное, с появлением «каменистой» плотности, безболезненное
ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ
А) плотные, безболезненные, не спаянные между собой и окружающими тканями
Б) умеренно плотные, чувствительные при пальпации, подвижные
В) плотные, болезненные, спаянные между собой и окружающими тканями
Г) умеренно увеличенные, чувствительные при пальпации, с локальной гипертермией
ЛИМФАДЕНОПАТИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ
А) генерализованная, с первых дней болезни до периода реконвалесценции
Б) генерализованная, с конца первой недели, сохраняется в течение нескольких месяцев
В) локализованная (шейная, подчелюстная), с первых дней болезни и до конца 2 недели заболевания
Г) локализованная (любая группа лимфоузлов), продолжается весь лихорадочный период
ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) вирус Эпштейн-Барр
Б) парвовирус
В) вирус герпеса 1 типа
Г) вирус герпеса 6 типа
ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ В ГЕМОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЮТ
А) лейкоцитоз, абсолютный лимфоцитоз, моноцитоз
Б) нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево
В) лейкопению, лимфопению, моноцитоз
Г) лейкопению, относительный лимфоцитоз, эозинофилию
КАКОЕ СОЧЕТАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА?
А) длительная лихорадка, генерализованная лимфаденопатия, тонзиллит
Б) лимфаденопатия, гепатолиенальный синдром, фебрильная лихорадка

В) генерализованная лимфаденопатия, язвенно-некротический тонзиллит
Г) локальная лимфаденопатия, выраженная лихорадка, катаральный тонзиллит
КАРДИАЛГИЯ ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ
А) локализуется за грудиной, иррадиирует в левое плечо, надключичную область
Б) локализуется в области верхушки, без иррадиации, различной продолжительности
В) любой локализации и иррадиации, острая, быстро нарастает
Г) локализуется за грудиной, без иррадиации, тупая, различной продолжительности
ОСОБЕННОСТЬЮ КАРДИАЛЬНОЙ БОЛИ ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) усиление в положении на спине, левом боку, при движении
Б) уменьшение в положении на спине, левом боку, при движении
В) усиление в положении сидя с наклоном туловища вперед
Г) уменьшение в положении с запрокинутой головой
ШУМ ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ
А) в разные фазы сердечного цикла, вдоль левого края грудины, не связан с сердечными тонами, без зоны проведения
Б) над всей сердечной областью с максимумом на мечевидном отростке, проводится в левую подмышечную область, грубый систолический
В) над всей сердечной областью, проводится в левую подмышечную и межлопаточную область, систоло-диастолический
Г) на основании сердца, связан со II тоном, проводится на сосуды шеи и межлопаточную область, диастолический
ОСОБЕННОСТЬЮ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) небольшой объем выпота
Б) значительный объем выпота
В) развитие фибринозного перикардита
Г) частое развитие тампонады сердца
ДЛЯ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ХАРАКТЕРНО
А) отсутствие смещения границ сердца
Б) смещение левой границы сердца кнаружи
В) смещение правой границы сердца
Г) повышение систолического артериального давления
НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ И ДОСТУПНЫМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ПЕРИКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ: ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ И
А) эхокардиография
Б) рентгенография органов грудной клетки
В) перикардиоцентез
Г) магниторезонансная томография сердца
ПРИ ГИДРОПЕРИКАРДЕ ПОЛОСТЬ ПЕРИКАРДА ЗАПОЛНЕНА
А) транссудатом

Б) лимфой
В) экссудатом
Г) кровью
ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У БОЛЬНОГО В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ АНЕМИИ, ТРОМБОЦИТОПЕНИИ, БЛАСТОЗА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) острый лейкоз
Б) апластическая анемия
В) инфекционный мононуклеоз
Г) тромбоцитопеническая пурпура
КРИТЕРИЕМ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО БЛАСТОВ В СТЕРНАЛЬНОМ ПУНКТАТЕ МЕНЕЕ ___%
А) 5
Б) 2
В) 12
Г) 15
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОФИЛИИ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ
А) времени свертываемости
Б) времени кровотечения
В) плазминогена
Г) количества D-димеров
ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЛЕБРАНДА _____ ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ
А) синячково-гематомный
Б) петехиально-пятнистый
В) васкулитно-пурпурный
Г) гематомный
ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ГЕМОФИЛИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЕНИЕ ___ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ
А) VIII или IX
Б) I или II
В) III или IV
Г) V или VI
КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНО ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА?
А) миелограмма
Б) гемограмма
В) иммунограмма
Г) коагулограмма
В МИЕЛОГРАММЕ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ ХАРАКТЕРНО ВЫЯВЛЕНИЕ
А) раздражения мегакариоцитарного ростка
Б) нормального числа мегакариоцитов

В) угнетения мегакариоцитарного ростка
Г) близкого к нормальному числу мегакариоцитов
ДИАГНОЗ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗ ОСНОВАН НА РЕЗУЛЬТАТАХ
А) биопсии лимфатического узла
Б) анализа периферической крови
В) пункции костного мозга
Г) ультразвукового исследования лимфатического узла
НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ КАРДИОМИОПАТИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) эхокардиография
Б) электрокардиография
В) рентгенография сердца в 3-х проекциях
Г) рентгенокимография
К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ОТНОСИТСЯ
А) длительная стойкая тахикардия
Б) глухость сердечных тонов
В) нерегулярный сердечный ритм
Г) дующий систолический шум в сердце
НОРМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ СРЕДНИХ УРОВНЕЙ СИСТОЛИЧЕСКОГО И/ИЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СООТВЕТСТВЕННО ПОЛУ, ВОЗРАСТУ И РОСТУ, НАХОДИТСЯ В ПРЕДЕЛАХ _____ ПЕРЦЕНТИЛЕЙ
А) 10 и 90
Б) 95 и 99
В) 10 и 50
Г) 90 и 95
ПРИ СИНДРОМЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ ИНТЕРВАЛ PQ
А) укорочен
Б) не изменен
В) незначительно увеличен
Г) изменяется во времени
ПРИ I СТЕПЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СООТВЕТСТВЕННО ПОЛУ, ВОЗРАСТУ И РОСТУ, СРЕДНИЕ УРОВНИ СИСТОЛИЧЕСКОГО И/ИЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ
А) равны или превышают значения 95-го перцентиля, но меньше значений 99-го перцентиля + 5 мм рт.ст.
Б) равны или превышают значения 99-го перцентиля более, чем на 5 мм рт.ст.
В) находятся между 10 и 50 перцентилями
Г) находятся между 90 и 95 перцентилями
ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

А) корригированной транспозиции магистральных сосудов
Б) дефекте межжелудочковой перегородки
В) стенозе легочной артерии
Г) клапанном стенозе аорты
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
А) узелковом полиартериите
Б) аортальной недостаточности
В) открытом артериальном протоке
Г) геморрагическом васкулите
К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСИТСЯ
А) порок развития сосудов почки
Б) синдром вегетативной дистонии
В) пиелонефрит
Г) наследственный нефрит
НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) ренальная ангиография
Б) ультразвуковое исследование сосудов почек
В) измерение артериального давления на ногах
Г) внутривенная урография
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
А) коарктации аорты
Б) дефекте межпредсердной перегородки
В) дефекте межжелудочковой перегородки
Г) стенозе легочной артерии
ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ФОРМЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ
А) ЧСС 160 в минуту, регулярный ритм, резко деформированный комплекс QRS
Б) ЧСС 130 в минуту, регулярный ритм, узкий комплекс QRS
В) ЧСС 140 в минуту, уширенный комплекс QRS
Г) ЧСС 150 в минуту, нерегулярный ритм, узкий комплекс QRS
К ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТНОСИТСЯ
А) увеличение полостей желудочков
Б) гипертрофия левого желудочка
В) гипертрофия правого желудочка
Г) гипертрофия межжелудочковой перегородки
ИНТЕРВАЛ PQ ПРИ СИНДРОМЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ (СИНДРОМЕ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА) СОСТАВЛЯЕТ _____ С
А) 0,10
Б) 0,14
В) 0,18

Г) 0,22

ПРИ АВ-БЛОКАДЕ I СТЕПЕНИ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

А) удлинение интервала PQ (все интервалы одинаковой продолжительности)

Б) прогрессирующее удлинение интервала PQ от цикла к циклу

В) выпадение комплекса QRS

Г) атриовентрикулярная диссоциация

ПРИ АВ-БЛОКАДЕ II СТЕПЕНИ ТИПА МОБИТЦ I ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

А) прогрессирующее удлинение интервала PQ от цикла к циклу

Б) удлинение интервала PQ (все интервалы одинаковой продолжительности)

В) выпадение комплекса QRS

Г) атриовентрикулярная диссоциация

ПРИ АВ-БЛОКАДЕ II СТЕПЕНИ ТИПА МОБИТЦ II ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

А) выпадение комплекса QRS

Б) удлинение интервала PQ (все интервалы одинаковой продолжительности)

В) прогрессирующее удлинение интервала PQ от цикла к циклу

Г) исчезновение зубца P

ПРИ АВ-БЛОКАДЕ III СТЕПЕНИ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

А) атриовентрикулярная диссоциация

Б) удлинение интервала PQ (все интервалы одинаковой продолжительности)

В) прогрессирующее удлинение интервала PQ от цикла к циклу

Г) выпадение комплекса QRS

ПРИ ПЕРИКАРДИТАХ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ МОЖЕТ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ

А) смещение сегмента ST выше изоэлектрической линии

Б) патологический зубец Q

В) синусовая брадикардия

Г) увеличение общего вольтажа QRS

ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПЕРИКАРДИТЕ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ МОЖЕТ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ

А) уменьшение общего вольтажа QRS

Б) смещение сегмента ST ниже изоэлектрической линии

В) патологический зубец Q

Г) синусовая брадикардия

ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ МОЖЕТ ДЛИТЕЛЬНО НАБЛЮДАТЬСЯ

А) отрицательный зубец T в нескольких отведениях

Б) подъем сегмента ST в нескольких отведениях

В) снижение сегмента ST в грудных отведениях

Г) положительный зубец Т в нескольких отведениях
ДЛЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ФОРМЫ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ЭКГ-ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ РИТМ
А) 160 в минуту, регулярный, резко деформирован QRS
Б) 130 в минуту, регулярный, узкий QRS
В) 150 в минуту, регулярный, узкий QRS
Г) более 180 в минуту, регулярный, узкий QRS
ДЛЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ПРЕДСЕРДНОЙ ТАХИКАРДИИ ХАРАКТЕРНО
А) выявление ЧСС более 200 в минуту у детей раннего возраста и более 180 – у детей школьного возраста
Б) отсутствие зубца Р перед каждым комплексом QRS
В) наличие АВ-диссоциации
Г) выявление деформации и расширения QRS
ДЕФИЦИТ ПУЛЬСА – ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ДЛЯ
А) мерцательной аритмии
Б) полной АВ-блокады
В) суправентрикулярной экстрасистолии
Г) суправентрикулярной тахикардии
НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
А) эссенциальная артериальная гипертензия
Б) тромбоз почечных артерий и вен
В) паренхиматозное заболевание почек
Г) коарктация аорты
НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ 7-12 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ
А) паренхиматозное заболевание почек
Б) коарктация аорты
В) эссенциальная артериальная гипертензия
Г) стеноз почечных артерий
НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ ДО 6 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ
А) стеноз почечных артерий
Б) коарктация аорты
В) паренхиматозное заболевание почек
Г) эссенциальная артериальная гипертензия
РАЗВИТИЕ АЛОПЕЦИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
А) системной красной волчанке
Б) острой ревматической лихорадке
В) ювенильном идиопатическом артрите
Г) ювенильном дерматомиозите
РАЗВИТИЕ ЛЕЙКОПЕНИИ И ТРОМБОПЕНИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
А) системной красной волчанки

Б) острой ревматической лихорадки
В) системной склеродермии
Г) ювенильного идиопатического артрита
ФОТОСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ, ФИКСИРОВАННАЯ ЭРИТЕМА НА СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ, СЕРОЗИТ, НЕФРИТ ОТНОСЯТСЯ К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ
А) системной красной волчанки
Б) системной склеродермии
В) ювенильного идиопатического артрита
Г) острой ревматической лихорадки
К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ ОТНОСЯТ
А) перемежающуюся, летучую, эритематозную сыпь
Б) артрит, ассоциированный с энтезитами
В) псориаз у родственников первой линии
Г) постоянную, обильную папулезную сыпь
НАСЛЕДСТВЕННЫЙ НЕФРИТ (СИНДРОМ АЛЬПОРТА) ПРОТЕКАЕТ С
А) тугоухостью
Б) лейкоцитурией
В) интоксикацией
Г) олигурией
СЫПЬ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ
А) папулезно-геморрагическая, симметричная, на нижних конечностях
Б) пятнисто-папулезная, несимметричная, на туловище
В) полиморфная, появляется одномоментно на всем теле
Г) в виде петехий, экхимозов на лице и туловище
ОСНОВНЫМ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГЕМОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) ретикулоцитоз
Б) мегакариоцитоз
В) микросфероцитоз
Г) анизопойкилоцитоз
ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ
А) исследование костного мозга
Б) анализ периферической крови
В) биохимическое исследование крови
Г) исследование антигенов гистосовместимости
ПРИ ГЕМОФИЛИИ КРОВОТОЧИВОСТЬ БЫВАЕТ
А) гематомной
Б) петехиально-пятнистой
В) васкулитно-пурпурной
Г) ангиоматозной
НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ _____ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ЛЕЙКОЗА

А) лимфобластный
Б) миеломонобластный
В) мегакариоцитарный
Г) промиелоцитарный
СИММЕТРИЧНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ВЫСЫПАНИЙ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ БОЛЕЗНИ
А) Шенлейн-Геноха
Б) Рендю-Ослера-Вебера
В) фон Виллебрандта
Г) Вискотта-Олдрича
УДЛИНЕНИЕ ВРЕМЕНИ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
А) гемофилии
Б) гемолитической анемии
В) геморрагического васкулита
Г) тромбоцитопенической пурпуры
ПРИ КАКОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ (РН) ОБРАЗУЮТСЯ КРИСТАЛЛЫ ФОСФАТОВ?
А) pH 8,0
Б) pH 5,0
В) pH 6,5
Г) pH 4,0
ПОЯВЛЕНИЕ ПАСТОЗНОСТИ ВЕК И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, МОЧИ ЦВЕТА МЯСНЫХ ПОМОЕВ, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ДО 150/100 ММ РТ.СТ. У ДЕВОЧКИ 12 ЛЕТ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТРОГО
А) гломерулонефрита с нефритическим синдромом
Б) поствирусного тубулоинтерстициального нефрита
В) дисциркуляторного тубулоинтерстициального нефрита
Г) гломерулонефрита с нефротическим синдромом, гематурией и артериальной гипертензией
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ
А) иммунокомплексным
Б) токсико-аллергическим
В) инфекционно-воспалительным
Г) инфекционно-аллергическим
О ЧАСТОМ РЕЦИДИВИРОВАНИИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА СПРАВЕДЛИВО ГОВОРИТЬ ПРИ НАЛИЧИИ
А) двух обострений за 6 месяцев
Б) одного обострения за 5 месяцев
В) одного обострения за 12 месяцев
Г) двух обострений за 12 месяцев
ДЛЯ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И
А) гемолитическая анемия, тромбоцитопения
Б) язвенный энтероколит, холестатический гепатит

В) гемолитическая анемия, респираторный дистресс-синдром
Г) холестатический гепатит, гемолитическая анемия
ХАРАКТЕРНЫМИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ
А) микроабсцессы, контактная кровоточивость
Б) афтоидные язвы на фоне неизмененной слизистой
В) лимфангиэктазы, отсутствие сосудистого рисунка
Г) локальные поражения слизистой оболочки толстой кишки по типу «булыжной мостовой»
ПРИ СКРИНИНГЕ НА МУКОВИСЦИДОЗ АНАЛИЗ КРОВИ НА ИММУНОРЕАКТИВНЫЙ ТРИПСИН ДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ ПРОВОДЯТ НА _____ ДЕНЬ ЖИЗНИ
А) 4-5
Б) 7-8
В) 14-21
Г) 21-28
НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MBTP (ТРАНСМЕМБРАННОГО РЕГУЛЯТОРА МУКОВИСЦИДОЗА) В РОССИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) del F 508
Б) N1303K
В) 2143 del T
Г) W1282 X
НОРМАЛЬНЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ПОТОВОЙ ПРОБЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ММОЛЬ/Л
А) 40-60
Б) 80-100
В) 100-150
Г) 150-200
СНИЖЕНИЕ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
А) муковисцидоза
Б) экссудативной энтеропатии
В) сахарного диабета
Г) дисахаридазной недостаточности
ВЕДУЩИМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ОСТРЫЙ БРОНХИОЛИТ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) респираторно-синтициальный вирус
Б) коронавирус
В) ротавирус
Г) метапневмовирус
ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЮТСЯ
А) параректальные свищи
Б) атрофические изменения слизистой тонкого кишечника
В) склеротические изменения внутрипеченочных желчных протоков

Г) аплазия и склероз протоков поджелудочной железы
ЛЕГОЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМСЯ ХРОНИЧЕСКИМ ВОСПАЛЕНИЕМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, НАЛИЧИЕМ РЕСПИРАТОРНЫХ СИМПТОМОВ, ТАКИХ КАК СВИСТЯЩИЕ ХРИПЫ, ОДЫШКА, ЗАЛОЖЕННОСТЬ В ГРУДИ И КАШЕЛЬ, КОТОРЫЕ ВАРЬИРУЮТ ПО ВРЕМЕНИ И ИНТЕНСИВНОСТИ И ПРОЯВЛЯЮТСЯ ВМЕСТЕ С ВАРИАБЕЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) бронхиальная астма
Б) эозинофильная пневмония
В) фиброзирующий альвеолит
Г) гиперчувствительный пневмонит
ЭКССУДАТ, СОСТОЯЩИЙ НА 80% ИЗ ЛИМФОЦИТОВ, 15% НЕЙТРОФИЛОВ И 5% ЭРИТРОЦИТОВ, ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
А) серозного плеврита
Б) геморрагического плеврита
В) посттравматического плеврита
Г) хилезного плеврита
СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ВЕСЕННЕЕ ВРЕМЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ
А) спазмофилии
Б) гипервитаминозе Д
В) гиперпаратиреозе
Г) фосфат-диабете
КАКАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ НОРМАЛИЗУЕТСЯ СПОНТАННО?
А) нейрогенная
Б) метаболическая
В) посттрансфузионная
Г) злокачественная
ОТСУТСТВИЕ ПУЛЬСА НА ОДНОЙ РУКЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ БОЛЕЗНИ
А) Такаясу
Б) Хашимото
В) Вегенера
Г) Кавасаки
НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) кишечная палочка
Б) золотистый стафилококк
В) β-гемолитический стрептококк
Г) синегнойная палочка
ДЛЯ КАКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ХАРАКТЕРНО СМЕЩЕНИЕ СРЕДОСТЕНИЯ В СТОРОНУ ПОРАЖЕНИЯ?
А) ателектаз легкого
Б) лобарная эмфизема
В) гидропневмоторакс

Г) метапневмонический плеврит

ПРИ НЕОНАТАЛЬНОМ СКРИНИНГЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ ВЫЯВЛЯЮТ

А) галактоземию

Б) синдром Дауна

В) синдром Нунан

Г) врожденную тирозинемию

ВНУТРИУТРОБНО ОТ МАТЕРИ ПЛОДУ ПЕРЕДАЮТСЯ ИММУННОГЛОБУЛИНЫ КЛАССА

А) IgG

Б) IgA

В) IgM

Г) IgE

ВЯЛЫЕ ПУЗЫРИ НА КОЖЕ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

А) пузырчатке новорожденного

Б) врожденном везикулопустулезе

В) неонатальном пустулярном меланозе

Г) врожденном буллезном эпидермолизе

К ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ КОЖИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСИТСЯ

А) везикулопустулез

Б) токсическая эритема

В) буллезный эпидермолиз

Г) неонатальный пустулярный меланоз

НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

А) муковисцидоза

Б) врожденного порока сердца

В) атрезии пищевода

Г) тиреотоксикоза

СТЕПЕНЬ ЗРЕЛОСТИ НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ

А) Балларда

Б) Сильвермана

В) Даунса

Г) Дементьевой

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ АСПИРАЦИОННОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

А) внутриутробная гипоксия

Б) инфекционные заболевания матери

В) хромосомные аномалии развития плода

Г) гемолитическая болезнь новорожденного

ОДЫШЕЧНО-ЦИАНОТИЧЕСКИЕ ПРИСТУПЫ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ

А) тетраде Фалло

Б) дефекте межпредсердной перегородки

В) открытом артериальном протоке
Г) дефекте межжелудочковой перегородки
ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ДЛЯ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА ЯВЛЯЮТСЯ
А) некроз кожи и локальные отеки
Б) анулярная эритема и ревматические узелки
В) малая хорея и утренняя скованность
Г) дефицит пульса и снижение артериального давления
КАКОЙ ПРИЗНАК УКАЗЫВАЕТ НА ПРЕОБЛАДАНИЕ СИМПАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ?
А) белый дермографизм
Б) повышенная сальность кожи
В) повышенная потливость
Г) стойкий красный дермографизм
ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ ЭНДОКАРД
А) аортального клапана
Б) митрального клапана
В) трехстворчатого клапана
Г) клапана легочной артерии
ПРИ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ ЧСС _____ В 1 МИН
А) 180
Б) 160
В) 140
Г) 120
ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ АРТРИТА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) летучесть болей
Б) поражение мелких суставов
В) утренняя скованность суставов
Г) длительное течение артрита
В ОСНОВНЫЕ (БОЛЬШИЕ) ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ВХОДИТ
А) хорея
Б) перемежающаяся хромота
В) лихорадка
Г) мигрирующая эритема
ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) амилоидозом
Б) пиелонефритом
В) интерстициальным нефритом
Г) дисметаболической нефропатией

ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) ливедо
Б) миокардит
В) кальциноз мышц
Г) склеродактилия
ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) мышечная слабость
Б) геморрагическая сыпь
В) деструктивная артропатия
Г) асимметрический полирадикулоневрит
К ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ОТНОСЯТ
А) АНФ и АТ к двуспиральной ДНК
Б) ревматоидный фактор и сиаловые кислоты
В) повышение титров АСЛО и АСГ
Г) положительная реакция Райта и Хеддельсона
ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРЕН ПАРАПРОКТИТ?
А) болезнь Крона
Б) неспецифический язвенный колит
В) проктосигмоидит
Г) постинфекционный колит
ДВИГАТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ
А) ирригоскопии
Б) колоноскопии
В) копрограммы
Г) ректороманоскопии
ДЛЯ ДИСХОЛИИ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНО
А) утолщение стенок желчного пузыря
Б) наличие перегородок и перетяжек
В) наличие эхоплотного гетерогенного осадка
Г) уплотнение печеночных протоков
ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВЕН ПИЩЕВОДА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВНАЧАЛЕ ПРОВЕСТИ
А) эзофагоскопию
Б) исследование мокроты на сидерофаги
В) рентгеноконтрастное исследование пищевода с барием
Г) УЗИ печени и селезенки
В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕЛИАКИИ РЕШАЮЩИМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) эзофагогастродуоденоскопия с биопсией тонкой кишки
Б) копрологическое исследование
В) определение антител к тканевой трансглутаминазе в сыворотке крови

Г) УЗИ брюшной полости
В ОСНОВЕ ЦЕЛИАКИИ ЛЕЖИТ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ
А) белков злаков
Б) белков животного происхождения
В) белков молока
Г) углеводов злаков
ВТОРИЧНАЯ ЛАКТАЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МАНИФЕСТИРУЕТ
А) в любом возрасте
Б) во втором полугодии жизни
В) в пубертатном возрасте
Г) в дошкольном возрасте
ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХАЛАЗИИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ
А) рентгеноскопию желудка с контрастированием
Б) ирригоскопию
В) копрологическое исследование
Г) холецистографию
ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА ПРИ БЕЛКОВО- ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 1 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ В ПРОЦЕНТАХ
А) 11-20
Б) 5-10
В) 21-30
Г) больше 30
ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ МАРКЕРОМ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ЯВЛЯЕТСЯ
А) белок крови
Б) глюкоза крови
В) электролиты крови
Г) гематокрит
ПРОТЕИНУРИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ СЧИТАЕТСЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ, ЕСЛИ СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА В МОЧЕ ПРЕВЫШАЕТ ___ Г/Л
А) 0,33
Б) 0,03
В) 3,3
Г) 1,3
У ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДОПУСТИМЫЙ УРОВЕНЬ ГЕМАТУРИИ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ ___ ЭРИТРОЦИТОВ В 1 МЛ МОЧИ
А) 1000
Б) 100
В) 2000
Г) 4000
В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ПИЕЛОНЕФРИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДОМИНИРУЮТ
А) симптомы интоксикации
Б) нарушения диуреза

В) отеки
Г) нарушения гемодинамики
НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЕМ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) повышение уровней мочевины и креатинина в сыворотке крови
Б) гиперкалиемия и метаболический ацидоз
В) метаболический ацидоз и повышение уровня мочевины в сыворотке крови
Г) повышение уровней мочевины и калия в сыворотке крови
ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ ТИП ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
А) цитомегаловирусной инфекции
Б) хламидиоза
В) муковисцидоза
Г) герпеса
ПНЕВМОНИЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРОТЕКАЕТ ПО ТИПУ
А) интерстициальной
Б) очаговой
В) очагово-сливной
Г) полисегментарной
ГРУППУ РИСКА ПО ПНЕВМОЦИСТОЗУ СОСТАВЛЯЮТ ДЕТИ
А) недоношенные
Б) переношенные
В) незрелые
Г) перенесшие инструментальные вмешательства (интубацию трахеи, бронхоскопию, ИВЛ)
НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ОРВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) бронхиолит
Б) ларингит
В) трахеит
Г) бронхит
СПЕЦИФИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ЗАЩИТЫ ПРИ ОРВИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) интерферронообразование
Б) фагоцитоз
В) IgM-антитела
Г) IgG-антитела
НА ФОНЕ ОРВИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ СИНДРОМ
А) обструктивный
Б) вирусной диареи
В) абдоминальный
Г) нейротоксикоза

ПО СРАВНЕНИЮ С ДЕТЬМИ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА У НОВОРОЖДЕННЫХ НА ФОНЕ ОРВИ ЗНАЧИТЕЛЬНО РЕЖЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ СИНДРОМ
А) крупа
Б) лимфаденопатии
В) обструктивный
Г) абдоминальный
ВЫСОКОЙ ЧАСТОТЕ ОРВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ СПОСОБСТВУЕТ
А) незрелость Т-клеточного звена иммунитета
Б) снижение фагоцитоза
В) низкий уровень секреторного IgA
Г) медленное накопление антител и замедленное освобождение организма от вирусов
РЕСПИРАТОРНО-СИНТИЦИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЕТ
А) бронхиолит
Б) острый ринит
В) пневмонию
Г) вирусную диарею
ЭКЗАНТЕМОЙ СОПРОВОЖДАЕТСЯ
А) энтеровирусная инфекция
Б) грипп
В) аденовирусная инфекция
Г) респираторно-синцитиальная инфекция
ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ
А) серозным менингитом и миокардитом
Б) пневмонией
В) отоантритом
Г) пиелонефритом
В СВЯЗИ С ФЕНОМЕНОМ КИСТООБРАЗОВАНИЯ В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С
А) муковисцидозом
Б) сепсисом
В) деструктивной пневмонией
Г) пневмонией грамотрицательной этиологии
ПРИЧИНОЙ АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ОРВИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) репродукция вируса в поджелудочной железе и кишечнике
Б) неблагоприятный преморбидный фон
В) искусственное вскармливание
Г) медикаментозная терапия

К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНЕ ИСТИННОГО ВРОЖДЕННОГО СТРИДОРА ОТНОСЯТ
А) врожденную слабость хрящевого каркаса гортани
Б) тяжи и спайки в области голосовой щели
В) парез голосовых связок
Г) стеноз гортани
ЭКСФОЛИАТИВНЫЙ ДЕРМАТИТ РИТТЕРА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ
А) стафилококковых пиодермий
Б) стрептококковых пиодермий
В) генодерматозов
Г) аллергодерматозов
В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ СИМПТОМ
А) геморрагический
Б) диареи
В) анорексии
Г) рвоты
НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ ОТ МАТЕРЕЙ-НОСИТЕЛЬНИЦ HBSАНТИГЕНА С ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА
А) в первые часы жизни
Б) на 2-3 сутки жизни
В) при выписке из родильного дома
Г) в возрасте 1 месяца жизни
У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АСФИКСИЮ В РОДАХ, ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ
А) лейкоцитоза
Б) полицитемии
В) лейкопении
Г) тромбоцитопении
СИНДРОМ ПОЛИЦИТЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОБУСЛОВЛЕН
А) метаболическими нарушениями
Б) гиповолемией
В) гемодинамическими расстройствами
Г) усиленным эритропоэзом
ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ
А) ДВС-синдроме
Б) врожденном гипотиреозе
В) диабетической эмбриофетопатии
Г) тяжелой гипербилирубинемии
В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ РАЗВИТИЮ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ

А) прием матерью незадолго до родов медикаментозных препаратов, повышающих склонность к кровотечениям
Б) ацидоз
В) гиперкапния
Г) асфиксия
ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ
А) снижение протромбинового комплекса
Б) повышенный фибринолиз
В) тромбоцитопения
Г) уменьшение в крови уровня глобулинов (VIII, IX, X факторов)
КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИ КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПОЯВЛЯЮТСЯ
А) к 3-5 дню жизни
Б) сразу после рождения
В) на 2-ой день жизни
Г) на 2-й неделе жизни
ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ ПРИ РОЖДЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) кровопотеря
Б) наследственный микросфероцитоз
В) дефицит эритроцитарных ферментов
Г) наследственная гипопластическая анемия
ДИАГНОЗ АНЕМИИ СТАВИТСЯ НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ НА 1Й НЕДЕЛЕ ЖИЗНИ, ЕСЛИ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ ____ Г/Л
А) 150
Б) 170
В) 130
Г) 140
ДИАГНОЗ АНЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ НА 3-4-Й НЕДЕЛЕ ЖИЗНИ ВЫСТАВЛЯЕТСЯ ЕСЛИ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ ____ Г/Л
А) 120
Б) 130
В) 140
Г) 150
ПОКАЗАНИЕМ К ПЕРЕЛИВАЕНИЮ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ МАССЫ РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ 10 СУТОК ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ _____ Г/Л
А) 80
Б) 90
В) 100
Г) 70
ГИПЕРХРОМНАЯ АНЕМИЯ РАЗВИВАЕТСЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ ПРИ ДЕФИЦИТЕ
А) фолиевой кислоты

Б) витамина Е
В) витамина В6
Г) железа
ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ
А) щелочной фосфатазы
Б) аспартатаминотрансферазы
В) аланинаминотрансферазы
Г) альдолазы
ЖЕЛТУХА ПРИ ГАЛАКТОЗЕМИИ И МУКОВИСЦИДОЗЕ НОСИТ ХАРАКТЕР
А) паренхиматозной
Б) конъюгационной
В) механической
Г) гемолитической
ЖЕЛТУХА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ИСЧЕЗАЕТ К КОНЦУ _____ ЖИЗНИ
А) 2-й недели
Б) 3-й недели
В) 2-го месяца
Г) 1-го месяца
ПЕРВЫМ СИМПТОМОМ БИЛИРУБИНОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) появление симптомов угнетения
Б) резкое возбуждение
В) повышение мышечного тонуса
Г) ригидность затылочных мышц
ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АСФИКСИЮ В РОДАХ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) некротизирующий энтероколит
Б) пилороспазм
В) халазия пищевода
Г) высокая кишечная непроходимость
ПРИЧИНОЙ НАРУШЕНИЯ СТАНОВЛЕНИЯ БИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ
А) отсутствие грудного вскармливания с первых часов жизни
Б) гипоксия в родах
В) отсасывание слизи из желудка сразу после рождения
Г) проведение реанимационных мероприятий в родильном зале
ОБЪЕМ ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ЖИДКОСТИ В ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ
А) уменьшается
Б) увеличивается
В) у доношенных новорожденных увеличивается, у недоношенных – уменьшается

Г) не изменяется
ХАРАКТЕРНА ВЫРАЖЕННАЯ ПОТЕРЯ ЭЛЕКТРОЛИТОВ ИЗ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ
А) рвоте и жидком стуле
Б) гипертермии
В) выраженной одышке
Г) потливости
ГИПОНАТРЕМИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ
А) врожденной гиперплазии коры надпочечников
Б) снижения секреции антидиуретического гормона
В) терапии диуретиками
Г) внутривенного введения больших объемов жидкости
ЗАПОДОЗРИТЬ ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫЙ СВИЩ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА В ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ ПОЗВОЛЯЕТ
А) постоянное нарушение дыхания при кормлении
Б) кашель
В) напряжение брюшной стенки
Г) наличие пенистых выделений изо рта
ТРАНЗИТОРНАЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ, СВЯЗАННАЯ С ГИПЕРИНСУЛИНИЗМОМ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ДЕТЕЙ
А) от матерей с сахарным диабетом
Б) с гемолитической болезнью новорожденных в результате резус-конфликта
В) с синдромом Видемана-Беквита
Г) с врожденной гиперплазией коры надпочечников
ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИЯ И ГИПЕРКАПНИЯ ПРИВОДЯТ К
А) снижению мозгового кровотока
Б) повышению нервно-рефлекторной возбудимости
В) снижению гемодинамики
Г) снижению сопротивления легочных сосудов
СКАЧУЩИЙ ПУЛЬС НАБЛЮДАЕТСЯ У ДЕТЕЙ ПРИ
А) открытом артериальном протоке
Б) коарктации аорты
В) транспозиции магистральных сосудов
Г) стенозе легочной артерии
РАЗНИЦА ПУЛЬСА НА ПРАВОЙ ЛУЧЕВОЙ И БЕДРЕННОЙ АРТЕРИЯХ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А) коарктации аорты
Б) аномального легочного дренажа легочных вен
В) дефекта межжелудочковой перегородки
Г) тетрады Фалло
УВЕЛИЧЕНИЮ КОНСТРИКЦИИ ЛЕГОЧНЫХ СОСУДОВ СПОСОБСТВУЕТ
А) гипоксемия
Б) ацидоз

В) гиперкапния
Г) полицитемия
КЛОНИКО-ТОНИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ СОПРОВОЖДАЮТСЯ
А) увеличением потребности мозга в кислороде
Б) резким увеличением метаболизма глюкозы
В) повышением внутричерепного давления
Г) повышением артериального давления
ДЛЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ
А) прогрессирующей эмфиземы легких
Б) гипотрофии правого сердца
В) снижения PaO2
Г) респираторного ацидоза
ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СТРЕПТОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА РЕКОМЕНДОВАНО ИССЛЕДОВАНИЕ
А) антистрептолизина О, антигиалуронидазы
Б) креатинина, мочевины сыворотки крови
В) иммуноглобулинов А, М, G
Г) общего анализа крови
ПРЕОБЛАДАНИЕ НЕЙТРОФИЛОВ В МОЧЕВОМ ОСАДКЕ (БОЛЕЕ 90%) СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
А) пиелонефрите
Б) тубулоинтерстициальном нефрите
В) гломерулонефрите
Г) наследственном нефрите
МИНИМАЛЬНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЙ УРОВЕНЬ БАКТЕРИУРИИ ПРИ СБОРЕ МОЧИ МЕТОДОМ «СВОБОДНОГО МОЧЕИСПУСКАНИЯ» РАВЕН _____ МЛ
А) 100000
Б) 5000
В) 10000
Г) 1000000
ПОКАЗАТЕЛЕМ, ОТРАЖАЮЩИМ АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) С-реактивный белок
Б) мочевина сыворотки крови
В) креатинин сыворотки крови
Г) общий белок сыворотки крови
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ
А) цистографию
Б) в/в урографию
В) ангиографию
Г) компьютерную томографию

ПОКАЗАНИЕМ К БИОПСИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) стероидорезистентный нефротический синдром
Б) часторецидивирующий нефротический синдром
В) поликистоз почек
Г) мочекаменная болезнь
ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ОСТРОГО ПОСТСТРЕПТОКОККОВОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) нефритический
Б) нефротический
В) изолированный мочевой
Г) анемический
ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНА
А) гипоальбуминемия
Б) гиперальбуминемия
В) гиполипидемия
Г) гиперпротеинемия
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ЯВЛЯЮТСЯ ОТЕКИ И
А) протеинурия, гиперлипидемия, гипоальбуминемия
Б) протеинурия, гиперлипидемия, гематурия
В) протеинурия, гиполипидемия, гипоальбуминемия
Г) лейкоцитурия, гиперлипидемия, гипоальбуминемия
НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, РЕМИССИЯ КОТОРОГО ДОСТИГНУТА НА ФОНЕ ИЛИ ПОСЛЕ КУРСА ПРЕДНИЗОЛОНОТЕРАПИИ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) стероидочувствительным
Б) стероидорезистентным
В) стероидозависимым
Г) часторецидивирующим
НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ С ОБОСТРЕНИЯМИ НА ФОНЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ ТЕРАПИИ ИЛИ В ТЕЧЕНИЕ 14 ДНЕЙ ПОСЛЕ ЕЕ ОТМЕНЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А) стероидозависимым
Б) стероидорезистентным
В) часторецидивирующим
Г) нечасто рецидивирующим
КОЛИЧЕСТВО АЛЬБУМИНА В МОЧЕ 80 МГ/Л ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
А) микроальбуминурии
Б) альбуминурии
В) низкоселективной протеинурии
Г) низкомолекулярной протеинурии
ПРОВЕДЕНИЕ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД (СМАД) В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ РЕКОМЕНДОВАНО ПРИ_____ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
А) первичной
Б) реноваскулярной

В) ренальной
Г) эндокринной
ЗАДЕРЖКА РОСТА, ОБУСЛОВЛЕННАЯ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А) в возрасте 2-4 года
Б) при рождении
В) на первом году жизни
Г) в пубертате
НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПРОТЕИНУРИЯ
А) 50 мг/м2/час
Б) 5 мг/м2/час
В) 500 мг/сутки
Г) 1000 мг/сутки
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КЛУБОЧКАХ ПОЧЕК ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ
А) минимальные
Б) мембранозные
В) фокальносегментарные
Г) мезангиопролиферативные
ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО КОЖА И
А) суставы, почки, кишечник
Б) суставы, легкие, кишечник
В) сердце, почки, кишечник
Г) легкие, ЦНС, кишечник
НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ
А) острые респираторные вирусные инфекции
Б) лекарственные препараты
В) гомеопатические препараты
Г) бактериальные инфекции
ПРИ ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКОМ РАХИТЕ ПРОЦЕСС РЕАБСОРБЦИИ ИЗМЕНЕН В
А) проксимальном канальце
Б) клубочке
В) дистальном канальце
Г) петле Генле
ГЕМАТУРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ
А) иммуноглобулин А нефропатии (болезни Берже)
Б) пиелонефрите
В) идеопатическом нефротическом синдроме
Г) почечном тубулярном ацидозе
ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ СИНДРОМЕ АЛЬПОРТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) гематурия

Б) протеинурия
В) лейкоцитурия
Г) бактериурия

У РОДСТВЕННИКОВ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ АЛЬПОРТА МОЖНО ВЫЯВИТЬ

А) гематурию, тугоухость, патологию зрения, развитие хронической почечной недостаточности
Б) тугоухость, нефротический синдром, дисплазию соединительной ткани, артериальную гипертензию
В) протеинурию, артериальную гипертензию, остеопороз
Г) артериальную гипертензию, лейкоцитурию, бактериурию

НАСЛЕДСТВЕННОЙ НЕФРОПАТИЕЙ С ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ГЕМАТУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) болезнь тонких базальных мембран
Б) аутосомно-доминантная поликистозная болезнь
В) гипофосфатемический рахит
Г) почечный тубулярный ацидоз

СИНДРОМ АЛЬПОРТА В ОТЛИЧИЕ ОТ БОЛЕЗНИ ТОНКИХ БАЗАЛЬНЫХ МЕМБРАН ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А) прогрессирующим течением с развитием хронической почечной недостаточности
Б) изолированной гематурией в мочевом осадке
В) одинаковым течением заболевания у мальчиков и девочек
Г) аутосомно-доминантным наследованием и изолированной гематурией в мочевом осадке

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ

А) повышение температуры, лейкоцитурия, бактериурия
Б) повышение температуры, протеинурия, гематурия
В) отеки, гематурия, лейкоцитурия
Г) бактериурия, гематурия, протеинурия

ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) бактериурия
Б) гематурия
В) протеинурия
Г) лейкоцитурия

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А) кишечная палочка
Б) эпидермальный стафилококк
В) золотистый стафилококк
Г) синегнойная палочка

ПРИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ

А) креатинина
Б) альбумина
В) билирубина
Г) холестерина
ДИАРЕЯ МОЖЕТ ПРИСУТСТВОВАТЬ В ДЕБЮТЕ
А) гемолитико-уремического синдрома
Б) гломерулонефрита
В) пиелонефрита
Г) синдрома Альпорта
ПОКАЗАТЕЛЕМ, ПО КОТОРОМУ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ
А) скорость клубочковой фильтрации
Б) креатинин сыворотки крови
В) мочевина сыворотки крови
Г) мочевая кислота сыворотки крови
ЗАБОЛЕВАНИЕМ, КОТОРОЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ И ПРОЯВЛЯЕТСЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ И АНЕМИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) гемолитико-уремический синдром
Б) гломерулонефрит
В) пиелонефрит
Г) синдром Альпорта
ПРИЧИНОЙ ПРЕРЕНАЛЬНОЙ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) дегидратация
Б) тубулоинтерстициальный нефрит
В) гломерулонефрит
Г) тромбоз почечных сосудов
НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) обструктивная уропатия
Б) пиелонефрит
В) гломерулонефрит
Г) тубулоинтерстициальный нефрит
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) снижение сывороточного железа
Б) наличие гипохромной анемии
В) наличие источника кровопотери
Г) снижение железосвязывающей способности сыворотки
НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
А) нерациональном вскармливании
Б) хронической кровопотере

В) гельминтозе
Г) гемолизе эритроцитов
ПРИЗНАКОМ, КОТОРЫЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ГЕМОЛИЗ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) гиперретикулоцитоз
Б) повышение уровня связанного билирубина
В) удлинение времени кровотечения
Г) удлинение времени свертывания
СРЕДИ РОДСТВЕННИКОВ РЕБЁНКА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ГЕМОФИЛИЮ БОЛЬНЫМ МОЖЕТ БЫТЬ
А) дядя по материнской линии
Б) дядя по отцовской линии
В) отец ребенка
Г) дедушка по отцовской линии
ПРИ ГЕМОФИЛИИ «В» В ПЛАЗМЕ КРОВИ СНИЖАЕТСЯ СОДЕРЖАНИЕ ФАКТОРА
А) IX
Б) VIII
В) VII
Г) Виллебранда
ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ВРОЖДЕННОЙ И ПРИОБРЕТЕННОЙ ИММУННОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
А) проба Кумбса
Б) проба с диэпоксибутаном
В) степень увеличения селезенки
Г) уровень ретикулоцитов в крови
НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) трепанобиопсия
Б) коагулограмма
В) пункция костного мозга
Г) общий анализ крови
ДИАГНОЗ «ТРОМБОЦИТОПАТИЯ» ОСНОВЫВАЕТСЯ НА НАЛИЧИИ
А) функциональной неполноценности тромбоцитов
Б) тромбоцитопении
В) геморрагического синдрома
Г) изменений в коагулограмме
НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПРИ БОЛЕЗНИ ХОДЖКИНА ЯВЛЯЕТСЯ
А) увеличение лимфатических узлов
Б) увеличение печени
В) боль в костях
Г) кожный зуд
ОКОНЧАТЕЛЬНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ДИАГНОЗА «БОЛЕЗНЬ ХОДЖКИНА» ЯВЛЯЕТСЯ
А) биопсия лимфатического узла

Б) пункция лимфатического узла
В) пункция костного мозга
Г) лейкоцитарная формула крови
ДИАГНОЗ «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ИССЛЕДОВАНИИ
А) миелограммы
Б) общего анализа крови
В) пунктата лимфатического узла
Г) коагулограммы
ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» МОЖНО ПРИ НАЛИЧИИ ___ % БЛАСТОВ В МИЕЛОГРАММЕ
А) 50
Б) 10
В) 15
Г) 5
РИСК НЕБЛАГОПРЯТНОГО ПРОГНОЗА ДЛЯ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ ПОВЫШАЕТ _____ СИНДРОМ
А) нейролейкемический
Б) гиперпластический
В) геморрагический
Г) интоксикационный
РАЗВИТИЮ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПРЕДШЕСТВУЕТ _____ ИНФЕКЦИЯ
А) стрептококковая
Б) кишечная
В) стафилококковая
Г) вирусная
ОСНОВНЫМИ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ОСТРОГО СУХОГО (ФИБРИНОЗНОГО) ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ
А) боль, шум трения перикарда
Б) боль, расширение границ сердца
В) глухие сердечные тоны, набухание шейных вен
Г) гепатомегалия, периферические отеки
ПРИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ У РЕБЕНКА ОТСУТСТВУЕТ ПУЛЬСАЦИЯ НА _____ АРТЕРИЯХ
А) бедренных
Б) лучевых
В) височных
Г) локтевых
ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
А) гипертрофической кардиомиопатии
Б) открытом артериальном протоке
В) дефекте межжелудочковой перегородки
Г) пролапсе митрального клапана
НАЛИЧИЕ В АНАМНЕЗЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

А) реактивном артрите
Б) острой ревматической лихорадке
В) болезни Кавасаки
Г) системной красной волчанке
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ СРЕДНИЙ УРОВЕНЬ СИСТОЛИЧЕСКОГО И /ИЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, РАССЧИТАННЫЙ НА ОСНОВАНИИ ТРЕХ ОТДЕЛЬНЫХ ИЗМЕРЕНИЙ РАВЕН ИЛИ ПРЕВЫШАЕТ _____ ПЕРЦЕНТИЛЬ КРИВОЙ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ АД В ПОПУЛЯЦИИ ДЛЯ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ВОЗРАСТА, ПОЛА И РОСТА
А) 95-й
Б) 50-й
В) 75-й
Г) 90-й
К ВОЗМОЖНЫМ ИСХОДАМ И ОСЛОЖНЕНИЯМ НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА ОТНОСИТСЯ _____ ГИПЕРТЕНЗИЯ
А) легочная
Б) артериальная
В) портальная
Г) внутричерепная
ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО ПРИЗНАКОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СОЧЕТАНИИ С
А) влажными хрипами в легких
Б) отеками на ногах
В) судорогами
Г) гепатоспленомегалией
ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ В ВИДЕ ИНДУРАЦИИ И АТРОФИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
А) склеродермии
Б) ювенильном дерматомиозите
В) ювенильном артрите
Г) болезни Шенлейна−Геноха
ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ В ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО ВКЛЮЧАЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ
А) антител к двуспиральной ДНК
Б) ревматоидного фактора
В) антинейтрофильных цитоплазматических антител
Г) креатинфосфокиназы
ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИЕЙ АЛЛЕРГОДИАГНОСТИКИ IG ЕОПОСРЕДОВАННЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРИК-ТЕСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) папула более 3 мм
Б) папула 1 – 2 мм

В) гиперемия
Г) след от укола
ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ТЯЖЕСТИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ УЧИТЫВАЮТ
А) дефицит массы тела
Б) состояние резистентности организма
В) состояние толерантности к пище
Г) наличие признаков полигиповитаминоза
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВИТАМИН-Д-ДЕФИЦИТНОГО РАХИТА НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ
А) кальция, фосфора, щелочной фосфатазы
Б) остеокальцина, кальция, калия и магния
В) паратгормона
Г) тироксина
ПРИ ВИТАМИН-Д-ДЕФИЦИТНОМ РАХИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ СДВИГ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ В СТОРОНУ
А) метаболического ацидоза
Б) метаболического алкалоза
В) дыхательного ацидоза
Г) дыхательного алкалоза
СРЕДНЯЯ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ ГЕМОГЛОБИНА _____ Г/Л
А) 70 – 90
Б) 90 – 110
В) 120 – 140
Г) менее 70
АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА ПРИ ОТКРЫТОМ АРТЕРИАЛЬНОМ ПРОТОКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ
А) систоло-диастолического шума во втором межреберье слева от грудины
Б) систолического шума во втором межреберье слева от грудины
В) систолического шума вдоль левого края грудины
Г) систолического шума в III – IV межреберье слева от грудины
ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А) ослабление (отсутствие) пульса на бедренной артерии
Б) акцент второго тона над лёгочной артерией
В) систоло-диастолический шум во втором межреберье слева от грудины
Г) расширение границ относительной сердечной тупости вправо
ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА «БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ» У ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПРАВОМОЧНА В ВОЗРАСТЕ НЕ РАНЕЕ _____ ЖИЗНИ
А) 28 суток
Б) 56 суток
В) 6 месяцев
Г) 1 года

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЦЕЛИАКИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ
А) антител к тканевой трансглутаминазе
Б) антител к сахаромицетам
В) фекального кальпротектина
Г) антител к цитоплазме нейтрофилов
ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ «КЛЕНОВОГО СИРОПА» ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ
А) лейцина, изолецина, валина
Б) фенилаланина, тирозина, пролина
В) гидроксипролина, пролина
Г) гистидина
НАИБОЛЕЕ РАННИМ СИМПТОМОМ БОЛЕЗНИ ГОШЕ I ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ
А) спленомегалия
Б) задержка нервно-психического развития
В) длительный кашель
Г) оссалгия
ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРКЕ (ГЛИКОГЕНОВОЙ БОЛЕЗНИ IA ТИПА) УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ НАТОЩАК РАВЕН _____ ММОЛЬ/Л
А) 0,6 – 3,0
Б) 3,5 – 5,5
В) 3,5 – 6,1
Г) 6,1 – 7,8
РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ 25 ДНЕЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ВЫСТАВЛЕН ДИАГНОЗ «АНЕМИЯ» ПРИ ГЕМОГЛОБИНЕ МЕНЕЕ _____ Г/Л
А) 120
Б) 130
В) 160
Г) 140
К НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЯМ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ
А) повышение уровней мочевины и креатинина в сыворотке крови
Б) гиперкалиемию и метаболический ацидоз
В) повышение уровней мочевины и калия в сыворотке крови
Г) метаболический ацидоз и повышение уровня мочевины в сыворотке крови
К ТРАНЗИТОРНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТСЯ
А) олигурия, протеинурия и мочекислый инфаркт
Б) мочекислый инфаркт и метаболический ацидоз
В) протеинурия и лейкоцитурия
Г) олигурия и мочекислый инфаркт
ОЛИГУРИЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПЕРВЫХ СУТОК ЖИЗНИ СЧИТАЕТСЯ ДИУРЕЗ МЕНЕЕ _____ МЛ/КГ/ЧАС

А) 0,5
Б) 1,5
В) 3,0
Г) 2,0
НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ
А) кишечная палочка
Б) стафилококк
В) стрептококк группы В
Г) клебсиела
САМЫМ ЧАСТЫМ ВАРИАНТОМ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АСФИКСИЮ В РОДАХ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) транзиторная ишемия миокарда
Б) инфаркт миокарда
В) фиброэластоз
Г) пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
КАКОЕ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЕ СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ?
А) одышка, тахикардия, увеличение размеров печени
Б) цианоз, отеки, хрипы в легких
В) цианоз, одышка, тахикардия
Г) одышка, тахикардия, хрипы в легких
НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ МИОКАРДИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) вирус Коксаки
Б) стафилококк
В) стрептококк
Г) клебсиелла
В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ СРЕДИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ
А) инфекция органов мочевой системы
Б) метаболическая нефропатия
В) аномалия развития почек
Г) гломерулонефрит
ДИАГНОЗ ВНУТРИУТРОБНОЙ ПНЕВМОНИИ ПРАВОМОЧЕН ТОЛЬКО ПРИ ПОЯВЛЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ _____ ЖИЗНИ РЕБЕНКА
А) первых трех суток
Б) первых 2-х часов
В) первых суток
Г) первой недели
ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПОЗДНЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) осложнение ОРВИ

Б) осложнение РДС
В) внутриутробное инфицирование
Г) аспирация в родах
О МЕТАБОЛИЧЕСКОМ АЦИДОЗЕ МОЖНО ДУМАТЬ ПРИ РН
А) 7,25
Б) 7,45
В) 7,35
Г) 7,4
КОНЪЮГАЦИОННАЯ ЖЕЛТУХА ПОЯВЛЯЕТСЯ У НОВОРОЖДЕННОГО НА _____ СУТКИ ЖИЗНИ
А) 3
Б) 1
В) 5
Г) 6
ТРАНЗИТОРНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ МЕТАБОЛИЗМА НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЮТСЯ
А) метаболический ацидоз, гипогликемия, катаболическая направленность белкового обмена
Б) метаболический ацидоз, гипогликемия
В) катаболическая направленность белкового обмена, метаболический алкадоз, гипергликемия
Г) гипергликемия, алкалоз
ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ В ДИАГНОСТИКЕ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) локальная крепитация
Б) жесткое дыхание
В) ослабленное дыхание
Г) одышка
ДИАГНОСТИРОВАТЬ ПЛЕВРИТ ПОЗВОЛЯЕТ
А) укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в здоровую сторону
Б) укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в больную сторону
В) усиление голосового дрожания
Г) ослабленное дыхание с бронхофонией
ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ УРОВНЯ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЛЕВРЫ НЕОБХОДИМО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРОВЕСТИ
А) рентгенографию легких в вертикальном положении
Б) латерографию
В) томографию легких в вертикальном положении
Г) плевральную пункцию
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МУКОВИСЦИДОЗА РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
А) потовый тест с определеним хлора
Б) копрологический анализ

В) наличие обструктивного синдрома
Г) анамнез
ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА ВОЗНИКАЕТ ПРИ
А) бронхиальной обструкции
Б) фарингите
В) остром ларингите
Г) трахеите
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩАЯСЯ ПРИСТУПАМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ И НОЧНЫМИ, ЗАТРУДНЕННОГО ДЫХАНИЯ, ПОВТОРЯЮЩИМИСЯ ЧАЩЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ, КОТОРЫЕ КУПИРУЮТСЯ ПОВТОРНЫМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БРОНХОЛИТИКОВ И ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ, РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК
А) среднетяжелая персистирующая
Б) тяжелая персистирующая
В) легкая интермиттирующая
Г) легкая персистирующая
РИСК РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВОДА ВЫШЕ ПРИ
А) недостаточности эзофагокардиального отдела
Б) спастическом запоре
В) гепатите
Г) дискинезии желчевыводящих путей
АХАЛАЗИЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ
А) рвотой непереваренной пищей
Б) рвотой с примесью желчи
В) срыгиванием через 1 ч после еды
Г) рвотой переваренной пищей
НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРИ АХАЛАЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) рвота во время еды
Б) отказ от еды
В) рвота застойным содержимым желудка
Г) рвота после еды
НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КИСЛОТНОСТИ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) pH-метрия
Б) одномоментное исследование по Боасу-Эвальду
В) фракционное исследование с последующим титрованием
Г) ацидотест
ПРИЧИНОЙ АНТРАЛЬНОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) хеликобактериоз
Б) дуоденогастральный рефлюкс
В) травма слизистой оболочки желудка
Г) анацидность
НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ ГАСТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) эндоскопия

Б) рентгеноконтрастное исследование
В) УЗИ
Г) иридодиагностика
НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ЯВЛЯЕТСЯ
А) обнаружение при гастроскопии темной желчи в желудке
Б) гиперацидность
В) горечь во рту
Г) рвота пищей, съеденной накануне с примесью желчи
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДУОДЕНИТА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ ДАННЫЕ
А) эндоскопии
Б) рентгеноскопии
В) рентгенографии
Г) копрологии
ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЯЗВЕННУЮ БОЛЕЗНЬ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ
А) гастродуоденоскопию
Б) дуоденальное зондирование
В) исследование кала на скрытую кровь
Г) рентгеноконтрастное исследование
НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) кровотечение
Б) перфорация
В) пенетрация в поджелудочную железу
Г) малигнизация
ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ
А) Мерфи
Б) Пастернацкого
В) Щеткина-Блюмберга
Г) Мейо-Робсона
ПРИЗНАКОМ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) боль в правом подреберье
Б) субиктеричность склер
В) обложенность языка
Г) появление телеангиоэктазий
ЦЕНТРАЛЬНАЯ ФОРМА НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ
А) недостатка антидиуретического гормона
Б) недостатка инсулина
В) избытка антидиуретического гормона
Г) избытка инсулина

ДЛЯ СИНДРОМА ЖЕЛТУХИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) повышения прямого билирубина
Б) гемолиз
В) повышение непрямого билирубина
Г) повышение СОЭ
ПОКАЗАТЕЛЕМ ГЕПАТОЦИТОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) гипертрансаминаземия
Б) гиперхолестеринемия
В) диспротеинемия
Г) гипофибриногенемия
ПОРАЖЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРИ
А) муковисцидозе
Б) кишечной инфекции
В) скарлатине
Г) колите
ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ПАНКРЕАТИТА НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ
А) уровень амилазы сыворотки крови
Б) сахар крови
В) клинический анализ крови
Г) уровень кальция в сыворотке крови
ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ КОЛОНОСКОПИИ ЯВЛЯЮТСЯ
А) повторные кровотечения из прямой кишки
Б) простые запоры
В) спастические запоры
Г) боли по ходу толстой кишки
УРОВЕНЬ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ %
А) 4-6
Б) 6-8
В) 8-10
Г) 12-15
ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
А) дефицит инсулина
Б) дефицит глюкагона
В) избыток инсулина
Г) избыток глюкагона
ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) микроальбуминурия
Б) бактериурия
В) лейкоцитурия
Г) гематурия

ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) задержка психомоторного развития
Б) длительно существующая желтуха новорожденных
В) сухость кожи
Г) диарея
ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ УРОВЕНЬ ТТГ В КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ
А) повышенным
Б) не измененным
В) сниженным
Г) значительно сниженным
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫМ КРИТЕРИЕМ ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ
А) ТТГ в крови
Б) Т4 в крови
В) Т3 в крови
Г) артериального давления
КЛИНИЧЕСКИ ГИПОПАРАТИРЕОЗ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А) скрытой или выраженной тетанией
Б) мышечной гипотонией
В) густыми вьющимися волосами на голове
Г) блефароспазмом, светобоязнью
ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ УРОВНЯ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА
А) адреногенитального синдрома
Б) врожденного гипотиреоза
В) муковисцидоза
Г) фенилкетонурии
КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (БОЛЕЗНИ АДДИСОНА) ЯВЛЯЕТСЯ
А) гиперпигментация кожи
Б) желтушность кожи
В) петехиальная сыпь
Г) бледность кожи
К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (БОЛЕЗНИ АДДИСОНА) ОТНОСЯТ
А) выраженную слабость, утомляемость
Б) повышение аппетита
В) повышение артериального давления
Г) повышение температуры тела
ХРОНИЧЕСКАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (БОЛЕЗНЬ АДДИСОНА) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) гиперпигментацией кожи

Б) судорогами
В) повышенным аппетитом
Г) желтушностью кожи
ДЛЯ ГИПЕРКОРТИЦИЗМА ХАРАКТЕРНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) артериальная гипертензия
Б) желтуха
В) повышенная ломкость костей
Г) артериальная гипотония
ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А) артериальная гипертензия
Б) артериальная гипотония
В) гипергликемия
Г) гиперхолестеринемия
КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) полиурия
Б) полифагия
В) потеря массы тела
Г) пастозность
НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ШКОЛЬНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
А) хроническая кровопотеря
Б) глистная инвазия
В) нарушение всасывания железа
Г) авитаминоз
НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВИДОМ ПРОТЕИНУРИИ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ПРОТЕИНУРИЯ
А) ортостатическая
Б) алиментарная
В) нефротическая
Г) персистирующая
НОРМАЛЬНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПО ЭНДОГЕННОМУ КРЕАТИНИНУ У ДЕТЙ СТАРШЕ ГОДА ЯВЛЯЮТСЯ _____ МЛ/МИН/1,73 М2
А) 80-120
Б) 60-70
В) 130-150
Г) 30-40
ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
А) дефицита йода
Б) дефицита селена
В) недостатка железа
Г) дефицита кальция
НЕКОРРЕГИРУЕМЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
А) отягощенная наследственность

Б) особенность пищевого поведения
В) низкий уровень физической активности
Г) нарушение баланса между поступлением энергии и ее расходом
ДЛЯ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОГО ОЖИРЕНИЯ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) наследственная предрасположенность
Б) нейроинфекция
В) длительное лечение стероидными препаратами
Г) хроническое соматическое заболевание
ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ НЕОБХОДИМА
А) консультация окулиста с исследованием глазного дна
Б) рентгенография органов грудной клетки и консультация диетолога
В) консультация психолога
Г) консультация диетолога
К ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ САХАРНОГО ДИАБЕТА ОТНОСИТСЯ
А) кетоацидоз
Б) диабетическая нефропатия
В) офтальмопатия
Г) артериальная гипертензия
ПИК ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БРОНХИОЛИТОМ НАБЛЮДАЕТСЯ У ДЕТЕЙ
А) первого года жизни
Б) в возрасте от 1 до 3 лет
В) дошкольного возраста
Г) младшего школьного возраста
ПРИ НАЛИЧИИ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У РЕБЕНКА 6 МЕСЯЦЕВ ПОКАЗАНА
А) госпитализация
Б) терапия на дому врачом-педиатром
В) консультация невролога в плановом порядке
Г) консультация психиатра
НОВОРОЖДЕННЫМ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ МЛАДЕНЕЦ, РОДИВШИЙСЯ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ _____ Г
А) 1500
Б) 2750
В) 2500
Г) 2000
ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI ЯВЛЯЕТСЯ
А) гистологический
Б) цитологический
В) уреазный
Г) серологический
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ

А) панкреатохолангиография
Б) фиброэластометрия
В) ангиография
Г) гепатобилисцинтиграфия
ГИПОКОРТИЦИЗМ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СНИЖЕНИЕМ УРОВНЯ ГОРМОНА
А) кортизола
Б) инсулина
В) адренокортикотропного
Г) тиреотропного
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В МЕЖПРИСТУПНОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДЯТ
А) кожные пробы
Б) бронхоскопию
В) компьютерную томографию
Г) бронхографию
К ИНФОРМАТИВНОМУ ПОКАЗАТЕЛЮ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ОТНОСИТСЯ
А) минутный объем дыхания
Б) общая емкость легких
В) жизненная емкость легких
Г) функциональная остаточная емкость
ПРИ ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТИ ИНФЕКЦИОННОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИМЕНЯЕТСЯ _____ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЧЕК
А) ультразвуковое
Б) эндоскопическое
В) рентгенологическое
Г) радиоизотопное
КОНЦЕНТРАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ ПОЧЕК ОЦЕНИВАЕТСЯ ПРОБОЙ
А) Зимницкого
Б) Нечипоренко
В) Сулковича
Г) Реберга–Тареева
ПРОТЕИНУРИЯ В МОЧЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ НАРУШЕНИИ ФУНКЦИИ
А) клубочков
Б) проксимальных канальцев
В) петель Генле
Г) дистальных канальцев
ДИАГНОЗ ВТОРИЧНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕМ
А) внутривенной урографии
Б) ультразвукового исследования
В) микционной цистографии
Г) цистоскопии

К ОСНОВНОМУ МЕТОДУ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕФРИТА ОТНОСЯТ
А) биопсию почки
Б) цистоскопию
В) ультразвуковое исследование
Г) экскреторную урографию
ЦИТОСТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) нейтропенией
Б) эритроцитозом
В) эозинофилией
Г) тромбоцитозом
ЗАПАС ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ ОПРЕДЕЛЯЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ
А) ферритин
Б) трансферрин
В) гемоглобин
Г) гематокрит
ПРОЦЕНТНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ЛЕЙКЕМИЧЕСКИХ КЛЕТОК В ПУНКТАТЕ КОСТНОГО МОЗГА ПРИ ОСТРОМ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ СОСТАВЛЯЕТ ____ %
А) 25
Б) 20
В) 10
Г) 5
ПРИ НЕРЕВМАТИЧЕСКОМ КАРДИТЕ НА ЭХОКАРДИОГРАММЕ ОТМЕЧАЕТСЯ
А) снижение фракции выброса
Б) уменьшение полостей сердца
В) наличие вегетаций на клапанах
Г) увеличение фракции выброса
К РАННЕМУ ЛАБОРАТОРНОМУ ПРИЗНАКУ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСИТСЯ
А) бактериурия
Б) микрогематурия
В) цилиндрурия
Г) пиурия
ЧТО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА?
А) свободный тироксин и тиреотропный гормон
Б) антитела к рецептору тиреотропного гормона
В) свободный трийодтиронин
Г) антитела к тиреоглобулину
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) фиброэластометрия

Б) фиброгастродуоденоскопия
В) лапароскопия
Г) гепатобилисцинтиграфия
ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ЦЕЛИАКИИ ПРОВОДИТСЯ БИОПСИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ _____ КИШКИ
А) тощей
Б) повздошной
В) ободочной
Г) прямой
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МУКОВИСЦИДОЗА ПРОВОДИТСЯ _____ ПРОБА
А) потовая
Б) клонидиновая
В) дексаметазоновая
Г) инсулиновая
ДОПУСТИМОЕ КОЛИЧЕСТВО ОСТАТОЧНОЙ МОЧИ В МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ РЕБЕНКА 10 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ
А) 20
Б) 30
В) 80
Г) 120
КОЛИЧЕСТВО БЕЛКА В МОЧЕ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА МОЖЕТ СОСТАВЛЯТЬ ДО _____ МГ/СУТКИ
А) 150
Б) 250
В) 300
Г) 1000
НОРМА БЕЛКА В МОЧЕ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО МЕТОДА С ПИРОГАЛЛОЛОВЫМ КРАСНЫМ СОСТАВЛЯЕТ НЕ БОЛЕЕ _____ Г/Л
А) 0,1
Б) 0,3
В) 0,5
Г) 0,4
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ УСТАНОВЛЕН МИНИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ РАВНЫЙ _____ ЦЕНТИЛЮ
А) 95
Б) 50
В) 75
Г) 99
К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОЖИРЕНИЯ ОТНОСИТСЯ
А) сахарный диабет 2 типа
Б) сахарный диабет 1 типа
В) несахарный диабет

Г) гипотиреоз
НОВОРОЖДЕННЫМ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ МЛАДЕНЕЦ, РОДИВШИЙСЯ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ _____ Г
А) 1000
Б) 1200
В) 1500
Г) 1750
ИСКЛЮЧЕНИЕМ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А) повышение хлоридов в поте и моче
Б) повышение IgEв крови
В) повышение эозинофилов в крови
Г) нарушение функции внешнего дыхания
К ЛЕГОЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПНЕВМОНИИ ОТНОСИТСЯ_____ЛЕГКОГО
А) абсцесс
Б) киста
В) гипоплазия
Г) опухоль
С ПОМОЩЬЮ ПИКФЛОУМЕТРА ИЗМЕРЯЕТСЯ
А) максимальная (пиковая) скорость выдоха
Б) сатурация кислорода
В) напряжение кислорода в крови
Г) напряжение углекислого газа в крови
ПРИ ОСТРОМ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ
А) грубый лающий кашель с изменением голоса
Б) удлинение выдоха
В) сухой кашель ночью
Г) продуктивный кашель с большим количеством мокроты
ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА АНОМАЛИЮ РАЗВИТИЯ ПИЩЕВОДА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ
А) рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта
Б) радиоизотопное исследование желудочно-кишечного тракта с коллоидом
В) ультразвуковое исследование
Г) колоноскопию
ЭЗОФАГИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ БОЛЯМИ
А) за грудиной
Б) в эпигастрии
В) в правой подреберье
Г) в левом подреберье
НАЛИЧИЕ ИЗЖОГИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
А) забросе желудочного содержимого в пищевод
Б) повышении кислотности желудочного содержимого
В) забросе желчи в желудок
Г) дискинезии желчевыводящих путей

ДИАГНОЗ ПИЛОРИЧЕСКОГО ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА УТОЧНЯЕТСЯ ПРИ
А) выделении чистой культуры пилорического хеликобактера из биоптата
Б) положительном уреазном тесте
В) клинико-эндоскопическом исследовании
Г) серологическом исследовании
ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) хронический гепатит
Б) каротиновая желтуха
В) гастрит
Г) синдром Жильбера
ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) кровотечение из вен пищевода
Б) кровотечение из геморроидальных вен
В) гиперспленизм
Г) кровоточивость из мест инъекций
ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ
А) гепатита
Б) синдром Жильбера
В) дискинезии желчевыводящих путей
Г) каротинемии
ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) рвота
Б) изжога
В) запор
Г) зуд кожи
ДВИГАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
А) ирригографией (скопией)
Б) ректороманоскопией
В) фиброгастроскопией
Г) колоноскопией
ПРИЦЕЛЬНАЯ БИОПСИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОБЯЗАТЕЛЬНА ПРИ
А) неспецифическом язвенном колите и болезни Крона
Б) спастическом запоре
В) проктосигмоидите и обнаружении геморроидальных узлов
Г) дизентерии
АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ВЫЯВЛЯЕТ
А) ирригография (скопия)
Б) фиброгастроскопия
В) ректороманоскопия
Г) рентгенография брюшной полости
ДЛЯ ДИАГНОЗА САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У РЕБЕНКА ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

А) гипергликемия
Б) гипокалиемия
В) высокий удельный вес мочи
Г) гиперхолестеринемия
ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЕМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) повышение Т4
Б) повышение ТТГ
В) повышение холестерина
Г) снижение глюкозы
ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
А) гипокальциемия
Б) гиперкальциемия
В) гипофосфатемия
Г) снижение ЩФ
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ГИПОПАРАТИРЕОЗА ПРОВОДИТСЯ С
А) спазмофилией
Б) болезнью Аддисона
В) врожденным гипотиреозом
Г) тиреотоксикозом
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ
А) 17-оксипрогестерон в крови
Б) лютеинизирующий гормон
В) эстрогены
Г) фолликулостимулирующий гормон
СИМПТОМОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ВИРИЛЬНОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
А) гермафродитное строение гениталий у девочек
Б) артериальная гипертензия
В) рвота у девочек
Г) артериальная гипотензия
ВТОРИЧНЫЙ ГИПОКОРТИЦИЗМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ
А) гипофиза
Б) щитовидной железы
В) гипоталамуса
Г) гонад
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕЙРОЛЕЙКОЗА ЗАВИСЯТ ОТ
А) локализации метастатических очагов
Б) давности начального периода заболевания
В) иммунологического варианта острого лейкоза
Г) выраженности пролиферативного синдрома
ДЛЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА В АНАЛИЗЕ МОЧИ ХАРАКТЕРНА ЛЕЙКОЦИТУРИЯ_____ХАРАКТЕРА

А) нейтрофильного
Б) лимфоцитарного
В) моноцитарного
Г) эозинофильного
НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРОТЕИНУРИЕЙ_____МГ/М2/ЧАС
А) 40
Б) 10
В) 20
Г) 80
ПРИ БОЛЕЗНИ ДЕ ТОНИ–ДЕБРЕ–ФАНКОНИ НАБЛЮДАЮТ
А) снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов в проксимальных канальцах
Б) повышение реабсорбции глюкозы, бикарбонатов натрия, фосфатов в проксимальных канальцах
В) нарушение аммониогенеза и секреции ионов водорода в дистальных отделах почечных канальцев
Г) повышение реабсорбции бикарбонатов натрия, кальция, фосфатов в проксимальных канальцах
НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ВНЕКИШЕЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЮТСЯ
А) узловатая эритема, артриты
Б) амилоидоз, гломерулонефрит
В) полирадикулоневрит, панкреатит
Г) артериальная гипертензия, эписклерит
КРИТЕРИЕМ ГИПОГЛИКЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ СЧИТАЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ МЕНЕЕ _____ ММОЛЬ/Л
А) 2,6
Б) 3,5
В) 2,9
Г) 3,9
ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ
А) физиологической желтухе
Б) синдроме сгущения желчи
В) семейном прогрессирующем внутрипеченочном холестазе
Г) атрезии желчевыводящих путей
ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ КРИТЕРИЕВ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) кардит
Б) полимиозит
В) перитонит
Г) артралгия
ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ОБУСЛОВЛЕНА

А) дефицитом витамина К
Б) дефицитом коагуляционного звена гемостаза
В) несовместимостью по тромбоцитарным антигенам
Г) несовместимостью по эритроцитарным антигенам
ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) гемолитическая болезнь новорожденных
Б) физиологическая анемия младенцев
В) атрезия желчевыводящих путей
Г) дефицит витамина В12
КРИТЕРИЕМ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ (МОБИТЦ 1) ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ
А) Самойлова-Венкебаха
Б) Вольфа-Паркинсона-Уайта
В) Морганьи-Адамса-Стокса
Г) Джервела-Ланге-Нильсена
КОНЪЮНКТИВИТ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ
А) Рейтера
Б) Алажилля
В) Готтрона
Г) Маршалла
ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ОТМЕЧАЕТСЯ
А) лейкопения, тромбоцитопения
Б) тромбоцитопения, эозинофилия
В) тромбоцитоз, лимфомоноцитоз
Г) лейкоцитоз, тромбоцитопения
К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ОСТРОГО БРОНХИТА ОТНОСЯТ _____ ХРИПЫ
А) рассеянные сухие, крупно- и среднепузырчатые
Б) локальные мелкопузырчатые влажные
В) рассеянные мелкопузырчатые
Г) локальные сухие
К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ОТНОСЯТ _____ ХРИПЫ
А) рассеянные сухие свистящие
Б) рассеянные мелкопузырчатые
В) локальные мелкопузырчатые
Г) локальные сухие
ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) респираторный вирус
Б) легионелла
В) хламидия
Г) микоплазма

К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ БРОНХИОЛИТА ОТНОСЯТ _____ ХРИПЫ
А) рассеянные мелкопузырчатые
Б) рассеянные сухие
В) локальные мелкопузырчатые
Г) локальные сухие
ДЛЯ МИКОПЛАЗМЕННОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРНО ВЫЯВЛЕНИЕ
А) асимметрии хрипов в легких
Б) грубого лающего кашля
В) притупления перкуторного звука
Г) нормальной температуры тела
ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРНЫ ДЛИТЕЛЬНО СОХРАНЯЮЩИЕСЯ _____ ХРИПЫ
А) крупно- и среднепузырчатые влажные
Б) рассеянные мелкопузырчатые влажные
В) локальные мелкопузырчатые
Г) рассеянные сухие свистящие
ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 МЕСЯЦЕВ ДО 5 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ
А) пневмококк
Б) стафилококк
В) стрептококк
Г) энтерококк
ОСНОВНЫМИ ФИЗИКАЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ _____ ХРИПЫ
А) локальные мелкопузырчатые или крепитирующие
Б) локальные сухие свистящие
В) рассеянные мелкопузырчатые влажные
Г) рассеянные сухие свистящие
К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ
А) притупление перкуторного звука
Б) коробочный звук при перкуссии
В) рассеянные мелкопузырчатые хрипы
Г) локальные разнокалиберные влажные хрипы
К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ХЛАМИДИЙНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ
А) навязчивый коклюшеподобный кашель
Б) притупление перкуторного звука
В) локальные мелкопузырчатые хрипы
Г) ассиметрию хрипов
К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ
А) выраженную одышку
Б) грубый лающий кашель

В) фебрильную лихорадку
Г) сухой плеврит
К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ
А) мелкопузырчатые влажные хрипы в легких
Б) нормальную температуру тела
В) выраженную одышку
Г) пневмоторакс
ПРИ ПИОТОРАКСЕ ВЫЯВЛЯЮТ
А) выраженное притупление перкуторного звука
Б) мелкопузырчатые влажные хрипы в легких
В) бронхиальное дыхание при аускультации
Г) коробочный звук при перкуссии
К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПНЕВМОТОРАКСА ОТНОСЯТ
А) коробочный перкуторный звук
Б) резкое притупление перкуторного звука
В) локальные мелкопузырчатые влажные хрипы
Г) амфорическое дыхание
ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИНАДЛЕЖИТ
А) несоответствию высокой теплопродукции низкой теплоотдаче
Б) несоответствию низкой теплопродукции высокой теплоотдаче
В) нарушению со стороны центральной нервной системы
Г) воздействию экзо- и эндогенных пирогенов
К ПРИЗНАКАМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОТНОСЯТ ПОВЫШЕНИЕ
А) железосвязывающей способности сыворотки крови
Б) уровня сывороточного железа
В) коэффициента насыщения трансферрина
Г) уровня ферритина в крови
КАКОЙ БЕЛОК ТРАНСПОРТИРУЕТ ЖЕЛЕЗО ИЗ КРОВИ В КОСТНЫЙ МОЗГ?
А) трансферрин
Б) ферритин
В) гемосидерин
Г) миоглобин
ПРИМЕРОМ НЕГЕМОВОГО ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) ферритин
Б) гемоглобин
В) гемосидерин
Г) миоглобин
КРИТЕРИЕМ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ОТ 6 МЕСЯЦЕВ ДО 5 ЛЕТ ПО НОРМАТИВАМ ВОЗ (ПО ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА МЕНЕЕ ___ Г/Л
А) 110

Б) 100
В) 120
Г) 90
ДЛЯ АНЕМИИ 1 СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО СНИЖЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА ДО ___ Г/Л
А) 90-100
Б) 110-120
В) 70-80
Г) 50-60
ДЛЯ АНЕМИИ 3 СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО СНИЖЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ ___ Г/Л
А) 70
Б) 100
В) 90
Г) 80
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЕНИЕ
А) сывороточного железа, железосвязывающей способности сыворотки и ферритина
Б) сывороточного железа, ферритина и общего билирубина
В) сывороточного железа, трансферрина и общего билирубина
Г) железосвязывающей способности сыворотки и общего билирубина
ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ОТМЕЧАЕТСЯ
А) гипохромия, микроцитоз
Б) гиперхромия, макроцитоз
В) ретикулоцитоз, гиперхромия
Г) макроцитоз, ретикулоцитопения
ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЛАТЕНТНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ
А) уровень сывороточного железа, ферритина, коэффициент насыщения трансферрина
Б) уровень сывороточного железа, железосвязывающей способности сыворотки и ферритина
В) уровень сывороточного железа, железосвязывающей способности сыворотки и коэффициент насыщения трансферрина
Г) только уровень сывороточного железа
К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ОТНОСЯТ
А) миалгию, мышечную гипотонию
Б) бледность кожи и слизистых оболочек
В) общую слабость, снижение аппетита
Г) быструю утомляемость, головокружение
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ПО ХАРАКТЕРИСТИКАМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ОТНОСИТСЯ К

А) гипохромной, микроцитарной, регенераторной
Б) нормохромной, нормоцитарной, регенераторной
В) гипохромной, микроцитарной, гиперрегенераторной
Г) гиперхромной, макроцитарной, гипорегенераторной
КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ТРАКТУЮТСЯ КАК АНЕМИЯ?
А) снижение уровня гемоглобина и эритроцитов
Б) снижение уровня гемоглобина и цветового показателя
В) снижение уровня гемоглобина и ретикулоцитов
Г) снижение числа эритроцитов и ретикулоцитов
ПРИ ОСТРОМ ПРОСТОМ БРОНХИТЕ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ _____ ХРИПЫ В ЛЕГКИХ
А) диффузные разнокалиберные
Б) диффузные мелкопузырчатые
В) локальные крепитирующие
Г) диффузные сухие, свистящие
НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) ателектаз
Б) пневмоторакс
В) абсцесс
Г) булла
ДЛЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРЕН _____ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК
А) коробочный
Б) легочный
В) укороченный легочный
Г) притупленный
О РАЗВИТИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У РЕБЕНКА С ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
А) участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания
Б) появление коробочного перкуторного звука
В) наличие свистящих хрипов при аускультации
Г) наличие мелкопузырчатых влажных хрипов при аускультации
НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ БРОНХИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) вирусная инфекция
Б) бактериальная инфекция
В) грибковая инфекция
Г) аллергическая реакция
ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ВЫСЛУШИВАЮТ _____ ХРИПЫ
А) диффузные сухие свистящие
Б) диффузные мелкопузырчатые влажные
В) локальные мелкопузырчатые влажные

Г) диффузные разнокалиберные влажные
ДЛЯ ОСТРОГО ПРОСТОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРЕН _____ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК
А) легочный
Б) коробочный
В) укороченный легочный
Г) притупленный
ДЛЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ
А) экспираторной одышки
Б) инспираторной одышки
В) навязчивого кашля
Г) смешанной одышки
ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ В ОСНОВНОМ НА
А) затруднение выдоха
Б) затруднение вдоха
В) головную боль
Г) общую слабость
К ОСНОВНОМУ ПРИЗНАКУ БРОНХИОЛИТА ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ОТНОСЯТ ДИФФУЗНЫЕ _____ ХРИПЫ
А) мелкопузырчатые влажные
Б) сухие свистящие
В) крупнопузырчатые влажные
Г) разнокалиберные влажные
ОСНОВНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 6 ЛЕТ ЯВЛЯЮТСЯ
А) Streptococcus pneumonia, Haemophilus influenzae
Б) Mycoplasma pneumonia, Legionella pneumophila
В) Chlamydophila pneumonia, Mycoplasma pneumonia
Г) Staphilococcus aureus, Streptococcus pneumonia
УСИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ
А) пневмонии
Б) плеврите
В) пневмотораксе
Г) эмфиземе
НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЕХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) Chlamydia trachomatis
Б) Staphilococcus aureus
В) Mycoplasma pneumonia
Г) Escherichia coli
К ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ГОСПИТАЛЬНОЙ (НОЗОКОМИАЛЬНОЙ) ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ
А) грамотрицательную флору

Б) грибковую инфекцию
В) атипичную флору
Г) респираторные вирусы
ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СЕТЧАТОГО ЛЕГОЧНОГО РИСУНКА С РАЗЛИЧНОЙ ПО ВЕЛИЧИНЕ ЯЧЕИСТОСТЬЮ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О ТЕЧЕНИИ _____ ПНЕВМОНИИ
А) интерстициальной
Б) крупозной
В) очаговой
Г) сегментарной
ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ
А) вирусы и «атипичные» возбудители
Б) грамположительные бактерии
В) грамотрицательные бактерии
Г) простейшие
К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ
А) брадикардия, понижение артериального давления
Б) тахикардия, повышение артериального давления
В) атонические запоры, редкое обильное мочеиспускание
Г) бледность и сухость кожи, экзофтальм
НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) острое расширение границ сердца
Б) приглушение тонов сердца при аускультации
В) выраженное снижение зубца Т на ЭКГ
Г) тахикардия
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ШУМ В СЕРДЦЕ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ – ЭТО
А) систолический шум, не связанный с I тоном, который меняется по характеру в зависимости от положения тела и дыхания
Б) нарастающий пресистолический шум с эпицентром на верхушке сердца
В) мезодиастолический шум с эпицентром в V точке, усиливающийся во время пробы Вальсальвы
Г) мезодиастолический шум с эпицентром в V точке, который ослабевает при сидении на корточках
К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ–ДЖОНСУ–НЕСТЕРОВУ ОТНОСЯТ
А) полиартрит
Б) повышение титра АСЛО
В) снижение зубца Т на ЭКГ
Г) увеличение QT на ЭКГ

У СЕМИЛЕТНЕГО МАЛЬЧИКА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР ШУМА ПОДТВЕРЖДАЕТ ТО, ЧТО ШУМ
А) уменьшается при физической нагрузке
Б) выслушивается в середине систолы
В) усиливается в вертикальном положении
Г) проводится на сосуды шеи
ПРИ РЕЗКО ВЫРАЖЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ _____ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ
А) нормальное или повышенное систолическое, сниженное диастолическое
Б) сниженное систолическое, нормальное диастолическое
В) сниженное систолическое, повышенное диастолическое
Г) повышенное на руках, пониженное на ногах
К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ
А) увеличение размеров печени
Б) влажные разнокалиберные хрипы в легких
В) тахикардию
Г) сухой или влажный кашель с отделением слизистой мокроты
К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ПАРАСИМПАТИЧЕСКОГО ВЛИЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ
А) артериальную гипотензию
Б) белый дермографизм
В) сухие кожные покровы
Г) гипомоторный мочевой пузырь
К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ
А) редкие обильные мочеиспускания
Б) мраморность кожных покровов
В) артериальную гипотензию
Г) спастические запоры
К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ
А) склонность к ацидозу
Б) гипергидроз ладоней и стоп
В) тенденцию к лимфоцитозу
Г) боли в животе, склонность к метеоризму
К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИМПАТОАДРЕНАЛОВЫХ КРИЗОВ ОТНОСЯТ
А) чувство страха
Б) выраженную слабость и тошноту
В) гипергидроз, холодные кожные покровы
Г) учащение мочеиспускания

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ВАГОИНСУЛЯРНЫХ КРИЗОВ ОТНОСЯТ
А) головную боль, головокружение, потемнение в глазах
Б) выраженный озноб
В) сухость во рту
Г) повышение артериального давления
ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА У РЕБЕНКА С МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ
А) длительный, дующий, систолический шум, связанный с I тоном, с эпицентром на верхушке сердца, стойкий в динамике и при перемене положения тела
Б) протодиастолический шум, вдоль левого края грудины, после глубокого выдоха и при наклоне больного вперед
В) нарастающий пресистолический шум с эпицентром на верхушке сердца
Г) мезодиастолический шум с эпицентром в V точке, ослабевающий при сидении на корточках
ПРИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ
А) артериальное давление на ногах ниже, чем на руках
Б) повышение в моче альдостерона
В) нормальное содержание в моче 17-кетостероидов
Г) снижение в моче уровня катехоламинов
НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ
А) эхокардиография
Б) электрокардиограмма
В) рентгенография
Г) векторкардиография
К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ВАГОИНСУЛЯРНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО КРИЗА ОТНОСЯТ
А) брадикардию
Б) сердцебиение
В) чувство страха
Г) учащение стула
К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОГО ВЕГЕТАТИВНОГО КРИЗА ОТНОСЯТ
А) сердцебиение
Б) сонливость
В) понижение артериального давления
Г) гипергидроз
К КЛИНИЧЕСКИМ СИМТОМАМ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ
А) влажные разнокалиберные хрипы в легких
Б) набухание яремных вен

В) брадикардию
Г) расширение границ относительной сердечной тупости вправо
К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ
А) набухание яремных вен
Б) тахикардию
В) расширение границ относительной сердечной тупости влево
Г) увеличение размеров селезенки
ПРИ ВРОЖДЕННЫХ КАРДИТАХ ВЫЯВЛЯЮТ
А) раннее появление симптомов декомпенсации
Б) нормальные показатели физического развития
В) редкое возникновение аритмий
Г) отсутствие признаков поражения эндо- и перикарда
У ДЕВОЧКИ 6 ЛЕТ О ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ПРОИСХОЖДЕНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
А) непродолжительный характер шума
Б) нарастание интенсивности после нагрузки
В) усиление шума в вертикальном положении
Г) проведение его на сосуды шеи
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ
А) уменьшается при физической нагрузке
Б) выслушивается на протяжении систолы
В) усиливается в вертикальном положении
Г) проводится на сосуды шеи
ДЛЯ КАКОГО ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО ОТСУТСТВИЕ ПУЛЬСА НА НОГАХ И МАКСИМАЛЬНАЯ ЗВУЧНОСТЬ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА НА СПИНЕ?
А) коарктации аорты
Б) дефекта межжелудочковой перегородки
В) транспозиции магистральных сосудов
Г) открытого атриовентрикулярного канала
К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СИНЕГО ТИПА ОТНОСИТСЯ
А) тетрада Фалло
Б) дефект межжелудочковой перегородки
В) дефект межпредсердной перегородки
Г) открытый атриовентрикулярный канал
К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ
А) расширение границ относительной сердечной тупости влево
Б) шум трения плевры
В) увеличение селезенки
Г) экстрасистолию
К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ
А) периферические отеки

Б) левосторонний сердечный горб
В) брадикардию
Г) шум трения плевры
ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ МАКСИМАЛЬНАЯ ИНТЕНСИВНОСТЬ ШУМА ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
А) в IV-V межреберье слева от грудины
Б) на верхней трети грудины
В) на верхушке сердца
Г) на легочной артерии
ПРИ КАКОМ ПОРОКЕ СЕРДЦА РАЗВИВАЕТСЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ?
А) коарктации аорты
Б) дефекте межпредсердной перегородки
В) стенозе легочной артерии
Г) стенозе аорты
СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ВО II МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ
А) открытом артериальном протоке
Б) открытом овальном окне
В) дефекте межпредсердной перегородки
Г) дефекте межжелудочковой перегородки
ОПРЕДЕЛЯЕМЫЙ С РОЖДЕНИЯ СИСТОЛОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ВО II-III МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
А) открытого артериального протока
Б) митрального порока сердца
В) дефекта межжелудочковой
Г) коарктации аорты
ПОЯВЛЕНИЕ ШИРОКОГО ДВУГОРБОГО ЗУБЦА Р В ОТВЕДЕНИЯХ I, II, AVL ОБУСЛОВЛЕНО
А) гипертрофией левого предсердия
Б) гипертрофией правого желудочка
В) гипертрофией левого желудочка
Г) замедлением проведения по волокнам Пуркинье
ДЛЯ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ХАРАКТЕРНА ФОРМА СЕРДЦА В ВИДЕ
А) «башмачка»
Б) «овоида»
В) «снежной бабы»
Г) «капли»
ДЛЯ ТРАНСПОЗИЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ХАРАКТЕРНАЯ ФОРМА СЕРДЦА В ВИДЕ
А) «овоида»
Б) «башмачка»
В) «снежной бабы»

Г) «капли»

ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

А) акцент II тона над легочной артерией

Б) грубый систолический шум во II межреберье справа от грудины

В) грубый систолический шум во II межреберье слева от грудины

Г) акцент II тона в V точке

К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ–ДЖОНСУ–НЕСТЕРОВУ ОТНОСИТСЯ

А) кардит

Б) артралгия

В) лихорадка

Г) увеличение СРБ

К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ–ДЖОНСУ–НЕСТЕРОВУ ОТНОСИТСЯ

А) полиартрит

Б) артралгия

В) увеличение СОЭ

Г) увеличение СРБ

К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ–ДЖОНСУ–НЕСТЕРОВУ ОТНОСИТСЯ

А) малая хорея

Б) удлинение интервала R-R на ЭКГ

В) лихорадка

Г) увеличение СРБ

ПРИ НАРУШЕНИИ ПАССАЖА МОЧИ ПИЕЛОНЕФРИТ СЧИТАЕТСЯ

А) обструктивным

Б) необструктивным

В) хроническим

Г) латентным

ДЛЯ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ ХАРАКТЕРНО

А) артериальное давление на ногах ниже, чем на руках

Б) артериальное давление на ногах выше, чем на руках

В) повышение в моче альдостерона

Г) снижение в моче уровня катехоламинов

ПРИ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЮТ

А) высокие заостренные зубцы Т

Б) уменьшение амплитуды зубца Т

В) депрессию сегмента ST

Г) увеличение амплитуды зубца Т

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ
А) тахикардию
Б) гипергидроз
В) красный дермографизм
Г) склонность к обморокам
К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ
А) чувство нехватки воздуха
Б) тахикардию
В) белый дермографизм
Г) склонность к гипертермии
К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ
А) головокружения и обмороки
Б) атонические запоры
В) повышенный аппетит
Г) тахикардию
К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ
А) белый дермографизм
Б) плохую переносимость транспорта
В) мигренеподобные головные боли
Г) спастические запоры
К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ
А) атонические запоры
Б) красный дермографизм
В) артериальную гипотонию
Г) гипергидроз ладоней, стоп
К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ
А) повышение артериального давления
Б) спастические запоры
В) красный дермографизм
Г) гипергидроз ладоней и стоп
КАКОЙ ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВЫРАЖЕННЫМ ЦИАНОЗОМ СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ
А) транспозиция магистральных сосудов
Б) открытый артериальный проток
В) дефект межпредсердной перегородки
Г) дефект межжелудочковой перегородки

ОБЪЕМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА ПЕРВУЮ СЕКУНДУ (ОФВ1) ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ МЕНЕЕ ____%
А) 60
Б) 70
В) 80
Г) 90
ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЮТ
А) «немое легкое»
Б) ослабленное дыхание
В) жесткое дыхание
Г) везикулярное дыхание
ПРИ ПИКФЛУОМЕТРИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ
А) пиковую скорость выдоха
Б) жизненную емкость легких
В) объем форсированного выдоха
Г) форсированную жизненную емкость легких
ОБЪЕМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА ПЕРВУЮ СЕКУНДУ (ОФВ1) У РЕБЕНКА СТАРШЕ 5 ЛЕТ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ
А) степень бронхиальной обструкции
Б) степень аллергизации организма
В) степень выраженности инфекционного процесса
Г) состояние иммунной системы организма
ТЯЖЕЛАЯ БРОНХООБСТРУКЦИЯ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ОСЛОЖНЯЕТСЯ РАЗВИТИЕМ
А) ателектаза
Б) напряженного пневмоторакса
В) абсцесса легкого
Г) пиоторакса
ПРИ АСПИРИНОВОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИЕМ
А) нестероидных противовоспалительных препаратов
Б) антигистаминных препаратов
В) стабилизаторов мембран тучных клеток
Г) антибактериальных препаратов
ОДНОЙ ИЗ ОСНОВНЫХ ЖАЛОБ БОЛЬНОГО С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЖАЛОБА НА
А) приступы удушья
Б) кашель с гнойной мокротой
В) кровохарканье
Г) боль в грудной клетке
ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ
А) сухих свистящих хрипов
Б) влажных мелкопузырчатых хрипов

В) шума трения плевры
Г) крепитации
ПРИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ГИПЕРПРОДУКЦИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КЛАССА
А) Е
Б) А
В) М
Г) G
ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПОСТОЯННЫМИ СИМПТОМАМИ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ЧИХАНИЕ, ЗУД В ОБЛАСТИ НОСА, ОБИЛЬНОЕ ПРОЗРАЧНОЕ ВОДЯНИСТОЕ ОТДЕЛЯЕМОЕ ИЗ НОСА, ЗАТРУДНЕНИЕ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ – ЭТО
А) аллергический ринит
Б) острый ринит
В) острый синусит
Г) аденоидит
В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ _____ СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ
А) пищевая
Б) бытовая
В) эпидермальная
Г) пыльцевая
ВЫЯВЛЕНИЕ ЭОЗИНОФИЛОВ ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ МАЗКОВ-ОТПЕЧАТКОВ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ
А) аллергического ринита
Б) полипа
В) вазомоторного ринита
Г) острого респираторного заболевания
АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ – ЭТО
А) хроническое аллергическое воспаление слизистой оболочки носа у пациентов с сенсибилизацией к экзогенным неинфекционным аллергенам
Б) хронический инфекционный процесс
В) симптом системного заболевания соединительной ткани
Г) острый инфекционный процесс
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА С ПОВТОРЯЮЩИМИСЯ ПРИСТУПАМИ ВЕСНОЙ ОБУСЛОВЛЕНА СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ К _____ АЛЛЕРГЕНАМ
А) пыльцевым
Б) пищевым
В) грибковым
Г) эпидермальным
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА – ЭТО

А) заболевание дыхательной системы, в основе которого лежит хроническое воспаление слизистой оболочки бронхов, которое сопровождается вариабельной обструкцией и бронхиальной гиперреактивностью
Б) хроническое инфекционное воспаление слизистой оболочки бронхов
В) хроническое обструктивное заболевание с нарушением реологических свойств мокроты и задержкой физического развития
Г) хроническое заболевание дыхательной системы характеризующееся прогрессирующей необратимой обструкцией бронхов
ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬ БРОНХОВ – ЭТО
А) неадекватно сильная бронхоконстрикторная реакция на специфические и неспецифические триггеры
Б) повышенная восприимчивость нижних дыхательных путей к инфекционным возбудителям
В) склонность к неадекватному образованию слизи бокаловидными клетками слизистой оболочки бронхов
Г) изменение реологических свойств мокроты
ОСОБЕННОСТЬЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) выявление влажных хрипов при аускультации и более продуктивный кашель
Б) экспираторный характер одышки
В) вздутие грудной клетки
Г) участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания
К ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ НАЛИЧИЕ ОБСТРУКЦИИ БРОНХОВ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СТАРШЕ 5 ЛЕТ ОТНОСИТСЯ
А) показатель ОФВ1 менее 80% от должных величин
Б) снижение жизненной емкости легких
В) отрицательная проба с бета2-агонистом
Г) показатель ОФВ1 от 80 до 100% от должных величин
ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ С ПОМОЩЬЮ СПИРОГРАФА ВОЗМОЖНО ДЕТЯМ
А) с 6-ти лет
Б) первого года жизни
В) в любом возрасте
Г) с 3-х лет
ЭКЗОГЕННЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ АЛЬВЕОЛИТ – ЭТО
А) аллергическое воспаление легочного интерстиция
Б) инфекционно-воспалительное заболевание легких
В) острое вирусное заболевание респираторного отдела дыхательной системы
Г) хроническая обструктивная болезнь легких
К БЫТОВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ ОТНОСИТСЯ
А) домашняя пыль
Б) пыльца полыни

В) пыльца березы
Г) белок коровьего молока
АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ
А) антибактериальные препараты
Б) антигистаминные препараты
В) антикоагулянты
Г) антиагреганты
ПРИ КРАПИВНИЦЕ СЫПЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА
А) любых участках тела
Б) лице
В) туловище
Г) конечностях
К ТЯЖЕЛЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА ОТНОСЯТ
А) анафилактический шок
Б) крапивницу
В) аллергический дерматит
Г) аллергический васкулит
АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ _____ АЛЛЕРГЕНЫ
А) лекарственные
Б) бытовые
В) пищевые
Г) пыльцевые
РЕЗКОЕ ПАДЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
А) анафилактическом шоке
Б) крапивнице
В) сывороточной болезни
Г) отеке Квинке
ПИЩЕВУЮ АЛЛЕРГИЮ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТ
А) рыба
Б) огурец
В) мясо
Г) вишня
К СПЕЦИАЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ ДО 6 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ОТНОСЯТ
А) элиминационно- провокационные пробы
Б) копрологию
В) кожные пробы с пищевыми аллергенами
Г) определение pH кала
НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ
А) синдром Лайелла
Б) атопический дерматит
В) токсидермия

Г) синдром Стивенса-Джонсона
ПРИСТУП БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А) экспираторной одышкой
Б) болью в грудной клетке
В) инспираторной одышкой
Г) кашлем с мокротой
К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ О ВОЗМОЖНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ОТНОСЯТ
А) появление атопического дерматита после приема определенного продукта
Б) частый, жидкий стул с кислым запахом
В) обильный, зловонный, светлый стул 2 и более раз
Г) частые срыгивания после кормления грудью
НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПОЛЛИНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) аллергический ринит
Б) аллергический цистит
В) крапивница
Г) аллергический миокардит
В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ РАЗВИТИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ _____ АЛЛЕРГЕНЫ
А) пищевые
Б) эпидермальные
В) бытовые
Г) пыльцевые
НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ _____ МЕТОД
А) гистологический
Б) рентгенологический
В) эндоскопический
Г) ультразвуковой
ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ЭЛЛИСОНА–ЗОЛИНГЕРА НЕОБХОДИМО
А) определение уровня гастрина в крови
Б) ультразвуковое исследование желудка и 12-перстной кишки
В) проведение эзофагогастродуоденоскопии
Г) биохимическое исследование крови
ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ _____ МЕТОД
А) эндоскопический
Б) рентгенологический
В) лабораторный
Г) ультразвуковой
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО
А) суточное мониторирование pH в пищеводе

Б) рентгенологическое исследование
В) ультразвуковое исследование
Г) эндоскопическое исследование
ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО
А) определение специфических антител класса IgE к пищевым аллергенам в крови
Б) копрологическое исследование
В) определение общего IgE
Г) эндоскопическое исследование
НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЕТСЯ
А) колоноскопия с биопсией и исследованием на ацетилхолинэстеразу
Б) рентгенологическая ирригография
В) ультразвуковое исследование толстой кишки
Г) определение энзимов в кале
ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ
А) амилазы
Б) белка
В) холестерина
Г) калия
ДЛЯ СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ В КРОВИ
А) билирубина
Б) печеночно-клеточных ферментов
В) альбуминов
Г) церулоплазмина
ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ В КРОВИ
А) печеночно-клеточных ферментов
Б) холестерина
В) щелочной фосфатазы
Г) протромбина
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ АССОЦИИРОВАННОМ С ХЕЛИКОБАКТЕРОМ ПИЛОРИЧЕСКИМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
А) эрозивный антральный гастрит
Б) локализация процесса в теле желудка
В) В12-дефицитная анемия
Г) базальная секреция с pH выше 2,5
К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ОТНОСИТСЯ
А) пенетрация
Б) холестаз
В) хронический запор
Г) рефлюксная болезнь
ПРИ ПОЯВЛЕНИИ РВОТЫ «ФОНТАНОМ» У РЕБЕНКА 3НЕДЕЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ДУМАТЬ О

А) пилоростенозе
Б) пилороспазме
В) кишечной инфекции
Г) адреногенитальном синдроме
НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) биохимический анализ крови
Б) общий анализ крови
В) общий анализ мочи
Г) копрограмма
ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) амилаземия
Б) гипопротеинемия
В) гипербилирубинемия
Г) гиперурикемия
ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) липаземия
Б) гипопротеинемия
В) гипербилирубинемия
Г) гиперурикемия
ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) амилазурия
Б) уробилиногенурия
В) протеинурия
Г) кристаллурия
ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ ДАННЫЕ ОБ УРОВНЕ
А) ферментов в крови
Б) белка в крови
В) белка в моче
Г) глюкозы в крови
ДУОДЕНО-ГАСТРАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС СПОСОБСТВУЕТ РАЗВИТИЮ
А) антрального гастрита
Б) перегиба желудка
В) дивертикула желудка
Г) эзофагеальной рефлюксной болезни
НАЛИЧИЕ ИЗЖОГИ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
А) забросе желудочного содержимого в пищевод
Б) повышенной кислотности желудочного содержимого
В) язвенной болезни желудка
Г) диафрагмальной грыже

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ ____ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ
А) 2-3 недели
Б) 3-4 дня
В) 5 месяцев
Г) 6 недель
ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) β-гемолитический стрептококк группы А
Б) вирус Коксаки В
В) золотистый стафилококк
Г) гемофильная палочка
К МАЛЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ–ДЖОНСУ–НЕСТЕРОВУ ОТНОСИТСЯ
А) артралгия
Б) кардит
В) полиартрит
Г) анулярная эритема
ПРИ РЕВМОКАРДИТЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ _____ КЛАПАНА
А) митрального
Б) трикуспидального
В) аортального
Г) легочной артерии
К МАЛЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ–ДЖОНСУ–НЕСТЕРОВУ ОТНОСИТСЯ
А) лихорадка
Б) кардит
В) полиартрит
Г) кольцевидная эритема
ПОКАЗАТЕЛИ ПИКОВОЙ СКОРОСТИ ВЫДОХА 70-80% СООТВЕТСТВУЮТ _____ ЗОНЕ
А) желтой
Б) синей
В) зеленой
Г) красной
ОЦЕНКУ УРОВНЯ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОВОДЯТ ПРИ ПОМОЩИ
А) теста по контролю над астмой (AsthmaControlTest; ACT)
Б) провокационного теста с метахолином
В) определения уровня общего IgE
Г) рентгенографии органов грудной клетки

«БОЛЬШИМ» ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) кардит
Б) перенесенная стрептококковая инфекция
В) лихорадка
Г) удлинение интервала P-Qна ЭКГ
«БОЛЬШИМ» ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) кольцевидная эритема
Б) артралгия
В) повышенный титр противострептококковых антител (АСЛ-О, АСГ)
Г) удлинение интервала P-Qна ЭКГ
К «МАЛОМУ» ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ КРИТЕРИЮ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ОТНОСЯТ
А) артралгию
Б) хорею
В) подкожные ревматические узелки
Г) кардит
ДИАГНОЗ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ СТАНОВИТСЯ НЕСОМНЕННЫМ ПРИ
А) снижении продолжительности жизни эритроцитов
Б) снижении уровня гемоглобина
В) снижении уровня железа сыворотки
Г) гипербилирубинемии
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) микроцитарной
Б) нормоцитарной
В) макроцитарной
Г) овалоцитарной
ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ АПГАР ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА СОСТАВЛЯЕТ
А) 3 балла и менее
Б) 4-5 баллов
В) 5-7 баллов
Г) более 8 баллов
ТЕРМИН «ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ» ОТРАЖАЕТ
А) условия, в которых произошло инфицирование
Б) выраженность изменений на рентгенограмме
В) отсутствие необходимости в госпитализации больного
Г) тяжесть состояния больного
ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ
А) генерализованное поражение мышц
Б) синдром Рейно
В) нейропатия

Г) нефропатия
ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) гематурия
Б) лейкоцитурия
В) отеки
Г) протеинурия
ДИАГНОЗ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА СТАНОВИТСЯ НЕСОМНЕННЫМ ПРИ
А) тотальном бластозе в костном мозге
Б) появлении бластных клеток в гемограмме
В) анемическом и геморрагическом синдроме
Г) угнетении всех ростков кроветворения в костном мозге
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЗАГЛОЧЕННОЙ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ
А) тест Апта
Б) исследование коагулограммы
В) бактериологическое исследование промывных вод желудка
Г) пенный тест
РАЗВИТИЕ ЯДЕРНОЙ ЖЕЛТУХИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ ПРИ УРОВНЕ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА, СОСТАВЛЯЮЩЕГО
А) 340 мкмоль/л и более
Б) 250-300 мкмоль/л
В) 170-250 мкмоль/л
Г) менее 170 мкмоль/л
КАКИЕ АЛЛЕРГЕНЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЧИНОЙ ПОЛЛИНОЗОВ?
А) пыльцевые
Б) белковые
В) пищевые
Г) эпидермальные
НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 5 ЛЕТ ИМЕЕТ
А) исследование функции внешнего дыхания
Б) определение общего IgE в сыворотке крови
В) общий анализ крови
Г) рентгенография органов грудной клетки
ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ
А) протеинурия
Б) гиполипидемия
В) гипертония
Г) гипофибриногенемия
БИОХИМИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО ГЕМОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ
А) непрямого билирубина

Б) прямого билирубина
В) прямого билирубина + свободного гемоглобина
Г) непрямого билирубина + свободного гемоглобина
ПРИЗНАКАМИ ГЕМОЛИЗА ЯВЛЯЮТСЯ
А) ретикулоцитоз + повышение непрямого билирубина + анемия
Б) анемия + ретикулоцитоз
В) повышение уровня непрямого билирубина + желтуха
Г) желтуха + спленомегалия
ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ РЕТИКУЛОЦИТОВ В КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
А) острой кровопотери
Б) апластической анемии
В) тромбоцитопении
Г) острого лейкоза
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНО
А) снижение сывороточного железа
Б) наличие гипохромной анемии
В) увеличение сывороточного железа
Г) наличие микроцитарной анемии
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОФИЛИИ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ
А) концентрации факторов свертываемости
Б) активированного частичного тромбопластинового времени
В) времени кровотечения
Г) плазминогена
НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) трепанобиопсия
Б) общий анализ крови
В) стернальная пункция
Г) цитогенетическое исследование
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
А) бронхоскопия
Б) анамнез
В) рентгенография грудной клетки
Г) наличие обструктивного синдрома
ФИКСИРОВАННАЯ ЭРИТЕМА НА СКУЛОВЫХ ДУГАХ С ТЕНДЕНЦИЕЙ К РАСПРОСТРАНЕНИЮ НА НАЗОЛАБИАЛЬНЫЕ СКЛАДКИ ЧАЩЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ
А) системной красной волчанке
Б) ювенильном дерматомиозите
В) системной склеродермии
Г) узловатой эритеме

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) биопсия лимфатического узла
Б) пункция костного мозга
В) пункция селезенки
Г) лимфография
ДЛЯ ОЦЕНКИ КОНЦЕНТРАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ИСПОЛЬЗУЮТ
А) пробу по Зимницкому
Б) пробу по Нечипоренко
В) пробу по Аддис-Каковскому
Г) биохимическое исследование мочи
ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СТАДИИ ОЛИГУРИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ
А) гиперкалиемия
Б) гипернатриемия
В) гипокалиемия
Г) гипогликемия
НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ ГАСТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) эзофагогастродуоденоскопия
Б) дыхательный уреазный тест
В) фракционное желудочное зондирование
Г) анализ кала на скрытую кровь
ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) повышение уровня мочевины и креатинина
Б) повышение уровня С-реактивного белка
В) гипергликемия
Г) гиперальбуминемия
ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ УГРОЗЫ ЖИЗНИ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) гиперкалиемия
Б) повышение мочевины в крови
В) гипернатрийемия
Г) гипергликемия
ФОРМЫ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ИСКЛЮЧАЮТ
А) изолированную
Б) простую
В) сольтеряющую
Г) стертую
МУКОВИСЦИДОЗ ОБУСЛОВЛЕН
А) мутацией гена (CFTR)
Б) нарушением строения бронхов

В) обратным расположением органов
Г) нарушением строения трахеи
К ПРИЗНАКАМ ТЯЖЕСТИ МУКОВИСЦИДОЗА ПРИ ЛЕГКОМ ТЕЧЕНИИ (КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ОРЛОВУ А.В., 2013) ОТНОСЯТ ОФВ 1
А) более 80%
Б) более 10%
В) менее 50%
Г) более 60%
К ПРИЗНАКАМ ТЯЖЕСТИ МУКОВИСЦИДОЗА ПРИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ (КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ОРЛОВУ А.В., 2013) ОТНОСЯТ
А) цилиндрические бронхоэктазы с наличием содержимого в бронхах
Б) отсутствие кистозных бронхоэктазов по данным компьютерной томографии (КТ)
В) кистозные бронхоэктазы на КТ
Г) отсутствие кистозных бронхоэктазов по данным компьютерной томографии (КТ)
К ПРИЗНАКАМ ТЯЖЕСТИ МУКОВИСЦИДОЗА ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ (КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ОРЛОВУ А.В., 2013) ОТНОСЯТ ОФВ 1
А) менее 50%
Б) менее 100%
В) более 80%
Г) более 70%
ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ СНИЖЕННОМ ПИТАНИИ СОСТАВЛЯЕТ
А) 18,5–19,4
Б) 19,5– 22,9
В) 17–18,4
Г) 15–16,9
ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 1 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ
А) 17–18,4
Б) 18,5–19,4
В) 19,5– 22,9
Г) 15–16,9
233

ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 2 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ
А) 15–16,9
Б) 18,5–19,4
В) 19,5– 22,9

Г) 17–18,4
ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 3 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ
А) <15
Б) 18,5-19,4
В) 17–18,4
Г) 15–16,9
КОЛИЧЕСТВО ПЕРЕЛОМОВ В ГОД ПРИ ЛЕГКОЙ ФОРМЕ ТЕЧЕНИЯ НЕЗАВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА (OSTEOGENESIS IMPERFECTA) СОСТАВЛЯЕТ
А) 3–5
Б) 6–10
В) 10–20
Г) 21–25
КОЛИЧЕСТВО ПЕРЕЛОМОВ В ГОД ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ТЕЧЕНИЯ НЕЗАВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА (OSTEOGENESIS IMPERFECTA) СОСТАВЛЯЕТ
А) 6–10
Б) 3–5
В) 10–20
Г) 21–25
КОЛИЧЕСТВО ПЕРЕЛОМОВ В ГОД ПРИ ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ТЕЧЕНИЯ НЕЗАВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА (OSTEOGENESIS IMPERFECTA) СОСТАВЛЯЕТ
А) 10–20
Б) 6–10
В) 3–5
Г) 21–25
РЕТИНОПАТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ (РЕТРОЛЕНТАЛЬНАЯ ФИБРОПЛАЗИЯ) СОПРОВОЖДАЕТСЯ ИЗМЕНЕНИЯМИ В
А) сетчатке и стекловидном теле
Б) мышцах, регулирующих движение глазного яблока
В) костной ткани черепа
Г) мышцах лица и шеи
ПОКАЗАТЕЛИ НПР (РА) ДЕТЕЙ В 1 ГОД — 1 ГОД 3 МЕСЯЦА ВКЛЮЧАЮТ
А) использование облегченных слов («би-би», «ав-ав»)
Б) знание 10 слов, легкое подражание новым слогам
В) использование двухсловных предложений
Г) построение словосочетаний из двух слов
ПОКАЗАТЕЛИ НПР (ДО) ДЕТЕЙ В 1 ГОД — 1 ГОД 3 МЕСЯЦА ВКЛЮЧАЮТ
А) длительное хождение, изменение положения (приседает, наклоняется)

Б) умение ходить по поверхности шириной 15-20 см на высоте от пола 15-20 см
В) перешагивание через препятствия чередующимся шагом
Г) перешагивание через препятствия высотой 10–15 см или длиной 35 см чередующимся шагом

К ПРИЗНАКАМ ВНЕШНЕГО УТОМЛЕНИЯ РЕБЁНКА НА УРОКЕ ФИЗКУЛЬТУРЫ НЕ ОТНОСЯТ
А) антропометрические данные
Б) окраску кожи лица, шеи
В) потливость
Г) характер дыхания и движений

ГОТОВЫМИ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ ПО ТЕСТУ КЕРНА – ЙЕРАСЕКА СЧИТАЮТСЯ ДЕТИ ПРИ НАЛИЧИИ _____ БАЛЛОВ
А) 3–6
Б) 6–7
В) 7–9
Г) 10

УСЛОВНО ГОТОВЫМИ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ ПО ТЕСТУ КЕРНА – ЙЕРАСЕКА («ЗРЕЮЩИЙ ВАРИАНТ А») СЧИТАЮТСЯ ДЕТИ ПРИ НАЛИЧИИ _____ БАЛЛОВ
А) 6–7
Б) 3–6
В) 7–9
Г) 10

С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ КАЛЬЦИУРИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
А) проба Сулковича
Б) проба Швахмана
В) анализ мочи по Нечипоренко
Г) проба Макклюра – Олдрича

С ЦЕЛЬЮ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОСАДКА МОЧИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МЕТОД
А) Нечипоренко
Б) Сулковича
В) Швахмана
Г) Зимницкого

ЛАТЕНТНЫЙ ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА (ЛДЖ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) снижением уровня сывороточного железа
Б) низким уровнем гемоглобина
В) низким уровнем гемоглобина и сывороточного железа
Г) железосвязывающей способностью сыворотки (ОЖСС)

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЛАРИНГИТА ОТНОСЯТ
А) «лающий кашель», сиплый голос и инспираторную одышку
Б) сухой, звонкий кашель и экспираторную одышку
В) насморк, влажный кашель
Г) приступообразный кашель, сопровождающийся рвотой

«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ
А) инфильтративные изменения в легких на рентгенограмме
Б) разнокалиберные влажные хрипы при аускультации
В) воспалительные изменения в общем анализе крови
Г) повышение температуры, кашель влажный, симптомы
С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГИДРОФИЛЬНОСТИ ТКАНЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
А) проба Макклюра – Олдрича
Б) проба Сулковича
В) проба Зимницкого
Г) анализ Аддиса – Каковского
КЛИНИЧЕСКАЯ ТРИАДА АНЕМИИ МИНКОВСКОГО – ШОФФАРА СОСТОИТ ИЗ
А) анемии, желтухи и спленомегалии
Б) анемии, кровоточивости, гепатоспленомегалии
В) анемии, лимфоаденопатии, оссалгии
Г) анемии, кровоточивости, лимфоаденопатии
К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ГОЛОДАНИЯ РЕБЕНКА НЕ ОТНОСИТСЯ
А) появление геморрагической сыпи
Б) уплощение или падение весовой кривой
В) беспокойство
Г) редкое мочеиспускание
НОВОРОЖДЕННЫЙ РЕБЁНОК, РОДИВШИЙСЯ ОТ СТРЕМИТЕЛЬНЫХ РОДОВ, С ОБВИТИЕМ ПУПОВИНЫ ВОКРУГ ШЕИ ИМЕЕТ РИСК РАЗВИТИЯ
А) патологии ЦНС
Б) аллергических заболеваний
В) врождённых пороков развития органов
Г) анемии
МАРКЕРОМ ОСТРОГО ПЕРИОДА ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ
А) анти-HAVIgM
Б) HBS-Ag
В) анти-HAVIgG
Г) анти-HBcor-сумм.
«ЛАСКОВЫМ УБИЙЦЕЙ» НАЗЫВАЮТ ВИРУС ГЕПАТИТА
А) С
Б) А
В) В
Г) D
ОСТРЫЙ ГЕПАТИТ ПЕРЕХОДИТ В ХРОНИЧЕСКИЙ ПРИ СОХРАНЕНИИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЕЕ
А) 6 месяцев
Б) 1 месяца

В) 12 месяцев
Г) 3 месяцев
К ГРУППЕ ЭНТЕРОВИРУСОВ ОТНОСЯТСЯ
А) вирусы полиомиелита
Б) вирусы кори
В) коронавирусы
Г) аденовирусы
К НЕЙРОИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТ
А) энтеровирусный менингит
Б) энтеровирусную лихорадку
В) энтеровирусную экзантему
Г) энтеровирусную миалгию
ГНОЙНЫЙ МЕНИНГИТ НЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
А) энтеровирусной инфекции
Б) брюшном тифе
В) сальмонеллезе
Г) стафилококковом сепсисе
ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТОВ МОЖЕТ БЫТЬ
А) менингококк
Б) ВИЧ
В) ЦМВ
Г) вирус гриппа
К ВОЗБУДИТЕЛЯМ СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ ОТНОСЯТ
А) энтеровирусы
Б) сальмонеллы
В) стафилококки
Г) синегнойную палочку
КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ РЕШАЮЩИМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «МЕНИНГИТ»?
А) исследование ликвора
Б) общий анализ крови
В) общий анализ мочи
Г) бактериологическое исследование слизи из носоглотки
ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «МЕНИНГОКОККОВЫЙ МЕНИНГИТ» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
А) бактериологический анализ ликвора
Б) бактериологический анализ кала
В) ОАМ
Г) копрограмма
С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПРОВОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ МЕНИНГИТЕ?
А) грипп с явлениями нейротоксикоза
Б) скарлатина
В) острый пиелонефрит
Г) острый бронхит

У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ МЕНИНГОКОККОВЫМ МЕНИНГИТОМ, ОТМЕЧАЕТСЯ
А) рвота
Б) повышенная потливость
В) «лающий кашель»
Г) экспираторная одышка
К БАКТЕРИАЛЬНЫМ КИШЕЧНЫМ ИНФЕКЦИЯМ ОТНОСЯТ
А) сальмонеллёз
Б) ротавирусную инфекцию
В) энтеровирусную инфекцию
Г) грипп
ОСОБЕННОСТЬЮ КЛИНИКИ ХОЛЕРЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А) начало заболевания с жидкого стула с дальнейшим появлением рвоты
Б) начало заболевания с рвоты с дальнейшим появлением жидкого стула
В) острое начало с многократной рвотой, гипертермическим синдромом, сильными болями в животе, с одновременным или несколько часов спустя появлением жидкого стула
Г) интоксикация, менингеальный синдром, высокая летальность
КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЭКСИКОЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) сухость кожных покровов
Б) полиурия
В) бледность кожных покровов
Г) выбухание краев большого родничка
СТУЛ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ЧАЩЕ НАПОМИНАЕТ
А) болотную тину
Б) малиновое желе
В) ректальный плевок
Г) серую глину
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ШИГЕЛЛЕЗА ИСПОЛЬЗУЮТ _____ МЕТОД
А) бактериологический
Б) копрологический
В) гематологический
Г) вирусологический
ПРИ ШЕГЕЛЛЕЗЕ ОСНОВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ _____СИНДРОМ
А) колитический
Б) судорожный
В) геморрагический
Г) энтеритный
БОЛЬНОЙ РЕБЕНОК В ПОЛИКЛИНИКЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНО ОСМАТРИВАЕТСЯ В
А) фильтре поликлиники
Б) кабинете участкового врача
В) процедурном кабинете
Г) кабинете инфекциониста
НЕЙРОТОКСИКОЗ ПРИ ГРИППЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А) головной болью, фебрильными судорогами
Б) вялостью, снижением аппетита
В) носовыми кровотечениями
Г) болью в мышцах, артралгией
СТЕПЕНЬ СТЕНОЗА ГОРТАНИ ОПРЕДЕЛЯЕТ
А) степень дыхательной недостаточности
Б) наличие экспираторной одышки
В) наличие в легких сухих хрипов
Г) шумное дыхание
О НАЛИЧИИ КРУПА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
А) шумный затрудненный вдох
Б) грубый лающий кашель
В) осиплый голос
Г) экспираторная одышка
АДЕНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) конъюнктивитом
Б) артритом
В) миозитом
Г) уретритом
ПОКАЗАНИЕМ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ОРВИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) наличие осложнений
Б) цефалгия
В) анемия легкой степени
Г) фарингит
К ОСОБЕННОСТЯМ КЛИНИКИ ГРИППА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОТНОСЯТ
А) слабо выраженные симптомы интоксикации и катаральные симптомы
Б) яркий катаральный синдром и парез нижних конечностей
В) иктеричность кожных покровов и яркий катаральный синдром
Г) парез нижних конечностей и катаральные симптомы
ОСОБЕННОСТЬЮ КЛИНИКИ РЕСПИРАТОРНОСИНЦИТИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) развитие бронхообструктивного синдрома
Б) увеличение всех групп лимфоузлов
В) наличие конъюнктивита
Г) появление кишечного синдрома
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ С
А) инфекционным мононуклеозом
Б) геморрагической лихорадкой
В) вирусным гепатитом
Г) менингококковой инфекцией
ВЕРОЯТНЫМ ПРИЗНАКОМ ДИФТЕРИИ ГОРТАНИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) ларингит с афонией при нормальной или субфебрильной температуре тела
Б) ларингит с осиплостью голоса и грубым лающим кашлем

В) ларингит с высокой температурой и интоксикацией
Г) ларингит, сопровождающийся конъюнктивитом и пятнисто-папулезной сыпью
К ОТЛИЧИЯМ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА ОТ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ТОКСИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ОТНОСЯТ
А) асимметрию зева с выбуханием дужки, выраженную боль в горле, тризм жевательной мускулатуры
Б) умеренную боль в горле
В) выходящие за пределы миндалин налеты
Г) отек подкожной клетчатки шеи
ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛИТА НЕ ПРОВОДИТСЯ
А) посев крови на стерильность
Б) посев материала из зева на флору
В) мазок из зева для микроскопии
Г) стрептотест
ВОЗБУДИТЕЛЕМ АНГИНЫ СИМАНОВСКОГО–ВЕНСАНА ЯВЛЯЕТСЯ
А) веретенообразная палочка
Б) стафилококк
В) стрептококк
Г) дифтерийная палочка
ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) развитие паратонзиллярного абсцесса
Б) наличие грибковой ангины
В) субфебрильная температура
Г) повышенная утомляемость
К ХАРАКТЕРИСТИКАМ СЫПИ ПРИ КОРИ ОТНОСЯТ
А) сыпь крупнопятнистая, пятнисто-папулезная, склонная к слиянию, характерна этапность высыпания
Б) сыпь мелкопятнистая, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей, спине, ягодицах
В) полиморфная сыпь, характерны симптомы «капюшона», «перчаток», «носков», сгущение сыпи вокруг суставов
Г) сыпь пятнистая, папулезная, геморрагическая, «звездчатая», неправильной формы, с уплотнением (некрозом) в центре
ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ СКАРЛАТИНЕ ДЛИТСЯ ___ ДНЕЙ
А) 2-7
Б) 11
В) 17
Г) 9-12
К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ КРАСНУХИ ОТНОСЯТ
А) увеличение затылочных и заднешейных лимфоузлов
Б) поражение ЦНС, геморрагическую сыпь
В) выраженные симптомы интоксикации и диарею
Г) боли в животе, мышечную гипотонию

ПОЯВЛЕНИЕ СЫПИ ПРИ КРАСНУХЕ ПРОИСХОДИТ
А) одномоментно в течение нескольких часов
Б) поэтапно в течение 3-х дней
В) в течение 1-2-х суток
Г) молниеносно
К ХАРАКТЕРИСТИКАМ ИЗМЕНЕНИЙ ЯЗЫКА ПРИ СКАРЛАТИНЕ ОТНОСЯТ
А) сосочковый со 2-3 дня
Б) коричнево-черный налет
В) "лакированный"
Г) "географический"
К ОСОБЕННОСТЯМ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОТНОСЯТ
А) частые гнойные, септические осложнения
Б) более выраженный токсический синдром
В) частые аллергические осложнения
Г) геморрагическую сыпь
ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ ДЛИТСЯ
А) 11-21 день
Б) 5-7 дней
В) 14 дней
Г) 1-3 дня
ВОЗБУДИТЕЛЕМ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А) бета-гемолитический стрептококк группы А
Б) стрептококк группы В
В) зеленящий стрептококк
Г) стафилококки
ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ГЕРПЕС ВОЗНИКАЕТ У ЧЕЛОВЕКА, ПЕРЕНЕСШЕГО
А) ветряную оспу
Б) инфекционный мононуклеоз
В) корь
Г) краснуху
ПРИ СКАРЛАТИНЕ СЫПЬ БЫВАЕТ
А) мелкоточечной со сгущением в кожных складках
Б) с ложным полиморфизмом
В) мелкопятнистой
Г) геморрагической
ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ СЫПЬ БЫВАЕТ
А) с ложным полиморфизмом
Б) пятнисто-папулезной
В) мелкоточечной со сгущением в кожных складках
Г) мелкопятнистой
ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ МОЖЕТ ДЛИТЬСЯ

А) 11-21 день
Б) 14-20 дней
В) 7-10 дней
Г) 7-15 дней
ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) парамиксовирус
Б) коринобактерия дифтерии
В) вирус Эпштейн-Барра
Г) герпес-вирус
ПРИ МЕНИНГИТАХ ПАРОТИТНОЙ ЭТИОЛОГИИ В ЛИКВОРЕ ПРЕОБЛАДАЮТ
А) лимфоциты
Б) эритроциты
В) эозинофилы
Г) моноциты
ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А) менингитами
Б) энцефалитами
В) полинейропатиями
Г) менингоэнцефалитами
ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛЕЗИСТЫХ ОРГАНОВ ПРИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А) субмаксиллитом
Б) панкреатитом
В) орхитом
Г) тиреоидитом
КАКОЙ ИЗ ПРИЗНАКОВ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ КРИТЕРИЕМ ТЯЖЕСТИ ПРИ КОКЛЮШЕ?
А) лихорадка
Б) частота спазматического кашля за сутки
В) длительность по времени репризы
Г) общий цианоз
КОКЛЮШ У ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ ПРОТЕКАЕТ
А) с развитием апноэ
Б) в легкой форме
В) с обструктивным синдромом
Г) с синдромом крупа
В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ КОКЛЮШЕ ОТМЕЧАЕТСЯ
А) лейкоцитоз с лимфоцитозом
Б) лейкопения с лимфоцитозом
В) лейкоцитоз с нейтрофилезом
Г) лейкоцитоз с лимфопенией
К ПОКАЗАТЕЛЯМ ТЯЖЕСТИ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ
А) степень дыхательной недостаточности

Б) температуру
В) кашель
Г) локализованные хрипы
ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ РЕБЁНКА С ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) наличие осложнений пневмонии
Б) возраст 3 года
В) протекание заболевания у 5-тилетнего ребёнка на фоне аллергического диатеза
Г) состояние средней тяжести на 2-ой день болезни
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У РЕБЕНКА 6 МЕСЯЦЕВ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) рентгенограмма грудной клетки
Б) РПГА
В) исследование трансаминаз и альдолаз
Г) общий анализ крови
ГАСТРИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С HELICOBACTER PYLORI, ОТНОСИТСЯ К
А) бактериальнообусловленному (тип В)
Б) аутоиммунному (тип А)
В) смешанному (тип А и В)
Г) химико-токсическииндуцированному (тип С)
ВТОРИЧНЫМ БУДЕТ ПИЕЛОНЕФРИТ
А) возникающий при установленной дизметаболической нефропатии
Б) возникающий после какого-либо другого заболевания
В) при обострениях частотой 2 и более раз в год
Г) возникающий на фоне какого-либо другого заболевания
ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ СОХРАНЕНИИ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ В ТЕЧЕНИЕ __ МЕС. И БОЛЕЕ
А) 6
Б) 3
В) 4
Г) 1
КАКОЕ СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ ПАТОГНОМОНИЧНО ДЛЯ ПИЕЛОНЕФРИТА?
А) повышение температуры + боли в животе + нейтрофильная лейкоцитурия + бактериурия
Б) повышение температуры + отеки + протеинурия + гематурия
В) повышение температуры + боли в животе + лимфоцитарная лейкоцитурия + бактериурия
Г) отеки + головная боль + протеинурия + гематурия
КАКИМИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРАВИЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ В СЛУЧАЕ ОБНАРУЖЕНИЯ ЛЕЙКОЦИТУРИИ У ДЕВОЧКИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ОРВИ?

А) после исключения вульвовагинита направить в дневной стационар для детального обследования
Б) не придавать этому факту особого значения, так как моча собрана без предварительного туалета наружных половых органов
В) назначить фурадонин
Г) не придавать этому факту особого значения, расценив мочевой синдром как реакцию почек на инфекцию
ДЕФОРМАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ВИДЕ СЕРДЕЧНОГО ГОРБА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А) врожденных пороков сердца
Б) миокардиодистрофии
В) миокардитов
Г) вегето-сосудистой дистонии
К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТИЗМА ОТНОСИТСЯ
А) кардит
Б) лихорадка
В) лейкоцитоз
Г) ускорение СОЭ
ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ
А) падением АД
Б) влажными хрипами в легких
В) сухими хрипами в легких
Г) влажным кашлем
НАИБОЛЕЕ ГЛУБОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) кома
Б) сомнолентность
В) оглушение
Г) сопор
НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КОМЫ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) инфекционное заболевание
Б) отравление
В) опухоль головного мозга
Г) травма головы
НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КОМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) отравление
Б) инсульт
В) травма головы
Г) инфекционное заболевание
НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КОМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) травма головы
Б) отравление
В) опухоль головного мозга
Г) инфекционное заболевание
ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ БЛЕДНОЙ ПОГАНКОЙ НЕ ХАРАКТЕРНА
А) гипертермия
Б) диарея
В) тошнота
Г) рвота
ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ХАРАКТЕРНА
А) гиперсаливация
Б) гипертермия
В) анемия
Г) гипергликемия
ОТРАВЛЕНИЕ УГАРНЫМ ГАЗОМ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А) нарушением дыхания
Б) диспепсией
В) рвотой
Г) дизурией
ТИПИЧНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ОТРАВЛЕНИЯ БАРБИТУРАТАМИ СОСТОИТ В
А) отсутствии сознания (кома)
Б) артериальной гипертензии
В) брадикардии
Г) сужении зрачков
К ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКАМ ОТРАВЛЕНИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ОТНОСЯТ
А) угнетение ЦНС
Б) увеличение диуреза
В) тахикардию
Г) запор
К КАРДИАЛЬНЫМ ПРИЧИНАМ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ОТНОСЯТ
А) перегрузку давлением или объёмом
Б) острую декомпенсацию хронической сердечной недостаточности
В) тяжёлые врожденные пороки сердца
Г) нарушения сердечного ритма
ОСТРАЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С СИМПТОМАМИ ЗАСТОЯ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
А) перегрузки правых отделов сердца
Б) перегрузки левых отделов сердца
В) нарушений сердечного ритма
Г) ишемии миокарда
СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ I СТАДИИ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А) тахипноэ при физической нагрузке
Б) тахикардией в покое
В) цианозом в покое
Г) увеличением печени
КАКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДОЛЖНЫ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?
А) ЭКГ, ретгенография, ЭХО-КГ, определение газов крови
Б) ЭКГ, рентгенография, КТ
В) ЭХО-КГ, МРТ, общий анализ крови
Г) ЭКГ, ЭХО-КГ, общий анализ крови, общий анализ мочи
ПРИМЕРОМ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ДИССОЦИАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) АВ-блокада III степени
Б) тахиаритмия с ЧСС больше 120 в 1 мин
В) брадикардия с ЧСС менее 70 в 1 мин
Г) любая АВ-блокада
ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) снижение сократимости сердца
Б) неадекватное распределение внутрисосудистого объема
В) недостаточный объем крови
Г) препятствие кровотоку
СИМПТОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ УГАРНЫМ ГАЗОМ
А) гемолиз эритроцитов
Б) потеря сознания
В) нарушение дыхания
Г) тахикардия, артериальная гипертензия
СИМПТОМЫ, НЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЕ КЛИНИКЕ ОТЕКА ЛЕГКИХ
А) тоны сердца усилены, пульс ритмичный
Б) бледность, цианоз кожи, холодный пот
В) кашель с отделением пенистой мокроты
Г) влажные разнокалиберные хрипы в легких
СИМПТОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ УКУСА ПЧЁЛ, ОС
А) геморрагические высыпания
Б) отёк мягких тканей
В) локальный лимфаденит
Г) лихорадка
СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЧЕТВЁРТОЙ СТЕПЕНИ ОБМОРОЖЕНИЯ
А) некроз мягких тканей и костей, потеря чувствительности, в дальнейшем – мумификация
Б) пузыри на отёчной бледно-синюшной коже, потеря болевой, тактильной чувствительности
В) некроз кожи
Г) побледнение кожи, восстановление чувствительности при отогревании
ПРИ ТЕПЛОВОМ УДАРЕ ПОТОТДЕЛЕНИЕ

А) прекращается
Б) увеличивается
В) несколько снижается
Г) не изменяется

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЭЛЕКТРОТРАВМЫ

А) потеря сознания, «мраморность» кожи, одышка, тахикардия, аритмия, гипотензия, ожог, шок
Б) кома, ларингоспазм, ДН, сердечная аритмия, артериальная гипотензия, ожог, шок
В) сознание сохранено, возбуждение, бледность, тахикардия, одышка
Г) клиническая смерть, фибрилляция желудочков сердца, остановка кровообращения

К ПОКАЗАТЕЛЮ ТЯЖЕСТИ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

А) степень дыхательной недостаточности
Б) температуру
В) кашель
Г) локализованные хрипы

ПИОТОРАКС ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПНЕВМОНИИ

А) стафилококковой
Б) пневмоцистной
В) легионеллезной
Г) пневмококковой

ДЛЯ ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА ХАРАКТЕРНО

А) укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в здоровую сторону
Б) коробочный характер перкуторного звука над экссудатом
В) усиленное голосовое дрожание и выраженная бронхофония над экссудатом
Г) укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в больную сторону

ПРИЧИНОЙ ЭКСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

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

ПРИЗНАК, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

А) повышение хлоридов в поте и моче
Б) жесткое дыхание
В) гиперпродукция вязкой прозрачной мокроты
Г) рассеянные непостоянные сухие свистящие хрипы

ОБЪЁМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА 1 СЕК (FEV), ФОРСИРОВАННАЯ ЖИЗНЕННАЯ ЕМКОСТЬ (FCV) И МАКСИМАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ ВЫДОХА (PEF) У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 5 ЛЕТ ПОЗВОЛЯЮТ ОЦЕНИТЬ

А) степень бронхиальной обструкции
Б) степень выраженности инфекционного процесса
В) состояние иммунной системы организма
Г) степень аллергизации организма
С ПОМОЩЬЮ ПИКФЛОУМЕТРА ИЗМЕРЯЕТСЯ
А) максимальная (пиковая) скорость выдоха (PEF)
Б) жизненная емкость легких
В) остаточный объем легких
Г) общая емкость выдоха
ОБСТРУКТИВНЫМ ЛЕГОЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) бронхиальная астма
Б) эозинофильная пневмония
В) фиброзирующий альвеолит
Г) экзогенный аллергический альвеолит
ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХООБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) ателектаз
Б) пиоторакс
В) абсцесс
Г) напряжённый пневмоторакс
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) экспираторной одышкой
Б) афонией
В) инспираторной одышкой
Г) дизурией
ГИПЕРТЕРМИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ВЫШЕ ___ °С
А) 39,1
Б) 37,5
В) 38,1
Г) 38,5
К СИМПТОМУ, НЕ ХАРАКТЕРНОМУ ДЛЯ ГИПЕРТЕРМИИ, ОТНОСЯТ
А) полиурию
Б) озноб
В) потливость
Г) тахикардию
К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОМУ ОСЛОЖНЕНИЮ ГИПЕРТЕРМИИ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ
А) судороги
Б) рвоту
В) диарею
Г) приступ кашля
НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ГИПЕРТЕРМИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) развитие инфекционных заболеваний
Б) нервный стресс

В) перегрев ребенка
Г) прекращение грудного вскармливания
НОРМАЛЬНОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ У ДЕТЕЙ ПОДДЕРЖИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
А) сосудистого спазма
Б) снижения температуры
В) гиперфункции парасимпатического отдела ЦНС
Г) перераспределения лимфы
К ХАРАКТЕРИСТИКАМ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ГЕПАТИТА В ОТНОСЯТ
А) хронизацию процесса
Б) сезонность
В) отсутствие возрастных особенностей
Г) нестойкий иммунитет
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А ПЕРЕДАЕТСЯ _____ ПУТЕМ
А) фекально-оральным
Б) трансмиссивным
В) вертикальным
Г) половым
КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ ПЕРЕДАЮТСЯ _____ ПУТЕМ
А) фекально-оральным
Б) половым
В) трансмиссивным
Г) перкутанным
ОСНОВНОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА
А) алиментарный
Б) трансплацентарный
В) воздушно-капельный
Г) парентеральный
ЗАРАЖЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ПРОИСХОДИТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО_____ ПУТЕМ
А) контактно-бытовым
Б) водным
В) трансплацентарным
Г) алиментарным
ДЕФИЦИТ МАССЫ ПРИ ГИПОТРОФИИ I СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ ____ % ОТ НОРМЫ
А) 10-20
Б) 20-30
В) 5-10
Г) 40-50
РАВНОМЕРНЫЙ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ МАССЫ И ДЛИНЫ ТЕЛА НАЗЫВАЕТСЯ
А) гипостатурой
Б) паратрофией

В) гипотрофией
Г) гипосомией
ПРИЗНАКОМ НЕЗРЕЛОСТИ НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) выраженная пушковость на коже
Б) шелушение кожи
В) наличие «монголоидных» пятен
Г) увеличение размеров большого родничка
РЕБЕНКОМ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА СЧИТАЕТСЯ НОВОРОЖДЕННЫЙ С МАССОЙ _____ Г
А) 1500-2500
Б) 1000-1500
В) менее 1000
Г) 2500-3000
ЧРЕЗМЕРНО КРУПНЫМ РЕБЕНКОМ СЧИТАЕТСЯ НОВОРОЖДЕННЫЙ С МАССОЙ ТЕЛА БОЛЕЕ _____ Г
А) 4500
Б) 4000
В) 5000
Г) 3500
ПО ГЕСТАЦИОННОМУ ВОЗРАСТУ НЕДОНОШЕННЫМИ СЧИТАЮТСЯ ДЕТИ, РОДИВШИЕСЯ В СРОК ДО ____ НЕДЕЛЬ
А) 37
Б) 38
В) 39
Г) 40
РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЭПИГЛОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) тень увеличенного надгортанника
Б) симптом «шпиля»
В) шейный спондилез
Г) наличие негомогенных прикорневых затемнений
ВЕРОЯТНОСТЬ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ СЧИТАЕТСЯ ВЫСОКОЙ ПРИ СОДЕРЖАНИИ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА В КРОВИ _____ НГ/МЛ
А) более 2
Б) 0,5
В) 1
Г) до 0,5
НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ
А) вирусы
Б) бактерии
В) грибки
Г) простейшие
ОСТРЫЙ СТРЕПТОКОККОВЫЙ ТОНЗИЛЛИТ В ТИПИЧНЫХ СЛУЧАЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А) острым началом заболевания, болью в горле, гипертермией, выраженными симптомами интоксикации
Б) постепенным началом, субфебрильной температурой, невыраженными симптомами интоксикации
В) умеренными катаральными явлениями в носоглотке, отсутствием температурной реакции и симптомов интоксикации
Г) бессимптомным течением

ОТОСКОПИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ КАТАРАЛЬНОГО ОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) гиперемия барабанной перепонки без выбухания и гноя
Б) гиперемия барабанной перепонки с выбуханием и гноем в полость среднего уха
В) перфорация барабанной перепонки и гноетечение
Г) неизмененная барабанная перепонка при жалобах на заложенность носа и ушей

АУСКУЛЬТАТИВНО ДИФФУЗНОЕ ОСЛАБЛЕННОЕ ДЫХАНИЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ
А) приступе бронхиальной астмы
Б) коклюше
В) неосложненной пневмонии
Г) остром бронхите

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПАРАКЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПНЕВМОНИЮ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях
Б) спирография
В) компьютерная томография легких
Г) пикфлоуметрия

ДИАГНОЗ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА ВЫСТАВЛЯЕТСЯ ПРИ
А) повторных эпизодах острого бронхита 2-3 и более раз в год на фоне респираторных вирусных инфекций
Б) обострениях хронического воспаления бронхов 2-3 и более раз в год на протяжении 2-х и более лет подряд
В) повторных эпизодах обструктивного бронхита
Г) приступах бронхиальной астмы 1-2 раза в неделю

ЭКСПРЕСС-ТЕСТОМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАСЫЩЕНИЯ КРОВИ КИСЛОРОДОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ
А) пульсоксиметрия
Б) манометрия
В) лабораторное определение газового состава крови
Г) анализ окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина

СОГЛАСНО РОССИЙСКИМ КРИТЕРИЯМ ДЕТИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ВКЛЮЧАЮТСЯ В ГРУППУ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПРИ ЧАСТОТЕ ЭПИЗОДОВ ОРЗ _____И БОЛЕЕ РАЗ В ГОД

А) 4
Б) 2
В) 6
Г) 8

СОГЛАСНО РОССИЙСКИМ КРИТЕРИЯМ ДЕТИ ОТ 1 ГОДА ДО 3-Х ЛЕТ ВКЛЮЧАЮТСЯ В ГРУППУ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПРИ ЧАСТОТЕ ЭПИЗОДОВ ОРЗ _____ И БОЛЕЕ РАЗ В ГОД

А) 6
Б) 8
В) 4
Г) 2

АФФЕКТИВНО-РЕСПИРАТОРНЫЙ ПРИСТУП ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А) возникновением апноэ на высоте возбуждения
Б) длительностью пароксизма от нескольких секунд до нескольких часов
В) возникновением судорог на фоне гипертермии
Г) отсутствием полного восстановления сознания между припадками

ПЕРЕД ДОПУСКОМ РЕБЕНКА К ЗАНЯТИЯМ В СПОРТИВНОЙ СЕКЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ

А) ЭКГ
Б) спирографии
В) холтеровского мониторирования ЭКГ
Г) рентгенографии органов грудной клетки

ДЛЯ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПО ВАГОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ ХАРАКТЕРЕНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А) мраморность кожи
Б) склонность к гипертермии
В) белый дермографизм
Г) тахикардия

ПРИ НЕРЕВМАТИЧЕСКОМ КАРДИТЕ НА ЭХОКАРДИОГРАФИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

А) снижение фракции выброса
Б) уменьшение полостей сердца
В) наличие вегетации на клапанах
Г) пролабирование створок митрального клапана в полость левого желудочка

ЭКГ РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ЭКГ ПОДРОСТКА

А) отклонением электрической оси сердца вправо
Б) отсутствием зубца Q в грудных отведениях
В) отрицательными зубцами Т в левых грудных отведениях
Г) отсутствием зубцов Р

ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ СЫПИ

А) на спинке носа, щеках
Б) на животе

В) на разгибательных поверхностях конечностей
Г) в межпальцевых промежутках
ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ БОЛЕЕ 200 В МИНУТУ ПРИ СОХРАНЕННОМ ЗУБЦЕ Р ПЕРЕД КАЖДЫМ КОМПЛЕКСОМ QRS У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ
А) пароксизмальной предсердной тахикардии
Б) пароксизмальной желудочковой тахикардии
В) атриовентрикулярной блокады 2 степени
Г) предсердной экстрасистолии
К ПЕРЕЧНЮ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ОТНОСИТСЯ
А) электрокардиография
Б) ангиография сосудов конечностей
В) компьютерная томография головного мозга
Г) рентгенография органов грудной клетки
ПРИ ВЫСЛУШИВАНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ ПАТОЛОГИЮ _____ КЛАПАНА
А) легочного
Б) аортального
В) митрального
Г) трехстворчатого
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ФОРМЫ СЕРДЦА В ВИДЕ «ДЕРЕВЯННОГО БАШМАКА» ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А) тетрады Фалло
Б) транспозиции магистральных сосудов
В) тотального аномального дренажа легочных вен
Г) коарктации дуги аорты
СНИЖЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
А) аортальной недостаточности
Б) коарктации аорты
В) гемолитической анемии
Г) стенозе почечных артерий
К ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ЭКГ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОТНОСИТСЯ
А) отрицательный зубец Т в правых грудных отведениях
Б) дельта-волна
В) полная блокада правой ножки пучка Гиса
Г) отклонение электрической оси сердца влево
К СЕЛЕКТИВНЫМ МАРКЕРАМ МИОКАРДИАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ОТНОСЯТ
А) креатинфосфокиназу и МВ-фракции
Б) С-реактивный белок

В) аспартатаминотрансферазу
Г) аланинаминотрансферазу
ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) ослабление 1 тона
Б) усиление 2 тона на легочной артерии
В) систолический шум вдоль нижней половины левого края грудины
Г) брадикардия
АСИМПТОМАТИЧЕСКОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ СЧИТАЕТСЯ
А) наличие бактерий в моче (более 105 КОЕ в 1 мл мочи) у ребенка без жалоб и клинических симптомов заболевания мочевой системы
Б) повреждение почек, проявляющееся фиброзом и деформацией чашечно-лоханочной системы, в результате повторных атак инфекции
В) бактериурия (более 105 КОЕ в 1 мл мочи), обнаруженная при обследовании у ребенка с клиническими симптомами заболевания мочевой системы
Г) воспалительное заболевание почечной паренхимы и лоханки, возникшее вследствие бактериальной инфекции
У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ДИЗУРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
А) встречаются редко
Б) являются основными проявлениями заболевания
В) не встречаются
Г) являются абсолютным диагностическим критерием заболевания
К ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ КОМПЛЕКСУ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ИНФЕКЦИЮ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ОТНОСЯТ
А) общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, анализ мочи по Нечипоренко, УЗИ почек
Б) общеклинические анализы крови и мочи, анализ мочи по Нечипоренко, Аддису-Каковскому, Зимницкому
В) общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, экскреторную урографию
Г) общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ почек, микционную цистографию
ДИАГНОЗ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У РЕБЕНКА ПЕРВЫХ 6 МЕСЯЦЕВ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ
А) лейкоцитурии более 10 в поле зрения, бактериурии более 100 000 микробных единиц/мл при посеве мочи на стерильность
Б) лейкоцитурии более 4-5 в поле зрения и бактериурии более 50 000 микробных единиц/мл при посеве мочи на стерильность
В) изолированной пиурии и положительного нитратного теста
Г) макрогематурии, протеинурии
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ БИЛЛИАРНОГО ТРАКТА ПРИМЕНЯЕТСЯ СИМПТОМ

А) Кера
Б) Аркавина
В) Филатова
Г) Брудзинского
К СИМПТОМАМ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ОТНОСИТСЯ
А) ринорея
Б) наличие отделяемого из носа гнойного характера
В) осиплость голоса
Г) наличие рецидивирующих носовых кровотечений
В ПЕРЕЧЕНЬ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА БРОНХИАЛЬНУЮ АСТМУ ВХОДИТ
А) определение общего IgE
Б) пикфлоуметрия
В) спирография
Г) проведение скарификационных проб
К ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСИТСЯ
А) кожный зуд
Б) лихенификация на сгибательных поверхностях конечностей
В) периорбитальная гиперпигментация
Г) кератоконус
ДЕТСКАЯ ФОРМА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ВЫСТАВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ
А) 2–11 лет
Б) 1-12 месяцев
В) старше 12 лет
Г) 1-2 года
К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТНОСИТСЯ
А) продольная суборбитальная складка
Б) наличие зудящихся папул, расположенных линейно, попарно
В) отягощенный аллергоанамнез
Г) наличие микровезикул на лице и разгибательных поверхностях конечностей
ОЦЕНКУ ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРОВОДЯТ ПО
А) шкале SCORAD
Б) шкале GINA
В) опроснику ISAAC
Г) шкале ROSS
АНЕМИЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА СЧИТАЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ _____ Г/Л
А) 110
Б) 120

В) 100
Г) 130
РЕЗУЛЬТАТ ПРОБЫ МАНТУ СЧИТАЕТСЯ СОМНИТЕЛЬНЫМ ПРИ НАЛИЧИИ
А) инфильтрата от 2 до 4 мм
Б) инфильтрата более 5 мм
В) уколочной реакции (до 1 мм)
Г) гиперемии до 16 мм
РЕЗУЛЬТАТ ПРОБЫ МАНТУ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ПРИ НАЛИЧИИ
А) инфильтрата более 5 мм
Б) инфильтрата от 2 до 4 мм
В) уколочной реакции (до 1 мм)
Г) гиперемии до 16 мм
ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СРЕДНЕГО УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД), РАССЧИТАННОГО НА ОСНОВАНИИ ТРЕХ ИЗМЕРЕНИЙ БОЛЕЕ 95-ГО ПРОЦЕНТИЛЯ КРИВОЙ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ АД В ПОПУЛЯЦИИ ДЛЯ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ВОЗРАСТА, ПОЛА И РОСТА РЕБЕНКА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ
А) артериальная гипертензия
Б) высокое нормальное давление
В) гипертоническая болезнь
Г) нормальное артериальное давление
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТОНИЯ У РЕБЕНКА 7-9 ЛЕТ РЕГИСТРИРУЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НИЖЕ _____ ММ РТ. СТ.
А) 80/40
Б) 90/50
В) 70/40
Г) 100/60
ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ У РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) артериальное давление на руках выше, чем на ногах
Б) артериальное давление на ногах выше, чем на руках
В) сохраненная пульсация на бедренных артериях
Г) артериальная гипотония
ШКАЛА ROSS ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НЕ ВКЛЮЧАЕТ
А) объем мочи за одно мочеиспускание
Б) продолжительность кормления
В) объем питания на одно кормление
Г) частоту дыхания
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ ПЕЧЕНИ БОЛЕЕ___ СМ ИЗ-ПОД КРАЯ РЕБЕРНОЙ ДУГИ ПО СРЕДНЕКЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ

А) 2
Б) 1
В) 3
Г) 4
К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСИТСЯ
А) пенетрация
Б) желтуха
В) долихоколон
Г) холецистохолангит
К СИМПТОМАМ НАРУШЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У РЕБЕНКА С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОТНОСЯТ
А) дистальный гипергидроз, артериальная гипотония, брадикардия
Б) диспепсические явления, сниженный аппетит
В) интенсивный характер ночной и «голодной» боли
Г) неустойчивость стула, склонность к запорам
В ФАЗЕ ОБОСТРЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ
А) Менделя
Б) Филатова
В) Ситковского
Г) Ровсинга
СТЕНОЗ ПИЛОРОБУЛЬБАРНОЙ ЗОНЫ У РЕБЕНКА С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ НАЛИЧИИ
А) рвоты пищей, съеденной накануне, приносящей облегчение, усиления перистальтики желудка
Б) рвоты цвета «кофейной гущи», черного дегтеобразного стула
В) рвоты, не приносящей облегчения, усиления болевого синдрома с иррадиацией в спину
Г) многократной рвоты и жидкого стула, лихорадки, симптомов интоксикации
ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ УМЕНЬШЕНИЯ ГИПЕРЕМИИ, СГЛАЖИВАНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ВАЛА, ПРИЗНАКОВ ОЧИЩЕНИЯ ДНА ЯЗВЫ ОТ ФИБРИНА СООТВЕТСТВУЕТ ___ СТАДИИ ЯЗВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ
А) II
Б) I
В) III
Г) IV
К НЕИНВАЗИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ВЫЯВЛЕНИЯ HELICOBACTERPYLORI (H. PYLORI) ОТНОСИТСЯ
А) изотопный уреазный дыхательный тест
Б) биохимический метод (быстрый уреазный тест)
В) иммуногистохимический метод с применением моноклональных антител
Г) выявление H.pylori в слизистой оболочке желудка методом полимеразной цепной реакции

МАНИФЕСТАЦИЯ ЦЕЛИАКИИ ОБЫЧНО ПРОИСХОДИТ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ В РАЦИОН ПИТАНИЯ РЕБЕНКА
А) глютенсодержащих продуктов
Б) молока и молочных продуктов
В) высокобелковых продуктов, содержащих фенилаланин
Г) фруктовых и овощных пюре и соков
УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ДОЛЖЕН НАПРАВИТЬ РЕБЕНКА НА КОНСУЛЬТАЦИЮ К ФТИЗИАТРУ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОБЫ МАНТУ В СЛУЧАЕ ОБНАРУЖЕНИЯ
А) инфильтрата 5 мм при отрицательной пробе Манту один год назад
Б) уколочной реакции при папуле 2 мм один год назад
В) инфильтрата 8 мм при инфильтрате 11 мм один год назад
Г) инфильтрата 5 мм через один год после ревакцинации БЦЖ
1358. [Т007444] К ХАРАКТЕРИСТИКАМ КИШЕЧНЫХ КОЛИК ОТНОСЯТ
А) появление болезненного плача в течение трех и более часов в день
Б) болезненную дефекацию, увеличение интервалов между актами дефекации
В) начало симптомов после введения прикорма в виде глютеновых каш
Г) утренние часы их появления
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕОБХОДИМА ТРИАДА СИМПТОМОВ
А) протеинурия, гипоальбуминемия, гиперлипидемия
Б) гематурия, лейкоцитурия, протеинурия
В) изостенурия, никтурия, протеинурия
Г) полиурия, гликозурия, кетонурия
ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНА
А) протеинурия более 2,5-3,0 г/л
Б) гематурия более 1млн./сутки
В) бактериурия более 100000/мл
Г) лейкоцитурия более 40 млн./сутки
ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) повышением СОЭ
Б) лейкопенией
В) эозинофилией
Г) тромбоцитопенией
В БИОХИМИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВИ ПРИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ИНДИКАТОРОМ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ
А) повышение щелочной фосфатазы
Б) повышение прямого билирубина
В) понижение непрямого билирубина
Г) понижение щелочной фосфатазы и повышение непрямого билирубина
НАИБОЛЬШЕЕ СХОДСТВО КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ У ДЕТЕЙ ИМЕЕТ С

А) болезнью Крона
Б) желчекаменной болезнью
В) хроническим гастритом
Г) энтеробиозом
К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОТНОСЯТСЯ
А) отрыжка, симптом «мокрого пятна», боль за грудиной
Б) тахикардия, боль за грудиной, изжога, тошнота после приема пищи
В) рвота цвета «кофейной гущи», черный дегтеобразный стул, интенсивные боли в эпигастральной области
Г) интенсивный характер ночной и «голодной» боли, неустойчивость стула, склонность к запорам
СИМПТОМОМ ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ
А) сухой надсадный кашель
Б) увеличение затылочных лимфоузлов
В) экспираторная одышка
Г) конъюнктивит
ПРИЗНАКОМ ГИПОТРОФИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) хроническое расстройство питания с дефицитом массы тела
Б) существенный дефицит массы тела
В) периодический дефицит массы тела
Г) эпизодическое снижение массы тела
РАВНОМЕРНЫЙ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ МАССЫ И РОСТА НАЗЫВАЕТСЯ
А) гипостатурой
Б) паратрофией
В) гипотрофией
Г) кахексией
К НАЧАЛЬНЫМ СИМПТОМАМ ХРОНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ ОТНОСЯТСЯ
А) бледность кожных покровов, снижение массы тела, уменьшение толщины подкожножирового слоя
Б) повышение температуры тела, бледность кожных покровов, снижение массы тела
В) снижение массы тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя, повышение температуры тела
Г) повышение температуры тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя, бледность кожных покровов
ТЕРМИН «ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ» В ПЕДИАТРИИ ПОНИМАЕТСЯ КАК ДИНАМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС
А) роста и биологического созревания ребёнка в том или ином периоде детства
Б) роста ребёнка и биологического созревания отдельных систем

В) роста ребёнка в том или ином периоде детства и биологического созревания отдельных органов и систем ребенка
Г) биологического созревания отдельных органов и систем ребенка
«БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ РЕБЁНКА» ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) индивидуальным темпом биологического развития в целом
Б) совокупностью функциональных признаков
В) совокупностью антропометрических признаков
Г) диспропорцией в развитии отдельных органов и систем
ДЛЯ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА РЕБЁНКА В 1 МЕСЯЦ ХАРАКТЕРНО
А) плавное прослеживание движущегося предмета, сосредоточение взгляда на неподвижном предмете (лице взрослого)
Б) удержание в поле зрения неподвижного предмета (лица взрослого) и зрительное сосредоточение в вертикальном положении
В) длительное слежение за движущейся игрушкой или взрослым
Г) зрительное сосредоточение в вертикальном положении
ЭМОЦИИ РЕБЕНКА В 4 МЕСЯЦА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
А) смехом
Б) появлением «комплекса оживления» в ответ на эмоциональное общение с ним
В) быстрым ответом улыбкой на разговор с ним взрослого
Г) радостью от общения с другим ребенком, гулением
РЕБЁНОК СПОСОБЕН УВЕРЕННО БРАТЬ ИГРУШКИ, НАХОДЯСЬ В ЛЮБОМ ПОЛОЖЕНИИ, ПОДОЛГУ ЗАНИМАТЬСЯ С НИМИ, ПЕРЕКЛАДЫВАЯ ИЗ РУКИ В РУКУ В _____ МЕСЯЦЕВ
А) 6
Б) 9
В) 8
Г) 10
СКРЫТАЯ ТЕТАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А) спазмофилии
Б) гипервитаминоза D
В) рахита
Г) гипотрофии
НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ _____ ММОЛЬ/Л
А) 2,2 – 2,7
Б) 1,29 – 2,26
В) 1,2 – 2,55
Г) 1,25 – 1,35
НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ФОСФОРА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ _____ ММОЛЬ/Л
А) 1,1 – 1,4
Б) 0,2 – 0,7
В) 3,0 – 3,3

Г) 2,2 – 2,7
ЗАПОДОЗРИТЬ У РЕБЕНКА ТЕТАНИЮ МОЖНО ПО
А) беспокойству, вздрагиванию
Б) адинамии
В) анемии
Г) плохому аппетиту
АНЕМИИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ СООТВЕТСТВУЕТ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА _____ Г/Л
А) 76
Б) 106
В) 96
Г) 56
РЕБЁНОК ДОЛЖЕН САМОСТОЯТЕЛЬНО СТОЯТЬ С _____ МЕСЯЦЕВ
А) 11
Б) 12
В) 10
Г) 8
РЕБЁНОК ДЕЛАЕТ ПЕРВЫЕ САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ ШАГИ С _____ МЕСЯЦЕВ
А) 12
Б) 9
В) 10
Г) 14
РЕБЁНОК УДЕРЖИВАЕТ ГОЛОВУ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ С _____ МЕСЯЦЕВ
А) 3
Б) 1,5
В) 2
Г) 4
РЕБЁНОК НАЧИНАЕТ ПЕРЕВОРАЧИВАТЬСЯ СО СПИНЫ НА ЖИВОТ С _____ МЕСЯЦЕВ
А) 5
Б) 6
В) 7
Г) 4
РЕБЁНОК НАЧИНАЕТ ПЕРЕВОРАЧИВАТЬСЯ С ЖИВОТА НА СПИНУ С _____ МЕСЯЦЕВ
А) 6
Б) 4
В) 7
Г) 5
РЕБЁНОК В 12 МЕСЯЦЕВ ПЬЕТ
А) самостоятельно из чашки, сам берёт и держит её руками
Б) из бутылочки, которую держит взрослый, придерживая её руками

В) из чашки, которую держит взрослый
Г) из чашки, слегка придерживая её руками
ОСОБЕННОСТЯМИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА ПЕРВЫХ 3 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) физиологический гипертонус мышц верхних и нижних конечностей
Б) гипотонус мышц верхних конечностей в сочетании с физиологическим гипертонусом мышц нижних конечностей
В) физиологический гипертонус мышц верхних конечностей в сочетании с гипотонусом мышц нижних конечностей
Г) гипотонус мышц верхних и нижних конечностей
КАТАРАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ПАРАГРИППЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) слизистыми выделениями из носа, гиперемией зева, грубым сухим кашлем
Б) яркой отграниченной гиперемией зева, гнойным выпотом в лакунах
В) частым навязчивым коклюшеподобным кашлем
Г) гнойными выделениями из носа, влажным кашлем
ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА?
А) атипичные мононуклеары в ОАК
Б) экспираторная одышка
В) эозинофилия в ОАК
Г) усиление бронхососудистого рисунка на R-грамме
ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ОСТРЫХ ТОНЗИЛЛИТОВ МОГУТ БЫТЬ
А) стрептококки
Б) гонококки
В) менингококк
Г) иерсении
ВОЗБУДИТЕЛЕМ КОКЛЮША ЯВЛЯЕТСЯ ПАЛОЧКА
А) Борде-Жангу
Б) Леффлера
В) веретенообразная
Г) Коха
ВНЕБОЛЬНИЧНЫЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТСЯ
А) пневмококком
Б) протеем
В) хламидиями
Г) микоплазмой
ПРИЧИНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) врожденный порок сердца
Б) бронхолегочная дисплазия
В) ОРВИ
Г) «спортивное сердце»
О БРАДИКАРДИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ГОВОРЯТ ПРИ УМЕНЬШЕНИИ ЧСС МЕНЕЕ ___ УД/МИН

А) 100
Б) 90
В) 80
Г) 70
ВЕДУЩИМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ПРИ СИНДРОМЕ WPW ЯВЛЯЕТСЯ
А) наличие пучка Кента
Б) неполная блокада правой ножки пучка Гиса
В) слабость синусового узла
Г) сердечная недостаточность
КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕЯ ГИПОТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ДО 10 ЛЕТ?
А) <70 mmHg + [возраст ребенка в годах × 2], mmHg
Б) ≥70 mmHg + [возраст ребенка в годах × 3], mmHg
В) ≤ 25процентиля
Г) ≤ 50 процентиля
КЛАССИФИКАЦИЯ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ВКЛЮЧАЕТ СТЕПЕНИ
А) 1, 2, 3А, 3Б, 4
Б) 1, 2, 3
В) 1, 2, 3, 4, 5
Г) 1, 2, 3А, 3Б
ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ ПРИБАВКА РОСТА РЕБЕНКА 10-12 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ ___ СМ
А) 1-1,5
Б) 2
В) 2,5
Г) 3
СРЕДНЯЯ МАССА ТЕЛА ГОДОВАЛОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ ___ КГ
А) 10,0
Б) 9,0
В) 11,0
Г) 12,0
СРЕДНИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОКРУЖНОСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЮТ
А) 32-34
Б) 30-32
В) 34-36
Г) 36-38
ДЕФИЦИТ МАССЫ ПРИ ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ГИПОТРОФИИ СОСТАВЛЯЕТ
А) более 30
Б) 20-30%
В) 30-40%
Г) более 50
СРЕДНИЙ РОСТ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 8 ЛЕТ - ___ СМ

А) 130
Б) 120
В) 140
Г) 135
СРЕДНЕЕ ЗНАЧЕНИЕ МАССО-РОСТОВОГО ИНДЕКСА ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ
А) 55 – 65
Б) 40 – 55
В) 30 - 35
Г) 70 – 85
ДЕФИЦИТ МАССЫ ПРИ 1 СТЕПЕНИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ГИПОТРОФИИ СОСТАВЛЯЕТ
А) 10-20
Б) 5-10
В) 20-30
Г) 30-40
СРЕДНИЙ РОСТ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ ОДНОГО ГОДА СОСТАВЛЯЕТ ___ СМ
А) 75
Б) 70
В) 65
Г) 80
ПРИ ГИПОТРОФИИ II СТЕПЕНИ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ СЛОЙ У ДЕТЕЙ СОХРАНЯЕТСЯ ТОЛЬКО НА
А) лице
Б) туловище
В) животе
Г) верхних конечностях
ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ СРЕДНЯЯ ПРИБАВКА РОСТА У ДЕТЕЙ 1-3 МЕС. СОСТАВЛЯЕТ ___ СМ
А) 3
Б) 2
В) 1
Г) 4
СРЕДНЯЯ МАССА ТЕЛА ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ ____ Г
А) 3000-3500
Б) 2500-3000
В) 3500-4000
Г) 4000-4500
РЕФЛЕКС БАБИНСКОГО ИСЧЕЗАЕТ К
А) 2 годам
Б) 8 месяцам
В) 1 году
Г) 6 месяцам

ДВИЖЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
А) хаотичностью
Б) координированностью
В) целенаправленностью
Г) ограничением объема
МИЕЛИНИЗАЦИЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН В ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К
А) 3-5 годам
Б) 1 году
В) 2-3 годам
Г) 6 месяцу
ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ГИПЕРТОНУС МЫШЦ СГИБАТЕЛЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ИСЧЕЗАЕТ К _____ МЕСЯЦУ
А) 4
Б) 2
В) 6
Г) 8
В КАКОМ ВОЗРАСТЕ УГАСАЕТ РЕФЛЕКС ПОЛЗАНИЯ БАУЭРА?
А) к 4 месяцам
Б) к концу 1 года
В) к 6 месяцам
Г) к концу 1 месяца
ВЕРХНИЙ РЕФЛЕКС ЛАНДАУ ФОРМИРУЕТСЯ К _____ МЕСЯЦУ
А) 4
Б) 6
В) 2
Г) 8
РЕФЛЕКС ОПОРЫ И АВТОМАТИЧЕСКОЙ ПОХОДКИ СОХРАНЯЕТСЯ В НОРМЕ ДО ___ МЕСЯЦЕВ
А) 2
Б) 6
В) 8
Г) 10
СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ НАЧАЛА УДЕРЖИВАНИЯ ГОЛОВЫ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ
А) 2 месяца
Б) 1 месяц
В) 3 месяца
Г) 4 месяца
ПРИМЕРНЫЙ ВОЗРАСТ РЕБЕНКА, ЕСЛИ ОН ИМЕЕТ РОСТ 123 СМ И МАССУ ТЕЛА 24 КГ, СОСТАВЛЯЕТ ___ ЛЕТ
А) 7
Б) 6
В) 5
Г) 8

КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО СЛОВ РЕБЕНОК ПРОИЗНОСИТ В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА?
А) 8-10
Б) 5-6
В) 30-40
Г) 15-20
НИЖНИЙ РЕФЛЕКС ЛАНДАУ ФОРМИРУЕТСЯ К ____ МЕСЯЦАМ
А) 5
Б) 10
В) 2
Г) 8
ПОВЫШЕНИЕ ВЛАЖНОСТИ КОЖИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПРОЯВЛЕНИЯ
А) начального периода рахита
Б) гипотрофии
В) полиомиелита
Г) пиелонефрита
ПРИ ГИПОТРОФИИ ОТМЕЧАЕТСЯ
А) снижение тургора тканей
Б) повышение тургора тканей
В) повышение эластичности кожи
Г) повышение ломкости капилляров кожи
СООТНОШЕНИЕ БЕЛКОВ, ЖИРОВ И УГЛЕВОДОВ В РАЦИОНЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА СОСТАВЛЯЕТ
А) 1 : 1 : 4
Б) 1 : 2 : 3
В) 1 : 3 : 4
Г) 2 : 3 : 4
АДЕКВАТНОСТЬ ПОТООТДЕЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ ФОРМИРУЕТСЯ К ВОЗРАСТУ
А) 7-8 лет
Б) 10-14 дней
В) 7-8 недель
Г) 3-4 месяцев
ФОРМУЛА ДЛЯ РАСЧЁТА КОЛИЧЕСТВА МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У РЕБЁНКА ДО 1 ГОДА
А) n – 4
Б) n + 4
В) 4n – 20
Г) 20 – 2n
У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА
А) преобладает тонус мышц-сгибателей
Б) снижен тонус мышц-сгибателей
В) преобладает тонус мышц-разгибателей
Г) снижен тонус мышц-разгибателей
ПРОРЕЗЫВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К

А) 2-2,5 годам
Б) 3-3,5 годам
В) 1 году
Г) 4 годам
ВОЗРАСТ ЗАКРЫТИЯ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА СОСТАВЛЯЕТ _____ МЕС.
А) 12-18
Б) 1-2
В) 6-12
Г) 18-24
МАЛЫЙ РОДНИЧОК ЗАКРЫВАЕТСЯ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ К
А) 4-8 неделям
Б) 2 неделям
В) 12 месяцам
Г) 3 месяцам
РЕЦЕПТОРНЫЙ АППАРАТ МЫШЦ РЕБЕНКА СФОРМИРОВАН К
А) моменту рождения
Б) 7 – 9 месяцам
В) 6 – 7 годам
Г) 15 годам
ЗАПАДЕНИЕ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
А) эксикозе
Б) микроцефалии
В) крике
Г) гидроцефалии
ПРИ ПРОРЕЗЫВАНИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ВНАЧАЛЕ ПОЯВЛЯЮТСЯ
А) первые моляры
Б) верхние боковые резцы
В) клыки
Г) верхние средние резцы
УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ _____ ММОЛЬ/Л
А) 2,5-2,8
Б) 1,2 - 2,0
В) 2,8– 3,2
Г) 2,0 – 2,2
ПРАВОЕ ЛЕГКОЕ СОСТОИТ ИЗ ___ СЕГМЕНТОВ
А) 10
Б) 9
В) 11
Г) 3
КАКОЙ ХАРАКТЕР ДЫХАНИЯ ПРОСЛУШИВАЕТСЯ У ГОДОВАЛОГО РЕБЕНКА?
А) пуэрильное

Б) везикулярное
В) жесткое
Г) бронхиальное
ЧЕМ МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ ВЫСОКУЮ ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ЛОЖНОГО КРУПА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?
А) узостью голосовой щели
Б) склонностью к бронхоспазму
В) узостью просвета бронхов
Г) узостью носовых ходов
ПУЭРИЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) усиленным везикулярным
Б) бронхиальным
В) ослабленным бронхиальным
Г) ослабленным жестким
КАКОЙ ТИП ДЫХАНИЯ ПРЕОБЛАДАЕТ У ДЕВОЧЕК ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА?
А) грудной
Б) брюшной
В) грудо-брюшной
Г) диафрагмальный
ПОД ТЕРМИНОМ «ТАХИПНОЭ» ПОНИМАЮТ
А) учащение дыхания
Б) углубление дыхания
В) урежение дыхания
Г) поверхностное дыхание
У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В МИНУТУ СОСТАВЛЯЕТ
А) 20
Б) 30-35
В) 25-30
Г) 16-18
ЧАСТОМУ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ У НОВОРОЖДЕННЫХ СПОСОБСТВУЕТ НЕДОРАЗВИТИЕ
А) эластической ткани
Б) хрящей
В) мышечной ткани
Г) ацинусов
КОРОБОЧНЫЙ ОТТЕНОК ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ
А) выраженной эмфиземе
Б) пневмонии
В) скоплении жидкости в плевральной полости
Г) сухом плеврите
ОТНОСИТЕЛЬНАЯ РЕДКОСТЬ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

А) недоразвитием кавернозной части подслизистой ткани
Б) сухостью слизистой оболочки
В) отсутствием нижнего носового хода
Г) слабой васкуляризацией
ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В МИНУТУ У ГОДОВАЛОГО РЕБЁНКА СОСТАВЛЯЕТ ____
А) 30-35
Б) 40-60
В) 25
Г) 20
ГОРТАНЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ИМЕЕТ ФОРМУ
А) воронкообразную
Б) удлиненную
В) бочкообразную
Г) сосуда
ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В МИНУТУ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ
А) 40-60
Б) 60-80
В) 20-40
Г) 20-30
В 12 ЛЕТ ЧИСЛО СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ В 1 МИНУТУ СОСТАВЛЯЕТ
А) 80
Б) 100
В) 90
Г) 60
КАКАЯ СТРУКТУРА ОБЕСПЕЧИВАЕТ СООБЩЕНИЕ МЕЖДУ БОЛЬШИМ И МАЛЫМ КРУГОМ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПЛОДА?
А) боталлов проток
Б) аранцев проток
В) пупочная вена
Г) воротная вена
ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОБА
А) Шалкова
Б) Мак-Клюра
В) молоточковая
Г) щипковая
У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
А) на 2 см латеральнее от левой средне-ключичной линии
Б) по левой средне-ключичной линии
В) по левому краю грудины
Г) на 2 см медиальнее от левой средне-ключичной линии

У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА СЕРДЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НА УРОВНЕ
А) II ребра
Б) II межреберья
В) III ребра
Г) III межреберья
СМЕЩЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ
А) гипертрофии левого желудочка
Б) асците
В) перитоните
Г) метеоризме
ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТЫХ ОТЁКОВ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ПРОБУ
А) Мак-Клюра
Б) Зимницкого
В) Аддиса-Каковского
Г) Нечипоренко
КИРПИЧНЫЙ ЦВЕТ МОЧИ У НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ НА РАЗВИТИЕ
А) мочекислого инфаркта почек
Б) пиелонефрита
В) гломерулонефрита
Г) цистита
ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ ____ МЛ
А) 150
Б) 300
В) 400
Г) 100
БОЛЕЕ НИЗКОЕ ТОПОГРАФИЧЕСКОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ПОЧЕК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ У ДЕТЕЙ ДО
А) 7 лет
Б) 1 года
В) 3 лет
Г) 6 месяцев
КЛИРЕНС ПО ЭНДОГЕННОМУ КРЕАТИНИНУ ХАРАКТЕРИЗУЕТ
А) клубочковую фильтрацию
Б) реабсорбцию
В) секрецию
Г) диурез
СРЫГИВАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕНЫ НЕДОРАЗВИТИЕМ
А) кардиального отдела желудка
Б) дна желудка

В) пилорического отдела желудка
Г) тела желудка
КРАЙ ПЕЧЕНИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ РАСПОЛОЖЕН НИЖЕ КРАЯ РЕБЕРНОЙ ДУГИ У РЕБЕНКА ДО ___ ЛЕТ
А) 5-7
Б) 1-3
В) 3-5
Г) 8-10
ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ОБЪЕМ ЖЕЛУДКА У РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ ___ МЛ
А) 7-10
Б) 20-30
В) 50
Г) 5
К ПЯТНАМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ
А) розеолы
Б) телеангиэктазии
В) петехии
Г) витилиго
ИЗМЕНЕНИЕ ДЫХАНИЯ ПРИ ЛОЖНОМ КРУПЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ
А) инспираторной одышки
Б) экспираторной одышки
В) смешанной одышки
Г) дыхания Чейн-Стокса
ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКАХ ДЛЯ РЕБЁНКА 0-3 МЕСЯЦЕВ (Г/КГ/СУТКИ) ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ
А) 2,2
Б) 2,0
В) 2,9
Г) 2,6
СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА В ГРУДНОМ МОЛОКЕ СОСТАВЛЯЕТ ____ Г/100 МЛ
А) 1,2
Б) 2,0
В) 2,8
Г) 3,5
СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ 4 - 6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ ___ МАССЫ ТЕЛА
А) 1/7
Б) 1/4
В) 1/5
Г) 1/6
ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКАХ (Г/КГ/СУТКИ) ДЛЯ РЕБЁНКА 7-12 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ

А) 2,9
Б) 2,2
В) 3,5
Г) 2,6
СРЕДНЕЕ ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ ЗА СУТКИ РЕБЕНКА 2–ГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ
А) 5
Б) 4
В) 6
Г) 7
ПЕРВАЯ СТЕПЕНЬ ГИПОГАЛАКТИИ СООТВЕТСТВУЕТ ДЕФИЦИТУ МОЛОКА ДО _____ %
А) 25
Б) 10
В) 40
Г) 50
СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ОТ 2 НЕДЕЛЬ ДО 2 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ ___ МАССЫ ТЕЛА
А) 1/5
Б) 1/4
В) 1/6
Г) 1/7
ПОТРЕБНОСТЬ РЕБЕНКА 4 –6 МЕС. В БЕЛКАХ (Г/КГ/СУТ) ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ
А) 2,6
Б) 2,0
В) 2,9
Г) 3,2
ДЕФИЦИТ МОЛОКА В % ПРИ ГИПОГАЛАКТИИ 2 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ
А) 50
Б) 25
В) 40
Г) 75
СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В ЖЕНСКОМ МОЛОКЕ СОСТАВЛЯЕТ
А) 2 : 1
Б) 1 : 2
В) 1 : 1
Г) 3 : 2
МАЛЬАБСОРБЦИЯ РАСЩЕПЛЕННЫХ ПРОДУКТОВ ГЛИАДИНА С ОБРАЗОВАНИЕМ В КРОВИ АНТИТЕЛ К ФРАГМЕНТАМ ГЛЮТЕНА ЗЛАКОВЫХ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ
А) болезни Ги – Гертера – Гейбнера и нетропического спру
Б) порфирии

В) галактоземии
Г) голодания
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАКОГО ФЕРМЕНТА ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ ГЕМОЛИЗОМ ЭРИТРОЦИТОВ И АНЕМИЕЙ?
А) глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа
Б) гликогенфосфорилаза
В) гексокиназа
Г) киназа
ВОЗМОЖНОСТЬ БЫСТРОГО РАЗВИТИЯ ОТЕКА ГОЛОСОВЫХ СВЯЗОК У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНА
А) наличием в них подслизистой основы и высокой степенью васкуляризации
Б) состоянием голосовых связок
В) узостью голосовой щели
Г) особенностями мышечного аппарата гортани
ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ПРОТЕИНУРИИ ВЕРОЯТНО ПОРАЖЕНИЕ
А) клубочков
Б) петель Генле
В) дистальных канальцев
Г) собирательных трубочек
МЕТОДОМ СПИРОМЕТРИИ МОЖНО ИЗМЕРИТЬ
А) жизненную емкость легких
Б) функциональную остаточную емкость
В) внутригрудной объем газа
Г) аэродинамическое сопротивление дыхательных путей
В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) повышение проницаемости стенки сосуда
Б) разрыв стенки сердца
В) разрыв стенки сосуда
Г) разъедание стенки сосуда
ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ПОВЕРХНОСТНОЙ И ОБРАТИМОЙ СТАДИЕЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ЯВЛЯЮТСЯ
А) мукоидное набухание
Б) гранулематоз
В) фибриноидные изменения
Г) склероз
В СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ
А) гранулемы Ашоффа-Талалаева
Б) волчаночные клетки
В) клетки Гоше
Г) клетки Березовского-Штернберга

КАКОЕ СУЩЕСТВУЕТ ОБРАЗНОЕ НАЗВАНИЕ ПОЧЕК ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ?
А) большие пестрые почки
Б) большие сальные почки
В) большие белые почки
Г) первично сморщенные почки
ПРИ СИНДРОМЕ УОТЕРХАУСА-ФРИДЕРИКСЕНА В НАДПОЧЕЧНИКАХ ОБНАРУЖИВАЮТ
А) массивные кровоизлияния
Б) гиперплазию пучковой зоны коры надпочечников
В) атрофию коры надпочечников
Г) туберкулез
ОЧАГ ГОНА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК
А) заживший первичный аффект
Б) заживший первичный туберкулезный комплекс
В) зажившие очаги гематогенного отсева
Г) петрификаты в лимфатических узлах
К ПОСЛЕДСТВИЯМ ПРЕКРАЩЕНИЯ ИЛИ РЕЗКОГО УМЕНЬШЕНИЯ ПОСТУПЛЕНИЯ ЖЕЛЧИ В КИШЕЧНИК ОТНОСЯТ
А) усиление гниения белков в кишечнике
Б) уменьшение всасывания витаминов В1, В2, С
В) усиление пристеночного расщепления жиров
Г) уменьшение всасывания углеводов
НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОГУТ ПРОЯВИТЬСЯ
А) в любом возрасте
Б) с рождения
В) на первом году жизни
Г) в 5-20 лет
АНТИМОНГОЛОИДНЫЙ РАЗРЕЗ ГЛАЗ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ КАК
А) опущенные наружные углы глазных щелей
Б) узкая глазная щель
В) опущенные внутренние углы глазных щелей
Г) полулунная складка у внутреннего угла глаза
КАКАЯ ИЗ БОЛЕЗНЕЙ ОБУСЛОВЛЕНА ГЕННОЙ МУТАЦИЕЙ?
А) муковисцидоз
Б) синдром Дауна
В) болезнь кошачей царапины
Г) болезнь Гоше
«ФРЕНИКУС» - СИМПТОМ СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ
А) между ножками musculusstrenocleidomastoideusdextrum
Б) в углу, образованном ключицей и наружным краем musculussternocleidomastoideus
В) в области яремной вырезки грудины
Г) на 3 см выше середины ключицы
ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

А) падением артериального давления
Б) свистящими хрипами
В) влажными хрипами в легких
Г) сухими хрипами в легких
ПУЭРИЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ У ДЕТЕЙ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ
А) с 6 мес до 5-7 лет
Б) с 1 года до 8 лет
В) с 6 мес до 12 лет
Г) с рождения до 4 лет
ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ У РЕБЕНКА В 1 ГОД В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ ____ В 1 МИНУТУ
А) 30–35
Б) 35–40
В) 40–50
Г) 25–30
УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА (Г/Л) У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ
А) 120-140
Б) 100-120
В) 110-130
Г) 140-160
К ОСОБЕННОСТЯМ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТ
А) снижение активности плазменных витамин-К-зависимых факторов
Б) замедление времени свертывания
В) одинаковое время свертывания, как у взрослых
Г) удлинение времени кровотечения
ДЕФИЦИТ МАССЫ ПРИ III СТЕПЕНИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ГИПОТРОФИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ %
А) более 30
Б) 5-8
В) 8-10
Г) 10-20
БОЛЕЗНЬ БРУТОНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А) рецидивирующими гнойно-бактериальными инфекциями
Б) рецидивирующими вирусными инфекциями
В) рецидивирующими грибковыми инфекциями
Г) аллергическими состояниями
ПОД ГОСПИТАЛИЗМОМ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПОНИМАЮТ
А) отставание ребенка, длительно болеющего и находящегося в стационаре, в психоэмоциональном развитии
Б) ипохондрические проявления
В) длительное пребывание ребенка в стационаре
Г) приобретение ребенком новых навыков

ДЛЯ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ХАРАКТЕРНА ТОПИКА ШУМА
А) в третьем-четвертом межреберье слева у грудины
Б) на верхушке
В) во втором межреберье слева
Г) во втором межреберье справа
ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ I СТЕПЕНИ КЛИНИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕМ
А) одышки при физической нагрузке
Б) одышки в покое
В) втяжения межреберных промежутков, эпигастральной области
Г) раздувания крыльев носа
СООТНОШЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ В НОРМЕ
А) 2:1
Б) 1:5
В) 1:2
Г) 3:1
ПРИБАВКА ДЛИНЫ ТЕЛА ЗА ПЕРВЫЙ ГОД ЖИЗНИ СУММАРНО СОСТАВЛЯЕТ _____ САНТИМЕТРОВ
А) 24-25
Б) 15-16
В) 21-22
Г) 28-30
ДЛИНА ТЕЛА НОВОРОЖДЕННОГО УТРАИВАЕТСЯ К ВОЗРАСТУ _____ ЛЕТ
А) 12
Б) 10
В) 5
Г) 1
ОРИЕНТИРОВОЧНО ДЛИНА ТЕЛА РЕБЕНКА 4 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ САНТИМЕТРОВ
А) 100
Б) 110
В) 130
Г) 85
РЕБЕНОК УДВАИВАЕТ ПЕРВОНАЧАЛЬНУЮ МАССУ ТЕЛА В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦЕВ
А) 4-5
Б) 6-7
В) 9-10
Г) 2-3
ФИЛИППИНСКИЙ ТЕСТ СТАНОВИТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ _____ ЛЕТ
А) 5

Б) 3
В) 7
Г) 10
МАССА ТЕЛА РЕБЁНКА 3 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ КИЛОГРАММОВ
А) 14-15
Б) 10-12
В) 16-18
Г) 18-20
УВЕЛИЧЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ГОЛОВЫ У ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ЗА ПЕРВЫЙ ГОД ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ _____ СМ
А) 12
Б) 9
В) 16
Г) 25
В ЦЕНТИЛЬНЫХ ТАБЛИЦАХ ПОКАЗАТЕЛЬ ПОНИЖЕННОЙ МАССЫ ТЕЛА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В _____ КОРИДОРЕ (ЗОНЕ)
А) 2
Б) 5
В) 7
Г) 8
ПО РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ ПРИ SDS ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА
А) > +2,0
Б) +1,0 - + 1,99
В) – 0,99 - + 0,99
Г) -1,99 – - 1,0
САЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ НАЧИНАЮТ ФУНКЦИОНИРОВАТЬ У ДЕТЕЙ
А) ещё до рождения
Б) с рождения
В) с 3 месячного возраста
Г) с 3-5 лет
ЭЛЕМЕНТ СЫПИ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЙ СОБОЙ ПОЛОСТНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ РАЗМЕРОМ ДО 5 ММ, ЗАПОЛНЕННОЕ СОДЕРЖИМЫМ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) пузырьком (везикулой)
Б) папулой
В) розеолой
Г) бугорком
НАЛИЧИЕ ГЕМОРРАГИЙ НА КОЖЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПАТОЛОГИИ _____ СИСТЕМЫ
А) свёртывающей
Б) иммунной
В) дыхательной
Г) пищеварительной
ПРИ ПАТОЛОГИИ ЛИМФОУЗЕЛ ИМЕЕТ РАЗМЕР БОЛЕЕ _____ СМ

А) 0,5
Б) 0,3
В) 1,0
Г) 2,0
У ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА ПАЛЬПИРУЮТСЯ ГРУППЫ ЛИМФОУЗЛОВ В КОЛИЧЕСТВЕ ДО
А) 3
Б) 2
В) 4
Г) 5
СНИЖЕНИЕ ТУРГОРА ТКАНЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ
А) эксикозе
Б) рахите
В) анемии
Г) гипотиреозе
ПАРАТРОФИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) увеличением подкожно-жирового слоя
Б) уменьшением подкожно-жирового слоя
В) неравномерным распределением подкожно-жирового слоя
Г) общим истощением
ПОЗДНЕЕ ЗАКРЫТИЕ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ
А) рахита
Б) гипотрофии
В) паратрофии
Г) анемии
МЫШЕЧНАЯ ГИПОТОНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А) рахита
Б) менингита
В) эпилепсии
Г) детского церебрального паралича
О СНИЖЕННОМ МЫШЕЧНОМ ТОНУСЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
А) отсутствие подтягивания при пробе на тракцию
Б) вялость мышц
В) свисание руки или ноги новорожденного
Г) неучастие руки или ноги новорожденного в общей двигательной реакции
КАКОЙ РЕФЛЕКС НАБЛЮДАЕТСЯ У ЛЕЖАЩЕГО НА СПИНЕ РЕБЕНКА ПРИ СГИБАНИИ ОДНОЙ НОГИ В ТАЗОБЕДРЕННОМ И КОЛЕННОМ СУСТАВАХ, А ЗАТЕМ ВЫПРЯМЛЕНИИ В КОЛЕННОМ?
А) Кернига
Б) верхний Ландау
В) Брудзинского средний
Г) Галанта
РЕФЛЕКС БАБКИНА ИСЧЕЗАЕТ К ВОЗРАСТУ _____ МЕС.
А) 3

Б) 5
В) 7
Г) 9
СПОСОБНОСТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНО ХОДИТЬ У РЕБЕНКА ДОЛЖНА СФОРМИРОВАТЬСЯ К _____ МЕСЯЦАМ
А) 12
Б) 18
В) 20
Г) 8
УРОВЕНЬ РАЗВИТИЯ РЕЧИ К 3-Х МЕСЯЧНОМУ ВОЗРАСТУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) гулением
Б) лепетом
В) произнесением простых слов
Г) произнесением простых словосочетаний
РЕБЕНОК НАЗЫВАЕТ 4 ОСНОВНЫХ ЦВЕТА В ВОЗРАСТЕ ____ ЛЕТ
А) 3
Б) 1,5
В) 2
Г) 2,5
ПРИ ОСМОТРЕ НЕБНЫЕ МИНДАЛИНЫ ВЫХОДЯТ ИЗ-ЗА ДУЖЕК У ДЕТЕЙ С
А) 1 года
Б) 1 месяца
В) 3 лет
Г) 7 лет
ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ У ГОДОВАЛОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ _____ ДВИЖЕНИЙ В 1 МИНУТУ
А) 30-35
Б) 40-60
В) 25
Г) 16-18
В ВОЗРАСТЕ 2 ЛЕТ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ _____ ДЫХАНИЕ
А) пуэрильное
Б) жесткое
В) везикулярное
Г) ослабленное везикулярное
ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДИАГНОЗ ПНЕВМОНИИ ПОДТВЕРЖДАЕТ
А) наличие инфильтративных теней
Б) эмфизема легких
В) усиление легочного рисунка
Г) расширение корней легких
КРЕПИТАЦИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

А) пневмонии
Б) туберкулёзе внутригрудных лимфатических узлов
В) экссудативном плеврите
Г) бронхите
ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНОГО С ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СНИЖАЕТСЯ
А) ЖЕЛ
Б) ОФВ1
В) МОС25-75
Г) индекс Тиффно
СООТНОШЕНИЕ ДЫХАНИЯ И ПУЛЬСА У НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ
А) 1:3
Б) 1:2
В) 1:4
Г) 1:2,5
СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ УДАРОВ В МИНУТУ
А) 100
Б) 60-70
В) 80-85
Г) 120
СИМПТОМ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДРОЖАНИЯ («КОШАЧЬЕ МУРЛЫКАНЬЕ») ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ
А) митральном стенозе
Б) недостаточности митрального клапана
В) дефекте межжелудочковой перегородки
Г) открытом овальном окне
ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ 2 – 6 ЛЕТ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НА УРОВНЕ
А) II межреберья
Б) I ребра
В) II ребра
Г) III ребра
СРЕДНЕЕ СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ (ММ.РТ.СТ.) У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ _____ (N – ВОЗРАСТ В ГОДАХ)
А) 90 + 2n
Б) 60 + n
В) 60 + 2n
Г) 90 + n
ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА В ВИДЕ МАЛОГО РАЗМЕРА ДЕФЕКТА В МЫШЕЧНОЙ ЧАСТИ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ НАЗЫВАЕТСЯ

А) болезнью Толочинова – Роже
Б) болезнью Сокольского – Буйо
В) синдромом Шерешевского – Тернера
Г) синдромом Картагенера
К ВРОЖДЕННОМУ ПОРОКУ СЕРДЦА С ОБЕДНЕНИЕМ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТНОСИТСЯ
А) тетрада Фалло
Б) дефект межпредсердной перегородки
В) стеноз аорты
Г) открытый артериальный проток
ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРЕН
А) дующий систолический шум после ослабленного I тона на верхушке
Б) рокочущий диастолический шум на верхушке после усиленного I тона
В) грубый систолический шум над всей областью сердца
Г) громкий, протяжный систолический шум в области нижней трети грудины
ПРИЗНАКАМИ ЗАСТОЯ В БОЛЬШОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ (ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВЫЙ ТИП НЕДОСТАТОЧНОСТИ) ЯВЛЯЮТСЯ
А) отеки и увеличение печени
Б) влажные мелкопузырчатые хрипы в легких
В) брадикардия, бледность кожных покровов
Г) продуктивный кашель, одышка
РАВЕНСТВО ГРОМКОСТИ ТОНОВ (I И II) И РАВЕНСТВО ИНТЕРВАЛОВ МЕЖДУ I - II И II – I ТОНАМИ НАЗЫВАЕТСЯ
А) эмбриокардией
Б) тахикардией
В) брадикардией
Г) брадипноэ
ДЛЯ МИОКАРДИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЯ В ВИДЕ
А) смещения границ относительной тупости сердца влево
Б) грубого систолического шума, ритма галопа, пароксизмальной тахикардии
В) диастолического шума
Г) систоло-диастолического шума
ВОДИТЕЛЕМ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В НОРМЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) синусовый узел
Б) атриовентрикулярное соединение
В) нижняя часть левого желудочка
Г) п. Гиса
ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ОСЬ СЕРДЦА В НОРМЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) отклонением вправо
Б) отклонением влево
В) нормальным положением
Г) вертикальным положением

НА ЭКГ ВАРИАНТОМ ВОЗРАСТНОЙ НОРМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) синусовая аритмия
Б) экстрасистолия
В) атриовентрикулярная блокада
Г) тахикардия
ЭКГ-ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) увеличение амплитуды и заостренности зубца Р в II, III, aVF
Б) увеличение амплитуды, уширение и расщепление зубца Р в I, II, aVL или aVR
В) зубец Р в V5,6 высокий, иногда двухфазный
Г) смещение переходной зоны вправо
УВЕЛИЧЕНИЕ НЕИЗМЕНЁННЫХ (НЕПЕРЕВАРЕННЫХ) МЫШЕЧНЫХ ВОЛОКОН В КОПРОГРАММЕ НАЗЫВАЕТСЯ
А) креатореей
Б) амилореей
В) стеатореей
Г) миореей
СИНДРОМ ХОЛЕСТАЗА В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) повышением содержания щелочной фосфатазы
Б) снижением уровня холестерина
В) положительной тимоловой пробой
Г) гипербилирубинемией за счёт свободного билирубина
ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ С СИНДРОМОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ РАЗВИВАЕТСЯ
А) гипотрофия
Б) паратрофия
В) гипостатура
Г) нанизм
ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ
А) клубочки
Б) кровеносная и лимфатическая система почек
В) канальцы, чашечно-лоханочный аппарат, интерстиций
Г) околопочечная клетчатка и чашечно-лоханочный аппарат
КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ _____ Х103
А) 150-300
Б) 100-150
В) 50-100
Г) 300-450
2-ОЙ «ПЕРЕКРЕСТ» НЕЙТРОФИЛОВ И ЛИМФОЦИТОВ НАСТУПАЕТ В ВОЗРАСТЕ _____ ЛЕТ
А) 4-5

Б) 2-3
В) 6-7
Г) 8-9
КОЛИЧЕСТВО БЛАСТНЫХ КЛЕТОК В МИЕЛОГРАММЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ _____ %
А) 1-5
Б) 10
В) 15
Г) 20
ОСНОВНЫМ ОРГАНОМ СИНТЕЗА ЛИМФОЦИТОВ У ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ
А) тимус
Б) селезенка
В) костный мозг
Г) почечный эпителий
ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ БРОНХОФОНИИ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД
А) Аускультации
Б) Пальпации
В) Перкуссии
Г) Осмотра
КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В ПЕРИФЕРИЧЕСКРЙ КРОВИ ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ
А) 10 – 30 х 109
Б) 4 – 5 х 109
В) 5 – 7 х 109
Г) 7 – 10 х 109
СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ
А) 180 – 240 г/л
Б) 100 – 130 г/л
В) 130 – 160 г/л
Г) 240 – 280 г/л.
МАКСИМАЛЬНОЕ ЧИСЛО ЛЕЙКОЦИТОВ В КРОВИ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ, ВЫШЕ КОТОРОГО ГОВОРЯТ О ЛЕЙКОЦИТОЗЕ, СОСТАВЛЯЕТ
А) 11,0 – 12,0 х 109/л
Б) 9,0 – 10,0 х 109/л
В) 13,0 – 14,0 х 109/л
Г) 15,0 – 16,0 х 109/л
МАКСИМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ КОЛИЧЕСТВА НЕЙТРОФИЛОВ ОБЫЧНО ПРИХОДИТСЯ НА
А) 1 – 4 день после рождения
Б) 5 – 7 день после рождения
В) 7 – 9 день после рождения
Г) 9 – 11 день после рождения

СОДЕРЖАНИЕ ЭРИТРОЦИТОВ В КРОВИ РЕБЕНКА СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ
А) 5,0 – 6,5 х 1012/л
Б) 3,5 – 4,5 х 1012/л
В) 4,5 – 5,0 х 1012/л
Г) 6,5 – 10,0 х 1012/л
ОБЫЧНО КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ ПРЕВЫШАЕТ 18-20Х109/Л У НОВОРОЖДЕННОГО НА
А) 1 – 5 день жизни
Б) 5 – 10 день жизни
В) 10 – 14 день жизни
Г) 15-20 день жизни.
СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА F В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА ОБЫЧНО СОСТАВЛЯЕТ
А) 60%
Б) 100%
В) 80%
Г) 40%
СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА А В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ
А) 40%
Б) 20%
В) 60%
Г) 80%
ПЕРВЫЙ «ПЕРЕКРЕСТ» ЧИСЛА НЕЙТРОФИЛОВ И ЛИМФОЦИТОВ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТЕ
А) 4-5 день жизни
Б) 1-3 день жизни
В) 7-9 день жизни
Г) 10-12 день жизни
ВРЕМЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ
А) 2-4 мин
Б) 5-7 мин
В) 8-9 мин
Г) 10-12мин
СКОРОСТЬ ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ (ПО ПАНЧЕНКОВУ) ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ
А) У новорожденных замедлена
Б) У новорожденных ускорена
В) Имеет тенденцию к ускорению к 1 году
Г) Одинакова по сравнению со взрослыми.
МИНИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В КРОВИ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА НА 1-ОМ ГОДУ ЖИЗНИ, НИЖЕ КОТОРОГО ГОВОРЯТ О ЛЕЙКОПЕНИИ, СОСТАВЛЯЕТ

А) 6,0 х 109/л
Б) 4,0 х 109/л
В) 5,0 х 109/л
Г) 7,0 х 109/л
МИНИМАЛЬНОЕ ЧИСЛО ЛЕЙКОЦИТОВ В КРОВИ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА СТАРШЕ 1 ГОДА, НИЖЕ КОТОРОГО ГОВОРЯТ О ЛЕЙКОПЕНИИ, СОСТАВЛЯЕТ
А) 4,0 х 109/л
Б) 3,0 х 109/л
В) 5,0 х 109/л
Г) 6,0 х 109/л
ПЕРВЫМИ КЛЕТКАМИ КРОВИ (В КРОВЯНЫХ ОСТРОВКАХ ЖЕЛТОЧНОГО МЕШКА И В ХОРИОНЕ) ЯВЛЯЮТСЯ
А) Мегалобласты
Б) Мегакариоциты
В) Блуждающие клетки
Г) Гемоцитобласты
О ГИПОТОНИИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА МОЖЕТ ГОВОРИТЬ
А) поза распластанного на столе ребенка
Б) прижатые к телу руки
В) прижатые к телу ноги
Г) запрокидывание головы
ПРИЗНАКАМИ ЧЕГО У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЮТСЯ СИМПТОМЫ: СЖАТЫЕ В КУЛАК ПАЛЬЦЫ, ПЛАВНИКОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ РУК, «КОГТИСТАЯ ЛАПА»
А) гипертонуса мышц
Б) гипотонии мышц
В) дистонии мышц
Г) атонии мышц
АТЕТОЗНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ РУК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
А) гипертонуса мышц
Б) гипотонии мышц
В) дистонии мышц
Г) атонии мышц
ДЛЯ СУЖДЕНИЯ О МЫШЕЧНОМ ТОНУСЕ НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
А) проба на тракцию
Б) проба Руфье
В) проба Лебедева
Г) клино-статическая проба
ВЯЛОСТЬ, СНИЖЕНИЕ СИЛЫ, ДРЯБЛОСТЬ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
А) гипотонии мышц
Б) дистонии мышц
В) атонии мышц
Г) гипертонуса мышц

КАКИЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ ГОВОРЯТ О МЫШЕЧНОМ РАСПАДЕ
А) креатинфосфокиназа
Б) билирубин
В) холестерин
Г) мочевина
ПРИЧИНА МИКРОЦЕФАЛИИ
А) внутриутробное недоразвитие головного мозга
Б) рахит
В) водянка головного мозга
Г) травма черепа
АНОРЕКСИЯ, РВОТА, ЗАПОР, БЕССОННИЦА — ПРИЗНАКИ
А) гипервитаминоза Д
Б) гипервитаминоза В6
В) гипервитаминоза А
Г) рахита
ПО КАКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ОЦЕНИВАЕСЯ КОСТНЫЙ ВОЗРАСТ РЕБЕНКА
А) сроки появления точек окостенения
Б) уровень Са и Р в крови
В) физиологические искривления позвоночника
Г) уровень развития мышечной силы
ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА СЕРДЦЕБИЕНИЙ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕНА ОСОБЕННОСТЯМИ ВЛИЯНИЯ НА СЕРДЦЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ВИДЕ
А) повышения тонуса симпатической
Б) повышения тонуса парасимпатической
В) снижения тонуса симпатической
Г) снижения тонуса парасимпатической
ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ НАЗЫВАЮТ РАЗЛИТЫМ, ЕСЛИ ЕГО ПЛОЩАДЬ БОЛЕЕ
А) 1,5-2 см2
Б) 0,5-1,5 см2
В) 2-3 см2
Г) 3-4 см2
ОРГАНИЧЕСКИЕ ШУМЫ В СЕРДЦЕ У РЕБЕНКА ВОЗНИКАЮТ ПРИ
А) поражении оболочек сердца
Б) физических нагрузках
В) психоэмоциональных нагрузках
Г) нарушении коронарного кровотока
НАБУХАНИЕ И ПУЛЬСАЦИЯ ШЕЙНЫХ ВЕН ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ
А) правожелудочковой сердечной недостаточности
Б) левожелудочковой сердечной недостаточности
В) вегето-сосудистой дистонии

Г) артериальной гипертензии
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПУЛЬСАЦИЯ В ЭПИГАСТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ И ДИЛЯТАЦИИ
А) правого желудочка
Б) левого желудочка
В) правого предсердия
Г) левого предсердия
ДЛЯ АЛЬТЕРНИРУЮЩЕГО ПУЛЬСА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) неравномерная сила пульсовой волны
Б) ускорение или замедление ритма
В) снижение или увеличение силы пульсовой волны
Г) дефицит пульса
«ДЕФИЦИТ ПУЛЬСА» ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ РАЗНИЦЫ МЕЖДУ
А) ЧСС и частотой пульса
Б) величиной пульсового давления и частотой пульса
В) частотой пульса на вдохе и выдохе
Г) частотой дыхания и частотой пульса
РЕЗКО УСИЛЕННЫЙ 1 ТОН НА ВЕРХУШКЕ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ
А) полной атриовентрикулярной блокады
Б) полной сино-аурикулярной блокады
В) внутрижелудочковой блокады
Г) внутрипредсердной блокады
АКЦЕНТ ВТОРОГО ТОНА ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ
А) легочной гипертензии
Б) стенозе легочной артерии
В) коарктации аорты
Г) недостаточности аортального клапана
ВЫЯВЛЯЕМОЕ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА РАСЩЕПЛЕНИЕ 1 ТОНА НА ВЕРХУШКЕ ОБУСЛОВЛЕНО НЕСИНХРОННЫМ
А) закрытием митрального и трехстворчатого клапанов
Б) закрытием аортального клапана и клапана легочной артерии
В) открытием митрального и трехстворчатого клапанов
Г) открытием аортального клапана и клапана легочной артерии
ПУЛЬСАЦИЯ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НА ВДОХЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ
А) правого желудочка
Б) левого желудочка
В) правого предсердия
Г) левого предсердия
МИТРАЛЬНАЯ КОНФИГУРАЦИЯ СЕРДЦА ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ ДИЛЯТАЦИИ
А) левого предсердия

Б) левого желудочка
В) правого предсердия
Г) правого желудочка
АОРТАЛЬНАЯ КОНФИГУРАЦИЯ СЕРДЦА ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ ДИЛЯТАЦИИ
А) левого желудочка
Б) левого предсердия
В) правого желудочка
Г) правого предсердия
СМЕЩЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ГРАНИЦЫ СЕРДЦА ВВЕРХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ
А) митрального клапана
Б) аортального клапана
В) клапана легочной артерии
Г) трикуспидального клапана
АУСКУЛЬТАЦИЮ СЕРДЦА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО ПО ТОЧКАМ ПРОЕКЦИИ КЛАПАНОВ
А) митрального, аортального, легочной артерии, трехстворчатого и в точке Боткина Эрба
Б) аортального, трехстворчатого, легочной артерии, митрального и в точке Боткина Эрба
В) легочной артерии, митрального, аортального, трехстворчатого, в точка Боткина Эрба
Г) митрального, легочной артерии, аортального, трехстворчатого, в точке Боткина Эрба
ПРИ ПОРАЖЕНИИ МИОКАРДА ВОЗМОЖНО ИЗМЕНЕНИЕ ЗВУЧНОСТИ 1 ТОНА НА ВЕРХУШКЕ В ВИДЕ
А) ослабления
Б) усиления
В) раздвоения
Г) трехчленного ритма
ПРИ ПОРАЖЕНИИ КЛАПАНА АОРТЫ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ОТМЕЧАЕТСЯ ИЗМЕНЕНИЕ ОСЛАБЛЕНИЕ 2 ТОНА В
А) втором межреберье справа от грудины
Б) втором межреберье слева от грудины
В) четвёртом межреберье слева по среднеключичной линии
Г) Четвертом межреберье слева у каря грудины
АКЦЕНТ 2 ТОНА НА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
А) здоровых детей в возрасте 3-12 лет
Б) новорожденных
В) детей первого года жизни
Г) детей в возрасте 13-18 лет
АКЦЕНТ 2 ТОНА НА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ГИПЕРТЕНЗИИ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ И ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

А) дефекте в межжелудочковой перегородки
Б) стенозе клапана легочной артерии
В) стенозе аортального клапана
Г) стенозе трикуспидального клапана
ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ШУМ
А) систолический на верхушке сердца с проведением в подмышечную область слева
Б) диастолический на основании сердца без проведения
В) протодиастолический во втором межреберье слева от грудины
Г) систоло-диастолический машинный во втором межреберье справа от грудины
ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИКАРДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СКРЕБУЩИЙ НЕГРОМКИЙ ШУМ
А) не связанный с фазами сокращения сердца
Б) протодиастолический
В) систоло-диастолический
Г) систолический
ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОСМОТРЕ РЕБЕНКА С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ТРЕХСТВОРЧАТОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
А) выраженной пульсации в эпигастрии
Б) усиленной пульсации сонных артерий (пляска каротид)
В) визуально определяемого сердечного толчка
Г) визульно определяемого верхушечного толчка
ПРИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ У РЕБЕНКА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НА НОГАХ ПО СРАВНЕНИЮ С ДАВЛЕНИЕМ НА РУКАХ
А) снижено более чем на 20 мм рт.ст.
Б) повышено более чем на 20 мм рт.ст.
В) одинаково
Г) снижено на 10-20 мм рт. ст.
КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ РЕБЕНКА С ТРАНСПОЗИЦИЕЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ
А) цианотичные
Б) субиктеричные
В) бледные
Г) гиперемированы
К ПОРОКАМ СЕРДЦА СО СБРОСОМ КРОВИ СЛЕВА НАПРАВО (С ОБОГАЩЕНИЕМ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ) ОТНОСЯТ
А) дефект межжелудочковой перегородки
Б) транспозицию магистральных сосудов
В) стеноз легочной артерии
Г) тетраду Фалло
К ПОРОКАМ СЕРДЦА СО СБРОСОМ КРОВИ СПРАВА НАЛЕВО (С ОБЕДНЕНИЕМ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ) ОТНОСЯТ

А) тетрада Фалло
Б) коарктацию аорты
В) дефект межжелудочковой перегородки
Г) открытый артериальный проток
ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ РЕБЕНКА С ОТКРЫТЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ПРОТОКОМ ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
А) грубый систоло-диастолический шум
Б) скребущий систолический шум
В) мягкий дующий систолический шум
Г) грубый протодиастолический шум
ЧАСТОЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОТЁКА МОЗГА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ ОБУСЛОВЛЕНО
А) обильным кровоснабжением головного мозга
Б) ограниченным кровоснабжением головного мозга
В) высокими темпами развития ЦНС
Г) ранней миелинизацией нервных волокон
ЧАСТОЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОТЁКА МОЗГА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ ОБУСЛОВЛЕНО
А) гидрофильностью нервной ткани
Б) ограниченным кровоснабжением головного мозга
В) высокими темпами развития ЦНС
Г) ранней миелинизацией нервных волокон
ЧАСТОЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОТЁКА МОЗГА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ ОБУСЛОВЛЕНО
А) ограниченным оттоком крови от головного мозга
Б) ограниченным кровоснабжением головного мозга
В) высокими темпами развития ЦНС
Г) ранней миелинизацией нервных волокон
СТРОЕНИЕ СПИННОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ПРИБЛИЖАЕТСЯ К ТАКОВОМУ У ВЗРОСЛЫХ К
А) 3 годам
Б) 5 годам
В) 10 годам
Г) 15 годам
ДВИЖЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЁНКА
А) спонтанные
Б) целенаправленные
В) координированные
Г) безусловные
ДВИЖЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЁНКА
А) хаотичные
Б) целенаправленные
В) координированные
Г) безусловные

ДВИЖЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЁНКА
А) атетозоподобные
Б) целенаправленные
В) координированные
Г) безусловные
К СТОЙКОМУ ПОЖИЗНЕННОМУ БЕЗУСЛОВНОМУ РЕФЛЕКСУ ОТНОСИТСЯ
А) роговичный
Б) сосательный
В) хватательный
Г) сухожильный
К СТОЙКОМУ ПОЖИЗНЕННОМУ БЕЗУСЛОВНОМУ РЕФЛЕКСУ ОТНОСИТСЯ
А) глотательный
Б) сосательный
В) хватательный
Г) сухожильный
К СТОЙКОМУ ПОЖИЗНЕННОМУ БЕЗУСЛОВНОМУ РЕФЛЕКСУ ОТНОСИТСЯ
А) конъюктивальный
Б) сосательный
В) хватательный
Г) сухожильный
К ТРАНЗИТОРНОМУ ВРОЖДЁННОМУ БЕЗУСЛОВНОМУ РЕФЛЕКСУ ОТНОСИТСЯ
А) сосательный
Б) глотательный
В) роговичный
Г) конъюктивальный
БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ ТРАНЗИТОРНЫХ БЕЗУСЛОВНЫХ ВРОЖДЁННЫХ РЕФЛЕКСОВ ИСЧЕЗАЕТ К ВОЗРАСТУ
А) 3-5 месяцам
Б) 1 месяцу
В) 1-2 месяцам
Г) 6-12 месяцам
СЕНСОРНАЯ РЕЧЬ – ЭТО
А) понимание речи
Б) накопление словарного запаса
В) активная речь
Г) поисковая зрительная реакция
КАКОЙ РЕФЛЕКС ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ МИЕЛОЭНЦЕФАЛЬНЫХ ПОЗОТОНИЧЕСКИХ
А) симметричный шейный тонический
Б) Переса
В) Галанта

Г) орбикулопальпебральный
КАКОЙ РЕФЛЕКС ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ МИЕЛОЭНЦЕФАЛЬНЫХ ПОЗОТОНИЧЕСКИХ
А) асимметричный шейный тонический
Б) Переса
В) Галанта
Г) орбикулопальпебральный
ПРИ ОЦЕНКЕ БЕЗУСЛОВНЫХ РЕФЛЕКСОВ РЕБЕНКА УЧИТЫВАЕТСЯ
А) соответствие их возрасту ребенка
Б) связь со временем суток
В) время появления и угасания рефлекса
Г) сила ответа на раздражение
ПРИ ОЦЕНКЕ БЕЗУСЛОВНЫХ РЕФЛЕКСОВ РЕБЕНКА УЧИТЫВАЕТСЯ
А) симметричность
Б) связь со временем суток
В) время появления и угасания рефлекса
Г) сила ответа на раздражение
ПРИ ОЦЕНКЕ БЕЗУСЛОВНЫХ РЕФЛЕКСОВ РЕБЕНКА УЧИТЫВАЕТСЯ
А) наличие или отсутствие
Б) связь со временем суток
В) время появления и угасания рефлекса
Г) сила ответа на раздражение
КАКОЙ РЕФЛЕКС ОТНОСИТСЯ К КАТЕГОРИИ СТОЙКИХ ПОЖИЗНЕННЫХ АВТОМАТИЗМОВ
А) роговичный
Б) сосательный
В) поисковый
Г) опоры
КАКОЙ РЕФЛЕКС ОТНОСИТСЯ К КАТЕГОРИИ СТОЙКИХ ПОЖИЗНЕННЫХ АВТОМАТИЗМОВ
А) конъюнктивальный
Б) сосательный
В) поисковый
Г) опоры
КАКОЙ РЕФЛЕКС ОТНОСИТСЯ К КАТЕГОРИИ СТОЙКИХ ПОЖИЗНЕННЫХ АВТОМАТИЗМОВ
А) глотательный
Б) сосательный
В) поисковый
Г) рефлекс
КАКОЙ РЕФЛЕКС ДОЛЖЕН ОТСУТСТВОВАТЬ У РЕБЕНКА ЧЕТЫРЕХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ
А) Моро
Б) Ландау
В) Кернига

Г) Брудзинского
КАКОЙ РЕФЛЕКС ДОЛЖЕН ОТСУТСТВОВАТЬ У РЕБЕНКА ЧЕТЫРЕХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ
А) хватательный
Б) Ландау
В) Кернига
Г) Брудзинского
К КАКОМУ ВОЗРАСТУ РЕБЕНОК ДОЛЖЕН ХОРОШО ПОДНИМАТЬ ГРУДЬ, ЛЕЖА НА ЖИВОТЕ, ОПИРАЯСЬ НА ПРЕДПЛЕЧЬЯ И КИСТИ
А) 2 – 4 месяца
Б) 6-8 месяцев
В) до 2-х месяцев
Г) 4 – 6 месяцев
К КАКОМУ ВОЗРАСТУ РЕБЕНОК ДОЛЖЕН ХОРОШО ДЕРЖАТЬ ГОЛОВУ
А) 2 – 3 месяцам
Б) 3-4 месяцам
В) 5-6 месяцам
Г) 1-2 месяцам
В КАКОМ ВОЗРАСТЕ РЕБЁНОК ПОЛЬЗУЕТСЯ «НОЖНИЦЕОБРАЗНЫМ» ЗАХВАТОМ
А) 9 – 10 месяцев
Б) 10 – 11 месяцев
В) 8 – 9 месяцев
Г) 11 – 12 месяцев
СРЕДНЯЯ ДЛИНА ТЕЛА (В СМ) ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ
А) 50-52
Б) 53-55
В) 45-47
Г) 48-49
НАИБОЛЬШИЕ ТЕМПЫ РОСТА РЕБЁНКА В ПОСТНАТАЛЬНОЙ ЖИЗНИ ОТМЕЧАЮТСЯ
А) на 1-м году
Б) на 2-м году
В) на 3-м году
Г) на 4-м году
ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ПРИРОСТ ДЛИНЫ ТЕЛА В 1 ЧЕТВЕРТИ 1 ГОДА ЖИЗНИ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ
А) 3 см
Б) 4 см
В) 1 см
Г) 2 см
ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ПРИРОСТ ДЛИНЫ ТЕЛА ВО 2 ЧЕТВЕРТИ 1 ГОДА ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ

А) 2,5 см
Б) 3 см
В) 1,5 см
Г) 2 см
ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ПРИРОСТ ДЛИНЫ ТЕЛА В 3 ЧЕТВЕРТИ 1 ГОДА ЖИЗНИ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ
А) 1,5-2,0 см
Б) 2,0-2,5 см
В) 0,5-1,0 см
Г) 1,0-1,5 см
ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ПРИРОСТ ДЛИНЫ ТЕЛА В ПОСЛЕДНЕЙ ЧЕТВЕРТИ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ
А) 1,0 см
Б) 1,5 см
В) 2,0 см
Г) 0,5 см
ПРИРОСТ ДЛИНЫ ТЕЛА ЗА ПЕРВЫЙ ГОД ЖИЗНИ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ
А) 25 см
Б) 30 см
В) 15 см
Г) 20 см
ДЛИНА ТЕЛА РЕБЁНКА В 1 ГОД В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ
А) 75 см
Б) 80 см
В) 65 см
Г) 70 см
СРЕДНИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЛИНЫ ТЕЛА В 8 ЛЕТ СОСТАВЛЯЮТ У ДЕТЕЙ
А) 130 см
Б) 140 см
В) 110 см
Г) 120 см
ПЕРИОД 1-ГО ВЫТЯЖЕНИЯ (УСКОРЕНИЯ РОСТА) ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ
А) 4-6 лет у мальчиков и 6-7 лет у девочек
Б) 4-6 лет у мальчиков и 9-10 лет у девочек
В) 6-9 лет у мальчиков и 6-8 лет у девочек
Г) 6-9 лет у мальчиков и 9-10 лет у девочек
ПЕРИОД 1-ГО ВЫТЯЖЕНИЯ (УСКОРЕНИЯ РОСТА) У МАЛЬЧИКОВ ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ
А) 4-6 лет
Б) 6-7 лет
В) 8-9 лет
Г) 10-11 лет

ПЕРИОД 1-ГО ВЫТЯЖЕНИЯ (УСКОРЕНИЯ РОСТА) У ДЕВОЧЕК ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ
А) 6-7 лет
Б) 8-9 лет
В) 10-11 лет
Г) 4-6 лет
ПЕРИОД 2-ГО ВЫТЯЖЕНИЯ (УСКОРЕНИЯ РОСТА) ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ
А) 13-16 лет у мальчиков и 10-12 лет у девочек
Б) 8-10 лет у мальчиков и 10-12 лет у девочек
В) 11-12 лет у мальчиков и 8-10 лет у девочек
Г) 13-16 лет у мальчиков и 8-10 лет у девочек
ПЕРИОД 2-ГО ВЫТЯЖЕНИЯ (УСКОРЕНИЯ РОСТА) У МАЛЬЧИКОВ ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ
А) 13-16 лет
Б) 15-17 лет
В) 8-10 лет
Г) 11-12 лет
ПЕРИОД 2-ГО ВЫТЯЖЕНИЯ (УСКОРЕНИЯ РОСТА) У ДЕВОЧЕК ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ
А) 10-12 лет
Б) 13-16 лет
В) 15-17 лет
Г) 8-10 лет
В КАКОМ ВОЗРАСТЕ В СРЕДНЕМ ПРОИСХОДИТ ПРЕКРАЩЕНИЕ РОСТА У ЮНОШЕЙ
А) 18-19 лет
Б) 13-15 лет
В) 20-22 лет
Г) 15-17 лет
СРЕДНЯЯ МАССА ТЕЛА ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ
А) 3300-3400 г
Б) 3500-3700 г
В) 2700-2900 г
Г) 3000-3200 г
У ДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА МАССА ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ НИЖЕ
А) 2500 г
Б) 2800 г
В) 2000 г
Г) 2300 г
МАКСИМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ОТМЕЧАЕТСЯ
А) к 3-5 дню жизни

Б) к 6-7 дню жизни
В) к 8-10 дню жизни
Г) к 1-2 дню жизни
ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА
А) потери воды через кожу
Б) удаления сыровидной смазки
В) кормления грудью
Г) докармливания в первые дни жизни
ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА
А) потери воды через лёгкие при дыхании
Б) удаления сыровидной смазки
В) кормления грудью
Г) докармливания в первые дни жизни
ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА
А) выделения мекония и мочи
Б) удаления сыровидной смазки
В) кормления грудью
Г) докармливания в первые дни жизни
ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА
А) выделения мочи
Б) удаления сыровидной смазки
В) кормления грудью
Г) докармливания в первые дни жизни
ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ УБЫЛИ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОИСХОДИТ К
А) 7-10 дню жизни
Б) 10-14 дню жизни
В) 14-21 дню жизни
Г) 5-7 дню жизни
СРЕДНЯЯ МАССА ТЕЛА РЕБЁНКА В 1 ГОД СОСТАВЛЯЕТ
А) 10 кг
Б) 12 кг
В) 8 кг
Г) 9 кг
ПЕРИОД ПЕРВОГО «ОКРУГЛЕНИЯ» ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ
А) 1-3 лет
Б) 3-5 лет
В) 6-8 лет
Г) 8-10 лет
ПЕРИОД ВТОРОГО «ОКРУГЛЕНИЯ» ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ
А) 7-10 лет

Б) 10-12 лет
В) 3-5 лет
Г) 5-7 лет
СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ (В СМ) ДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ
А) 34-36
Б) 30-32
В) 32-34
Г) 36-38
НАИБОЛЬШИЕ ТЕМПЫ ПРИРОСТА ОКРУЖНОСТИ ГОЛОВЫ ОТМЕЧАЮТСЯ
А) в первой четверти 1-го года жизни
Б) во второй четверти 1-го года жизни
В) во втором полугодии жизни
Г) от 1-го года до 3-х лет
СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ В1 ГОД СОСТАВЛЯЕТ
А) 45-47 см
Б) 48-49 см
В) 42-43 см
Г) 44-45 см
СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ В 5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ
А) 50-52 см
Б) 53-54 см
В) 55-56 см
Г) 48-49 см
ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ У ДЕТЕЙ ДОСТИГАЕТ УРОВНЯ ВЗРОСЛЫХ К
А) 15-17 годам
Б) 13-15 годам
В) 18-20 годам
Г) 10-12 годам
СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГРУДИ ДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ
А) 32-34 см
Б) 36-38 см
В) 28-30 см
Г) 30-32 см
ПРИ РОЖДЕНИИ У БОЛЬШИНСТВА ДЕТЕЙ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ
А) больше окружности груди на 1-2 см
Б) меньше окружности груди на 1-2 см
В) равна окружности груди
Г) больше окружности груди на 3 см
В КОНЦЕ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ У БОЛЬШИНСТВА ДЕТЕЙ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ
А) меньше окружности груди на 2 см
Б) равна окружности груди

В) больше окружности груди на 2 см
Г) меньше окружности груди на 4 см
ДЛЯ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ХАРАКТЕРНО
А) нарушение мочеиспусканий
Б) экспираторная одышка
В) ритм галопа
Г) пятнисто-папулёзная сыпь
ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СИНДРОМ
А) отёчный
Б) диспепсический
В) анемический
Г) суставной
ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СИНДРОМ
А) мочевой
Б) диспепсический
В) анемический
Г) суставной
ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СИНДРОМ
А) дизурический
Б) диспепсический
В) анемический
Г) суставной
ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СИНДРОМ
А) гипертензивный
Б) диспепсический
В) анемический
Г) суставной
БОЛИ В НАДЛОБКОВОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
А) цистита
Б) пиелонефрита
В) гастрита
Г) гломерулонефрита
ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТЫХ ОТЁКОВ ПРОВОДЯТ ПРОБУ
А) Мак-Клюра-Олдрича
Б) Зимницкого
В) Нечипоренко
Г) Реберга
ГИПЕРТЕНЗИВНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
А) острого и хронического нефрита
Б) нейрогенного мочевого пузыря
В) камня мочевого пузыря

Г) пузырно-мочеточникового рефлюкса
ГИПЕРТЕНЗИВНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
А) заболеваний почечных артерий
Б) нейрогенного мочевого пузыря
В) камня мочевого пузыря
Г) пузырно-мочеточникового рефлюкса
ГИПЕРТЕНЗИВНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
А) острой и хронической почечной недостаточности
Б) нейрогенного мочевого пузыря
В) камне мочевого пузыря
Г) пузырно-мочеточникового рефлюкса 514

ОЛИГУРИЕЙ СЧИТАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ СУТОЧНОГО ДИУРЕЗА (В % ОТ ВОЗРАСТНОЙ НОРМЫ) НА
А) 70 и более
Б) 30 и более
В) 50 и более
Г) 90 и более
АНУРИЯ – ЭТО РЕЗКОЕ УМЕНЬШЕНИЕ ИЛИ ПРЕКРАЩЕНИЕ ВЫДЕЛЕНИЯ МОЧИ ВСЛЕДСТВИЕ
А) нарушения клубочковой фильтрации
Б) нарушения выведения мочи из мочевого пузыря
В) обструкции мочевых путей ниже мочевого пузыря
Г) нарушения канальцевой реабсорбии
ПОЛИУРИЯ - УВЕЛИЧЕНИЕ СУТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА МОЧИ, ПРЕВЫШАЮЩЕЕ ВОЗРАСТНУЮ НОРМУ НА
А) 50% и более
Б) 30% и более
В) 10% и более
Г) 20% и более
ПОД ЭПИКАНТОМ ПОНИМАЮТ
А) кожную складку, прикрывающая внутренний угол глазной щели
Б) заворот века
В) увеличение длины ресниц
Г) сросшиеся брови
ПОЛИДАКТИЛИЮ РАССМАТРИВАЮТ КАК
А) увеличение количества пальцев
Б) сращение двух и более пальцев между собой
В) изменение длины пальцев
Г) изменение формы пальцев
БРАХИЦЕФАЛИЮ РАССМАТРИВАЮТ КАК
А) увеличение поперечного размера черепа
Б) расширение черепа в затылочной части
В) увеличение продольного размера черепа
Г) череп, вытянутый вверх
ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОМАТОТИПА СУММИРУЮТ НОМЕРА ЦЕНТИЛЬНЫХ КОРИДОРОВ, ПОЛУЧЕННЫЕ ПРИ ОЦЕНКЕ
А) роста, массы тела, окружности груди
Б) массы тела, роста, окружности головы
В) окружности головы, окружности груди, массы тела
Г) окружности груди, роста, окружности головы
] ДЛЯ МЕЗОСОМАТОТИПА СУММА НОМЕРОВ ЦЕНТИЛЬНЫХ КОРИДОРОВ СОСТАВЛЯЕТ
А) 11-17
Б) 3-10
В) 18-24
Г) 24-30

ПОД ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИЕЙ ПОНИМАЮТ
А) сосудистые пятна, не выступающие над кожей
Б) сосудистые опухоли (гемангиомы)
В) пигментные пятна на коже
Г) участки гипоплазии кожи
ДЛЯ МАКРОСОМАТОТИПА СУММА НОМЕРОВ ЦЕНТИЛЬНЫХ КОРИДОРОВ СОСТАВЛЯЕТ
А) 18-24
Б) 11-17
В) 3-10
Г) 24-30
МАССО-РОСТОВОЙ ИНДЕКС (ТУРА) ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ – ЭТО ЧАСТНОЕ ОТ ДЕЛЕНИЯ
А) массы тела при рождении на длину тела
Б) длины тела при рождении на массу тела
В) массы тела при рождении на окружность головы
Г) массы тела на площадь поверхности тела
МАССО-РОСТОВОЙ ИНДЕКС (ТУРА) У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ
А) 60-80
Б) 50-60
В) 40-50
Г) 70-90
РАЗНОСТЬ МЕЖДУ ОКРУЖНОСТЯМИ ГРУДИ И ГОЛОВЫ (МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ИНДЕКС ТУРА) У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ПОСЛЕ 1-ГО ГОДА ДОЛЖНА УКЛАДЫВАТЬСЯ В ИНТЕРВАЛ _____, ГДЕ N – ВОЗРАСТ В ГОДАХ
А) от 1 до 2 n
Б) от 2 до 3 n
В) от 3 до 4 n
Г) от 4 до 5 n
КАКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИМЕЮТ ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ЛИМФОУЗЛЫ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ?
А) имеют мягко-эластическую консистенцию
Б) пальпируются 5-6 групп
В) имеют плотную консистенцию
Г) пальпируются в каждой группе с одной стороны до 5-6
УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ _____ Г/Л
А) 180-240
Б) 140-170
В) 120-140
Г) 100-120
УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ _____ Г/Л

А) 120-140
Б) 110-115
В) 100-110
Г) 140-160
КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ _____ ×109/Л
А) 6-12
Б) 4-5
В) 13-15
Г) 16-20
КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ОТ 1 ГОДА ДО 10 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ ×109/Л
А) 5-10
Б) 3-4
В) 11-15
Г) 16-30
КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 МЕС СОСТАВЛЯЕТ _____ ×109/Л
А) 150-300
Б) 100-120
В) 310-350
Г) 400-500
КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 МЕСЯЦА СОСТАВЛЯЕТ НЕ МЕНЕЕ _____ ×109/Л
А) 100
Б) 200
В) 50
Г) 150
ДЛЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ ХАРАКТЕРНО
А) количество лейкоцитов более 10×109/л
Б) количество лейкоцитов не более 10×109/л
В) преобладание лимфоцитов
Г) преобладание моноцитов
ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ?
А) нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом «влево»
Б) количество лейкоцитов не более 10×109/л
В) преобладание лимфоцитов
Г) преобладание моноцитов
ДЛЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 МЕСЯЦА ДО 1 ГОДА ХАРАКТЕРНО
А) количество лейкоцитов не более 12×109/л
Б) количество лейкоцитов не более 10×109/л
В) преобладание нейтрофилов

Г) преобладание моноцитов
ДЛЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 МЕСЯЦА ДО 1 ГОДА ХАРАКТЕРНО
А) преобладание лимфоцитов
Б) количество лейкоцитов не более 10×109/л
В) преобладание нейтрофилов
Г) преобладание моноцитов
ДЛЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ГОДА ДО 5 ЛЕТ ХАРАКТЕРНО
А) преобладание лимфоцитов
Б) количество лейкоцитов не более 12×109/л
В) преобладание нейтрофилов
Г) преобладание моноцитов
ПЕРВЫЙ ПЕРЕКРЕСТ В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ
А) 4-5 дней
Б) 2-3 месяцев
В) 10-11 дней
Г) 5-6 месяцев
ВТОРОЙ ПЕРЕКРЕСТ В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ
А) 4-5 лет
Б) 1-2 лет
В) 4-5 месяцев
Г) 6-8 лет
ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ЛИМФОЦИТОЗ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ
А) первых 4-5 лет
Б) первых 3 дней
В) младших школьников
Г) старших школьников
ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНОЦИТОЗ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ
А) первых 10-12 дней
Б) первых 3 дней
В) 10-12 лет
Г) первых 3 месяцев
ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭОЗИНОФИЛИЯ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ
А) первых 10-12 дней
Б) первых 3 дней
В) младших школьников
Г) старших школьников 528

В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ РЕГЕНЕРАТОРНУЮ СПОСОБНОСТЬ ЭРИТРОИДНОГО РОСТКА КРОВЕТВОРЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТ КОЛИЧЕСТВО
А) ретикулоцитов
Б) эритроцитов
В) лейкоцитов
Г) тромбоцитов
В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ СОСТОЯНИЕ ЛЕЙКОПОЭЗА ОПРЕДЕЛЯЕТ
А) абсолютное число отдельных групп лейкоцитов
Б) общее количество лейкоцитов
В) процентное количество отдельных групп лейкоцитов
Г) абсолютное количество нейтрофилов
ОСОБЕННОСТЬ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
А) низкой активности витамин-К-зависимых факторов (II, VII, IX, X)
Б) повышенной функциональной активности тромбоцитов
В) повышеной активности плазменных факторов (V, VIII, XI, XII)
Г) высокой активности витамин-К-зависимых факторов (II, VII, IX, X)
ОСОБЕННОСТЬ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
А) сниженной функциональной активности тромбоцитов
Б) повышенной функциональной активности тромбоцитов
В) высокой активности витамин-К-зависимых факторов (II, VII, IX, X)
Г) повышенной активности плазменных факторов (V, VIII, XI, XII) 529

ОСОБЕННОСТЬ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
А) сниженной активности естественных антикоагулянтов
Б) повышенной функциональной активности тромбоцитов
В) высокой активности витамин-К-зависимых факторов (II, VII, IX, X)
Г) повышенной активности плазменных факторов (V, VIII, XI, XII)
ОСОБЕННОСТЬЮ ТРОМБОЦИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ИХ
А) пониженная функциональная активность
Б) повышенная функциональная активность
В) повышенная способность к агрегации
Г) повышенное количество
ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ГЕМОСТАЗА НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ
А) коагулограмму
Б) миелограмму
В) биохимический анализ крови
Г) клинический анализ крови
ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ГЕМОСТАЗА НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ
А) агрегатограмму
Б) миелограмму
В) биохимический анализ крови
Г) клинический анализ крови
У ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА КОЛИЧЕСТВО ФЕТАЛЬНОГО ГЕМОГЛОБИНА СОСТАВЛЯЕТ _____ %
А) 60-80
Б) 40-50
В) 20-30
Г) 5-15
В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 1 ГОДА КОЛИЧЕСТВО МОНОЦИТОВ СОСТАВЛЯЕТ _____ %
А) 0-8
Б) 9-10
В) 11-15
Г) 16-25
В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 1 ГОДА КОЛИЧЕСТВО ЭОЗИНОФИЛОВ СОСТАВЛЯЕТ _____ %
А) 0-5
Б) 6-10
В) 11-15
Г) 16-20
ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТРАНЗИТОРНЫМ СОСТОЯНИЕМ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ СЧИТАЕТСЯ
А) желтуха
Б) склерема

В) пиодермия
Г) адипонекроз
ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТРАНЗИТОРНЫМ СОСТОЯНИЕМ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ СЧИТАЕТСЯ
А) эритема
Б) адипонекроз
В) склередема
Г) пузырчатка
ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТРАНЗИТОРНЫМ СОСТОЯНИЕМ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ СЧИТАЕТСЯ
А) шелушение
Б) склередема
В) эпидермолиз
Г) везикулопустулез
УРОВЕНЬ ОБЩЕГО КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЕТЕЙ СТАРШЕ МЕСЯЦА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ ММОЛЬ/Л
А) 2,5-2,85
Б) 2,0-2,4
В) 1,3-2,0
Г) 2,95-3,0
СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ/МИН/1,73 М2
А) 10020
Б) 6020
В) 8020
Г) 12020
СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ВЫДЕЛЯЕМОЙ МОЧИ ОТ СУТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА ПРИНЯТОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ
А) 2/3-3/4
Б) 1/3-1/2
В) 1/3-1/5
Г) 1/3-1/6
ЧИСЛО МОЧЕИСПУСКАНИЙ ЗА СУТКИ У РЕБЕНКА 1 МЕСЯЦА СОСТАВЛЯЕТ
А) 20
Б) 10
В) 3
Г) 5
ЧИСЛО МОЧЕИСПУСКАНИЙ ЗА СУТКИ У ШКОЛЬНИКОВ ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ
А) 5
Б) 1
В) 3
Г) 15

СУТОЧНЫЕ КОЛЕБАНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЮТ
А) 1005-1025
Б) 1001-1010
В) 1005-1015
Г) 1001-1005
СООТНОШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ВЫДЕЛЕННОЙ МОЧИ ДНЕМ И НОЧЬЮ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА СТАРШЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ
А) 2:1
Б) 0,5:1
В) 1:1
Г) 1:2
СОДЕРЖАНИЕ НАТРИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ _____ ММОЛЬ/Л
А) 135-145
Б) 120-140
В) 100-120
Г) 145-160
СОДЕРЖАНИЕ КАЛИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ _____ ММОЛЬ/Л
А) 4.0-5.5
Б) 6.0-7.0
В) 3.0-3.5
Г) 10.0-11.5
СОДЕРЖАНИЕ ОБЩЕГО КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ _____ ММОЛЬ/Л
А) 2.25–2.7
Б) 1.5–2.0
В) 3.5–4.0
Г) 2.9–3.5
ЧИСЛО МОЧЕИСПУСКАНИЙ ЗА СУТКИ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ДНЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ
А) 0-2
Б) 4-5
В) 8-10
Г) 15-20
У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ ПОЧКИ
А) могут пальпироваться
Б) пальпироваться не должны
В) пальпация почек всегда свидетельствует о патологии
Г) всегда пальпируются
КОЛЕБАНИЯ РН МОЧИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЮТ
А) 5-7
Б) 3-4
В) 8-10

Г) 1-2
ПРИ СОХРАННОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ УТРЕННЕЙ ПОРЦИИ МОЧИ У ДЕТЕЙ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ
А) 1018
Б) 1012
В) 1010
Г) 1025
ПОКАЗАТЕЛЬ КЛИРЕНСА ПО ЭНДОГЕННОМУ КРЕАТИНИНУ ОТРАЖАЕТ
А) клубочковую фильтрацию
Б) концентрационную функцию почек
В) реабсорбционную функцию почек
Г) секреторную функцию почек
КОНЦЕНТРАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК МОЖНО ОЦЕНИТЬ ПО
А) колебаниям относительной плотности мочи в течение суток
Б) уровню белка в суточной моче
В) уровню мочевины в биохимическом анализе крови
Г) клиренсу эндогенного креатинина
У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 1 МЕСЯЦА СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ
А) 100-300
Б) 50-70
В) 350-400
Г) 450-600
У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ
А) 300-600
Б) 50-150
В) 100-200
Г) 700-900
У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ
А) 400-900
Б) 1000-1200
В) 200-300
Г) 100-150
У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ
А) 700-1200
Б) 300-600
В) 200-400
Г) 1300-1500
У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ
А) 1000-1500

Б) 700-800
В) 400-600
Г) 100-350
ЧИСЛО МОЧЕИСПУСКАНИЙ ЗА СУТКИ У ДЕТЕЙ ВТОРОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ
А) 15-16
Б) 20-25
В) 18-20
Г) 8-10
ЧИСЛО МОЧЕИСПУСКАНИЙ ЗА СУТКИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ
А) 7-10
Б) 4-6
В) 16-20
Г) 11-15
КОНТРОЛЬ УПРАВЛЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЕМ ДНЕМ ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА К _____ ГОДУ/АМ
А) 2-3
Б) 0,5-1
В) 1-1,5
Г) 4-5
КОНТРОЛЬ УПРАВЛЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЕМ ВО ВРЕМЯ НОЧНОГО СНА (ОТСУТСТВИЕ ЭНУРЕЗА) ФОРМИРУЕТСЯ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА К _____ ГОДУ/АМ
А) 4-5
Б) 0,5-1
В) 1,5-2
Г) 2-3
ЦВЕТ УТРЕННЕЙ ПОРЦИИ МОЧИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ
А) соломенно-желтый
Б) бесцветный
В) темно-желтый
Г) светло-коричневый
У ГРУДНОГО РЕБЕНКА ЦВЕТ МОЧИ ПО СРАВНЕНИЮ С БОЛЕЕ СТАРШИМИ ДЕТЬМИ
А) более светлый
Б) более темный
В) такой же
Г) имеет розоватую окраску
У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ПРИ КАЧЕСТВЕННОМ АНАЛИЗЕ БЕЛОК В НОРМЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ ДО _____ Г/Л
А) 0,033
Б) 0,99
В) 0,066

Г) 0,33
У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ АППАРАТНЫМ МЕТОДОМ БЕЛОК В НОРМЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ ДО _____ Г/Л
А) 0,1
Б) 0,3
В) 0,2
Г) 0,5
У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРИ МИКРОСКОПИИ ОСАДКА РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ДОПУСКАЕТСЯ НАЛИЧИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ ДО _____ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ
А) 3-6
Б) 10-12
В) 13-15
Г) 20-22
У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРИ МИКРОСКОПИИ ОСАДКА РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ДОПУСКАЕТСЯ НАЛИЧИЕ ЭРИТРОЦИТОВ ДО _____ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ
А) 0-3
Б) 5-6
В) 7-11
Г) 8-10
У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРИ МИКРОСКОПИИ ОСАДКА РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ДОПУСКАЕТСЯ НАЛИЧИЕ _____ ЦИЛИНДРОВ
А) единичных гиалиновых
Б) единичных эритроцитарных
В) множественных гиалиновых
Г) множественных восковидных
У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРИ МИКРОСКОПИИ ОСАДКА РАЗОВОЙ ПОРЦИИ ПРАВИЛЬНО СОБРАННОЙ МОЧИ БАКТЕРИУРИЯ
А) допускается в незначительном количестве
Б) не допускается
В) допускается в значительном количестве
Г) всегда свидетельствует о воспалительном процессе в органах мочевой системы
У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРИ МИКРОСКОПИИ ОСАДКА РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ СОЛИ
А) могут быть в незначительном количестве
Б) могут быть в значительном количестве
В) не должны определяться
Г) всегда свидетельствуют о нарушении обмена веществ
ДОПУСТИМОЕ КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В 1 МЛ ОСАДКА МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО СОСТАВЛЯЕТ ДО
А) 2000
Б) 5000

В) 3000
Г) 1000
ДОПУСТИМОЕ КОЛИЧЕСТВО ЭРИТРОЦИТОВ В 1 МЛ ОСАДКА МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО СОСТАВЛЯЕТ ДО
А) 1000
Б) 2000
В) 3000
Г) 500
ПРОБА ПО ЗИМНИЦКОМУ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ
А) функциональное состояние почек
Б) биохимические показатели мочи
В) количество клеточных элементов в мочевом осадке
Г) скорость клубочковой фильтрации
ДЛЯ ПРОБЫ ПО ЗИМНИЦКОМУ МОЧА СОБИРАЕТСЯ _____ ЧАСА/ОВ
А) каждые 3
Б) в течение 12
В) в течение 3
Г) каждые 6
В ПРОБЕ ПО ЗИМНИЦКОМУ В КАЖДОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ОПРЕДЕЛЯЮТ
А) количество мочи
Б) количество клеточных элементов
В) биохимические показатели
Г) реакцию мочи
В ПРОБЕ ПО ЗИМНИЦКОМУ В КАЖДОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ОПРЕДЕЛЯЮТ
А) относительную плотность мочи
Б) количество клеточных элементов
В) биохимические показатели
Г) реакцию мочи
КАКОЙ БИОХИМИЧЕСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ КРОВИ ИССЛЕДУЮТ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПО ПОДДЕРЖАНИЮ ГОМЕОСТАЗА?
А) уровень мочевины
Б) активность трансаминаз
В) общий билирубин
Г) протромбин
ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ, КАК ПРАВИЛО, НАЧИНАЮТ С _____ МЕТОДА
А) ультразвукового
Б) эндоскопического
В) радиологического
Г) рентгенологического
ИЗ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЧЕК НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЮТ

А) экскреторную урографию
Б) ретроградную пиелографию
В) почечную ангиографию
Г) компьютерную томографию
ЧАСТОЕ ТОКСИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕНО
А) обильным кровоснабжением головного мозга
Б) низкой проницаемостью гематоэнцефалического барьера
В) высокими темпами развития центральной нервной системы
Г) хорошим оттоком крови от головного мозга
ЧАСТОЕ ТОКСИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦНС ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕНО
А) высокой проницаемостью гематоэнцефалического барьера
Б) высокими темпами развития центральной нервной системы
В) хорошим оттоком крови от головного мозга
Г) ограниченным кровоснабжением головного мозга
ЧАСТОЕ ТОКСИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦНС ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕНО
А) ограниченным оттоком крови от головного мозга
Б) ограниченным кровоснабжением головного мозга
В) низкой проницаемостью гематоэнцефалического барьера
Г) высокими темпами развития центральной нервной системы
КАКОВА ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ?
А) низкая кислотность (pH выше 4)
Б) высокая кислотность (pH ниже 2)
В) кислотность обусловлена соляной кислотой
Г) высокая протеолитическая активность
СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ В ПОКОЕ ЗА 1 МИН У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ
А) 140
Б) 110
В) 90
Г) 170
СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ЗА 1 МИН У РЕБЕНКА В 1 ГОД СОСТАВЛЯЕТ
А) 120
Б) 100
В) 140
Г) 160
СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ЗА 1 МИН У РЕБЕНКА В 5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ
А) 100
Б) 90

В) 80
Г) 120
СРЕДНЕЕ СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ (ММ РТ.СТ.) У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ _____, ГДЕ N – ВОЗРАСТ В ГОДАХ
А) 90+2n
Б) 90+n
В) 60+2n
Г) 100+n
АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НА НОГАХ ПО СРАВНЕНИЮ С АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ НА РУКАХ
А) выше
Б) не отличается
В) ниже
Г) постоянно меняется
ДЛЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА И ДОШКОЛЬНИКОВ ХАРАКТЕРНО _____ ДЫХАНИЕ
А) пуэрильное
Б) жесткое
В) везикулярное ослабленное
Г) усиленное бронхиальное
СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ ЗА 1 МИН. У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ
А) 25
Б) 35
В) 20
Г) 15
СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ ЗА 1 МИН. У РЕБЕНКА 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ
А) 30
Б) 25
В) 50
Г) 40
ОБСТРУКЦИИ БРОНХОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СПОСОБСТВУЕТ
А) узость просвета бронхов
Б) отсутствие коллатеральной вентиляции
В) недостаточное кровоснабжение слизистых оболочек
Г) недоразвитие дыхательного центра
ВОЗНИКНОВЕНИЮ АТЕЛЕКТАЗОВ ЛЕГКИХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ СПОСОБСТВУЕТ
А) узость просвета бронхов
Б) недоразвитие дыхательного центра
В) горизонтальное положение ребер
Г) широким просветом бронхов

ПОВЕРХНОСТНЫЙ ХАРАКТЕР ДЫХАНИЯ (МАЛЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ) У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕН
А) слабостью дыхательной мускулатуры
Б) наклонным положением ребер
В) недоразвитием эластической ткани
Г) узостью носовых ходов
НЕУСТОЙЧИВЫЙ РИТМ ДЫХАНИЯ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А) апноэ во сне (до 10 сек.)
Б) апноэ во сне (до 20 сек. и более)
В) глубоким вдохом
Г) поверхностным дыханием
ВОРОНКООБРАЗНАЯ ФОРМА ГОРТАНИ, УЗОСТЬ ГОЛОСОВОЙ ЩЕЛИ, БОГАТСТВО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КРОВЕНОСНЫМИ И ЛИМФАТИЧЕСКИМИ СОСУДАМИ СОХРАНЯЮТСЯ У РЕБЕНКА ДО _____ ЛЕТ
А) 7
Б) 5
В) 3
Г) 12
ДЫХАНИЕ ЧЕРЕЗ РОТ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ ПРАКТИЧЕСКИ НЕВОЗМОЖНО ИЗ-ЗА
А) оттеснения надгортанника большим языком
Б) недоразвития носовых ходов
В) недоразвития челюсти
Г) мягкости надгортанника
СООТНОШЕНИЕ ЧАСТОТЫ ДЫХАНИЯ И ПУЛЬСА СОСТАВЛЯЕТ 1:4 С ВОЗРАСТА
А) 1 года
Б) 6 месяцев
В) 10 лет
Г) 5 лет
ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ ЗА 1 МИН. У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 1 МЕСЯЦА СОСТАВЛЯЕТ
А) 40-60
Б) 16-18
В) 30-35
Г) 60-70
ПУЭРИЛЬНОЕ (УСИЛЕННОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ) У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНО
А) тонкой стенкой грудной клетки
Б) узостью носовых ходов
В) широким просветом бронхов
Г) плохим проведением ларингеального дыхания

ДОЛЖЕНСТВУЮЩАЯ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ ЗА 1 МИН. У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 10 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ
А) 20
Б) 18
В) 25
Г) 15
ИНОРОДНОЕ ТЕЛО В ЛЕГКИХ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОПАДАЕТ В
А) нижнюю долю справа
Б) среднюю долю справа
В) верхнюю долю слева
Г) верхнюю долю справа
У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ КОЛЕБЛЕТСЯ В ПОКОЕ В ПРЕДЕЛАХ _____ %
А) 10
Б) 20
В) 30
Г) 25
АПНОЭ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ СВЯЗАНО С
А) незаконченной дифференцировкой дыхательного центра
Б) недостатком сурфанктанта
В) слабостью сокращения диафрагмы
Г) гипоксией дыхательного центра
ПУЭРИЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ У ДЕТЕЙ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ С
А) 6 месяцев до 5-7 лет
Б) рождения до 8 лет
В) года до 8 лет
Г) 3 месяцев до 3 лет
КАКИМ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ШУМ В СЕРДЦЕ У ДЕТЕЙ?
А) тихий, мягкий тембр, не проводится экстракардиально, короткий
Б) постоянный, диастолический, не зависит от положения тела и физической нагрузки
В) меняется после физической нагрузки, грубый, диастолический
Г) связан с тонами, не зависит от положения тела и физической нагрузки
КАКОВЫ ОСОБЕННОСТИ ЭКГ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ?
А) синусовая тахикардия, отклонение электрической оси вправо, отрицательные зубцы Т в III стандартном и V1–V3 отведениях
Б) левожелудочковые экстрасистолы, синусовая брадикардия
В) отклонение электрической оси влево, отрицательные зубцы Т в III стандартном и V1-V3 отведениях
Г) отклонение электрической оси влево, низкий вольтаж зубца R в I и III отведениях
ПРИ ОСМОТРЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА МОЖЕТ БЫТЬ ЗАМЕТНА СЛАБАЯ ПУЛЬСАЦИЯ В ОБЛАСТИ
А) верхушечного толчка

Б) сердечного толчка
В) основания сердца
Г) эпигастрия в направлении сверху вниз
«СЕРДЕЧНЫЙ ГОРБ» – ЭТО ДЕФОРМАЦИЯ (ВЫПЯЧИВАНИЕ) ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В
А) области проекции сердца на грудную клетку
Б) левой подмышечной области
В) левом подреберье
Г) правой половине грудной клетки
УСИЛЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА СВЯЗАНО С _____ ЖЕЛУДОЧКА
А) гипертрофией левого
Б) дилятацией правого
В) дилятацией левого
Г) гипертрофией правого
К ПРИЧИНАМ СМЕЩЕНИЯ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА ВЛЕВО ОТНОСЯТ
А) аортальные пороки, митральную недостаточность, левосторонний обтурационный ателектаз
Б) митральный стеноз, дополнительную хорду
В) стеноз трикуспидального клапана
Г) двустороннюю пневмонию с дыхательной недостаточностью II-III степени
ПОЯВЛЕНИЕ ВЫРАЖЕННОГО СЕРДЕЧНОГО ТОЛЧКА У ДЕТЕЙ СВЯЗАНО С
А) гипертрофией и дилятацией правого желудочка
Б) гипертрофией и дилятацией левого желудочка
В) гипертрофией и дилятацией левого предсердия
Г) препятствием току крови в аорте
СИМПТОМ СИСТОЛИЧЕСКОГО ДРОЖАНИЯ («КОШАЧЬЕГО МУРЛЫКАНЬЯ») ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ
А) стенозе устья аорты
Б) гипертрофии правого желудочка
В) митральном стенозе
Г) тахикардии
ТАХИКАРДИЯ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ
А) при тиреотоксикозе
Б) во время сна
В) при кровоизлиянии в мозг
Г) при переохлаждении
РАСШИРЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВЛЕВО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ
А) дилятации и гипертрофии левого желудочка
Б) дилятации и гипертрофии левого предсердия
В) полной блокаде правой ножки пучка Гиса
Г) левосторонней пневмонии

РАСШИРЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВЛЕВО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ
А) высоком стоянии диафрагмы
Б) полной блокаде правой ножки пучка
В) левосторонней пневмонии
Г) пароксизмальной тахикардии
РАСШИРЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВПРАВО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ
А) дилятации правого желудочка
Б) дилятации левого желудочка
В) дилятации левого предсердия
Г) гипертрофии левого предсердия
РАСШИРЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВПРАВО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ
А) смещении средостения вправо
Б) дилятации левого предсердия
В) дилятации левого желудочка
Г) гипертрофии левого предсердия
РАСШИРЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВО ВСЕХ НАПРАВЛЕНИЯХ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ
А) транспозиции магистральных сосудов
Б) тиреотоксикозе
В) пароксизмальной тахикардии
Г) эмфиземе легких
РАСШИРЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВО ВСЕХ НАПРАВЛЕНИЯХ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ
А) перикардите
Б) гипотиреозе
В) пароксизмальной тахикардии
Г) эмфиземе легких
ОСЛАБЛЕНИЕ (ПРИГЛУШЕННОСТЬ) ТОНОВ СЕРДЦА НАБЛЮДАЕТСЯ
А) при скоплении жидкости в полости перикарда
Б) во время сна
В) при снижении массы тела
Г) при психо-эмоциональном возбуждении
УСИЛЕНИЕ ТОНОВ СЕРДЦА (ОСОБЕННО I ТОНА НА ВЕРХУШКЕ) НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
А) тиреотоксикозе
Б) ожирении
В) брадикардии
Г) бронхите
УСИЛЕНИЕ ТОНОВ СЕРДЦА (ОСОБЕННО I ТОНА НА ВЕРХУШКЕ) НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
А) анемии
Б) рахите

В) ожирении
Г) брадикардии
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ШУМ АУСКУЛЬТАТИВНО ХАРАКТЕРИЗУЕТ
А) мягкий тембр
Б) связь с тонами
В) постоянство
Г) грубый характер
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ШУМ АУСКУЛЬТАТИВНО ХАРАКТЕРИЗУЕТ
А) отсутствие проведения за пределы сердца
Б) хорошее проведение за пределы сердца
В) связь с тонами
Г) постоянство
ОРГАНИЧЕСКИЕ ШУМЫ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЮТ ПРИ
А) воспалительном поражении эндокарда
Б) неравномерности роста отделов сердца и сосудов
В) дополнительной хорде в левом желудочке
Г) снижении тонуса папиллярных мышц
ОРГАНИЧЕСКИЕ ШУМЫ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЮТ ПРИ
А) анатомических изменениях клапанов
Б) снижении тонуса папиллярных мышц
В) неравномерности роста отделов сердца и сосудов
Г) дополнительной хорде в левом желудочке
ОРГАНИЧЕСКИЙ ШУМ АУСКУЛЬТАТИВНО ХАРАКТЕРИЗУЕТ
А) грубый тембр
Б) небольшая продолжительность
В) тихий, мягкий тембр
Г) отсутствие связи с тонами
АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) дующим систолическим шумом на верхушке
Б) дующим диастолическим шумом на верхушке
В) диастолическим шумом в V точке
Г) усилением I тона на верхушке
АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) проведением шума в левую аксиллярную область
Б) дующим диастолическим шумом на верхушке
В) диастолическим шумом в V точке
Г) усилением I тона на верхушке
ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ АУСКУЛЬТАТИВНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
А) диастолический рокочущий шум на верхушке
Б) ослабление I тона на верхушке
В) короткий систолический шум над аортой
Г) дующий систолический шум на верхушке
ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ АУСКУЛЬТАТИВНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

А) ритм «перепела»
Б) дующий систолический шум на верхушке
В) ослабление I тона на верхушке
Г) систолический шум над легочным стволом
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕЗИЯ МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ ПРИ
А) надпочечниковой недостаточности
Б) холестазе
В) заболеваниях мочевыделительной системы
Г) бронхиальной астме
КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ МИОКАРДИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) тахикардия
Б) гипертермия
В) брадикардия
Г) «сердечный горб»
КАРДИОТОРАКАЛЬНЫЙ ИНДЕКСОС ЯВЛЯЕТСЯ СООТНОШЕНИЕ
А) поперечных размеров сердца и грудной клетки
Б) длинников грудной клетки и сердца
В) поперечных размеров тимуса и сердца
Г) расстояния между правой и левой парастернальными линиями
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ КОЖНЫХ ВЫСЫПАНИЙ ДЕЛЯТСЯ НА
А) только первичные и вторичные
Б) первичные, вторичные, третичные
В) связанные с сальными железами
Г) связанные с потовыми железами
БЛЕДНОСТЬ КОЖИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
А) снижении артериального давления
Б) повышении температуры воздуха
В) физической нагрузке
Г) повышении артериального давления
ЖЕЛТУШНОСТЬ КОЖИ И СКЛЕР ВОЗНИКАЮТ ВСЛЕДСТВИЕ
А) гемолиза
Б) заболеваний почек
В) употребления в пищу продуктов, богатых каротином
Г) гиповитаминоза А
ЖЕЛТУШНОСТЬ КОЖИ И СКЛЕР ВОЗНИКАЮТ ВСЛЕДСТВИЕ
А) заболевания печени
Б) гиповитаминоза А
В) отравления нитритами
Г) заболеваний почек
ЖЕЛТУШНОСТЬ СКЛЕР ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ ОБЩЕГО БИЛИРУБИНА ВЫШЕ _____ МКМОЛЬ/Л
А) 20
Б) 15

В) 25
Г) 30
ЦИАНОЗ КОЖИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ
А) сердечной недостаточности
Б) заболевании почек
В) заболевании печени
Г) геморрагических заболеваниях
ЦИАНОЗ КОЖИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ
А) заболеваниях лёгких
Б) геморрагических заболеваниях
В) заболевании почек
Г) заболевании печени
ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГИПЕРЕМИИ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) воспалительное поражение кожи
Б) снижение температуры окружающего воздуха
В) снижение артериального давления
Г) заболевание паренхимы почек
ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ
А) повышенное разрушение эритроцитов
Б) аномалия строения эритроцитов
В) аномалия строения гемоглобина
Г) несовместимость матери и ребенка по группам крови
ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА НОВОРОЖДЕННЫХ ПОЯВЛЯЕТСЯ НА _____ ДЕНЬ ЖИЗНИ
А) 2-3-й
Б) 1-ый
В) 5-7
Г) 10-14
ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА НОВОРОЖДЕННЫХ ИСЧЕЗАЕТ К _____ ЖИЗНИ
А) 7-10 дню
Б) 4-5 дню
В) 3-4 неделе
Г) 5-6 неделе
ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТЫХ ОТЁКОВ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД
А) контроля массы тела и диуреза
Б) пальпации
В) перкуссии
Г) контроля выпитой жидкости
ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТЫХ ОТЁКОВ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД
А) определения диуреза с учетом количества выпитой жидкости
Б) перкуссии
В) пальпации
Г) аускультации

БРОНЗОВАЯ ОКРАСКА КОЖИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
А) надпочечников
Б) печеночной
В) почечной
Г) сердечной
ПРИЧИНОЙ НЕДОСТАТОЧНОГО РАЗВИТИЯ ПОДКОЖНОГО ЖИРОВОГО СЛОЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) синдром мальабсорбции
Б) гипотиреоз
В) избыточное употребление углеводов
Г) острая респираторная инфекция
ПРИЧИНОЙ НЕДОСТАТОЧНОГО РАЗВИТИЯ ПОДКОЖНОГО ЖИРОВОГО СЛОЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) недостаточное поступление пищи
Б) избыточное поступление жиров с пищей
В) избыточное употребление углеводов
Г) несбалансированный характер пищи
ПРИ ЭКЗОГЕННОЙ (ЛОЖНОЙ) ЖЕЛТУХЕ ПРОКРАШИВАЮТСЯ
А) только кожные покровы
Б) только слизистые оболочки
В) кожа, слизистые оболочки, склеры
Г) преимущественно кожные покровы лица
ПРИ ЭКЗОГЕННОЙ (ЛОЖНОЙ) ЖЕЛТУХЕ ПРОКРАШИВАЮТСЯ
А) преимущественно ладони и стопы
Б) только слизистые оболочки
В) кожа, слизистые оболочки, склеры
Г) преимущественно живот и спина
ПОЛОСТНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) пузырек
Б) узел
В) волдырь
Г) папула
ПРИ ПСЕВДОАНЕМИИ В ОТЛИЧИЕ ОТ АНЕМИИ ЦВЕТ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК
А) ярко-розовый
Б) бледный
В) цианотичный
Г) желтушный
ЛОМКОСТЬ И БУГРИСТОСТЬ НОГТЕВОЙ ПЛАСТИНЫ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ АЛИМЕНТАРНОМ ДЕФИЦИТЕ
А) белка
Б) железа
В) хрома
Г) витамина А

ДЕФОРМАЦИЯ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИН В ВИДЕ «ЧАСОВЫХ СТЕКОЛ» ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А) хронической дыхательной недостаточности
Б) хронической почечной недостаточности
В) хронической надпочечниковой недостаточности
Г) длительного дефицита питания
ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИЯМИ У ДЕТЕЙ НАЗЫВАЮТСЯ
А) сосудистые пятна, не выступающие над кожей
Б) пятна со скоплением пигментообразующих клеток
В) участки кожи с сетчатым («мраморным») рисунком
Г) сосудистые пятна, выступающие над поверхностью кожи
МОНГОЛОИДНЫМИ ПЯТНАМИ У ДЕТЕЙ НАЗЫВАЮТСЯ
А) пятна со скоплением пигментообразующих клеток кожи
Б) сосудистые пятна, не выступающие над кожей
В) сосудистые пятна, выступаюшие над кожей
Г) участки кожи с мраморным рисунком
ГЕМАНГИОМЫ ОТНОСЯТСЯ К
А) дисплазиям кожи
Б) инфекционным поражениям кожи
В) аллергическим заболеваниям кожи
Г) токсическим поражениям кожи
О ДОСТАТОЧНОМ РАЗВИТИЕ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОПАДАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ СУММЫ 4-Х СКЛАДОК В ЗОНУ _____ ЦЕНТИЛЕЙ
А) 10-90
Б) 5-95
В) 5-75
Г) 25-95
БОРОЗДОЙ ФИЛАТОВА-ГАРРИСОНА НАЗЫВАЕТСЯ
А) ладьевидное углубление в области прикрепления диафрагмы
Б) деформация грудной клетки вследствие нарушения осанки
В) западание в области грудины
Г) углубление в месте прикрепления мечевидного отростка
ПАЛЬПАЦИЯ РАХИТИЧЕСКИХ «ЧЕТОК» ПРОВОДИТСЯ ОТ ____ЛИНИИ ПО НАПРАВЛЕНИЮ К ГРУДИНЕ
А) передней аксиллярной
Б) срединноключичной
В) парастернальной
Г) задней аксиллярной
ПАЛЬПАЦИЯ РАХИТИЧЕСКИХ «ЧЕТОК» ПРОВОДИТСЯ В ОБЛАСТИ _____ РЕБЕР
А) V-VIII
Б) I-III
В) II-IV
Г) I-IV

ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЕНКА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ПРОВОДИТСЯ
А) в первые дни жизни
Б) в 3 месяца
В) в 1 год
Г) в 6 месяцев
ИЗ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ
А) врожденный вывих бедра
Б) пороки развития отдельных костей
В) врожденные хондро- и остеодисплазии
Г) наследственные заболевания группы «Osteogenesis Imperfecta»
СТЕПЕНЬ РАЗВИТИЯ МЫШЦ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЮТ
А) визуально и пальпаторно
Б) только пальпаторно
В) только визуально
Г) при перкуссии
КОСВЕННЫМ ПРИЗНАКОМ СКОЛИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) ассиметрия уровней плеч
Б) равенство треугольников талии
В) ассиметрия уровней подвздошных костей
Г) равенство уровней плеч
МЫШЕЧНЫЙ ТОНУС РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК НАПРЯЖЕНИЕ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ, КОТОРОЕ ОЦЕНИВАЮТ
А) визуально и пальпаторно
Б) только визуально
В) только пальпаторно
Г) только при динамометрии
МЫШЕЧНОЙ АСИММЕТРИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ НЕОДИНАКОВАЯ СТЕПЕНЬ РАЗВИТИЯ МЫШЦ
А) верхних и нижних конечностей
Б) плеча и предплечья
В) одноименных на обеих половинах тела
Г) бедра и голени
ОБ АСИММЕТРИИ ОДНОИМЕННЫХ МЫШЦ КОНЕЧНОСТЕЙ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ РАЗНИЦА ОКРУЖНОСТЕЙ, СОСТАВЛЯЮЩАЯ МИНИМУМ _____ ММ
А) 10
Б) 5
В) 20
Г) 30
МЫШЕЧНАЯ ГИПОТОНИЯ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ
А) гипоксически-ишемических поражений головного мозга
Б) повреждения головного мозга в результате ядерной желтухи

В) аномалий развития мочевыделительной системы
Г) врожденных нервно-мышечных заболеваний
МЫШЕЧНАЯ КОНТРАКТУРА ПРИВОДИТ К
А) спастическому сокращению мышц
Б) гипертонусу мышц
В) полной утрате движений в суставе
Г) увеличению объема пассивных движений в суставе
МЫШЕЧНАЯ КОНТРАКТУРА ПРИВОДИТ К
А) ограничению движений в суставе
Б) увеличению объема пассивных движений в суставе
В) полной утрате движений в суставе
Г) гипертонусу мышц
ГИПОНАТРИЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) вялостью
Б) жаждой
В) повышением сухожильных рефлексов
Г) артериальной гипертензией
ГИПЕРНАТРИЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) жаждой
Б) адинамией
В) отказом от питья
Г) снижением сухожильныех рефлексов
ГИПОКАЛИЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) тахикардией
Б) брадикардией
В) высоким остроконечным зубцом Т на ЭКГ
Г) смещением интервала ST выше изолинии на ЭКГ
ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПАТОЛОГИЮ ПОЧЕК, КАК ПРАВИЛО, НАЧИНАЮТ С
А) ультразвукового исследования почек
Б) внутривенной экскреторной урографии
В) нефросцинтиграфии
Г) компьютерной томографии
ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА НАИБОЛЬШУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЗНАЧИМОСТЬ ИМЕЕТ
А) микционная цистоуретрография
Б) нефросцинтиграфия
В) ультразвуковое исследование почек
Г) цистоскопия
МИКЦИОННАЯ ЦИСТОУРЕТРОГРАФИЯ НАИБОЛЬШУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЗНАЧИМОСТЬ ИМЕЕТ ДЛЯ ОЦЕНКИ
А) заброса мочи в мочеточники
Б) состояния слизистой оболочки мочевого пузыря
В) наличия конкрементов в мочевом пузыре
Г) положения устьев мочеточников

ПРИОРИТЕТНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) уродинамическое обследование
Б) микционная цистоуретрография
В) ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря
Г) цистоскопия
БОЛИ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
А) пиелонефрита
Б) цистита
В) первичной тубулопатии
Г) нейрогенного мочевого пузыря
МИКРОГНАТИЮ РАССМАТРИВАЮТ КАК
А) малые размеры нижней челюсти
Б) малые размеры верхней челюсти
В) малое ротовое отверстие
Г) малые размеры верхней челюсти и рта
ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ПОЧЕЧНЫХ ОТЕКОВ
А) появляются в первую очередь на лице
Б) появляются только вечером
В) появляются в первую очередь на ногах
Г) твердые
ПОЧЕЧНЫЕ ОТЕКИ
А) бледные
Б) появляются только вечером
В) появляются в первую очередь на ногах
Г) цианотичные
О НАЛИЧИИ СКРЫТЫХ ОТЕКОВ СУДЯТ ПО
А) ускорению рассасывания кожной «волдырной» пробы
Б) замедлению рассасывания кожной «волдырной» пробы
В) наличию влажных хрипов в легких
Г) повышению артериального давления
ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТЫХ ОТЕКОВ ПРОВОДЯТ ПРОБУ
А) Мак-Клюра-Олдрича («волдырная»)
Б) Реберга (клиренс по эндогенному креатинину)
В) по Зимницкому
Г) по Нечипоренко
ГИПЕРТЕНЗИВНЫЙ СИНДРОМ ОСОБЕННО ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
А) стеноза почечной артерии
Б) тубулоинтерстициального нефрита
В) инфекции мочевой системы
Г) дисметаболической нефропатии
ОЛИГУРИЕЙ СЧИТАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ СУТОЧНОГО ДИУРЕЗА НА _____ % ОТ ВОЗРАСТНОЙ НОРМЫ
А) 70
Б) 50

В) 30
Г) 20
АНУРИЕЙ СЧИТАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ СУТОЧНОГО ДИУРЕЗА ДО _____ЧАСТИ ОТ ВОЗРАСТНОЙ НОРМЫ
А) 1/15
Б) 1/4
В) 1/8
Г) 1/3
ПОЛИУРИЕЙ СЧИТАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ СУТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА МОЧИ, ПРЕВЫШАЮЩЕЕ ВОЗРАСТНУЮ НОРМУ НА _____ %
А) 100
Б) 10
В) 20
Г) 30
НИКТУРИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) преобладание ночного диуреза над дневным
Б) преобладание дневного диуреза над ночным
В) снижение фильтрационной функции почек
Г) нарушение концентрационной функции почек
СИНДРОМОМ ДИЗУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) расстройство акта мочеиспускания
Б) нарушение концентрационной функции почек
В) увеличение количества выделенной мочи
Г) уменьшение количества выделенной мочи
СИМПТОМОМ ДИЗУРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ
А) болезненное мочеиспускание
Б) увеличение диуреза
В) уменьшение диуреза
Г) преобладание ночного диуреза над дневным
ПОЛЛАКИУРИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) учащение мочеиспусканий
Б) урежение мочеиспусканий
В) боль при мочеиспускании
Г) увеличение диуреза
УЧАЩЕННЫЕ, БОЛЕЗНЕННЫЕ МОЧЕИСПУСКАНИЯ В СОЧЕТАНИИ С БОЛЯМИ В НАДЛОБКОВОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
А) цистита
Б) гломерулонефрита
В) пиелонефрита
Г) рефлюкс-нефропатии
ЭНУРЕЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) непроизвольное мочеиспускание во время сна
Б) задержка мочеиспускания
В) произвольное мочеиспускание во время бодрствования
Г) учащение мочеиспускания

МОЧЕВЫМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЮТСЯ
А) количественные и качественные изменения мочи при заболеваниях
Б) клинические признаки нарушения выведения мочи
В) расстройства акта мочеиспускания
Г) изменения окраски и прозрачности мочи
ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТОМ МОЧЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А) лейкоцитурия
Б) гематурия
В) кристаллурия
Г) протеинурия
ПОЛНЫЙ НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ
А) отеков
Б) артериальной гипертензии
В) макрогематурии
Г) боли в пояснице
ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТОМ МОЧЕВОГО СИНДРОМА ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ВЫСТУПАЕТ
А) выраженная протеинурия
Б) лейкоцитурия
В) цилиндрурия
Г) гематурия
ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТОМ МОЧЕВОГО СИНДРОМА ПРИ НЕФРИТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ВЫСТУПАЕТ
А) гематурия
Б) лейкоцитурия
В) цилиндрурия
Г) протеинурия
НЕФРИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ
А) гематурии
Б) выраженных отеков
В) артериальной гипертензией
Г) болями в пояснице
СИМПТОМОМ ЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) дизурия
Б) боль в пояснице
В) фебрильная температура
Г) отечность голеней
ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) азотемия
Б) протеинурия
В) гиперлипидемия
Г) гематурия

ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ГИПЕРАЗОТЕМИИ БОЛЕЕ _____ МЕСЯЦЕВ
А) 3
Б) 5
В) 2
Г) 12
ИЗОСТЕНУРИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ОДНОГО ГОДА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ОГРАНИЧЕНИИ КОЛЕБАНИЙ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ В ПРЕДЕЛАХ
А) 1010-1012
Б) 1002-1012
В) 1005-1015
Г) 1000-1010
ГИПОСТЕНУРИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ОДНОГО ГОДА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ОГРАНИЧЕНИИ КОЛЕБАНИЙ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ В ПРЕДЕЛАХ
А) 1002-1008
Б) 1008-1015
В) 1010-1012
Г) 1015-1018
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ОБНАРУЖЕНИИ АППАРАТНЫМ МЕТОДОМ В РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ БЕЛКА В КОЛИЧЕСТВЕ БОЛЕЕ _____ Г/Л
А) 0,1
Б) 0,002
В) 0,033
Г) 0,05
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОТЕИНУРИЯ У ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ПОТЕРЕ БЕЛКА ЗА СУТКИ БОЛЕЕ _____ МГ
А) 100
Б) 50
В) 30
Г) 10
ГЕМАТУРИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В НАЛИЧИИ В РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ЭРИТРОЦИТОВ БОЛЕЕ (В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ)
А) 3
Б) 2
В) 1
Г) 0
ГЕМАТУРИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ОБНАРУЖЕНИИ В 1 МЛ ОСАДКА МОЧИ (ПРОБА НЕЧИПОРЕНКО) ЭРИТРОЦИТОВ БОЛЕЕ
А) 1000
Б) 200
В) 500

Г) 100
ЛЕЙКОЦИТУРИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ОБНАРУЖЕНИИ В 1 МЛ ОСАДКА МОЧИ (ПРОБА НЕЧИПОРЕНКО) ЛЕЙКОЦИТОВ БОЛЕЕ
А) 2000
Б) 1000
В) 500
Г) 100
ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И НЕДОСТАТОЧНОМ ПИТАНИИ РАНЬШЕ ВСЕГО ИЗМЕНЯЮТСЯ ПРИРОСТЫ
А) массы тела
Б) длины тела
В) окружности головы
Г) окружности груди
ВОЗМОЖНОСТЬ ПАТОЛОГИЧЕСКИ НИЗКОГО РОСТА ВЕРОЯТНА, ЕСЛИ ПОКАЗАТЕЛЬ РОСТА ВЫХОДИТ ЗА ПРЕДЕЛЫ _____ ЦЕНТИЛЯ
А) 3
Б) 25
В) 10
Г) 75
ПАТОЛОГИЧЕСКИ ВЫСОКИМ ЯВЛЯЕТСЯ РОСТ, ВЫХОДЯЩИЙ ЗА ПРЕДЕЛЫ _____ ЦЕНТИЛЯ
А) 97
Б) 90
В) 75
Г) 50
ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ КОНТРОЛЬНЫЕ ВЗВЕШИВАНИЯ
А) 1 раз в сутки
Б) каждые 6 часов
В) 1 раз в неделю
Г) 1 раз в месяц
ПРИ ОЦЕНКЕ ОТКЛОНЕНИЙ МАССЫ ТЕЛА РАСЧЕТ ДЕФИЦИТА ИЛИ ИЗБЫТКА МАССЫ ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВЕ СТАНДАРТА МАССЫ ПО
А) росту (длине тела)
Б) возрасту
В) окружности головы и груди
Г) площади тела
ВОЗМОЖНОСТЬ ПАТОЛОГИЧЕСКИ НИЗКОЙ МАССЫ ТЕЛА ВЕРОЯТНА, ЕСЛИ МАССА ВЫХОДИТ ЗА ПРЕДЕЛЫ _____ ЦЕНТИЛЯ
А) 3
Б) 25
В) 10
Г) 75

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК
А) гипотрофия
Б) нанизм
В) гипостатура
Г) паратрофия
ПОД ГИПОТРОФИЕЙ ПОНИМАЮТ
А) хроническое расстройство питания с дефицитом массы тела
Б) острое расстройство питания с дегидратацией
В) дефицит отдельных нутриентов в питании
Г) хроническое расстройство питания с избытком веса
СТЕПЕНЬ ГИПОТРОФИИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ДЕФИЦИТУ
А) массы тела по росту
Б) массы тела по возрасту
В) роста по возрасту
Г) отдельных нутриентов рациона питания
ПРИ ГИПОТРОФИИ I СТЕПЕНИ ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ _____ %
А) 10-20
Б) 5-10
В) 20-30
Г) более 30
КРИПТОРХИЗМ РАССМАТРИВАЮТ КАК
А) неопущение яичек в мошонку
Б) недоразвитие наружных половых органов
В) гипогонадизм
Г) сращение крайней плоти
ПРИ ГИПОТРОФИИ III СТЕПЕНИ ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ _____ %
А) больше 30
Б) 20-30
В) 10-20
Г) 5-10
ВНУТРИУТРОБНАЯ ГИПОТРОФИЯ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ВЕЛИЧИНЕ МАССО-РОСТОВОГО ИНДЕКСА НИЖЕ
А) 60
Б) 70
В) 80
Г) 50
ВОЗМОЖНОСТЬ ПАТОЛОГИЧЕСКИ ВЫСОКОЙ МАССЫ ТЕЛА ВЕРОЯТНА, ЕСЛИ ПОКАЗАТЕЛЬ МАССЫ ВЫХОДИТ ЗА ПРЕДЕЛЫ _____ ЦЕНТИЛЯ
А) 97
Б) 90
В) 75

Г) 25
СТИГМАМИ ДИСМОРФОГЕНЕЗА НАЗЫВАЮТ
А) малые аномалии развития наружных частей тела
Б) врожденные пороки развития органов и систем
В) большие родимые пятна
Г) большие аномалии развития наружных частей тела
КРИТИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ СТИГМАТИЗАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ СТИГМ
А) 5-6
Б) 2-3
В) 3-4
Г) 1-2
ПОД ВИТИЛИГО ПОНИМАЮТ
А) депигментированное пятно с зоной гиперпигментации по краю
Б) пятно цвета «кофе с молоком» на коже
В) усиление пигментации кожи
Г) сосудистые пятна на коже
ПОД СИНДАКТИЛИЕЙ ПОНИМАЮТ
А) сращение минимум двух пальцев
Б) увеличение количества пальцев
В) изменение формы пальцев
Г) изменение размеров пальцев
СИСТЕМУ МЕР ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ БОЛЕЗНЕЙ, СОХРАНЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ И ПРОДЛЕНИЮ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА ИЗУЧАЕТ
А) профилактическая
Б) клиническая
В) социальная
Г) нетрадиционная
ВИДОМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ПРИВЛЕЧЕНИЯ К АКТИВНОМУ УЧАСТИЮ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) санитарное просвещение
Б) профилактическая работа
В) пропаганда здорового образа жизни
Г) первичная профилактика
ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ ПОДРАЗУМЕВАЕТ
А) предупреждение формирования болезни
Б) устранение факторов риска, которые могут привезти к возникновению болезни
В) предупреждение обострений болезни и реабилитацию больных
Г) создание условий для повышения уровня здоровья
МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА УСТРАНЕНИЕ ИЛИ КОМПЕНСАЦИЮ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ВОССТАНОВЛЕНИЕ УТРАЧЕННЫХ ФУНКЦИЙ, ОТНОСЯТСЯ К ПРОФИЛАКТИКЕ

А) третичной
Б) вторичной
В) индивидуальной
Г) первичной
ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТ ЗДОРОВЬЕ, КАК СОСТОЯНИЕ
А) которому свойственно не только отсутствие болезней или физических дефектов, но полное физическое, душевное и социальное благополучие
Б) способности биосистемы к самоорганизации через механизмы гомеостаза, адаптации, реактивности, резистентности с привлечением высших ступеней организации личности – психических и духовных качеств
В) характеризующееся отсутствием у человека органических нарушений и субъективных ощущений нездоровья; базовая человеческая ценность для полноценной жизни, удовлетворения духовных и материальных потребностей индивида
Г) отсутствие болезней в стадии декомпенсации или физических дефектов и субъективных ощущений нездоровья, душевное спокойствие и социальное благополучие
ОПТИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖИВОТНЫХ ЖИРОВ ПО РЕКОМЕНДАЦИЯМ НИИ ПИТАНИЯ РАМН ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ _____ % ИХ СУТОЧНОГО ПОСТУПЛЕНИЯ
А) 30-50
Б) 10-20
В) 60-70
Г) 15-25
МАКСИМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ САХАРОВ В РАЦИОНЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ НИИ ПИТАНИЯ РАМН СОСТАВЛЯЕТ _____ % СУТОЧНОГО ПОСТУПЛЕНИЯ УГЛЕВОДОВ
А) 20
Б) 10
В) 30
Г) 15
ЭМБРИОПАТИИ ФОРМИРУЮТСЯ ДО _____ НЕДЕЛИ ГЕСТАЦИИ
А) 10
Б) 14
В) 22
Г) 28
РАННИЕ ФЕТОПАТИИ ФОРМИРУЮТСЯ С _____ НЕДЕЛИ ГЕСТАЦИИ
А) 11-12
Б) 8-10
В) 14-16
Г) 18-20
ОСНОВНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

А) длина тела, масса тела, окружность грудной клетки
Б) окружность груди и головы, длина конечностей
В) масса тела, длина рук и ног, окружность грудной клетки
Г) массо-ростовой коэффициент, индекс Эрисмана
ЗРЕЛОСТЬ НОВОРОЖДЕННОГО ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО
А) степени морфофункционального развития
Б) соматометрическим показателям новорожденного
В) сроку гестации и массе тела новорожденного
Г) сроку гестации и длине тела новорожденного
АДАПТИВНЫМИ СОМАТОМЕТРИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ МАЛЬЧИКОВ ВЫСТУПАЮТ
А) длина тела 52 ±2см, масса тела 3560 ±420 г
Б) длина тела 55 ±1см, масса тела 3860 ±120г
В) длина тела 60 ±2см, масса тела 3960 ±150г
Г) длина тела 47 ±2см, масса тела 2860 ±220г
АДАПТИВНЫМИ СОМАТОМЕТРИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕВОЧЕК ВЫСТУПАЮТ
А) длина тела 51 ±2см, масса тела 3390 ±395г
Б) длина тела 49 ±1см, масса тела 2760 ±225г
В) длина тела 56 ±2см, масса тела 4560 ±335г
Г) длина тела 58 ±3см, масса тела 4050 ±125г
ПОД ТЕРМИНОМ «ДЕЦЕЛЕРАЦИЯ» ПОНИМАЮТ
А) замедление физического развития детей на популяционном уровне
Б) неравномерность физического развития детей на популяционном уровне
В) замедление нервно-психического развития детей на популяционном уровне
Г) ускорение физического развития детей на популяционном уровне
В ВОЗРАСТЕ 4-Х МЕСЯЦЕВ РЕБЕНОК ДОЛЖЕН УМЕТЬ
А) свободно захватывать рукой низко висящие над грудью игрушки
Б) стучать игрушкой по столу или кроватке
В) перекладывать игрушку из руки в руку
Г) захватывать игрушки или другие предметы пальцами
ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ МЫШЕЧНОЙ СИЛЫ КИСТЕЙ РУК ИСПОЛЬЗУЮТ
А) динамометр
Б) тонометр
В) сфигмоманометр
Г) пикфлоуметр
КОСТНЫЙ ВОЗРАСТ В РОССИИ ПРИНЯТО ОЦЕНИВАТЬ ПО
А) оссификации костей кистей обеих рук
Б) годовой прибавке длины тела
В) числу постоянных зубов
Г) оссификации костей левой кисти
ДЛЯ ОЦЕНКИ КОЛИЧЕСТВА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ФОРМУЛУ
А) 4n - 20, где n – число лет

Б) 4n - 4, где n – число месяцев
В) 4n - 8, где n – число лет
Г) 5n - 20, где n – число лет
ФОРМУЛА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧКИ МА2АХ1Р1 ОЗНАЧАЕТ, ЧТО
А) околососковый кружок имеет большие размеры, железа несколько выдается, имеются единичные волосы в подмышечных впадинах и на лобке
Б) железы не выдаются, сосок поднимается над околососковым кружком, имеются густые волосы на центральном участке подмышечных впадин и лобке
В) околососковый кружок имеет большие размеры, железа несколько выдается, отсутствуют волосы в подмышечных впадинах, присутствуют единичные волосы на лобке
Г) тело железы принимает округлую форму, соски приподнимаются над околососковым кружком; имеются длинные, густые, вьющиеся волосы по всей подмышечной впадине; имеются редкие, длинные волосы на центральном участке лобка
НЕДОСТАТОК МАССЫ ТЕЛА ПРИ НОРМАЛЬНОМ РОСТЕ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НАЗЫВАЮТ
А) гипотрофией
Б) гипосомией
В) гипостатурой
Г) гипопитуитаризмом
У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПАЛЬПИРУЮТСЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ЛИМФОУЗЛЫ В КОЛИЧЕСТВЕ
А) не более 3 групп
Б) 5-6 групп
В) в каждой группе с одной стороны до 3-5
Г) в каждой группе с одной стороны до 5-6
СИНДРОМ УВЕЛИЧЕННОГО КРОВОТОКА ЧЕРЕЗ ЛЕГКИЕ (ГИПЕРВОЛЕМИИ МАЛОГО КРУГА) ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) повторными бронхитами, пневмониями
Б) одышечно-цианотическими приступами
В) стойкой артериальной гипертонией
Г) ослаблением II тона на легочной артерии
СИНДРОМ УВЕЛИЧЕННОГО КРОВОТОКА ЧЕРЕЗ ЛЕГКИЕ (ГИПЕРВОЛЕМИИ МАЛОГО КРУГА) ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) акцентом II тона на легочной артерии
Б) ослаблением II тона на легочной артерии
В) одышечно-цианотическими приступами
Г) стойкой артериальной гипертонией
ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА С СИНДРОМОМ ПОВЫШЕННОГО КРОВОТОКА ЧЕРЕЗ ЛЕГКИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А) открытый артериальный проток
Б) стеноз аорты
В) стеноз легочной артерии
Г) коарктация брюшной аорты
ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА С ОБЕДНЕНИЕМ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) тетрада Фалло
Б) стеноз аорты
В) открытый артериальный проток
Г) дефект межжелудочковой перегородки
ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА С ОБЕДНЕНИЕМ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) стеноз легочной артерии
Б) дефект межжелудочковой перегородки
В) открытый артериальный проток
Г) стеноз аорты
ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА С СИНДРОМОМ ШЛЮЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) стеноз легочной артерии
Б) открытый артериальный проток
В) дефект межжелудочковой перегородки
Г) дефект межпредсердной перегородки
ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА С СИНДРОМОМ ШЛЮЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) коарктация аорты
Б) дефект межжелудочковой перегородки
В) открытый артериальный проток
Г) дефект межпредсердной перегородки
ПРИЗНАКАМИ ЗАСТОЯ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ
А) влажный кашель, влажные мелкопузырчатые хрипы в легких
Б) увеличение печени, селезенки
В) отеки стоп и голеней
Г) акроцианоз, сухие хрипы в легких
ПРИЗНАКАМИ ЗАСТОЯ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ
А) одышка, тахикардия
Б) увеличение печени, селезенки
В) отеки стоп и голеней
Г) акроцианоз, сухие хрипы в легких
ПРИЗНАКАМИ ЗАСТОЯ В БОЛЬШОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ
А) акроцианоз, тахикардия
Б) влажные мелкопузырчатые хрипы в легких, влажный кашель
В) запах ацетона изо рта, центральный цианоз

Г) влажный кашель, брадикардия
ПРИ ПРОБЕ С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ АДЕКВАТНОЙ РЕАКЦИЕЙ СЧИТАЕТСЯ
А) учащение пульса на 20-25%
Б) урежение пульса на 20-50%
В) отсутствие изменения частоты пульса
Г) учащение пульса на 40-50%
ЭХОКАРДИОГРАФИЯ У ДЕТЕЙ ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ОЦЕНИТЬ
А) толщину стенок желудочков
Б) проводящую систему сердца
В) локализацию шумов
Г) фазовый анализ систолы желудочков
ЭХОКАРДИОГРАФИЯ У ДЕТЕЙ ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ОЦЕНИТЬ
А) форму и движение створок клапанов
Б) локализацию шумов
В) проводящую систему сердца
Г) фазовый анализ систолы желудочков
КАРДИОТОРАКАЛЬНЫМ ИНДЕКСОМ ЯВЛЯЕТСЯ СООТНОШЕНИЕ
А) поперечных размеров сердца и грудной клетки
Б) длинников грудной клетки и сердца
В) поперечных размеров тимуса и сердца
Г) расстояния между правой и левой парастернальными линиями
ОСОБЕННОСТЬЮ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) дыхательная аритмия
Б) приглушенность тонов
В) ритм галопа
Г) экстрасистолия
ОСОБЕННОСТЬЮ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) большая звучность тонов
Б) приглушенность тонов
В) экстрасистолия
Г) ритм галопа
РЕНТГЕНОГРАФИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ
А) размеры и конфигурацию сердца
Б) участки воспаления
В) сократительную способность миокарда
Г) насыщение миокарда кислородом
РЕНТГЕНОГРАФИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ОЦЕНИТЬ
А) кардио-торакальный индекс
Б) насыщение миокарда кислородом
В) сократительную способность миокарда

Г) участки воспаления
ЗАПОДОЗРИТЬ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ МОЖНО ПРИ
А) внезапной кратковременной потери сознания (синкопе), резкой бледности
Б) гематурии, повышении артериального давления
В) отеках, повышении температуры тела
Г) болях в животе, диспепсических явлениях
ЗАПОДОЗРИТЬ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ МОЖНО ПРИ
А) ощущении сердцебиения и/или перебоев в области сердца
Б) болях в животе, диспепсических явлениях
В) гематурии, отеках
Г) повышении артериального давления, повышении температуры тела
СЕРДЕЧНЫЕ ОТЕКИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
А) появлением к вечеру
Б) появлением вначале на лице
В) отеком шеи
Г) появлением утром
СЕРДЕЧНЫЕ ОТЕКИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
А) появлением вначале на стопах и голенях
Б) появлением вначале на лице
В) отеком шеи
Г) появлением утром
У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ СЕРДЕЧНЫХ ОТЕКОВ НА
А) лице, лобке и половых органах
Б) стопах и голенях
В) затылке
Г) в области плечевого пояса
ПРИ АКРОЦИАНОЗЕ СИНЮШНОСТЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА КОЖЕ
А) кончиков пальцев рук
Б) вокруг глаз
В) области локтевых сгибов
Г) области носогубного треугольника
ПУЛЬСАЦИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
А) кнутри от грудинно-ключично-сосцевидной мышцы
Б) кнаружи от грудинно-ключично-сосцевидной мышцы
В) над ключицей
Г) под ключицей
ПРИ ЛЕГКОЙ АНЕМИИ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ _____ Г/Л
А) 110-90
Б) 89-80
В) 88-60
Г) 40-59

ПРИ АНЕМИИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ _____ Г/Л
А) 90-60
Б) 89-110
В) 89-80
Г) 40-59
ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АНЕМИИ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ
А) 60
Б) 80
В) 90
Г) 40
АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НОРМОРЕГЕНЕРАТОРНОЙ ПРИ УРОВНЕ РЕТИКУЛОЦИТОВ В _____ %
А) 5-10
Б) 9-15
В) 16-30
Г) 30-35
АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ГИПОРЕГЕНЕРАТОРНОЙ ПРИ УРОВНЕ РЕТИКУЛОЦИТОВ В _____ %
А) 1- 2
Б) 3-5
В) 6-10
Г) 15-30
ЛЕЙКОЦИТОЗОМ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА СЧИТАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ЛЕЙКОЦИТОВ СВЫШЕ ____ ×109/Л
А) 10
Б) 8
В) 9
Г) 11
ЛЕЙКОЦИТОЗОМ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕ 1 ГОДА СЧИТАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ЛЕЙКОЦИТОВ СВЫШЕ ____ ×109/Л
А) 12
Б) 11
В) 10
Г) 9
ЛЕЙКОПЕНИЕЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА СЧИТАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ЛЕЙКОЦИТОВ МЕНЕЕ ____ ×109/Л
А) 5
Б) 6
В) 4
Г) 7
ЛЕЙКОПЕНИЕЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕ 1 ГОДА СЧИТАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ЛЕЙКОЦИТОВ МЕНЕЕ ____ ×109/Л
А) 6,0

Б) 5,0
В) 4,0
Г) 3,0
ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ У ДЕТЕЙ СЧИТАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ТРОМБОЦИТОВ МЕНЕЕ ____ ×109/Л
А) 150
Б) 130
В) 110
Г) 100
НЕЙТРОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (НЕЙТРОФИЛЕЗ) У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ
А) бактериальных инфекциях
Б) вирусных инфекциях
В) железодефицитной анемии
Г) лечении цитостатиками
НЕЙТРОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (НЕЙТРОФИЛЕЗ) У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ
А) лечении кортикостероидами
Б) вирусных инфекциях
В) железодефицитной анемии
Г) лечении цитостатиками
НЕЙТРОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (НЕЙТРОФИЛЕЗ) У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ
А) сепсисе
Б) анемии
В) вирусных гепатитах
Г) лечении цитостатиками
НЕЙТРОПЕНИЕЙ У ДЕТЕЙ СЧИТАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ АБСОЛЮТНОГО КОЛИЧЕСТВА НЕЙТРОФИЛОВ НИЖЕ ____ ×109/Л
А) 1,5
Б) 2,0
В) 3,0
Г) 0,7
ЛИМФОЦИТАРНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (ЛИМФОЦИТОЗ) У ДЕТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ
А) вирусных инфекциях
Б) острых бактериальных инфекциях
В) хронических воспалительных заболеваниях
Г) сепсисе
ЛИМФОЦИТАРНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (ЛИМФОЦИТОЗ) У ДЕТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ
А) коклюше
Б) дефицитных анемиях
В) хронических воспалительных заболеваниях
Г) сепсисе

ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (ЭОЗИНОФИЛИЯ) У ДЕТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ
А) глистных инвазиях
Б) бактериальных инфекциях
В) антибактериальной терапии
Г) гормональной терапии
ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (ЭОЗИНОФИЛИЯ) У ДЕТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ
А) аллергических заболеваниях
Б) бактериальных инфекциях
В) антибактериальной терапии
Г) гемолитических анемиях
ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ У ДЕТЕЙ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ СЧИТАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ТРОМБОЦИТОВ МЕНЕЕ _____ ×109/Л
А) 100
Б) 150
В) 200
Г) 300
ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ
А) остром лейкозе
Б) геморрагическом васкулите
В) железодефицитной анемии
Г) гемолитической анемии
ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ
А) тромбоцитопенической пурпуре
Б) геморрагическом васкулите
В) железодефицитной анемии
Г) гемолитической анемии
ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ
А) апластической анемии
Б) геморрагическом васкулите
В) гемофилии А
Г) гемолитической анемии
ТРОМБОЦИТОЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
А) опухолевых процессах
Б) апластической анемии
В) гемолитической анемии
Г) гемофилии А
ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН _____ СИНДРОМ
А) гемолитический
Б) гипертензионный
В) судорожный
Г) отечный

ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН _____ СИНДРОМ
А) анемический
Б) гипертензионный
В) судорожный
Г) мальабсорбции
ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН _____ СИНДРОМ
А) геморрагический
Б) гипертензионный
В) судорожный
Г) отечный
ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) бледность кожи и видимых слизистых оболочек с желтушным оттенком
Б) бледность кожи и слизистых оболочек
В) стойкое повышение температуры тела
Г) увеличение лимфатических узлов
ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) гепато- и спленомегалия
Б) бледность кожи
В) обесцвечивание кала
Г) увеличение лимфатических узлов
ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) темная окраска мочи и кала
Б) бледность кожи и слизистых оболочек
В) стойкое повышение температурытела
Г) увеличение лимфатических узлов
ДЛЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) гиперкалиемия
Б) гипокалиемия
В) гипопротеинемия
Г) гипомагниемия
ДЛЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) непрямая гипербилирубинемия
Б) гипернатриемия
В) гиперхолестеринемия
Г) прямая гипербилирубинемия
ДЛЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) гиперретикулоцитоз

Б) гипокалиемия
В) прямая гипербилирубинемия
Г) гиперкальциемия
ДЕКОМПЕНСАЦИЯ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ АНЕМИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А) одышкой
Б) лихорадкой
В) бледностью
Г) гипертензией
ДЕКОМПЕНСАЦИЯ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ АНЕМИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А) гипотензией
Б) лихорадкой
В) бледностью
Г) диареей
ДЕКОМПЕНСАЦИЯ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ АНЕМИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А) тахикардией
Б) лихорадкой
В) гипертензией
Г) бледностью
МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЙ (ПЯТНИСТО-ПЕТЕХИАЛЬНЫЙ) ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
А) тромбоцитопатии
Б) гемофилии
В) анемии
Г) васкулита
МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЙ (ПЯТНИСТО-ПЕТЕХИАЛЬНЫЙ) ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
А) тромбоцитопении
Б) анемии
В) васкулита
Г) гемофилии
АРАХНОДАКТИЛИЮ РАССМАТРИВАЮТ КАК
А) длинные и тонкие пальцы
Б) изменение формы пальцев
В) укорочение пальцев
Г) сращение пальцев
МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЙ (ПЯТНИСТО-ПЕТЕХИАЛЬНЫЙ) ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ
А) петехий
Б) папул
В) гематом
Г) гемартрозов

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ КОАГУЛОПАТИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ
А) гематом
Б) экхимозов
В) петехий
Г) папул
ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ КОАГУЛОПАТИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ
А) кровоизлияний в суставы и мышцы
Б) множественных экхимозов
В) единичных петехий
Г) паулезной сыпи
ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ КОАГУЛОПАТИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ
А) посттравматических кровотечений
Б) единичных экхимозов
В) папулезной сыпи
Г) множественными петехиями
ГЕМАТОМНЫЙ ТИП ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
А) коагулопатий
Б) тромбоцитопатий
В) тромбоцитопений
Г) васкулита
ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ
А) обширность и глубину геморрагической сыпи на коже и слизистых оболочках
Б) выраженность сердечной и дыхательной недостаточности
В) выраженность болевого синдрома и цвет кожных покровов
Г) степень обезвоживания, частоту сердечных сокращений, частоту дыхания
ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ
А) степень и скорость кровопотери
Б) выраженность сердечной недостаточности
В) выраженность отеков
Г) степень обезвоживания
ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ
А) степень снижения активности факторов свертывающей системы
Б) выраженность сердечной недостаточности
В) выраженность болевого синдрома
Г) степень обезвоживания
СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ
А) гемолитической анемии

Б) тромбоцитопенической пурпуре
В) гемофилии А
Г) железодефицитной анемии
СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ
А) остром лейкозе
Б) тромбоцитопенической пурпуре
В) Гемофилии А
Г) болезни Виллебранда
СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ
А) мегалобластической анемии
Б) тромбоцитопенической пурпуре
В) Гемофилии А
Г) болезни Виллебранда
РЕГИОНАРНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
А) болезни «кошачьей царапины»
Б) острого аппендицита
В) гемолитической анемии
Г) острого лейкоза
ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ЛИМФАДЕНОПАТИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А) острых и хронических инфекционных заболеваний
Б) диффузных болезней соединительной ткани
В) болезни «кошачьей царапины»
Г) врожденных гемолитических анемий
ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ЛИМФАДЕНОПАТИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А) хронической туберкулезной интоксикации
Б) диффузных болезней соединительной ткани
В) болезни «кошачьей царапины»
Г) наследственных гемолитических анемий
ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ЛИМФАДЕНОПАТИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А) острого лейкоза
Б) диффузных болезней соединительной ткани
В) болезни «кошачьей царапины»
Г) наследственных коагулопатий
ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) пятно
Б) чешуйка
В) эрозия
Г) ссадина
ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) волдырь
Б) рубец
В) атрофия
Г) эрозия
К ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТАМ ОТНОСЯТСЯ

А) папулы
Б) трещины
В) вегетации
Г) экскориации
ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) узел
Б) корка
В) депигментация
Г) гиперпигментация
ВТОРИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) эрозия
Б) пузырёк
В) волдырь
Г) узел
ВТОРИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) трещина
Б) папула
В) везикула
Г) пятно
ВТОРИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) рубец
Б) бугорок
В) пустула
Г) узел
БЛЕДНОСТЬ КОЖИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ
А) анемии
Б) психическом возбуждении
В) печеночной недостаточности
Г) физической нагрузке
БЛЕДНОСТЬ КОЖИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
А) отеках
Б) эмоциональном возбуждении
В) физической нагрузке
Г) повышении температуры воздуха
ПРЕОБЛАДАНИЕ ШИРИНЫ ТАЗА У ДЕВОЧЕК ПО СРАВНЕНИЮ С МАЛЬЧИКАМИ СТАНОВИТСЯ ЗАМЕТНЫМ ПОСЛЕ _____ ЛЕТ
А) 7
Б) 5
В) 3
Г) 10
ПЕРВЫМИ ИЗ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ ДВА _____ РЕЗЦА
А) нижних средних
Б) верхних средних
В) верхних боковых

Г) нижних боковых
СРЕДИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ОТСУТСТВУЮТ
А) все моляры
Б) первые моляры
В) вторые моляры
Г) третьи моляры
ПЕРВЫМИ ИЗ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ
А) первые моляры
Б) центральные резцы
В) клыки
Г) вторые моляры
ВТОРЫЕ МОЛЯРЫ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ, В СРЕДНЕМ, В _____ ЛЕТ
А) 11
Б) 9
В) 13
Г) 15
ОПРЕДЕЛЕНИЕ «ЗУБНОГО И КОСТНОГО ВОЗРАСТА» У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ
А) биологического возраста
Б) физического развития
В) психомоторного развития
Г) полового созревания
ДВИЖЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА
А) хаотичные
Б) произвольные
В) целенаправленные
Г) координированные
ДВИЖЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА
А) атетозоподобные
Б) целенаправленные
В) координированные
Г) произвольные
К СТОЙКИМ ПОЖИЗНЕННЫМ БЕЗУСЛОВНЫМ РЕФЛЕКСАМ ОТНОСИТСЯ
А) роговичный
Б) сосательный
В) хватательный
Г) рефлекс опоры
К ТРАНЗИТОРНЫМ ВРОЖДЕННЫМ БЕЗУСЛОВНЫМ РЕФЛЕКСАМ ОТНОСИТСЯ
А) сосательный
Б) глотательный
В) корнеальный
Г) зрачковый

БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ ТРАНЗИТОРНЫХ БЕЗУСЛОВНЫХ ВРОЖДЕННЫХ РЕФЛЕКСОВ ИСЧЕЗАЕТ К _____ МЕСЯЦАМ ЖИЗНИ
А) 3-5
Б) 1-2
В) 7-9
Г) 10-12
К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 1 МЕСЯЦ ОТНОСИТСЯ
А) появление прослеживания взором за движущимся предметом
Б) длительное прослеживание взором за предметами
В) рассматривание предметов и лиц
Г) отсутствие фиксации и прослеживания взором
КАКОВ ПОКАЗАТЕЛЬ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 1 МЕСЯЦ?
А) фиксация взора на ярком предмете
Б) стойкое удерживание головы, лежа на животе
В) координированные движения
Г) кратковременный сон
К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 1 МЕСЯЦ ОТНОСИТСЯ
А) эмоциональный плач
Б) гуление
В) лепет
Г) отсутствие вокализаций
К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 1 МЕСЯЦ ОТНОСИТСЯ
А) наличие безусловных врожденных рефлексов
Б) отсутствие врожденных рефлексов
В) наличие условных рефлексов
Г) наличие всех групп рефлексов
К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 2 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ
А) прослеживание взором за движущимся предметом
Б) узнавание матери
В) способность отличать своих от чужих
Г) кратковременная фиксация взора
К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 2 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ
А) удержание головы, лежа на животе
Б) поворот со спины на живот
В) способность сидеть с упором под спину
Г) способность упираться на стопы при поддержке
К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 2 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ
А) улыбка в ответ на речь

Б) «комплекс оживления» в ответ на общение
В) громкий смех
Г) длительное гуление

К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 3 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

А) способность опираться на предплечья, лежа на животе
Б) поворот с живота на спину
В) способность сидеть с упором под спину
Г) способность ползать

К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 3 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

А) исчезновение некоторых безусловных врожденных рефлексов
Б) формирование условных рефлексов
В) исчезновение всех транзиторных рефлексов
Г) прежняя рефлекторная деятельность

К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 3 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

А) гуление
Б) лепет
В) произнесение первых слов
Г) звуковое подражание взрослому

К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 3 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

А) «комплекс оживления» в ответ на общение
Б) способность отличать близких от чужих
В) появление первой улыбки
Г) громкий смех

К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 4 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

А) длительное гуление
Б) способность произносить слоги «ба», «ма»
В) способность произносить слова
Г) способность выполнять простые просьбы

К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 4 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

А) поворот со спины на живот
Б) способность ползать
В) способность садиться
Г) кратковременное удержание головы, лежа на животе

К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 5 МЕСЯЦЕВ ОТНОСИТСЯ

А) двуручное хватание
Б) клещеобразное хватание
В) ножницеобразное хватание
Г) рассматривание рук

ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 5 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ
А) стоять при поддержке подмышки (упор на ноги)
Б) устойчиво сидеть
В) ползать
Г) вставать
К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 5 МЕСЯЦЕВ ОТНОСИТСЯ
А) длительное, певучее гуление
Б) произнесение отдельных слогов
В) произнесение слов
Г) короткое, отрывистое гуление
ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 6 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ
А) сидеть с упором под спину
Б) стоять с поддержкой
В) ползать
Г) ходить с поддержкой
К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 6 МЕСЯЦЕВ ОТНОСИТСЯ
А) произнесение отдельных слогов
Б) гуление
В) произносение слов
Г) знание названий отдельных предметов
КАКОВ ПОКАЗАТЕЛЬ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 8 МЕСЯЦЕВ?
А) способность вставать и стоять с поддержкой
Б) атетезоподобные движения
В) способность самостоятельно ходить
Г) способность сидеть с упором под спину
К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 8 МЕСЯЦЕВ ОТНОСИТСЯ
А) лепет
Б) способность говорить отдельные слова
В) гуление
Г) способность выполнять простые просьбы
ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 10 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ
А) встать, садиться, переступать в кроватке
Б) самостоятельно ходить
В) самостоятельно есть ложкой
Г) самостоятельно снимать одежду
К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 10 МЕСЯЦЕВ ОТНОСИТСЯ
А) способность произносить отдельные слова-обозначения

Б) лепет
В) гуление
Г) способность произносить простые предложения
ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА 11 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ
А) пить из чашки, придерживая ее руками
Б) самостоятельно есть ложкой
В) самостоятельно расстегивать пуговицы
Г) самостоятельно одеваться
ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА 11 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ
А) стоять без опоры, делать первые шаги
Б) ставить кубики, снимать и надевать кольца пирамиды
В) самостоятельно расстегивать пуговицы
Г) самостоятельно есть ложкой
К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 12 МЕСЯЦЕВ ОТНОСИТСЯ
А) самостоятельная ходьба
Б) перешагивание через препятствие
В) бег
Г) приседание
ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 12 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ
А) произнесение 5-10 слов
Б) длительное гуление
В) появление лепета
Г) произнесение простых фраз
ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 12 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ
А) самостоятельно брать чашку и пить
Б) самостоятельно есть ложкой
В) снимать пищу губами с ложки
Г) пить из чашки с помощью взрослого
ПРИЗНАКОМ ПОДГОТОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА РАЗВИТИЯ АКТИВНОЙ (МОТОРНОЙ) РЕЧИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) гуление
Б) поисковая зрительная реакция на вопрос «где?»
В) выполнение поручений «найди», «положи» и т.д.
Г) накопление словарного запаса
ПОД СЕНСОРНОЙ РЕЧЬЮ ПОДРАЗУМЕВАЮТ
А) понимание речи
Б) накопление словарного запаса
В) активную речь
Г) подготовительный этап развития речи
ПРИЗНАКОМ ПОНИМАНИЯ РЕЧИ У РЕБЕНКА 1-ГО ГОДА ВЫСТУПАЕТ

А) связывание слова с определенным предметом
Б) связывание слов в предложение
В) произнесение отдельных слов
Г) повторение слов за взрослым
СЕНСОРНАЯ РЕЧЬ ПОЯВЛЯЕТСЯ У ДЕТЕЙ К _____ МЕСЯЦАМ
А) 7-8
Б) 3-4
В) 9-10
Г) 11-12
МОТОРНАЯ (АКТИВНАЯ) РЕЧЬ ПОЯВЛЯЕТСЯ У ДЕТЕЙ К _____ МЕСЯЦАМ
А) 10-12
Б) 8-9
В) 12-14
Г) 15-16
К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА НА ВТОРОМ ГОДУ ЖИЗНИ ОТНОСЯТ
А) приседание, перешагивание через препятствие
Б) быстрый бег, прыжки
В) способность одеваться и раздеваться самостоятельно
Г) способность рисовать, лепить
ОСОЗНАННАЯ УЛЫБКА У РЕБЕНКА ПОЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦЕВ
А) 1-2
Б) 3-4
В) 5-6
Г) 8-9
ГРОМКИЙ СМЕХ У РЕБЕНКА ПОЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦЕВ
А) 4
Б) 6
В) 9
Г) 12
РЕБЕНОК НАЧИНАЕТ УЗНАВАТЬ МАТЬ В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦЕВ
А) 4-5
Б) 1-2
В) 9-10
Г) 6-7
«КОМПЛЕКС ОЖИВЛЕНИЯ» У РЕБЕНКА ПОЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦЕВ
А) 3
Б) 6
В) 2
Г) 10

ХОРОШО ПОЛЗАТЬ РЕБЕНОК НАЧИНАЕТ В ВОЗРАСТЕ ___ ____ МЕСЯЦЕВ
А) 7
Б) 4
В) 9
Г) 11
ПИТЬ ИЗ ЧАШКИ, КОТОРУЮ ДЕРЖИТ ВЗРОСЛЫЙ, РЕБЕНОК НАЧИНАЕТ В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦЕВ
А) 7-8
Б) 3-4
В) 15-18
Г) 24-27
ДЕФЕКАЦИЯ СТАНОВИТСЯ ПРОИЗВОЛЬНЫМ УПРАВЛЯЕМЫМ АКТОМ В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦЕВ
А) 12
Б) 24
В) 6
Г) 30
СТУЛ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА ЯВЛЯЕТСЯ
А) оформленным
Б) кашицеобразным
В) фрагментированным
Г) веретенообразным
СТУЛ У РЕБЕНКА НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ДО ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА
А) золотисто-желтого цвета
Б) содержит мало воды
В) 1-2 раза в сутки
Г) имеет щелочную реакцию
СТУЛ У РЕБЕНКА НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ
А) замазкообразной консистенции
Б) имеет кислый запах
В) имеет место 5-6 раз в сутки
Г) имеет примесь слизи и зелени
КАКОВА ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ?
А) слюна участвует в образовании рыхлых сгустков казеина
Б) высокая секреторная активность
В) низкая секреторная активность
Г) слюна расщепляет протеины пищи
ОБИЛЬНОЕ СЛЮНОТЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ НАЧИНАЕТСЯ С ВОЗРАСТА _____ МЕСЯЦЕВ
А) 4-5
Б) 2-3
В) 8-9

Г) 6-7
ОБИЛЬНОЕ СЛЮНОТЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ СВЯЗАНО С
А) незрелостью центральных механизмов регуляции слюноотделения и заглатывания слюны
Б) введением прикорма
В) прорезыванием зубов
Г) увеличением объема секреции слюны с 4-5 месяцев
СЕНСОРНАЯ ДЕПРИВАЦИЯ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА СЕВЕРЕ ПРИВОДИТ К
А) депрессивным психологическим состояниям
Б) гипергликемии
В) гипо- и авитаминозу
Г) ультрафиолетовому голоданию и развитию рахита
РАЗВИТИЕ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА В ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГЕОГРАФИЧЕСКИХ РАЙОНАХ ОБУСЛОВЛЕНО НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ _____
А) йода
Б) кальция
В) железа
Г) селена
ПРИЗНАКОМ УТОМЛЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
А) ухудшение регуляции физиологических функций
Б) повышение работоспособности
В) в начале усиление внутреннего торможения, а затем ослабление
Г) появление астено-невротических реакций
ПРИЗНАКОМ УТОМЛЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
А) снижение продуктивности труда
Б) повышение работоспособности
В) в начале усиление внутреннего торможения, а затем ослабление
Г) появление астено-невротических реакций
ПРИЗНАКОМ УТОМЛЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
А) астено-невротические расстройства
Б) повышение работоспособности
В) повышение аппетита
Г) быстрое исчезновение признаков утомления после отдыха
ПРИЗНАКАМИ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ
А) мышечная дрожь, бледность кожных покровов с цианотичным оттенком, съеживание
Б) дрожь, покраснение кожных покровов, учащение частоты дыхания
В) бледность кожных покровов, уменьшение частоты дыхания, ощущение утомления
Г) дрожание конечностей, желтушность кожных покровов, чувство страха
НАРУШЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РОССИИ - ЭТО ДЕФИЦИТ

А) животных белков
Б) животных жиров
В) углеводов
Г) пищевых волокон
НАРУШЕНИЕ УСВОЕНИЯ КАКОГО ВИТАМИНА МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ РАЗВИТИЕМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ АНЕМИИ?
А) В12
Б) В1
В) В2
Г) В6
ЧТО ВЫСТУПАЕТ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ АВИТАМИНОЗА ВИТАМИНА А?
А) нарушение сумеречного зрения
Б) ороговение и цианотичный оттенок кожи ягодиц
В) болезненные трещины в углах рта
Г) повышенная ломкость ногтей, выпадение волос
ФЛЮОРОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ ПОСТУПЛЕНИИ В ОРГАНИЗМ
А) фтора
Б) йода
В) марганца
Г) кальция
МЕТОД, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ПОЛУЧИТЬ ОТПЕЧАТОК СТОПЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЕЁ ФОРМЫ, НАЗЫВАЕТСЯ
А) плантографией
Б) соматометрией
В) соматоскопией
Г) физиометрией
УСКОРЕНИЕ ПРОЦЕССОВ РОСТА И РАЗВИТИЯ ОРГАНИЗМА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПО СРАВНЕНИЮ С ТЕМПОМ ПРОШЛЫХ ПОКОЛЕНИЙ НАЗЫВАЕТСЯ
А) акселерацией
Б) децелерацией
В) стагнацией
Г) грацилизацией
ЧТО ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ И СВОДА СТОПЫ ПРИ МАССОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРАХ?
А) плантография со скриннинг-оценкой, тестовая карта осанки
Б) визуальный осмотр и компьютерная томография
В) измерение глубины изгибов и соматоскопия
Г) визуальный осмотр и рентгенография
ЦЕЛЬ СКРИНИНГ-ОБСЛЕДОВАНИЯ СОСТОИТ В ВЫЯВЛЕНИИ

А) ранних признаков школьно-обусловленных нарушений здоровья у несовершеннолетних и своевременном направление их на углубленное обследование и лечение в поликлинику
Б) наиболее тяжелых нарушений здоровья у несовершеннолетних и своевременном направлении на лечение в стационар
В) тяжелых нарушений здоровья у несовершеннолетних и направлении их на санаторнокурортное лечение
Г) нарушений здоровья у несовершеннолетних и направлении их в Бюро медико-социальной экспертизы для установления инвалидности
СКРИНИНГ ОБСЛЕДОВАНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРОВОДИТСЯ
А) в медицинском блоке образовательных организаций
Б) на дому
В) в поликлинике
Г) в стационаре
СКРИНИНГ-ОБСЛЕДОВАНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ПРОВОДИТ
А) медицинская сестра под руководством врача-педиатра
Б) врач-педиатр поликлиники
В) врач по гигиене детей и подростков
Г) приглашенный специалист Центра здоровья для детей
ОПРОС ПО ФОРМАЛИЗОВАННОЙ АНКЕТЕ ПРИ СКРИНИНГДИАГНОСТИКЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ
А) выявления жалоб
Б) определения качества жизни ребенка и подростка
В) уточнения адреса ребенка/подростка и социального статуса его семьи
Г) изучения распространенности факторов риска среди детского населения
ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА ПРИ СКРИНИНГДИАГНОСТИКЕ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ
А) систематического наблюдения за ростом и развитием ребенка
Б) определения медицинской группы для занятий физкультурой
В) выявления поведенческих факторов риска
Г) выявления сформированности навыков здорового образа жизни
ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ СКРИНИНГДИАГНОСТИКЕ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ
А) выявления гипертонических и гипотонических состояний у детей и подростков
Б) определения темпов полового созревания
В) выявления сформированности навыков здорового образа жизни
Г) выявления физической подготовленности ребенка/подростка
ВЫЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ ПРИ СКРИНИНГДИАГНОСТИКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВИЗУАЛЬНЫМ МЕТОДОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОГО ТЕСТА
А) Е. Рутковской
Б) Малиновского

В) Керна-Ирасека
Г) теста Рейнеке
ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ СТОП ПРИ СКРИНИНГ-ДИАГНОСТИКЕ ПРОВОДИТСЯ
А) с помощью плантографии
Б) с помощью УЗИ
В) с помощью МРТ
Г) визуальным методом
ТЕСТ МАЛИНОВСКОГО ПРИ СКРИНИНГ-ДИАГНОСТИКЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ ДЕТЕЙ
А) с нормальной остротой зрения и риском развития миопии
Б) с нарушением осанки и сколиозами
В) с уплощением стоп и плоскостопием
Г) не подготовленных к началу систематических занятий в школе
ТЕСТ РЕЙНЕКЕ ПРИ СКРИНИНГ-ДИАГНОСТИКЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ ДЕТЕЙ
А) с нарушением бинокулярного зрения
Б) с нарушением осанки
В) с уплощением стоп и плоскостопием
Г) не подготовленных к началу систематических занятий в школе
ОЦЕНКОЙ КАЧЕСТВА РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО СКРИНИНГ-ОБСЛЕДОВАНИЮ ОБУЧАЮЩИХСЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЦЕНТ
А) выполнения плана по скрининг-диагностике
Б) выявления распространенности функциональных отклонений среди обследованных детей
В) выявления распространенности хронических заболеваний среди обследованных детей
Г) выявления патологической пораженности
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ, ОБСЛЕДОВАННЫХ С ПОМОЩЬЮ СКРИНИНГ-МЕТОДОВ, РАССЧИТЫВАЕТСЯ КАК
А) соотношение количества случаев выявленных нарушений здоровья по каждой системе организма к количеству детей, прошедших скрининг-диагностику, и умноженное на 100%
Б) количество случаев выявленных нарушений здоровья по каждой системе организма разделенное на 100 и умноженное на количество детей, прошедших скрининг-диагностику
В) соотношение количества случаев выявленных нарушений здоровья по каждой системе организма к количеству детей, подлежащих скрининг-обследованию, и умноженное на 100%
Г) соотношение количества случаев выявленных нарушений здоровья по каждой системе организма к количеству детей, обучающихся в школе, и умноженное на 100%
К МЕТАБОЛИЧЕСКОМУ АЛКАЛОЗУ ПРИВОДИТ

А) синдром передозировки ингибиторов карбоангидразы
Б) профузный понос
В) синдром врожденного дефицита карбоангидразы
Г) синдром дыхательной недостаточности
ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ВЕДУЩИМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ _____ СИНДРОМ
А) интоксикационный
Б) дизурический
В) диспептический
Г) болевой
ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ ЦИАНОЗА У НОВОРОЖДЕННОГО В ГОРИЗОНТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ И ЕГО ИСЧЕЗНОВЕНИЕ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
А) диафрагмальной грыже
Б) врожденном пороке сердца
В) болезни гиалиновых мембран
Г) аспирационном синдроме
ПРИЧИНОЙ ЗАТРУДНЕННОГО ДЫХАНИЯ ПЕРИОДИЧЕСКИ С ПРИСТУПАМИ УДУШЬЯ У ПАЦИЕНТА С ОХРИПЛЫМ ГОЛОСОМ И ПЕРИОДИЧЕСКОЙ АФОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) фиксированное инородное тело гортани
Б) инородное тело главного бронха
В) баллотирующее инородное тело трахеи
Г) инородное тело сегментарного бронха
В ОТЛИЧИЕ ОТ ОСТРОГО СТЕНОЗИРУЮШЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
А) экспираторная одышка
Б) цианоз кожных покровов и слизистых
В) осиплость голоса
Г) отсутствие хрипов в легких при аускультации
РЕБЕНОК 2-Х ЛЕТ ВНЕЗАПНО ЗАКАШЛЯЛСЯ, ПОСИНЕЛ; КАШЕЛЬ ПРОДОЛЖАЛСЯ ОКОЛО 10 МИНУТ И БОЛЬШЕ, НЕ ВОЗОБНОВЛЯЛСЯ. НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ КАШЕЛЬ ПОЯВИЛСЯ ВНОВЬ, ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ В ЛЁГКИХ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО СУХИХ ХРИПОВ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СПРАВА. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) инородное тело бронхов
Б) стеноз гортани
В) обструктивный бронхит
Г) острая пневмония
ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ НОЧЬЮ У РЕБЕНКА 2-Х ЛЕТ ЛАЮЩЕГО КАШЛЯ, ОХРИПЛОСТИ ГОЛОСА И СТРИДОРОЗНОГО ДЫХАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РАЗВИТИЯ
А) острого стенозирующего ларинготрахеита

Б) острого тонзиллита
В) острого бронхита
Г) приступа бронхиальной астмы
КАКОЕ НЕОТЛОЖНОЕ СОСТОЯНИЕ МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ ПРИ ОРВИ?
А) фебрильные судороги
Б) приступообразный кашель
В) синдром гиперреактивности бронхов
Г) анорексия
К ПЕРВЫМ ПРИЗНАКАМ СОЛНЕЧНОГО УДАРА ОТНОСЯТ
А) головную боль, тошноту, рвоту, повышение температуры тела
Б) судороги
В) жидкий стул
Г) похолодание конечностей
ГЛАВНЫМ ПРИЗНАКОМ ТЯЖЕСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А) степень утраты сознания
Б) выраженность костно-травматических повреждений
В) выраженность менингеального синдрома
Г) повторная рвота
ЧТО ДОЛЖЕН, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ВЫЯСНИТЬ ВРАЧ, ЕСЛИ У МАЛЬЧИКА 6 ЛЕТ НАБЛЮДАЮТСЯ: ВЯЛОСТЬ, БЛЕДНОСТЬ, РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ОТЕКИ?
А) сколько мочи выделяет ребенок
Б) снижен ли аппетит
В) какие инфекционные заболевания перенес ребенок
Г) был ли контакт с больным корью
ПРИ ОТРАВЛЕНИИ БЛЕДНОЙ ПОГАНКОЙ РАЗВИВАЕТСЯ
А) отек легких
Б) судорожный синдром
В) острая почечная недостаточность
Г) острая печеночная недостаточность
СЛУЧАЙНЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОИСХОДЯТ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ РЕБЕНКОМ
А) лекарственных препаратов
Б) растительных ядов
В) препаратов бытовой химии
Г) ядовитых грибо
КАКОВА НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?
А) эпилепсия
Б) гнойный менингит
В) острое отравление
Г) энцефалические реакции при вирусных инфекциях
ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) удлиненным выдохом

Б) осиплостью голоса
В) грубым лающим кашлем
Г) стридорозным дыханием
САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СТРИДОРА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) ложный круп
Б) эпиглоттит
В) аспирация инородного тела
Г) анафилаксия
РЕБЕНОК 6 МЕСЯЦЕВ, БЛЕДНЫЙ, ВЯЛЫЙ, ОТКАЗЫВАЕТСЯ ОТ ЕДЫ, СТУЛ ПО ТИПУ «МАЛИНОВОГО ЖЕЛЕ». НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ?
А) инвагинация
Б) острый аппендицит
В) перитонит
Г) вирусный гастродуоденит
ПРИЧИНОЙ СУДОРОГ ПРИ СПАЗМОФИЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) гипокальциемия
Б) гиперкальциемия
В) гипофосфатемия
Г) гипокалиемия
НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ В КЛИНИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) затрудненный выдох
Б) ослабление дыхания при аускультации легких
В) затрудненный вдох
Г) асимметричные влажные хрипы в легких
К ПРИЗНАКАМ НА ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГИПЕРКАЛИЕМИИ, ОТНОСЯТ
А) деформацию комплекса QRS и высокий острый зубец Т
Б) уплощение зубца Т
В) снижение интервала ST, отрицательный зубец Т
Г) снижение амплитуды всех зубцов ЭКГ
НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКОМ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) уменьшение плотности мочи
Б) увеличение плотности мочи
В) повышение мочевины крови
Г) повышение остаточного азота
ЧТО НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СТАДИИ ОЛИГУРИИ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?
А) гиперкалиемия, гипонатриемия
Б) гипокалиемия, гипернатриемия
В) только гипернатриемия
Г) гиперкальциемия

К НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОМУ ОСЛОЖНЕНИЮ СИНДРОМА МЕКОНИЕВОЙ АСПИРАЦИИ ОТНОСИТСЯ
А) персистирующая легочная гипертензия
Б) сердечная недостаточность
В) почечная недостаточность
Г) септический шок
НОРМАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ВОДЕ ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО В ВОЗРАСТЕ 15 ДНЕЙ СОСТАВЛЯЕТ ____ МЛ/КГ
А) 140
Б) 200
В) 250
Г) 80
ЧАСТОЕ РАЗВИТИЕ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНО
А) исходным дефицитом сурфактанта
Б) меньшим диаметром альвеол, чем у взрослых
В) меньшим числом альвеол
Г) гиповолемией
ПРИ ОСМОТРЕ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ У РЕБЕНКА 7 СУТОК ЖИЗНИ СОСТАВИЛА 20 В МИНУТУ. КАКОВА ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО?
А) брадипноэ
Б) тахипноэ
В) апноэ
Г) нормальная
ПРИ ОСМОТРЕ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У РЕБЕНКА 5 СУТОК ЖИЗНИ СОСТАВИЛА 100 В МИНУТУ. КАКОВА ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННОГО?
А) брадикардия
Б) тахикардия
В) аритмия
Г) нормальная
МАЛЬЧИК 9 ЛЕТ 2 ГОДА БОЛЕЕТ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ В ПРОЦЕДУРНОМ КАБИНЕТЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ, КУДА ПРИШЕЛ СДАВАТЬ КРОВЬ НАТОЩАК. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ
А) гипогликемия
Б) гипергликемия
В) черепно-мозговая травма
Г) нарушение ритма сердца
НА ПРИЕМЕ У УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА ДЕВОЧКА 12 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА ТОШНОТУ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ГОЛОВНУЮ БОЛЬ. В АНАМНЕЗЕ ТРАВМА ГОЛОВЫ НА УРОКЕ ФИЗКУЛЬТУРЫ С ПОТЕРЕЙ СОЗНАНИЯ. ПОСТАВЬТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ
А) черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга

Б) вегето-сосудистая дистония, артериальная гипотензия
В) хронический гастрит в период обострения
Г) гипогликемическое состояние
МАЛЬЧИК 7 ЛЕТ, ВЯЛЫЙ, БЛЕДНЫЙ, РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ОТЕКИ. ЧТО, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ДОЛЖЕН ВЫЯСНИТЬ УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧПЕДИАТР?
А) сколько мочи ребенок выделил за сутки
Б) какие детские инфекции перенес в раннем возрасте
В) был ли контакт с больным корью
Г) что ребенок ел накануне
ДЕВОЧКА 7 ЛЕТ ОБРАТИЛАСЬ НА ПРИЕМ К УЧАСТКОВОМУ ВРАЧУ-ПЕДИАТРУ С ЖАЛОБАМИ НА ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ОТЕКИ, БОЛИ В ПОЯСНИЦЕ, СНИЖЕНИЕ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ, УВЕЛИЧЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА. ИЗ АНАМНЕЗА ИЗВЕСТНО, ЧТО РЕБЕНОК 2 НЕДЕЛИ НАЗАД ПЕРЕНЕС ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ. КАКОВ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ?
А) острый гломерулонефрит, острая почечная недостаточность
Б) острый пиелонефрит
В) острый миокардит, острая левожелудочковая сердечная недостаточность
Г) мочекаменная болезнь
ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ НОЧЬЮ У РЕБЕНКА 2-Х ЛЕТ ЛАЮЩЕГО КАШЛЯ, ОСИПЛОСТИ ГОЛОСА И СТРИДОРОЗНОГО ДЫХАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РАЗВИТИЯ
А) острого обструктивного ларинготрахеита
Б) приступа бронхиальной астмы
В) острого бронхита
Г) острого тонзиллита
К ПРИЗНАКАМ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСИТСЯ
А) повышение мочевины крови
Б) повышение кальция крови
В) понижение калия крови
Г) увеличение плотности мочи
НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
А) фебрильные судороги при вирусных инфекциях
Б) эпилепсия
В) травма головного мозга
Г) острое отравление
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА И ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПОСЛЕДНЕГО ЯВЛЯЕТСЯ
А) экспираторная одышка
Б) цианоз кожных покровов и слизистых

В) осиплость голоса
Г) отсутствие хрипов в легких при аускультации
РЕБЕНОК 2-Х ЛЕТ ВНЕЗАПНО ЗАКАШЛЯЛ, ПОСИНЕЛ, КАШЕЛЬ ПРОДОЛЖАЛСЯ ОКОЛО 10 МИНУТ И БОЛЬШЕ НЕ ВОЗОБНОВЛЯЛСЯ. НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ КАШЕЛЬ ПОЯВИЛСЯ ВНОВЬ, ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ В ЛЕГКИХ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО СУХИХ ХРИПОВ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СПРАВА. ПОСТАВЬТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?
А) инородное тело бронхов
Б) стеноз гортани
В) обструктивный бронхит
Г) острая пневмония
ПРИ ОТРАВЛЕНИИ АТРОПИНОПОДОБНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ НАБЛЮДАЮТСЯ
А) гиперемия кожи, сухость слизистых, расширение зрачков
Б) саливация, бронхоспазм, сужение зрачков
В) угнетение сознания, сужение зрачков
Г) тонико-клонические судороги
К СПЕЦИФИЧЕСКИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСЯТ
А) симптом «подвешивания» Лессажа
Б) судороги
В) гипертермию
Г) симптом Греффе
НА ПРИЕМ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА ОБРАТИЛСЯ МАЛЬЧИК 7 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА ТАХИКАРДИЮ. ПРИ ОСМОТРЕ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫЙ СОКРАЩЕНИЙ 180 В МИНУТУ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ
А) ЭКГ
Б) ЭХО КГ
В) СМАД
Г) рентгенографию органов грудной клетки
ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ ТОНОМЕТРОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАНЖЕТКИ ВЗРОСЛОГО РАЗМЕРА
А) занижает реальный уровень систолического артериального давления
Б) не влияет на правильность измерения
В) завышает реальный уровень систолического артериального давления
Г) завышает реальный уровень диастолического артериального давления
ДЛЯ КЛЕТОЧНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ
А) жажды
Б) мышечной гипотрофии
В) судорог
Г) отеков

ДЛЯ ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ
А) сухости слизистых
Б) выбухающего родничка
В) гипонатриемии
Г) снижения АД
ДЕТИ С СИНДРОМОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ НА ЭКГ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ ГРУППУ РИСКА ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ
А) пароксизмальной тахикардии
Б) ревматизма
В) гипертрофической кардиомиопатии
Г) перикардита
КАРПОПЕДАЛЬНЫЙ СПАЗМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
А) гипокальциемии
Б) эписиндрома
В) фебрильных судорог
Г) дефицита железа
ДИАГНОСТИРОВАТЬ ФИБРИЛЛЯЦИЮ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА МОЖНО
А) на ЭКГ
Б) при пальпации верхушечного толчка
В) при аускультации
Г) по пульсу на крупных артериях
АТРИОМЕГАЛИЯ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ _____ ТОНА
А) дополнительного четвертого
Б) дополнительного третьего
В) отсутствием второго
Г) отсутствием первого
УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ
А) правожелудочковой сердечной недостаточности
Б) сосудистой недостаточности
В) левожелудочковой сердечной недостаточности
Г) синусовой аритмии
ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А) падением артериального давления
Б) сухими хрипами в легких
В) влажными хрипами в легких
Г) влажным кашлем
СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ
А) заболеваний желудочно-кишечного тракта
Б) врожденных пороков сердца
В) тяжелых нарушений сердечного ритма
Г) инфекционного эндокардита

ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) появлением влажных хрипов в легких, тахикардией, тахипноэ
Б) увеличением размеров печени
В) повышением артериального давления
Г) отеками на ногах
ВОЗМОЖНОСТЬ БЫСТРОГО ОТЕКА ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОК У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНА
А) наличием в них подслизистой основы и высокой степени васкуляризации
Б) особенностями мышечного аппарата гортани
В) узостью голосовой щели
Г) состоянием голосовых связок
ИНТОКСИКАЦИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ВОЗМОЖНА ПРИ СОЧЕТАНИИ ИХ С
А) препаратами кальция
Б) препаратами калия
В) анаприлином
Г) диуретиками
РАЗВИТИЕ СИНДРОМА УОТЕРХАУСА-ФРИДЕРИКСЕНА (ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ
А) менингококкцемии
Б) менингита, вызванного вирусом Коксаки
В) пневмококкового менингита
Г) стафилококкового менингита
НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) гемолитико-уремический синдром
Б) отравление
В) гломерулонефрит
Г) пиелонефрит
ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ ЦИАНОЗА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА В ГОРИЗОНТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ И ЕГО ИСЧЕЗНОВЕНИЕ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
А) диафрагмальной грыже
Б) аспирационном синдроме
В) болезни гиалиновых мембран
Г) врожденном пороке сердца
ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПРИЗНАКАМИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) гиперкапния
Б) гипокалиемия
В) гиперкалиемия
Г) гипоксия

КАКОВО КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВИ БОЛЬНОГО НА ОСНОВАНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ: ВЕ = 3 ММОЛЬ/Л, РС02 = 35 ММ РТ.СТ., РН ПЛАЗМЫ КРОВИ = 7,48?
А) алкалоз
Б) дыхательный ацидоз
В) состояние нормы
Г) метаболический ацидоз
ПРИ НАЛИЧИИ МЕНИНГЕАЛЬНОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ НЕОБХОДИМО
А) выполнить спинномозговую пункцию
Б) сделать рентгенографию черепа
В) определить остроту зрения и исследовать глазное дно
Г) сделать электроэнцефалографию
ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ (ДИАБЕТИЧЕСКОЙ) КОМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
А) дефицит инсулина
Б) дефицит глюкагона
В) избыток глюкагона
Г) избыток инсулина
НЕПРЕМЕННЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ
А) повреждение твердой мозговой оболочки
Б) открытый перелом черепа, ушиб головного мозга
В) открытый перелом черепа, сотрясение головного мозга
Г) открытый перелом свода черепа
КАКОВО КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВИ БОЛЬНОГО НА ОСНОВАНИИ СЛЕДУЮЩИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ: ВЕ = -9 ММОЛЬ/Л, РСО2 = 40 ММ РТ.СТ., РН ПЛАЗМЫ КРОВИ = 7,15?
А) метаболический ацидоз
Б) дыхательный ацидоз
В) алкалоз
Г) состояние нормы
К НАЧАЛЬНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ТЕПЛОВОГО УДАРА У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ
А) частое мочеиспускание и полиурию, прекращение потоотделения
Б) незначительное потоотделение
В) жажду
Г) задержку мочеиспускания и олигурию
ПРИ УТОПЛЕНИИ В ПРЕСНОЙ ВОДЕ РАЗВИВАЮТСЯ
А) гиперволемия, гипонатриемия, гемолиз эритроцитов, почечная недостаточность
Б) гиповолемия, ацидоз, дыхательная недостаточность
В) гиперволемия по малому кругу, гиперкалиемия, сердечно-сосудистая недостаточность

Г) гиповолемия, гипернатриемия, метаболический ацидоз
К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ
А) дыхательную недостаточность
Б) кишечный токсикоз
В) надпочечниковую недостаточность
Г) судорожный синдром
ОСТРАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ I СТЕПЕНИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИ НАЛИЧИЕМ
А) одышки при физической нагрузке
Б) раздуванием крыльев носа
В) втяжения межреберных промежутков области
Г) одышки в покое
ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ _____ ТИП ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
А) смешанный
Б) констриктивный
В) рестриктивный
Г) обструктивный
КАРБОГЕМОГЛОБИН ОБРАЗУЕТСЯ ПРИ СВЯЗЫВАНИИ ГЕМОГЛОБИНА С ОКСИДОМ
А) углерода (IV)
Б) азота (IV)
В) азота (II)
Г) углерода (II)
ОЛИГУРИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ДИУРЕЗА ОТ СУТОЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ВЕЛИЧИН НА
А) 2/3
Б) 1/3
В) 1/2
Г) 1/4
ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОКСИИ НОВОРОЖДЕННЫЙ ИМЕЕТ ОЦЕНКУ ПО ШКАЛЕ АПГАР НА ПЕРВОЙ МИНУТЕ
А) 3 балла и менее
Б) 4-5 баллов
В) 5-7 баллов
Г) 8-10 баллов
ЗНАЧЕНИЕ МЫШЕЧНОГО ОКОЧЕНЕНИЯ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО ОНО
А) является достоверным признаком смерти
Б) позволяет судить о давности смерти
В) препятствует формированию посмертных повреждений
Г) в ряде случаев позволяет сориентироваться в отношении причины смерти
ПРИЧИНОЙ ЗАТРУДНЕННОГО ДЫХАНИЯ, ПЕРИОДИЧЕСКИ С ПРИСТУПАМИ УДУШЬЯ, У ПАЦИЕНТОВ С ОХРИПЛЫМ ГОЛОСОМ И ПЕРИОДИЧЕСКОЙ АФОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А) фиксированное инородное тело гортани
Б) инородное тело главного бронха
В) инородное тело сегментарного бронха
Г) фиксированное инородное тело трахеи
НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) гастроэнтерит
Б) ларингит
В) гастрит
Г) панкреатит
ОСОБЕННОСТЬЮ ХОЛЕРЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А) начало заболевания с жидкого стула, затем появляется рвота
Б) начало заболевания с рвоты, затем появляется жидкий стул
В) острое начало с многократной рвоты, гипертермического синдрома, сильных болей в животе, одновременно или несколько часов спустя появляется жидкий стул
Г) интоксикация, менингеальный синдром, высокая летальность
ДЛЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ШИГЕЛЛЕЗАХ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ
А) нейротоксикоза
Б) токсикоза с эксикозом
В) токсикоза Киша
Г) ИТШ
СИМПТОМОМ ЭКСИКОЗА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) западение большого родничка
Б) полиурия
В) шелушение кожных покровов
Г) влажный кашель
СТУЛ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ЧАЩЕ БЫВАЕТ В ВИДЕ
А) болотной тины
Б) рисового отвара
В) малинового желе
Г) «мясных помоев»
ОСОБЕННОСТЬЮ ШИГЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) возможность развития токсикоза с эксикозом
Б) развитие менингоэнцефалита
В) появление экзантемы
Г) развитие непроходимости кишечника
ПО ТИПУ РАЗВИТИЯ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ОТНОСИТСЯ К «ИНВАЗИВНЫМ» КИШЕЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ
А) шигеллез
Б) калицивирусная инфекция
В) торовирусная инфекция

Г) холера
ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ШИГЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) бактериологический
Б) копрологический
В) гематологический
Г) вирусологический
ЭЛЕКТИВНОЙ СРЕДОЙ ДЛЯ САЛЬМОНЕЛЛ ЯВЛЯЕТСЯ СРЕДА
А) Раппопорта
Б) Эндо
В) Левина
Г) Борде-Жангу
ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ПРИ ШИГЕЛЛЕЗАХ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
А) скудного, без калового запаха стула с примесью мутной слизи и крови
Б) обильного жидкого стула с большим количеством зелени и слизи
В) обильного зловонного стула с примесью слизи
Г) жидкого, пенистого, не переваренного стула
НА СКОЛЬКО ПОДГРУПП КЛАССИФИЦИРОВАНЫ БАКТЕРИИ РОДА SHIGELLA?
А) четыре
Б) три
В) шесть
Г) пять
КАКОЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ПО ТИПУ «ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ»?
А) гастрит
Б) гастроэнтерит
В) гемоколит
Г) энтероколит
ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВИРУСНОЙ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) ротавирус
Б) тоговирус
В) риновирус
Г) РС-вирус
ФИМБРИИ (ПИЛИ) ОБРАЗУЮТ БАКТЕРИИ РОДА SHIGELLA
А) Флекснера
Б) дизентерии
В) Бойда
Г) Зонне
ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НА САЛЬМОНЕЛЛЕЗ ИСПОЛЬЗУЮТ КАК ОСНОВНОЙ МАТЕРИАЛ
А) каловые массы
Б) слизь из носоглотки
В) соскоб из розеол

Г) ликвор
ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ДЛЯ БРЮШНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ
А) Падалки
Б) Филатова
В) Грефе
Г) Коплика
ДЛЯ КРУПА ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ
А) инспираторной одышки
Б) кашля с репризами
В) пневмоторакса
Г) экспираторной одышки
ИСТИННЫЙ КРУП ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
А) дифтерии
Б) РС-инфекции
В) микоплазменной инфекции
Г) риновирусной инфекции
ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГРИППА СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) высокая лихорадка
Б) боль при мочеиспускании
В) увеличение печени
Г) желтуха
К СИМПТОМАМ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ
А) катаральные явления в ротоглотке, конъюнктивит
Б) боли в суставах, мышцах
В) узловатая эритема и импетиго
Г) менингеальные знаки
ФАРИНГОКОНЪЮНКТИВАЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
А) аденовирусной инфекции
Б) гриппе
В) риновирусной инфекции
Г) парагриппе
КАТАРАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ПАРАГРИППЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) упорным, грубым, сухим кашлем
Б) обильными слизистыми выделениями из носа
В) яркой отграниченной гиперемией зева, гнойным выпотом в лакунах
Г) частым навязчивым коклюшеподобным кашлем
В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ КОКЛЮШЕ ОТМЕЧАЕТСЯ
А) лейкоцитоз
Б) лейкопения
В) тромбоцитопения
Г) лимфопения
ДАЙТЕ ПОДРОБНУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ СЫПИ ПРИ ТИПИЧНОЙ КОРИ У ДЕТЕЙ
А) пятнисто-папулезная, характерна этапность высыпания

Б) мелкоточечная, на сгибательных поверхностях конечностей
В) мелкопятнистая, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей
Г) полиморфная, характерны симптомы «капюшона», «перчаток», «носков»
К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СКАРЛАТИНЫ ОТНОСИТСЯ
А) мелкоточечная сыпь
Б) «поджаренный» язык
В) гепатомегалия
Г) спленомегалия
КРАСНУХА – ЭТО ОСТРОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ
А) протекающее со слабо выраженными симптомами интоксикации и катаральным синдромом, сыпью, увеличением затылочных и заднешейных лимфоузлов
Б) протекающее с поражением ЦНС, сыпью
В) протекающее с увеличением шейных лимфоузлов и налетами в зеве
Г) характеризующееся симптомами интоксикации и диареей
ПРИ КРАСНУХЕ СЫПЬ ПОЯВЛЯЕТСЯ
А) одномоментно в течение нескольких часов
Б) в течение 1-2-х суток
В) этапно в течение 3-х дней
Г) молниеносно
ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГРИППА ИГРАЕТ
А) вирусемия
Б) гепатотропное воздействие
В) бактериемия
Г) нефротоксическое воздействие
ДИАГНОЗ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ
А) выделением вируса из носоглоточных смывов
Б) посевом крови на сахарный бульон
В) исследование мазка из зева и носа на флору
Г) биохимическим исследованием крови
ТОКСИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ГРИППЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) головной болью, фебрильными судорогами
Б) длительной волнообразной лихорадкой
В) желтухой, гепатомегалией
Г) поражением кожных покровов
ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В КЛИНИКЕ ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ
А) токсический
Б) экзантемы
В) гастроинтестинальный
Г) скарлатиноподобный
НАЗОВИТЕ БАКТЕРИАЛЬНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ РИНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
А) синусит

Б) дерматит
В) хореоретинит
Г) увеит
АДЕНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ РИНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НАЛИЧИЕМ
А) фарингоконъюнктивальной лихорадки
Б) слабовыраженной интоксикации
В) обильных серозных выделениях из носа
Г) субфебрильной температуре
ДИАГНОЗ ГРИППА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ
А) методом ПЦР (слизь из носовых ходов)
Б) посевом крови на желчный бульон
В) посевом кала на обычные питательные среды
Г) выделением вируса из кала
СТЕНОЗ ГОРТАНИ ПРИ ОРВИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ПРИСТУПА КОКЛЮША
А) отсутствием реприз
Б) отсутствием втяжения при вдохе уступчивых мест грудной клетки
В) наличием удлиненного затрудненного выдоха
Г) наличием реприз
К СИМПТОМАМ РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ
А) кашель
Б) гепатомегалия
В) конъюнктивит
Г) спленомегалия
ПРОЯВЛЕНИЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ КОКЛЮША
А) характерной рентгенологической картиной
Б) наличием короткой температурной реакции
В) отсутствием симптомов интоксикации
Г) наличием спазматического кашля
ДНК ИМЕЕТ ВИРУС ГЕПАТИТА
А) HBV
Б) HAV
В) HCV
Г) HDV
КАКОЙ ВИРУС НЕ ИМЕЕТ СВОЕЙ ОБОЛОЧКИ?
А) HDV
Б) HBV
В) HCV
Г) HAV
ЕДИНСТВЕННЫМ МАРКЕРОМ, ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ У ЗДОРОВЫХ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ГЕПАТИТА В, ЯВЛЯЕТСЯ
А) анти-HBcor-сумм.

Б) анти-HAVIg M
В) анти-HAVIg G
Г) HBS-Ag
ДЛЯ БЕЗЖЕЛТУШНОЙ ФОРМЫ ГЕПАТИТА НЕ ХАРАКТЕРНО
А) появление желтухи
Б) увеличение размеров печени
В) повышение температуры тела
Г) появление ринита
ЛЕГКОЙ ФОРМЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА СООТВЕТСТВУЕТ УРОВЕНЬ БИЛИРУБИНА ДО _____МКМОЛЬ/Л
А) 85
Б) 65
В) 45
Г) 25
У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ
А) наблюдаются часто, протекают тяжело и длительно
Б) встречаются редко
В) наблюдаются часто, протекают легко
Г) не встречаются
ЧАСТЫМИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПРИ ВИЧИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ
А) грибковые, бактериальные и вирусные поражения кожи, себорейные дерматиты, васкулиты, пятнисто-папулезная сыпь
Б) трофические изменения, некрозы
В) участки депигментации
Г) опухоли
ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ ОЧЕНЬ РЕДКО
А) саркома Капоши
Б) кардиомиопатия
В) нефропатия
Г) увеличение околоушных желез
У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ МАТЕРЯМИ С ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ, В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ АНТИТЕЛА К ВИЧ В КРОВИ ИМЕЮТСЯ В ___ % СЛУЧАЕВ
А) 100
Б) 50
В) 25
Г) 10
КАКОЙ ВИРУС ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЭНТЕРОВИРУСОВ?
А) вирус Коксаки
Б) ротавирус
В) ретровирус
Г) аденовирус
ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТМЕЧАЕТСЯ
А) лихорадка

Б) боль в суставах
В) некротическая ангина
Г) фолликулярная ангина
КАКОЕ ЛАБОРАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ»?
А) вирусологическое исследование (слизь из зева и носа)
Б) общий анализ мочи
В) общий анализ крови
Г) бактериологическое исследование кала
СЕРОЗНЫЙ МЕНИНГИТ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ ПРИ
А) энтеровирусной инфекции
Б) шигеллезах
В) норовирусной инфекции
Г) ротавирусной инфекции
ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТОВ МОГУТ БЫТЬ
А) бактерии
Б) вирусы
В) грибки
Г) простейшие
ВОЗБУДИТЕЛЕМ СЕРОЗНОГО МЕНИНГИТА МОЖЕТ БЫТЬ
А) энтеровирус
Б) менингококк
В) вирус гепатита А
Г) коклюшная палочка
ДЛЯ МЕНИНГИТА ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ
А) Кернига
Б) Падалки
В) Грефе
Г) Филатова-Коплика
ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «МЕНИНГИТ» РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) исследование ликвора
Б) общий анализ мочи
В) общий анализ крови
Г) бактериологическое исследование слизи из носоглотки
КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛИКВОРЕ ОТМЕЧАЮТСЯ ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТАХ?
А) лимфоцитарный плеоцитоз
Б) нейтрофильный плеоцитоз
В) нормальный ликвор
Г) появление эритроцитов
ПРИ ПАРАЛИТИЧЕСКОМ ПОЛИОМИЕЛИТЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
А) расстройство двигательных функций
Б) расстройство чувствительности
В) эритроциты в ликворе

Г) нейтрофильный цитоз в ликворе
ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ ТИПИЧНОЙ СЫПЬЮ БУДЕТ
А) геморрагическая «звездчатая»
Б) везикулезная
В) пустулезная
Г) пятнисто-папулезная
ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
А) лейкоцитоз+нейтрофилез
Б) лейкоцитоз+лимфоцитоз
В) лейкопения+лимфоцитоз
Г) эозинофилия
ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ
А) синдром Уотерхауса-Фридрексена
Б) обезвоживание
В) отек подкожной клетчатки
Г) назофарингит
ДЛЯ МЕНИНГОКОККЕМИИ НЕ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ
А) лимфаденита
Б) увеита
В) синовиита
Г) пиелонефрита
У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ МЕНИНГОКОККОВЫМ МЕНИНГИТОМ, ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ
А) гиперестезии
Б) анурии
В) обезвоживания
Г) парезов и параличей
ДЛЯ МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА НЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ
А) пареза конечностей
Б) менингеальных симптомов
В) рвоты
Г) лихорадки
ПРИЧИНОЙ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ МОЖЕТ БЫТЬ
А) инфекционно-токсический шок
Б) стеноз гортани
В) гидроцефалия
Г) дисбактериоз
ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ В СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ ОТМЕЧАЕТСЯ
А) нейтрофильный плеоцитоз
Б) лимфоцитарный плеоцитоз

В) повышенное содержание эритроцитов
Г) смешанный плеоцитоз
МЕНИНГОКОККИ ХОРОШО РАСТУТ НА СРЕДЕ
А) содержащей нативный белок
Б) Левина
В) Борде-Жангу
Г) Плоскирева
КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ДОЛЖНО ВЫЗЫВАТЬ ПОДОЗРЕНИЕ НА ДИФТЕРИЮ?
А) ларингит
Б) менингит
В) панкардит
Г) колит
С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ТОКСИЧЕСКУЮ ФОРМУ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ?
А) паратонзиллярный абсцесс
Б) аденовирусная инфекция
В) грипп
Г) менингококковая инфекция
К ОТЛИЧИЮ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ОТ ЛАКУНАРНОЙ АНГИНЫ ОТНОСЯТ
А) налеты островчатые или пленчатые, выходящие за пределы лакун
Б) налеты на миндалинах рыхлые, гнойные по ходу лакун
В) регионарные лимфоузлы, увеличенные «пакетами»
Г) регионарные лимфоузлы болезненные
ЧТО НЕОБХОДИМО ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ДИФТЕРИИ?
А) нарастание титров противодифтерийных антител в 4 раза и больше
Б) выделение из материала нетоксического штамма коринобактерий
В) выделение из материала гемолитического стрептококка
Г) нарастание титров противовирусных антител
К ОТЛИЧИЮ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ОТ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ОТНОСЯТ
А) налеты пленчатые, плотные
Б) увеличение лимофузлов: передне- и заднешейных
В) гепатоспленомегалию
Г) затрудненное храпящее дыхание
КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ?
А) миокардит
Б) пневмония
В) лимфаденит
Г) отит

ОТЛИЧИЕ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ, ТОКСИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ОТ ФЛЕГМОНОЗНОЙ АНГИНЫ И ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА СОСТОИТ В
А) отеке подкожной клетчатки шеи (бычья шея)
Б) боли в горле резко выраженной
В) асимметрии зева с односторонней резкой гипертрофией миндалины и выбуханием дужки
Г) резко выраженной боли в горле, тризме
ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРОЯТНЫМ ПРИЗНАКОМ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ (ЛОКАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА)?
А) ангина (острый тонзиллит с налетами)
Б) плотные малоболезненные паховые лимфоузлы
В) выраженный катаральный синдром
Г) пневмония
ПРИЗНАКОМ ДИФТЕРИИ ГОРТАНИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) постепенное прогрессирование дисфонии, развитие на 2-3 день болезни стенотического дыхания
Б) острое начало с высокой температуры и катаральными явлениями
В) острое начало с грубого лающего кашля и хриплого голоса
Г) быстрое развитие стеноза при сохранении звучности голоса и кашля
КАКОЙ СИНДРОМ ИМЕЕТ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДИФТЕРИИ ГОРТАНИ?
А) стенотическое дыхание
Б) менингеальный синдром
В) катаральный синдром
Г) выраженная интоксикация
ВЕРОЯТНЫМ ПРИЗНАКОМ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) отек в зеве
Б) резкая болезненность в горле (тризм)
В) рыхлые налеты
Г) отек на нижних конечностях
ДЛЯ ДИФТЕРИИ В ПОЗДНИЕ СРОКИ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ
А) нефроза
Б) пневмонии
В) отита
Г) менингита
ВЕРОЯТНЫМ ПРИЗНАКОМ ДИФТЕРИИ ГОРТАНИ ЯВЛЯЕТСЯ ЛАРИНГИТ
А) при нормальной или субфебрильной температуре тела
Б) без афонии
В) с высокой температурой и интоксикацией
Г) с внезапно развившимся стенозом в первые часы болезни и с выраженными катаральными явлениями

НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) гепатоспеномегалия
Б) кратковременная лихорадка
В) рвота и диарейный синдром
Г) сыпь и головная боль
К ПРОЯВЛЕНИЯМ ПАТОГЕНЕЗА ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ОТНОСЯТ
А) внедрение вируса на небных и носоглоточных миндалинах
Б) начало септического процесса
В) наиболее выраженные изменения в кишечнике
Г) Т-лимфоциты, содержащие вирус, активируют Т-киллеры
ОТЛИЧИЕ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ОТ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА
А) налеты пленчатые, плотные
Б) увеличение передне-шейных и заднешейных лимфоузлов
В) увеличение паховых лимфоузлов
Г) затрудненное храпящее дыхание
ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ
А) атипичные мононуклеары + лимфоцитоз
Б) лимфопения + атипичные мононуклеары
В) нейтрофилез + лимфопения
Г) нейтрофилез +атипичные мононуклеары
ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) увеличение шейных лимфоузлов
Б) паратонзиллит
В) обильная ринорея
Г) диарея
ВОЗБУДИТЕЛЕМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) Epstein–Barrvirus
Б) listeria monocytogenes
В) varicella - zoster virus
Г) HBV
ОТЛИЧИЕ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ОТ ОРВИ
А) содержание атипичных мононуклеаров в периферической крови более 10%
Б) отсутствие катаральных явлений (насморк, кашель)
В) выраженность интоксикации
Г) выраженность нейротоксикоза
ВИРУС ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ МОЖЕТ ПОРАЖАТЬ
А) слизистые оболочки
Б) печень
В) селезенку

Г) кости
В ПРОДРОМАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ВОЗМОЖНО ПОЯВЛЕНИЕ _____ СЫПИ
А) скарлатиноподобной
Б) геморрагической
В) кореподобной
Г) розеолезной
ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ ВОЗНИКАЮТ
А) в течение нескольких дней, толчкообразно
Б) поэтапно: в 1-й день болезни - на лице, во 2-й день болезни - на туловище, на 3-й день болезни - на конечностях
В) одномоментно
Г) поэтапно: в 1-й день болезни - на лице, во 2-й день болезни - на туловище, на 3-й день болезни - на конечностях, на 4 день – на ладонях
ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОЯВЛЯЮТСЯ НА
А) коже
Б) конъюнктиве
В) слизистой полости рта
Г) ладонях и стопах
ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НЕ МОГУТ ПОЯВИТЬСЯ НА
А) коже ладоней и стоп
Б) конъюнктиве
В) коже туловища
Г) слизистой полости рта
КАКОЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ КОРИ?
А) увеличение селезенки
Б) пятнисто – папулезная сыпь
В) пятна Филатова – Бельского – Коплика
Г) конъюнктивит
К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ КОРИ ОТНОСЯТ
А) энцефалит, менингоэнцефалит, менингит
Б) колит, энтерит
В) эндокардит, миокардит
Г) орхит, паротит
ИЗМЕНЕНИЯ В РОТОГЛОТКЕ ПРИ КОРИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ
А) пятен Филатова-Коплика
Б) налетов на миндалинах
В) везикул на дужках миндалин
Г) застойной гиперемии слизистых
КАКОЙ МЕТОД ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КОРИ?
А) ПЦР

Б) бактериологическое исследование
В) бактериоскопия
Г) РПГА
ПРИ КОРИ К РАННИМ ГЛАЗНЫМ СИМПТОМАМ ОТНОСИТСЯ
А) катаральный коньюктивит и светобоязнь
Б) птоз и косоглазие
В) иридоциклит
Г) хореоретинит
БОЛЬНОЙ КОРЬЮ ЗАРАЗЕН
А) до 5 дня высыпаний
Б) в течение всего катарального периода
В) до конца клинических проявлений заболевания
Г) в первые 5 дней инкубационного периода
ДЛЯ РАННИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КОРИ ХАРАКТЕРНО
А) появление пятен Бельского-Филатова-Коплика на слизистой полости рта
Б) наличие положительного симптома Пастернацкого
В) появление менингеального симптомокомплекса
Г) развитие диспептических явлений
НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ
А) острая надпочечниковая недостаточность
Б) острая дыхательная недостаточность
В) острая почечная недостаточность
Г) отек легких
В ЛИКВОРЕ НЕ БУДЕТ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ
А) менингококкемии
Б) менингококковом менингите
В) менингококковом менингоэнцефалите
Г) менингококковом энцефалите
В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ ПРИОБРЕТЕННОЙ КРАСНУХЕ ОТМЕЧАЮТСЯ
А) лейкопения, лимфоцитоз, плазматические клетки, СОЭ в норме
Б) лейкопения, лимфопения, моноцитоз, СОЭ в норме
В) лейкоцитоз, лимфопения, СОЭ ускорена
Г) лейкоцитоз, лимфопения, моноцитоз, СОЭ в норме
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КРАСНУХИ ПРИМЕНЯЕТСЯ МЕТОД
А) иммунофлюоресценции
Б) бактериологический
В) РПГА
Г) РНГА
НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ КРАСНУХЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) менингоэнцефалит
Б) пневмония
В) миокардит
Г) артрит

ПРИ КРАСНУХЕ СЫПЬ БЫВАЕТ
А) пятнисто-папулезной, розового цвета на неизмененном фоне кожи
Б) уртикарной, неправильной формы
В) папулезно-везикулезной
Г) геморрагической
ПРИ КОРИ СЫПЬ БЫВАЕТ
А) пятнистой-папулезной склонной к слиянию
Б) милиарной
В) петехиальной
Г) мелкоточечной
КРАСНУХА - ЭТО ОСТРОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ
А) протекающее со слабо выраженными интоксикацией и катаральным синдромом, сыпью и увеличением затылочных и заднешейных лимфоузлов
Б) характеризующееся поражением ЦНС, сыпью
В) протекающее с увеличением шейных лимфатических узлов и налетами на миндалинах
Г) характеризующееся симптомами интоксикации и диареи
В ПЕРИОДЕ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ СКАРЛАТИНЕ ОТМЕЧАЕТСЯ _____ ЯЗЫК
А) «малиновый»
Б) обложенный бело-желтым налетом
В) «поджаренный»
Г) «лаковый»
ПРИ СКАРЛАТИНЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ В РОТОГЛОТКЕ
А) яркой отграниченной гиперемии
Б) пятен Бельского-Филатова-Коплика
В) симптома Мурсона
Г) симптома Падалки
КАКОЙ СИМПТОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СКАРЛАТИНЫ?
А) «малиновый язык»
Б) локализованные хрипы в легких
В) пятнистая сыпь
Г) везикулярная сыпь
РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А) отит
Б) полиартрит
В) панкреатит
Г) аппендицит
ПРИ ОСМОТРЕ ГЛАЗ У БОЛЬНОГО КОКЛЮШЕМ ВЫЯВЛЯЮТ
А) кровоизлияния в оболочке глаза
Б) конъюнктивит
В) блефарит
Г) увеит
КАКИЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ КОКЛЮША?

А) лимфоцитоз
Б) моноцитоз
В) тромбоцитопения
Г) анемия
СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ ТИПИЧНОМ НЕОСЛОЖНЕННОМ КОКЛЮШЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ
А) патологического приступообразного кашля
Б) постоянного кашля с мокротой
В) брадипноэ
Г) патологического дыхания
ТЯЖЕСТЬ ПРИ КОКЛЮШЕ ОЦЕНИВАЮТ ПО СИМПТОМАМ
А) частоты и характера приступов кашля
Б) вялости, недомогания, снижения аппетита
В) частоты и характера стула
Г) снижение массы тела, сухость кожных покровов
В КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА НЕ ВЫДЕЛЯЮТ _____ ФОРМУ
А) генерализованную
Б) железистую
В) нервную
Г) комбинированную
ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ
А) боль при жевании и разговоре
Б) нормальная температура тела
В) боль при глотании
Г) сухость кожных покровов
ДЛЯ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ
А) слюнных желез
Б) легких
В) почек
Г) селезенки
ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) вирус
Б) риккетсия
В) бактерия
Г) простейшее
ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ДИЗЕНТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ
А) шигеллы
Б) иерсинии
В) клебсиелы
Г) эшерихии
ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ВКЛЮЧАЕТ
А) ПЦР
Б) бактериоскопию

В) посев содержимого везикул на питательные среды
Г) РПГА
ДЛЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ
А) менингоэнцефалита
Б) ларингита
В) энтерита
Г) гастродуоденита
ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ОСТРЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ
А) бактерии
Б) риккетсии
В) вирусы
Г) простейшие
КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ ВЫСТУПАЕТ
А) колитический
Б) септический
В) аппендикулярный
Г) мезентериальный
У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ПИЩЕВЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРОВОДЯТ ЗАБОР
А) кала
Б) крови
В) мочи
Г) спинномозговой жидкости
ДЛЯ ПОСТОЯННОЙ ЛИХОРАДКИ ХАРАКТЕРНЫ СУТОЧНЫЕ КОЛЕБАНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ
А) менее 1°
Б) менее 3°
В) более 1°
Г) более 3°
КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ ДЕЛЬТА-ИНФЕКЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ
А) ко-инфекция В+Д
Б) острый гепатит Д
В) хронический гепатит Д
Г) острый гепатит Д+А
ПЯТНА ФИЛАТОВА-КОПЛИКА-БЕЛЬСКОГО - ЭТО
А) мелкие серовато-белесоватые папулы, окруженные каймой гиперемии, несливаются между собой, не снимаются шпателем
Б) белесоватые образования размером с чечевицу, легко снимаются шпателем, поверхность кровоточит
В) мелкие серовато-белесоватые папулы, сливающиеся между собой, легко удаляются шпателем
Г) серовато-белые образования размером с чечевицу, окруженные каймой гиперемии,сливающиеся, не снимаются шпателем

ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ?
А) цитолитический синдром
Б) некроз гепатоцитов
В) развитие почечной недостаточности
Г) появление признаков инфекционно-токсического шока
МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) клинико-эпидемиологический
Б) аллергологический
В) биологический
Г) инструментальный (ректороманоскопия)
НА ЧТО УКАЗЫВАЕТ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В КОПРОГРАММЕ?
А) воспалительный процесс в толстом кишечнике
Б) этиология острой кишечной инфекции
В) тяжесть поражения кишечника
Г) дисбактериоз
У БОЛЬНОГО С УМЕРЕННОЙ ЖАЖДОЙ И СУХОСТЬЮ СЛИЗИСТЫХ, НЕБОЛЬШОЙ ЛАБИЛЬНОСТЬЮ ПУЛЬСА, ЖИДКИМ СТУЛОМ 3-10 РАЗ В СУТКИ, СТЕПЕНЬ ДЕГИДРАТАЦИИ
А) I, потеря жидкости 1-3% от массы тела
Б) II, потеря жидкости 4-6% от массы тела
В) III, потеря жидкости 7-10% от массы тела
Г) 0, нет потерь жидкости
НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ДИФТЕРИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) зев
Б) нос
В) кожа
Г) ухо
ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) алиментарный
Б) контактно-бытовой
В) трансплацентарный
Г) воздушно-капельный
ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ ИМЕЮТ _____ МЕХАНИЗМ ИНФИЦИРОВАНИЯ
А) фекально-оральный
Б) воздушно-капельный
В) трансмиссивный
Г) парентеральный
ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЙ ПУТЬ ЗАРАЖЕНИЯ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А) контактно-бытовой
Б) пищевой
В) водный
Г) трансплацентарный
ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ СКАРЛАТИНЕ ДЛИТСЯ
А) 2-7 дней
Б) 8-12 часов
В) 11 дней
Г) 17 дней
АПНОЭ ПРИ КОКЛЮШЕ – ЭТО
А) остановка дыхания на кашлевом выдохе
Б) остановка дыхания на вдохе
В) остановка сердца во время приступа кашля
Г) рвота после приступа кашля
КАКОЙ ГЕПАТИТ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕМ?
А) HAV
Б) HBV
В) HCV
Г) HDV
КАКОЙ ГЕПАТИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ В ЖАРКИХ СТРАНАХ?
А) HEV
Б) HAV
В) HCV
Г) HDV
ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ГЕПАТИТА А СОСТАВЛЯЕТ
А) 15-45 дней
Б) 60-180 дней
В) 6-12 мес.
Г) 1,5-6 мес.
СПОСОБОМ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ
А) водный
Б) половой
В) гемотрансфузионный
Г) трансмиссивный
ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ У БОЛЬШИНСТВА ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЮТСЯ
А) в 3-12 мес.
Б) в 3-5 лет
В) после 10 лет
Г) в 15 лет
ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ ПЕРЕДАЧИ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) водный
Б) парентеральный

В) контактный
Г) трансмиссивный
СПОСОБОМ ПЕРЕДАЧИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) капельный
Б) фекально-оральный
В) трансмиссивный
Г) пищевой
ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ
А) капельный
Б) пищевой
В) водный
Г) трансимиссивный
ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ СОСТАВЛЯЕТ
А) 11-21 день
Б) 9-17 дней
В) 2-7 дней
Г) 7-9 дней
ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ КОРИ У НЕ ПОЛУЧИВШИХ ИММУНОГЛОБУЛИН НЕПРИВИТЫХ ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ
А) от 9 до 17 дней
Б) с 11 по 21 день
В) от 9 до 21 дня
Г) 10 дней
ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ КРАСНУХЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) больной врожденной или приобретенной краснухой
Б) бирусоноситель
В) больной только врожденной краснухой
Г) больной только приобретенной краснухой
КРАСНУХОЙ ЧАЩЕ БОЛЕЮТ ДЕТИ В ВОЗРАСТЕ
А) 2-9 лет
Б) до 1 года
В) 10-15 лет
Г) 1-2 лет
ИСТОЧНИКОМ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А) больной любой формой стрептококковой инфекции
Б) вирусоноситель
В) только больной скарлатиной
Г) только реконвалесцент скарлатины
МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ КОКЛЮША ЯВЛЯЕТСЯ
А) капельный
Б) фекально-оральный
В) трансплацентарный
Г) гемоконтактный

ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ ПЕРЕДАЧИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) воздушно-капельный
Б) контактный
В) водный
Г) пищевой
ВЕРТИКАЛЬНЫЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ВОЗМОЖЕН ПРИ
А) вирусном гепатите В
Б) дифтерии
В) скарлатине
Г) дизентерии
ПУТЕМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ ЯВЛЯЕТСЯ
А) половой
Б) пищевой
В) водный
Г) воздушно-капельный
ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ ОЧАГЕ КРАСНУХА ПЕРЕДАЕТСЯ _____ ПУТЕМ
А) воздушно-капельным
Б) трансмиссивным
В) пищевым
Г) контактно-бытовым
ЗАРАЖЕНИЕ ВИЧ ВОЗМОЖНО ПРИ
А) половом контакте
Б) кашле, чихании
В) попадании слюны на кожу
Г) тесных объятиях
ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А ЯВЛЯЕТСЯ
А) фекально–оральный
Б) трансмиссивный
В) аэрогенный
Г) вертикальный
ДЛЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРЕН _____ ПЕРИОД
А) зимне-весенний
Б) летне-осенний
В) осенне-зимний
Г) весенне-летний
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЙ ЧЕЛОВЕК ПРЕДСТАВЛЯЕТ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ
А) пожизненно
Б) в периодах, клинически выраженных
В) только в терминальной стадии
Г) только в стадии острой инфекции
ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ ПЕРЕДАЧИ САЛЬМОНЕЛЛ?

А) молочные продукты
Б) цельные злаки
В) кровососущие насекомые
Г) иксодовые клещи
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ПРОВОДИТСЯ С
А) аденовирусной инфекцией
Б) коклюшем
В) ротавирусной инфекцией
Г) полиомиелитом
ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ
А) лимфаденопатии, гепатоспленомегалии
Б) ларингита, развития стеноза гортани
В) вялых парезов, параличей
Г) диареи, эксикоза
ПОД ТЕРМИНОМ «РЕПРИЗЫ» ПРИ КАШЛЕ ПОНИМАЮТ
А) свистящий вдох вслед за приступом кашля
Б) затрудненный выдох во время приступа кашля
В) затрудненное дыхание во время приступа кашля
Г) приступы кашля, преимущественно в ночное время
НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) менингоэнцефалит
Б) миелит
В) нефрит
Г) миокардит
ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ РЕБЕНКА С ЛЕГКОЙ ФОРМОЙ ТЕЧЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) зуд
Б) лихорадка
В) отказ от пищи
Г) болезненное высыпание
ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А) ложный полиморфизм сыпи
Б) этапность появления высыпаний
В) наличие высыпаний на волосистой части головы
Г) сыпь, имеющая везикулезный характер
НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИАРЕЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А) эксикоз
Б) токсикоз
В) септическое состояние
Г) судороги
ОТНОСИТЕЛЬНО ПОЗДНИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЭКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А) низкий тургор тканей
Б) снижение объема диуреза
В) тахикардия и тахипноэ
Г) задержка заполнения капилляров ногтевого ложа
ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ E.COLI СЕРОТИП O157:H7 НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ
А) всем пациентам с диареей, имеющим примесь крови в кале
Б) всем пациентам первого года жизни с затяжным диарейным синдромом
В) педиатрическим пациентам (любого возраста) с водянистой диареей
Г) всем педиатрическим пациентам с эксикозом тяжелой степени тяжести
ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА-БАРРА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ
А) бессимптомная форма
Б) синдром инфекционного мононуклеоза
В) вторичное иммунодефицитное состояние
Г) генерализованная лимфаденопатия
ОБНАРУЖЕНИЕ ВИРУСНЫХ ЧАСТИЦ ЭПШТЕЙНА-БАРРА В СЛЮНЕ
А) возможно в различные сроки после инфицирования
Б) является патогномоничным признаком острой симптоматической инфекции
В) требует начала специфической противовирусной терапии
Г) указывает на репликацию вируса в лимфатических узлах
НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМОЙ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) неспецифическое лихорадочное заболевание
Б) поражение слизистой ротоглотки, герпетическая ангина
В) вирусная пузырчатка полости рта и конечностей
Г) поражение нервной системы, асептический менингит
ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОСТРОГО ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО (ЭПИДЕМИЧЕСКОГО) КОНЪЮНКТИВИТА У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
А) энтеровирус тип 70
Б) аденовирус серотип 3
В) вирус герпеса человека тип 1
Г) Chlamydia trachomatis
90% ВСЕХ СЛУЧАЕВ АСЕПТИЧЕСКОГО МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ И 50% У СТАРШИХ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ ВЫЗЫВАЕТ
А) энтеровирус
Б) вирус клещевого энцефалита
В) вирус эпидемического паротита
Г) Haemophilus influenzae type b
У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ С ТЯЖЕЛОЙ ГИПОТРОФИЕЙ ДИЗЕНТЕРИЯ ЧАЩЕ ОСЛОЖНЯЕТСЯ
А) бактериемией

Б) гемолитико-уремическим синдромом
В) лейкемоидной реакцией
Г) реактивным артритом

К СИМПТОМАМ МЕНИНГОКОККОВОЙ СЕПТИЦЕМИИ НЕ ОТНОСИТСЯ

А) нарушение сознания
Б) лихорадочная реакция
В) геморрагическая сыпь
Г) артериальная гипотензия

ВЫДЕЛЕНИЕ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСА ИЗ МОЧИ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА, ВЫШЕДШЕГО ИЗ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ, УКАЗЫВАЕТ НА

А) предшествующую врожденную или приобретенную инфекцию
Б) перенесенное внутриутробно инфицирование цитомегаловирусом
В) наличие заболевания, требующего противовирусного лечения
Г) генерализацию инфекции в связи с иммунодефицитным состоянием

ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ТЕСТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ИДЕНТИФИКАЦИИ ВГС-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

А) анти-HCV
Б) РНК-HCV методом ПЦР
В) печеночных трансаминаз
Г) уровня вирусной репликации

ДЛЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КОРИ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ

А) быстрое распространение
Б) средний уровень контагиозности
В) иммунитет после перенесенного заболевания 15-18 лет
Г) восприимчивость к заболеванию преимущественно в детском возрасте

РЕБЕНОК ЗАЩИЩЕН ОТ КОКЛЮША МАТЕРИНСКИМИ АНТИТЕЛАМИ В ТЕЧЕНИЕ

А) первых недель жизни
Б) первых месяцев жизни
В) периода грудного вскармливания
Г) первых двенадцати месяцев жизни

ГОВОРЯ ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ КОКЛЮША, СПРАВЕДЛИВО УТВЕРЖДЕНИЕ, ЧТО

А) в катаральной стадии инфекции контагиозность пациента наиболее высока
Б) наиболее высокой является контагиозность пациента в стадии спазматического кашля
В) длительность периода контагиозности не зависит от получаемой пациентом антибиотикотерапии
Г) для Bordetella pertussis не характерно бессимптомное хроническое носительство

ОЦЕНИВАЯ ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ, ВРАЧ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ, ЧТО
А) контагиозность при семейном контакте достигает 90%
Б) источником инфекции для дошкольников являются взрослые
В) после перенесенного заболевания иммунитет сохраняется до 10-15 лет
Г) трансплацентарная передача ветряной оспы не осуществляется
КРАЙНЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМ В УХОДЕ ЗА РЕБЕНКОМ С ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДОВАНИЕ СОВЕТУ
А) не купать ребенка
Б) ежедневно проводить гигиеническую ванну
В) обрабатывать везикулы бриллиантовым зеленым
Г) полоскать рот после еды
ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЭНТЕРОГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ЭШЕРИХИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) контаминация пищевых продуктов или контакт со скотом
Б) пребывание на эндемичных территориях, даже в туристических зонах
В) контакт со здоровым носителем энтерогеморрагических эшерихий
Г) употребление в пищу птицы с плохой термической обработкой3719.
НАИБОЛЕЕ ВЫСОКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ ОТМЕЧАЕТСЯ СРЕДИ
А) дошкольников
Б) детей первых месяцев жизни
В) детей школьного возраста
Г) взрослых на территориях, эндемичных по дизентерии
ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ S. AUREUS ИЗ НОСА ДЕКОЛОНИЗАЦИЯ НЕ ПРОВОДИТСЯ
А) детям дошкольного возраста
Б) медработникам, работающим в реанимации
В) пациентам отделений реанимации и интенсивной терапии
Г) пациентам хирургических отделений
ИЗ ФОРМ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ВГЕМОЛИТИЧЕСКИМ СТРЕПТОКОККОМ ГРУППЫ А, ПОДЛЕЖИТ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМУ УЧЕТУ
А) скарлатина
Б) некротизирующий фасциит
В) инвазивное заболевание
Г) назофарингеальное носительство
ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ КАМПИЛОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЮТСЯ
А) сырые продукты животного происхождения
Б) больные люди и носители бактерий из рода Campylobacter
В) продукты питания, загрязненные выделениями грызунов
Г) предметы медицинского назначения в стационарах
ПОКАЗАТЕЛЬ ТЯЖЕСТИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА
А) интоксикационный синдром

Б) диарейный симптом
В) бронхообструктивный синдром
Г) менингеальный синдром
ДЛЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ
А) пятно, папула, везикула
Б) пятно, петехия, рубчик
В) петехии, некроз, рубчик
Г) розеола, уртикария, пустула
КАКОЙ СИМПТОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ?
А) полиморфизм сыпи
Б) гепатоспленомегалия
В) длительная фебрильная лихорадка
Г) геморрагический синдром
КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ МЕНИНГИТА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА?
А) выбухание большого родничка
Б) положительный симптом Моро
В) парез нижних конечностей
Г) положительный симптом Бабинского
РАЗВИТИЕ ТОКСИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ СКАРЛАТИНЕ ОБУСЛОВЛЕНО ДЕЙСТВИЕМ
А) экзотоксина
Б) гиалуронидазы, стрептолизина
В) М-протеина
Г) эндотоксина
КАКОЙ МАТЕРИАЛ ПРИ СКАРЛАТИНЕ НЕОБХОДИМО ВЗЯТЬ ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ?
А) слизь из носа и зева
Б) мокроту
В) кал
Г) ликвор
СТРЕПТОКОККИ ПРОДУЦИРУЮТ
А) экзотоксин
Б) эндотоксин
В) энтеротоксин
Г) А-белок
В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ КОКЛЮШЕ ОТМЕЧАЕТСЯ
А) лейкоцитоз, лимфоцитоз, нормальная СОЭ
Б) лейкоцитоз, лимфопения, нормальная СОЭ
В) лейкоцитоз, лимфоцитоз, ускоренная СОЭ
Г) лейкоцитоз, лимфопения, ускоренная СОЭ
ВИРУС ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ПОПАДАЕТ В ЖЕЛЕЗИСТЫЕ ОРГАНЫ
А) гематогенно

Б) аэрогенно
В) лимфогенно
Г) через проток слюнной железы
ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) общей интоксикацией, поражением слюнных желез, железистых органов, нервной системы
Б) синдромом диареи, развитием обезвоживания
В) поражением только нервной системы (серозный менингит) или только железистых органов (поджелудочной, половых и др.)
Г) поражением слизистых оболочек нижних дыхательных путей, развитием ларингита
СКОЛЬКО ТИПОВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГРИППА ИЗВЕСТНО?
А) 3
Б) 4
В) 7
Г) 5
КАКОЙ ВИРУС НАЗЫВАЮТ «ЛАСКОВЫМ УБИЙЦЕЙ»?
А) HCV
Б) HBV
В) HEV
Г) HDV
ИНКУБАЦИОННЙ ПЕРИОД ГЕПАТИТА В СОСТАВЛЯЕТ
А) 60-180 дней
Б) 6-12 мес.
В) 3-6 мес.
Г) 10-40 дней
ДЕТИ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ ЧАСТО РОЖДАЮТСЯ
А) недоношенными или со ЗВУР
Б) доношенными
В) переношенными
Г) с избыточной массой тела для срока гестации
ВОЗБУДИТЕЛЬ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ПЕРЕДАЁТСЯ ____ ПУТЕМ
А) водным
Б) трансмиссивным
В) половым
Г) шприцевым
ЛЕТНЕ-ОСЕННИЙ ПОДЪЕМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИМЕЕТ
А) дизентерия
Б) грипп
В) ротавирусная инфекция
Г) менингококковая инфекция
НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) вирус парагриппа

Б) цитомегаловирус
В) вирус герпеса 6 типа
Г) β-гемолитический стрептококк группы А

ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А) бронхиолитом, обструктивным бронхитом, бронхопневмонией, ДН II-III
Б) назофарингитом, повышением температуры тела до субфебрильных цифр
В) острым бронхитом, фарингитом, тонзиллитом, бронхиолитом, ДН 0-I
Г) синуситами, простым бронхитом, лакунарной ангиной

ОСНОВНОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) воздушно-капельный
Б) трансмиссивный
В) вертикальный
Г) фекально-оральный

ОСОБЕННОСТЯМИ ТЕЧЕНИЯ ГРИППА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА СЧИТАЮТ

А) субфебрильную или нормальную температуру тела, стертую клиническую картину
Б) частое развитие стенозирующего ларинготрахеита на фоне нормальной температуры тела
В) высокую лихорадку, волнообразное течение, частые бактериальные осложнения
Г) высокую судорожную готовность, длительную гектическую лихорадку

ТИПИЧНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ГЕМОГРАММЫ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ТЕЧЕНИЯ ГРИППА СЧИТАЮТ

А) лейкопению, лимфоцитоз, СОЭ в пределах нормы
Б) лейкоцитоз, лимфоцитоз, СОЭ в пределах нормы
В) лейкопению, нейтрофилез, повышенние СОЭ
Г) лейкоцитоз, лимфоцитоз, повышенние СОЭ

К ОСОБЕННОСТЯМ ТЕЧЕНИЯ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСЯТ

А) резко выраженный катаральный синдром, обильное серозное отделяемое на фоне невыраженной температурной реакции
Б) обильное гнойное отделяемое из носа, гнойный конъюнктивит, длительную фебрильную лихорадку
В) частое развитие стеноза гортани и некротической ангины, гектическую лихорадку в первые дни заболевания
Г) частое осложнение в виде мезаденита, стойкой диареи, диспепсического синдрома

ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ КАЛ ИМЕЕТ ВИД

А) ректального плевка
Б) горохового пюре
В) малинового желе
Г) болотной тины

ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ БОЛЬ В ЖИВОТЕ
А) схваткообразная, усиливается перед актом дефекации
Б) появляется только после акта дефекации
В) постоянная, ноющего характера
Г) острая («кинжальная») после дефекации
ПРИ ХОЛЕРЕ КАЛ ИМЕЕТ ВИД
А) рисового отвара
Б) ректального плевка
В) малинового желе
Г) болотной тины
ПРИ ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ РВОТА
А) приносит облегчение
Б) не приносит облегчения
В) возникает при резком вставании больного
Г) не связана с приемом пищи
К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ХОЛЕРЕ ОТНОСИТСЯ
А) бактериологический
Б) серологический
В) биологический
Г) аллергологический
К ТИПИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ОТНОСИТСЯ
А) перфорация язвы кишечника
Б) долевая пневмония
В) инфекционный паротит
Г) менингоэнцефалит
ЛЕТНЕ-ОСЕННИЙ ПОДЪЕМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ
А) дизентерии
Б) гриппе
В) бруцеллезе
Г) менингококковой инфекции
К ХАРАКТЕРНЫМ СИПТОМАМ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ
А) пленчатый конъюнктивит
Б) мелкоточечная сыпь
В) менингеальные знаки
Г) «малиновый» язык
РАЗВИТИЕ ПЛЕНЧАТОГО КОНЪЮНКТИВИТА ХАРАКТЕРЕНО ПРИ ____ ИНФЕКЦИИ
А) аденовирусной
Б) гриппозной
В) энтеровирусной
Г) ротавирусной
АДЕНОВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ ОТ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ОТЛИЧАЕТ НАЛИЧИЕ

А) пленчатого конъюнктивита
Б) увеличенных шейных лимфатических узлов
В) симптомов интоксикации
Г) заложенности носа
ФАРИНГОКОНЪЮНКТИВАЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А) аденовирусной инфекции
Б) респираторно-синцитиальной инфекции
В) гриппа
Г) парагриппа
ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ РЕБЕНКА В РЕАНИМАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) стеноз гортани III степени
Б) стеноз гортани II степени
В) стеноз гортани I степени
Г) ларинготрахеит
ГРУБЫЙ, «ЛАЮЩИЙ» КАШЕЛЬ, ОСИПЛОСТЬ ГОЛОСА, ЗАТРУДНЕННОЕ ШУМНОЕ ДЫХАНИЕ ХАКТЕРНО ДЛЯ
А) стеноза гортани
Б) обструктивного бронхита
В) пневмонии
Г) заглоточного абсцесса
ПОРАЖЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ
А) вирусы
Б) бактерии
В) спирохеты
Г) грибы
ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) стеноз гортани I–II степени
Б) обильный насморк
В) частый кашель
Г) головная боль
ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ИСТИННОГО КРУПА К ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ ОТНОСИТСЯ – ПОСЕВ
А) слизи из носа и зева на коринебактерии дифтерии
Б) крови на стерильность
В) мочи на стерильность
Г) испражнений на вирусы
НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ «ЛАЮЩЕГО» КАШЛЯ, ОСИПЛОСТИ ГОЛОСА, УДЛИНЕННОГО ВДОХА – ЭТО
А) острый стенозирующий ларингит
Б) острая пневмония
В) острый бронхит
Г) бронхиальная астма

СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ТОЛЬКО ДЛЯ КОРИ – ЭТО
А) пятна Бельского–Филатова
Б) повышенная температура
В) кашель
Г) ринит
СИМПТОМ, ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ ДЛЯ ТИПИЧНОЙ КОРИ – ЭТО
А) пятна Бельского–Филатова
Б) ринит
В) светобоязнь
Г) кашель
ПАТОГМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ КОРЕВОЙ СЫПИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) этапность высыпания
Б) милиарная сыпь
В) сыпь на волосистой части головы
Г) начало сыпи с нижних конечностей
БЕЛЕСОВАТЫЕ ПЯТНА НА СЛИЗИСТОЙ ЩЕК ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
А) кори
Б) эпидпаротита
В) краснухи
Г) иерсиниоза
ДЛЯ ТИПИЧНОЙ КОРИ ХАРАКТЕРНА _____ СЫПЬ
А) пятнисто-папулезная
Б) везикулезная
В) уртикарная
Г) мелкоточечная
К ПРИЗНАКАМ, ПОМОГАЮЩИМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ АДЕНОВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ И КОРЬ, ОТНОСЯТ
А) пятна Бельского-Филатова
Б) обильный насморк
В) влажный кашель
Г) повышение температуры
НЕПРИВИТЫМ ДЕТЯМ СТАРШЕ 12 МЕСЯЦЕВ, КОНТАКТНЫМ ПО КОРИ, РЕКОМЕНДУЮТ
А) провести активную иммунизацию вакциной
Б) провести пассивную иммунизацию γ- глобулином
В) проводить только наблюдение 21 день
Г) срочную госпитализацию
К ПРИЗНАКАМ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСЯТ
А) высокую стойкую температуру
Б) фибринозный налет на миндалинах
В) лакунарный тонзиллит
Г) мелкоточечную сыпь
К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ КИШЕЧНОГО ИЕРСИНИОЗА ОТНОСИТСЯ
А) мезаденит

Б) лакунарный тонзиллит
В) гнойный лимфаденит
Г) везикулезная сыпь
ИСТОЧНИКОМ ИЕРСИНИОЗА ЯВЛЯЮТСЯ
А) мышевидные грызуны
Б) иксодовые клещи
В) платяные вши
Г) дикие птицы
К КЛИНИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ ОТНОСИТСЯ
А) тяжелая форма болезни
Б) легкая форма болезни
В) возраст старше 10 лет
Г) неотягощенный преморбидный фон
ПРИ ЛЕГКОМ ТЕЧЕНИИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ПРИМЕНЯЮТ
А) бриллиантовый зеленый
Б) ремантадин
В) антибиотики
Г) транквилизаторы
ТИПИЧНОЙ СЫПЬЮ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) везикулезная
Б) мелкоточечная
В) пятнисто-папулезная
Г) геморрагическая
БОЛЬНОЙ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ ЗАРАЗЕН
А) до 5 дня после последнего высыпания
Б) только в продромальный период
В) до момента отпадения корочек
Г) в период развития осложнений
ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ СОСТАВЛЯЕТ
А) 11-21 дня
Б) 30-35 дней
В) 6-7 дней
Г) 2-5 дней
ПРИМЕНЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ БОЛЬНЫМ СКАРЛАТИНОЙ ПОКАЗАНО ПРИ РАЗВИТИИ _____ ФОРМЫ
А) токсической
Б) септической
В) экстрабуккальной
Г) стертой
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А) пенициллин
Б) гентамицин
В) левомицетин
Г) цефтриаксон

ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВИ У БОЛЬНОГО СКАРЛАТИНОЙ ВЫЯВЛЯЮТ
А) лейкоцитоз
Б) лимфоцитоз
В) моноцитоз
Г) нейтропению
КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А) мелкоточечная сыпь
Б) гепатомегалия
В) бледность кожи
Г) «пакеты» лимфоузлов
ПРИ СЕПТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ СКАРЛАТИНЫ К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ОТНОСЯТ
А) некротическую ангину
Б) лакунарный тонзиллит
В) субфебрильную температуру тела
Г) нормальные размеры печени и селезенки
«ОБЩИМ» КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ СКАРЛАТИНЫ И ИЕРСИНИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) «малиновый» язык
Б) симптом «перчаток»
В) гепатомегалия
Г) спленомегалия
БЛЕДНЫЙ НОСОГУБНЫЙ ТРЕУГОЛЬНИК НА ФОНЕ ОБИЛЬНОЙ МЕЛКОТОЧЕЧНОЙ СЫПИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
А) скарлатины
Б) краснухи
В) кори
Г) лакунарной ангины
ТИПИЧНОЙ СЫПЬЮ ПРИ СКАРЛАТИНЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) мелкоточечная
Б) пятнисто-папулезная
В) геморрагически-некротическая
Г) пустулезная
ДЛЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ РЕАКЦИЯ _____
А) иммунофлюоресценции
Б) связывания комплемента
В) торможения гемагглютинации
Г) непрямой гемагглютинации
ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬНОЙ _____
А) опоясывающим герпесом
Б) натуральной оспой

В) офтальмогерпесом
Г) герпетическим стоматитом
В ПОЛЬЗУ ЛЕГКОЙ ФОРМЫ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
А) небольшое количество сыпи на коже
Б) высокая лихорадка
В) наличие сыпи на слизистых
Г) длительный период высыпания
К РАЗВИТИЮ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ
А) отсутствие иммунитета у матери
Б) несоблюдение гигиенического режима
В) отягощенный преморбидный фон
Г) недостаточное питание
ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ВЕТРЯНОЧНОГО ЭНЦЕФАЛИТА, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ В ПЕРИОДЕ РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) нарушение координации
Б) нарушение сознания
В) выраженная гиперестезия
Г) неукротимая рвота
ПРИ РАЗВИТИИ ЭНЦЕФАЛИТА В ПЕРИОДЕ РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ
А) мозжечок
Б) кора мозга
В) подкорковые структуры
Г) ствол мозга
ВОЗБУДИТЕЛЬ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ОТНОСИТСЯ К СЕМЕЙСТВУ
А) герпесвирусов
Б) грамположительных кокков
В) грамотрицательных кокков
Г) энтеровирусов
МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ СОСТАВЛЯЕТ
А) 21 день
Б) 18 дней
В) 10 дней
Г) 7 дней
ВЕЗИКУЛЫ НА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
А) ветряной оспы
Б) скарлатины
В) псевдотуберкулеза
Г) листериоза
СИМПТОМЫ «КАПЮШОНА», «ПЕРЧАТОК», «НОСКОВ» ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
А) иерсиниоза
Б) скарлатины

В) кори
Г) краснухи
ДЛЯ ИЕРСИНИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНА _____ СЫПЬ
А) мелкоточечная
Б) везикулезная
В) геморрагическая звездчатая
Г) пустулезная
ВОЗБУДИТЕЛЬ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) коринебактерией
Б) вирусом
В) диплококком
Г) кокком
ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ
А) больные дифтерией
Б) грызуны
В) вирусоносители
Г) клещи
РАСПОЛОЖЕНИЕ ДИФТЕРИЙНОЙ ПЛЕНКИ ПО ЛАКУНАМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ _____ ФОРМЫ ИНФЕКЦИИ
А) легкой
Б) среднетяжелой
В) тяжелой
Г) токсической
ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ ДИФТЕРИИ НАБЛЮДАЮТ
А) отечность миндалин и островчатые налеты
Б) яркую гиперемию слизистой, энантемы
В) некротический процесс в миндалинах с первого дня болезни
Г) наличие налетов на uvula
БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ, КОНТАКТНЫХ ПО ДИФТЕРИИ, ПРОВОДИТСЯ
А) однократно
Б) двукратно
В) трехкратно
Г) четырехкратно
БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ЛАКУНАРНЫМИ, ФОЛЛИКУЛЯРНЫМИ АНГИНАМИ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ДИФТЕРИИ ПРОВОДИТСЯ
А) однократно
Б) двукратно
В) трехкратно
Г) четырехкратно
БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЛЕНЧАТЫМИ И ПЛЕНЧАТО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ АНГИНАМИ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ДИФТЕРИИ ПРОВОДИТСЯ
А) трехкратно

Б) однократно
В) двукратно
Г) четырехкратно
ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ТОКСИГЕННОГО ШТАММА ДИФТЕРИИ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ДОЛЖЕН
А) госпитализировать его в стационар
Б) лечить его на дому противодифтерийной сывороткой
В) провести бактериологическое обследование еще 2-х кратно
Г) назначить ему антибиотик цефалоспаринового ряда
УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ДИФТЕРИЮ У РЕБЕНКА ДОЛЖЕН
А) осуществить экстренную госпитализацию больного
Б) ввести противодифтерийную сыворотку
В) провести бактериологическое обследование
Г) лечить больного амбулаторно
КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) лимфополиадения
Б) геморрагический конъюнктивит
В) геморрагически-некротическая сыпь
Г) милиарная сыпь
УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ ЯВЛЯЮТСЯ ОБЩИМИ СИМПТОМАМИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА И
А) аденовирусной инфекции
Б) дифтерии ротоглотки
В) краснухи
Г) кори
К ВОЗБУДИТЕЛЯМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ОТНОСИТСЯ
А) вирус Эпштейна -Барра
Б) стафилококк
В) стрептококк
Г) аденовирус
ЗАЛОЖЕННОСТЬ НОСА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ СВЯЗАНА С
А) увеличением носоглоточной миндалины
Б) катарально-экссудативным ринитом
В) наличием фибринозной пленки
Г) грибковыми наложениями
К КАКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ВОЗБУДИТЕЛЬ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА
А) герпесвирусы
Б) грибы
В) простейшие
Г) стрептококки
ДЛЯ КОРИ ХАРАКТЕРНА _____ СЫПЬ

А) пятнисто-папулезная
Б) мелкоточечная
В) везикулезная
Г) уртикарная
К РАННИМ СИМПТОМАМ КОРИ ОТНОСЯТСЯ
А) пятна Бельского-Филатова-Коплика
Б) бледный носогубный треугольник и точечная сыпь
В) появление сыпи на волосистой части головы и зуд кожи
Г) увеличение затылочных лимфоузлов и геморрагическая сыпь
СЫПЬ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ
А) в течение нескольких дней толчкообразно
Б) в течение трех суток этапно
В) на первый день болезни одномоментно
Г) постепенно подсыпая с третьего дня болезни
ДЛЯ СКАРЛАТИНЫ ХАРАКТЕРНА _____ СЫПЬ
А) мелкоточечная
Б) везикулезная
В) геморрагически-некротическая
Г) пятнисто-папулезная
РАЗВИТИЕ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА ВОЗМОЖНО У ЧЕЛОВЕКА, ПЕРЕНЕСШЕГО
А) ветряную оспу
Б) простой герпес
В) инфекционный мононуклеоз
Г) корь
СЫПЬ ПРИ СКАРЛАТИНЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ
А) на лице, туловище с концентрацией в естественных складках кожи
Б) повсеместно, включая слизистые и волосистую часть головы
В) на лице вокруг рта, на руках и ногах
Г) в области суставов, кистей, стоп
СТЕПЕНЬ ТОКСИЧЕСКОЙ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО
А) распространению отека подкожной шейной клетчатки
Б) высоте и длительности лихорадки
В) степени дыхательной недостаточности
Г) уровню артериального давления
ТИПИЧНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ТОКСИЧЕСКОЙ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ
А) миокардит, полирадикулоневрит
Б) пневмония, отит
В) сеприцемия, нефрит
Г) менингит, менингоэнцефалит
ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПОРАЖЕНИЯ РОТОГЛОТКИ ПРИ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
А) фибринозных пленок на небе, дужках, миндалинах

Б) яркой отграниченной гиперемии ротоглотки
В) герпетических высыпаний на дужках
Г) некрозов на миндалинах
УТОЛЩЕНИЕ ШЕИ ПРИ ТОКСИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ДИФТЕРИИ ОБУСЛОВЛЕНО
А) отеком подкожной клетчатки шеи
Б) лимфаденитом
В) увеличением околоушной слюнной железы
Г) инфильтрацией кожи
ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМОЙ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) островчатая
Б) субтоксическая
В) дифтерийный круп
Г) дифтерия носа
ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ СОСТАВЛЯЕТ
А) 2-10 дней
Б) 10-15 дней
В) 15-21 день
Г) 15-30 дней
ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ В СТАЦИОНАР ПРОВОДИТСЯ
А) в обязательном порядке
Б) по тяжести состояния
В) по решению эпидемиолога
Г) по желанию родителей
СЫПЬ ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ НА
А) ягодицах, нижних конечностях, внизу живота
Б) разгибательных поверхностях туловища и конечностей
В) лице, груди, животе
Г) волосистой части головы
КАШЕЛЬ С РЕПРИЗАМИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
А) коклюша
Б) кори
В) парагриппа
Г) аденовирусной инфекции
ОСОБЕННОСТЬЮ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) апноэ
Б) влажный кашель
В) катаральный синдром
Г) геморрагический синдром
ТИПИЧНЫМИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПРИ КОКЛЮШЕ ЯВЛЯЮТСЯ
А) лейкоцитоз, лимфоцитоз, нормальное СОЭ

Б) лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, ускоренное СОЭ
В) лейкоцитоз, лимфоцитоз, появление атипичных мононуклеаров, нормальное СОЭ
Г) лейкопения, нейтропения, ускоренное СОЭ
ВОЗБУДИТЕЛЕМ КОКЛЮША ЯВЛЯЕТСЯ
А) Bordetella pertussis
Б) Streptococcus pneumonia
В) Haemophilus influenzae
Г) Yersiniapestis
НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ КОКЛЮША ЯВЛЯЮТСЯ
А) пневмония, ателектаз легкого
Б) миокардит, полинейропатия
В) менингит, менингоэнцефалит
Г) орхит, бесплодие
ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ ХАРАКТЕРЕН СТУЛ
А) скудный, с грубой слизью, патологическими примесями
Б) обильный, водянистый, типа «рисового отвара»
В) жидкий, пенистый, без патологических примесей
Г) жидкий, обильный, зловонный, с примесью жира
РОТАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПРОТЕКАЕТ ПО ТИПУ
А) гастроэнтерита
Б) энтероколита
В) дистального колита
Г) псевдомембранозного колита
КЛИНИКА ЭНТЕРОПАТОГЕННОГО ЭШЕРИХИОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) подострым началом, упорной рвотой, энтеритным характером стула
Б) острым началом, однократной рвотой, колитным стулом, токсикозом
В) острым началом, многократной рвотой, водянистым обильным стулом без патологических примесей
Г) подострым началом, повторной рвотой, стулом в виде «болотной тины»
ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ВИРУСНОЙ ДИАРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) лактазная недостаточность
Б) инвазия возбудителей с развитием воспалительного процесса
В) гиперсекреция энтероцитов
Г) замедление перистальтики
ВХОДНЫМИ ВОРОТАМИ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) желудочно-кишечный тракт
Б) конъюнктива глаз
В) дыхательная система
Г) мацерированный участок кожи
ДЛЯ ТОКСИКОЗА С ЭКСИКОЗОМ ПО ВОДОДЕФИЦИТНОМУ ТИПУ ХАРАКТЕРНЫ
А) лихорадка, жажда, сухость слизистых, олигурия

Б) адинамия, отсутствие жажды, пастозность, олигурия
В) рвота, боли в животе, жидкий стул с кровью
Г) высокая лихорадка, отеки, гематурия
ПРИ ВОДОДЕФИЦИТНОМ ТИПЕ ЭКСИКОЗА В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ
А) гипернатриемия
Б) гипонатриемия
В) гипокалиемия
Г) гиперкальцемия
ДЛЯ ТОКСИКОЗА С ЭКСИКОЗОМ ПО СОЛЕДЕФИЦИТНОМУ ТИПУ ХАРАКТЕРНЫ
А) адинамия, отсутствие жажды, пастозность, олигурия
Б) лихорадка, жажда, сухость слизистых, олигурия
В) рвота, боли в животе, жидкий стул с кровью
Г) высокая лихорадка, отеки, гематурия
ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ЭКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) дефицит массы тела больного
Б) частота дефекаций
В) кратность рвоты
Г) выраженность лихорадки
ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РС-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) бронхиолит
Б) ларингит
В) отит
Г) гриппоподобный синдром
РИНОФАРИНГОКОНЪЮНКТИВАЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А) аденовирусной инфекции
Б) парагриппа
В) РС-инфекции
Г) гриппа
ДЛЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ОРВИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
А) метод иммунофлюоресценции
Б) вирусологический метод
В) реакция торможения гемагглютинации
Г) реакция связывания комплемента
ИНТОКСИКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕН В_____ ПЕРИОДЕ
А) преджелтушном
Б) желтушном
В) постжелтушном
Г) инкубационном

УЛУЧШЕНИЕ САМОЧУВСТВИЯ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ЖЕЛТУХИ ТИПИЧНО ДЛЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА
А) A
Б) B
В) C
Г) D
СЕРОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ ЭТИОЛОГИЮ ГЕПАТИТА А В ОСТРЫЙ ПЕРИОД БОЛЕЗНИ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) анти-HAV lgM
Б) анти-HAV lgG
В) анти-HBc lgM
Г) анти-HBe lgM
ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ АЛАТ ЯВЛЯЕТСЯ МАРКЕРОМ _____ СИНДРОМА
А) цитолитического
Б) холестатического
В) мезенхимально-воспалительного
Г) геморрагического
ГЕПАТИТ Е НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНО ПРОТЕКАЕТ У
А) беременных женщин
Б) детей раннего возраста
В) детей дошкольного возраста
Г) подростков
ВЕДУЩИМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ГЕПАТИТА В ЯВЛЯЕТСЯ
А) парентеральный
Б) воздушно-капельный
В) пищевой
Г) трансмиссивный
ПРИ ОСТРОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В ИНТОКСИКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕН В _____ПЕРИОДЕ
А) желтушном
Б) преджелтушном
В) постжелтушном
Г) инкубационном
СЕРОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ГЕПАТИТА С ЯВЛЯЕТСЯ
А) анти HCV
Б) анти CMV
В) анти HBc
Г) анти NA VCA
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ D РАЗВИВАЕТСЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ИЛИ ОСТРЫМ ГЕПАТИТОМ
А) B
Б) C
В) A
Г) G

ПРИЗНАКОМ ФУЛЬМИНАНТНОГО ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) появление неврологической симптоматики
Б) нарастание размеров печени
В) нарастание размеров селезенки
Г) появление жидкого стула
ФУЛЬМИНАНТНЫЙ ГЕПАТИТ В ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ У
А) детей 1-го года жизни
Б) детей дошкольного возраста
В) подростков
Г) людей старше 60 лет
ПРИ ПОЛИОМИЕЛИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ
А) передние рога спинного мозга
Б) задние рога спинного мозга
В) большие полушария мозга
Г) мозжечок и ствол мозга
ПАРАЛИЧИ ПРИ ПАРАЛИТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ПОЛИОМИЕЛИТА БЫВАЮТ
А) острые, вялые, с ранним развитием мышечной атрофии
Б) постепенно нарастающие, сопровождаются потерей чувствительности
В) острые, спастического характера
Г) вялые, с быстрым полным восстановлением
ПОРАЖЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) полиаденией с преимущественным поражением шейных лимфоузлов
Б) увеличением переднешейных лимфоузлов с выраженным отеком подкожной клетчатки
В) увеличением паховых лимфоузлов
Г) увеличением затылочных лимфатических узлов
ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) появление атипичных мононуклеаров
Б) нейтрофильный лейкоцитоз
В) эозинофилия
Г) анемия
СТЕПЕНЬ СТЕНОЗА ГОРТАНИ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО
А) степени дыхательной недостаточности
Б) наличию в легких влажных хрипов
В) длительности клинических проявлений
Г) выраженности изменения голоса
ПЦР ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ ДНК
А) аденовируса
Б) ортомиксовируса
В) риновируса
Г) энтеровируса

ПАРАЛИТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ПОЛИОМИЕЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) спинальная
Б) абортивная
В) менингеальная
Г) инаппарантная
К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ СКАРЛАТИНЫ ОТНОСЯТ
А) гломерулонефрит, ревматизм
Б) острые вялые параличи
В) менингит, менингоэнцефалит
Г) гепатит, цирроз печени
МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ ВЫЗЫВАЕТСЯ
А) грамотрицательным диплококком
Б) грамположительным стрептококком
В) грамположительным кокком
Г) грамотрицательной коккобациллой
ПРИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРЕН СТУЛ
А) жидкий, водянистый, без патологических примесей
Б) скудный, типа «ректального плевка»
В) жидкий, типа «малинового желе»
Г) жидкий, типа «лягушачьей икры»
К ПРИЗНАКАМ НЕДОНОШЕННОСТИ ОТНОСЯТ
А) обильный пушок на коже
Б) наличие мочи желтого цвета, прокрашивающей пеленку
В) легкое нагрубание грудных желез
Г) четкие складки на поверхности стопы
ОСНОВНОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ В ОТДЕЛЕНИЯХ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ
А) через руки персонала
Б) через продукты питания
В) через белье
Г) через предметы ухода
ДЛЯ ГИПОТРОФИИ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРЕН ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА_____%
А) 20-30
Б) более 30
В) 10-20
Г) менее 10
КАКАЯ ЧЕРТА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПИЛОРОСТЕНОЗА?
А) регулярная рвота фонтаном
Б) гепатомегалия
В) гипербилирубинемия
Г) иктеричность кожных покровов

НОРМАЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ГЕМОГЛОБИНА ДЛЯ ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ_____Г/Л
А) 200
Б) 80
В) 100
Г) 130
ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОТРОФИИ II СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ МАССО-РОСТОВОЙ КОЭФФИЦИЕНТ, РАВНЫЙ
А) 50-55
Б) 60-65
В) 55-60
Г) 45-50
НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ ВОЗБУДИТЕЛЬ ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА - ЭТО
А) гемолитический стрептококк (Streptococcus agalactiae)
Б) пневмококк (Streptococcus pneumoniae)
В) гемофильная палочка (Haemophilus influenzae)
Г) кишечная палочка (Escherichia coli)
КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОМ РЕФЛЮКСЕ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ?
А) рвота створоженным молоком
Б) запор
В) учащение стула
Г) мелкоточечная сыпь
РАННИМ СИМПТОМОМ ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ
А) гиперестезия кожных покровов
Б) мозговой крик
В) поза на боку с запрокинутой головой
Г) вынужденное положение конечности
МОЧЕОТДЕЛЕНИЕ У НОВОРОЖДЕННОГО 10-ТИ СУТОК ЖИЗНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) полиурией и гипоизостенурией
Б) олигурией и оксалурией
В) физиологической анурией
Г) альбуминурией и поллакиурией
У РЕБЕНКА 3-Х НЕДЕЛЬНОГО ВОЗРАСТА ВНЕЗАПНО ПОЯВИЛАСЬ РВОТА ФОНТАНОМ. О ЧЕМ НУЖНО ДУМАТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ?
А) о пилоростенозе
Б) о пилороспазме
В) об адреногенитальном синдроме
Г) о кишечной инфекции
СИНДРОМ КРИГЛЕРА-НАЙЯРА ОТНОСИТСЯ К_____ЖЕЛТУХАМ
А) наследственным печёночным

Б) наследственным механическим
В) приобретённым механическим
Г) наследственным надпечёночным
КРИТИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ БИЛИРУБИНА ДЛЯ ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО, УГРОЖАЮЩИЙ РАЗВИТИЕМ ЯДЕРНОЙ ЖЕЛТУХИ, СОСТАВЛЯЕТ_____МКМОЛЬ/Л
А) 450-550
Б) 100-150
В) 60-80
Г) 270-360
ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ЖЕЛТУХИ АРИАСА?
А) увеличение фракции непрямого билирубина в крови
Б) наличие гепато- и спленомегалии
В) увеличение фракции прямого билирубина в крови
Г) ахоличный стул
ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПРЯМОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ
А) вирусные гепатиты
Б) муковисцидоз
В) гемолитическую болезнь новорожденных
Г) лактазную недостаточность
КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПОЗВОЛИТ ЗАПОДОЗРИТЬ ВРОЖДЕННЫЙ СВИЩ ПУПКА?
А) длительное, более 3-х недель мокнутие пупочной ранки
Б) гнойное отделяемое из пупочной ранки
В) пальпация пупочных сосудов
Г) субфебрилитет
КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ НОВОРОЖДЕННОГО?
А) наличие локальной инфильтрации подкожно-жировой клетчатки
Б) болезненность при пальпации
В) субфебрильная лихорадка
Г) быстрое распространение процесса на близлежащие ткани
С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НАЧИНАЮЩУЮСЯ ФЛЕГМОНУ НОВОРОЖДЕННОГО?
А) рожистое воспаление
Б) «Монголоидное пятно»
В) кальциноз
Г) адипонекроз
К НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ПРИ РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ МЕНИНГИТЕ У НОВОРОЖДЕННОГО ОТНОСЯТ
А) стрептококк группы Б (Streptococcus agalactiae)
Б) пневмококк (Streptococcus pneumoniae)

В) синегнойную палочку (Pseudomonas aeruginosa)
Г) грибы рода Кандида (Candida)
КАКОЙ ИЗ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ СТРУКТУРОЙ?
А) открытый артериальный проток
Б) коарктация аорты
В) аномальный дренаж легочных вен
Г) дефект межжелудочковой перегородки
ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ВЫСОКОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ БИЛИРУБИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ - ЭТО
А) запаздывание созревания глюкоронилтрансферазы
Б) внепеченочная обструкция желчевыводящих путей
В) внутрипеченочная обструкция желчевыводящих путей
Г) нарушение захвата билирубина печеночной клеткой
ДОНОШЕННЫЙ РЕБЕНОК ВОССТАНАВЛИВАЕТ МАССУ ПРИ РОЖДЕНИИ НА _____ ДЕНЬ
А) 6-8
Б) 8-10
В) 10-14
Г) 4-5
КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НОВОРОЖДЕННОГО -ЭТО
А) судороги
Б) ограничение активных движений в пораженной конечности
В) отек, увеличение сустава в объеме
Г) болезненность при пассивных движениях
ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ПОРАЖЕНИЯ ПЛОДА ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) возникновение первичной ЦМВИ во время беременности
Б) реактивация латентной инфекции
В) персистенция других герпесвирусных инфекций
Г) применение гормональной терапии у беременной
В ОЦЕНКУ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР ВХОДЯТ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ
А) артериального давления
Б) ЧСС
В) мышечного тонуса
Г) состояния рефлексов
ПУПОЧНАЯ РАНКА НОВОРОЖДЕННОГО В НОРМЕ ПОЛНОСТЬЮ ЭПИТЕЛИЗИРУЕТСЯ
А) к концу 2-й недели жизни
Б) к концу 1-го месяца жизни
В) на 2-м месяце жизни
Г) на 3 месяце жизни

ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА ПРИ АКТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ У МАТЕРИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) трансплацентарный
Б) восходящий
В) через половые клетки отца и матери
Г) при прохождении плода по родовым путям
КОНЪЮНКТИВИТ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ _____ИНФЕКЦИИ
А) хламидийной
Б) токсоплазменной
В) микоплазменной
Г) герпетический
КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ПРИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЯХ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ОПРЕДЕЛЯЕТ
А) срок внутриутробного поражения
Б) токсичность возбудителя
В) путь проникновения инфекции
Г) состояние реактивности организма плода
ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПРЯМОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ
А) атрезию желчевыводящих путей
Б) целиакию
В) болезнь Вискотта-Олдрича
Г) желтуху Ариаса
СУБДУРАЛЬНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ ЧАЩЕ ДРУГИХ ПРОИСХОДЯТ У
А) доношенных с большой массой тела
Б) переношенных с внутриутробной гипотрофией
В) доношенных с внутриутробной гипотрофией
Г) доношенных со средними массо-ростовыми показателями
РЕБЕНОК РОДИЛСЯ С ЭЛЕМЕНТАМИ СЫПИ НА КОЖЕ ПЯТНИСТО-ПАПУЛЕЗНОГО ХАРАКТЕРА. ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ БУДЕТ
А) внутриутробная инфекция
Б) переношенность
В) токсическая эритема новорожденных
Г) монголоидные пятна
ФАКТОРОМ РИСКА ПОТЕРИ СЛУХА ДЛЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) наличие в анамнезе у родственников нейросенсорной тугоухости
Б) масса тела < 2500 г
В) оценка по Апгар 6/6 балов
Г) наличие симптомокомплекса TORCH-синдрома
АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В РЕЗУЛЬТАТЕ КОТОРОЙ РАЗВИВАЕТСЯ СИНДРОМ СРЫГИВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) слабый мышечный слой пищевода

Б) зона повышенного давления над нижним пищеводным сфинктером 1,5-2 см
В) длинный и тонкий пищевод
Г) угол Гиса, который становится менее 90 градусов при наполнении желудка
ДЛЯ ПИЛОРОСПАЗМА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) непостоянная частота и объем срыгиваний
Б) присутствие патологических примесей при срыгивании
В) наличие признаков обезвоживания
Г) урежение мочеиспускания
ДЛЯ ПИЛОРОСПАЗМА ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ
А) стул ежедневный, неизмененный, мочеиспускание в норме
Б) признаки обезвоживания
В) срыгивания, которые появляются на третьей неделе жизни ребенка
Г) учащение срыгиваний и увеличение объема
ПОЯВЛЕНИЕ РВОТЫ НЕИЗМЕНЕННЫМ МОЛОКОМ ПРИ ПЕРВОМ КОРМЛЕНИИ НОВОРОЖДЕННОГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
А) атрезии пищевода
Б) пилоростеноза
В) синдрома Ледда
Г) атрезии двенадцатиперстной кишки ниже Фатерова сосочка
ПОЯВЛЕНИЕ РВОТЫ СТВОРОЖЕННЫМ МОЛОКОМ С ПРИМЕСЬЮ ЖЕЛЧИ ПОСЛЕ ПЕРВОГО КОРМЛЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
А) атрезии двенадцатиперстной кишки ниже Фатерова сосочка
Б) атрезии двенадцатиперстной кишки выше Фатерова сосочка
В) атрезии пищевода
Г) пилоростенозе
ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ХАРАКТЕРНО
А) появление рвоты в среднем на 21 день жизни
Б) появление рвоты «фонтаном», неизмененным молоком, объем рвотных масс не превышает объем кормления
В) наличие гипернатриемии, гипергликемии, метаболического ацидоза
Г) отсутствие видимой перистальтики желудка
ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ХАРАКТЕРНЫ
А) гипонатриемия, гипокалиемия, метаболический алкалоз
Б) рвота «фонтаном» неизмененным молоком, объем рвотных масс не превышает объем кормления
В) гипернатриемия, гиперкалиемия, метаболический ацидоз
Г) срыгивания, появляющиеся на второй неделе жизни
ГНОЙНЫЙ ОМФАЛИТ У НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) отеком, гиперемией пупочного кольца, гнойным отделяемым из пупочной ранки

Б) язвочкой с подрытыми краями, покрытой фибринозными наложениями
В) серозным отделяемым из пупочной ранки
Г) грибовидной опухолью на дне пупочной ранки
АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ – ЭТО
А) врожденная гиперплазия надпочечников, обусловленная недостаточностью фермента 21гидроксилазы
Б) наследственное (по рецессивному типу) нарушение превращения глюкозы в галактозу
В) нарушение метаболизма фенилаланина (неспособность фенилаланингидроксилазы перерабатывать фенилаланин до тирозина), в результате мутационной блокады ферментов
Г) врожденная почечная энзимопатия или нефрит с потерей солей
ИСТИННЫЙ ГИПОАЛЬДОСТЕРОНИЗМ – ЭТО
А) состояние, характеризующееся снижением секреции основных минералокортикоидов и потерей способности канальцев почек удерживать натрий
Б) врожденная гиперплазия надпочечников, обусловленная недостаточностью фермента 21гидроксилазы (биосинтез кортикостероидов)
В) наследственное (по рецессивному типу) нарушение превращения глюкозы в галактозу
Г) врожденная почечная энзимопатия или нефрит с потерей солей
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
А) исследование кала на содержание углеводов
Б) потовая проба (содержание натрия и хлора в поте)
В) исследование крови на антитела к глиадину
Г) анализ кала на дисбактериоз
ГАЛАКТОЗЕМИЯ – ЭТО
А) наследственное (по рецессивному типу) нарушение превращения глюкозы в галактозу
Б) нарушение метаболизма фенилаланина (неспособность фенилаланингидроксилазы перерабатывать фенилаланин до тирозина), в результате мутационной блокады ферментов
В) врожденная почечная энзимопатия или нефрит с потерей солей
Г) врожденная гиперплазия надпочечников, обусловленная недостаточностью фермента 21гидроксилазы (биосинтез кортикостероидов)
ФЕНИЛКЕТОНЕМИЯ- ЭТО
А) нарушение метаболизма фенилаланина (неспособность фенилаланингидроксилазы перерабатывать фенилаланин до тирозина), в результате мутационной блокады ферментов
Б) врожденная почечная энзимопатия или нефрит с потерей солей
В) состояние, характеризующееся снижением секреции основных минералокортикоидов и потерей способности канальцев почек удерживать натрий

Г) врожденная гиперплазия надпочечников, обусловленная недостаточностью фермента 21гидроксилазы (биосинтез кортикостероидов)
ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ КРОВИ В СТУЛЕ НОВОРОЖДЕННОГО МОГУТ БЫТЬ СЛЕДУЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
А) гемофилии
Б) геморрагической болезни новорожденных
В) заглатывания материнской крови во время родов
Г) трещины ануса
ВРОЖДЕННЫЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ПИЛОРОСТЕНОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) наличием рвоты «фонтаном», створоженным молоком, с кислым запахом, без желчи; объем рвотных масс превышает объем кормления
Б) наличием рвоты «фонтаном», неизмененным молоком; объем рвотных масс не превышает объем кормления
В) гипернатриемией, гипергликемией, метаболическим ацидозом
Г) отсутствием видимой перистальтики желудка
ЭТИОЛОГИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ ПРИЧИНОЙ РАННЕГО СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ
А) стрептококк группы В (Streptococcus agalactiae)
Б) золотистый стафилококк (Staphylococcus aureus)
В) энтеробактер (Enterobacter)
Г) гемофильная палочка (Haemophilus influenza)
РАННИЙ СЕПСИС НОВОРОЖДЕННОГО МАНИФЕСТИРУЕТ
А) в первые 72 часа жизни ребенка
Б) в первую неделю жизни ребенка
В) с момента рождения ребенка
Г) в первые 3 месяца жизни
КАКОЙ СЕПСИС НОВОРОЖДЕННОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПО "ВХОДНЫМ ВОРОТАМ"?
А) пупочный
Б) кишечный
В) кожный
Г) отогенный
У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АСФИКСИЮ В РОДАХ, САМЫМ ЧАСТЫМ ВАРИАНТОМ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС ЯВЛЯЕТСЯ
А) отек мозга
Б) перивентрикулярная лсйкомаляция
В) менингоэнцефалит
Г) субдуральное кровоизлияние
У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЖЕЛЕЗО ВСАСЫВАЕТСЯ НА УРОВНЕ
А) верхних отделов тонкой кишки
Б) желудка
В) тощей кишки

Г) толстой кишки
У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 МЕСЯЦА ГИПЕРКАЛИЕМИЯ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ УВЕЛИЧЕНИИИ КАЛИЯ ВЫШЕ_____ММОЛЬ/Л
А) 5,8-6,0
Б) 5,2-5,5
В) 4,9-5,1
Г) 3,9-4,3
В ОСНОВЕ СИНДРОМА «КОШАЧЬЕГО КРИКА» ЛЕЖИТ
А) делеция плеча 5-й пары хромосомы
Б) лишняя Х-хромосома
В) отсутствие Х хромосомы
Г) кольцевидная хромосома 18 пары
В ОСНОВЕ СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ЛЕЖИТ
А) отсутствие Х хромосомы
Б) делеция плеча 5-й пары хромосомы
В) лишняя Х
Г) кольцевидная хромосома 18 пары
В ОСНОВЕ БОЛЕЗНИ ДАУНА ЛЕЖИТ
А) трисомия 21-й пары хромосом
Б) наличие кольцевидной хромосомы 18 пары
В) отсутствие Х-хромосомы
Г) делеция плеча 5-й пары хромосомы
К ОБЪЕКТИВНЫМ ПРИЗНАКАМ НЕХВАТКИ ГРУДНОГО МОЛОКА ОТНОСЯТ
А) плохую прибавку в весе у ребенка, стул плотный, сухой или зеленый, редкие мочеиспускания
Б) очень частые кормления грудью, частый жидкий стул
В) очень продолжительные кормления грудью
Г) отказ ребенка от груди
ПРОВЕДЕНИЕ ЦИСТОСКОПИИ У ДЕТЕЙ В ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ ПОКАЗАНО ПРИ
А) макрогематурии
Б) острой задержке мочи
В) почечной колике
Г) анурии
БОЛЕЗНЕННОСТЬ В ЗОНЕ ШОФФАРА-РИВЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А) панкреатита
Б) аппендицита
В) эзофагита
Г) холецистита
РВОТА «КОФЕЙНОЙ ГУЩЕЙ» ОБУСЛОВЛЕНА
А) образованием солянокислого гематина в желудке
Б) забросом желчи в желудок
В) застоем желудочного содержимого
Г) наличием соляной кислоты в желудке

ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК МЕХАНИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
А) единичные широкие уровни
Б) множественные мелкие уровни
В) большой газовый пузырь желудка
Г) наличие большого количества жидкости в брюшной полости
ПРИ КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ У РЕБЕНКА ОБСЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ С
А) колоноскопии
Б) гастродуоденоскопии
В) радиоизотопного исследования
Г) ирригографии
ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) наличие кист в паренхиме обеих почек
Б) увеличение почек в размерах
В) диффузное повышение эхогенности паренхимы
Г) деформация чашечно-лоханочного комплекса
НЕКРОТИЧЕСКАЯ ФЛЕГМОНА НОВОРОЖДЕННЫХ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ В ОБЛАСТИ
А) ладонной поверхности кистей и подошвенной поверхности стоп
Б) шеи
В) половых органах
Г) волосистой поверхности головы
МОЧЕОТДЕЛЕНИЕ У НОВОРОЖДЕННОГО 10 ДНЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) полиурией и гипоизостенурией
Б) олигурией и оксалурией
В) физиологической анурией
Г) альбуминурией и поллакиурией
ПРОИСХОЖДЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
А) полиэтиологической теорией
Б) аномалией развития органов мочевой системы
В) нарушением водно-электролитного баланса
Г) эндокринными нарушениями
ПРИ ОСТРОЙ АТАКЕ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАНА
А) ретроградная пиелография
Б) реоренография
В) экскреторная урография
Г) хромоцистоскопия
НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КИСТЫ ЭЛЕМЕНТОВ СЕМЕННОГО КАНАТИКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) незаращение влагалищного отростка брюшины

Б) гормональный дисбаланс
В) диспропорция кровеносных и лимфатических сосудов
Г) патология мочевыделительной системы
ПРИ РАЗРЫВЕ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ
А) «выдвижного ящика»
Б) «прилипшей пятки»
В) сгибательной контрактуры в коленном суставе
Г) разгибательной контрактуры в коленном суставе
СЛЕДСТВИЕ НЕЗРЕЛОСТИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ РАСТУЩЕГО ОРГАНИЗМА
А) дисплазия тазобедренного сустава
Б) врожденная косорукость
В) амниотические перетяжки
Г) патологический вывих бедра
НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ КАРТИНЫ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) умеренный лейкоцитоз
Б) тромбоцитопения
В) лейкопения
Г) ускоренное СОЭ
ФОРМЫ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ПО Т. П. КРАСНОБАЕВУ
А) токсическая, септикопиемическая, местная
Б) идиопатическая, токсикосептическая, местная
В) адинамическая, динамическая, местная
Г) септическая, септикопиемическая, гиподинамическая
РЕБЕНОК ЗАНОЗИЛ ПАЛЕЦ КИСТИ И НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ ПОЯВИЛИСЬ ДЕРГАЮЩИЕ БОЛИ, ПОД НОГТЕМ СКОПЛЕНИЕ ГНОЯ, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ПОВЫШЕНА, ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ
А) подногтевому панарицию
Б) паронихию
В) кожному панарицию
Г) подкожному панарицию
ПАХОВО-МОШОНОЧНУЮ ГРЫЖУ ЧАЩЕ ВСЕГО ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С
А) водянкой оболочек яичка
Б) орхитом
В) варикоцеле
Г) перекрутом гидатиды
НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ КАРТИНЫ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) умеренный лейкоцитоз (нейтрофильный сдвиг формулы влево)
Б) гиперлейкоцитоз (сдвиг лейкоцитарной формулы влево)
В) лейкопения (сдвиг лейкоцитарной формулы вправо)

Г) ускорение СОЭ (без изменения количества лейкоцитов)
У РЕБЕНКА 14 ЛЕТ РЕЗКИЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ КИСТИ, ВЫРАЖЕННЫЙ ОТЕК ТЫЛА КИСТИ, ПАЛЬПАЦИЯ И ДВИЖЕНИЯ РЕЗКО БОЛЕЗНЕННЫ, ГИПЕРТЕРМИЯ, ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ
А) флегмоне кисти
Б) подкожному панарицию
В) костному панарицию
Г) сухожильному панарицию
СИМПТОМОМ СИТКОВСКОГО ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) усиление болей при расположении на левом боку
Б) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного
В) усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области
Г) усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки
ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) ото-рино-ликворея
Б) потеря сознания
В) очаговая неврологическая симптоматика
Г) многократная рвота
ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ «ЛЯГУШКИ» ХАРАКТЕРНО ПРИ
А) переломе обеих лонных и седалищных костей
Б) отрывном переломе передне-верхней ости
В) переломе тазового кольца
Г) разрыве крестцово-подвздошного сочленения
ПРИ ЦИСТОГРАФИИ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
А) пузырно-мочеточникового рефлюкса
Б) незаращённого урахуса
В) пузырно-кишечного свища
Г) дивертикула мочевого пузыря
ЭКСКРЕТОРНУЮ УРОГРАФИЮ СЧИТАЮТ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ
А) гидронефрозе
Б) пузырно-мочеточниковый рефлюксе
В) недержании мочи
Г) нейрогенном мочевом пузыре
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАЗРЫВА УРЕТРЫ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ
А) восходящую (ретроградную) уретрографию
Б) экскреторную урографию
В) урофлоуметрию
Г) микционную цистографию
ПРИ РАЗРЫВЕ УРЕТРЫ ЗАПРЕЩЕНО ПРОВОДИТЬ

А) катетеризацию мочевого пузыря
Б) инфузионную урографию
В) восходящую уретрографию
Г) микционную цистоуретрографию
МЕТОД МИКЦИОННОЙ ЦИСТОУРЕТРОГРАФИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ
А) пороков уретры и ПМР
Б) нейрогенных дисфункциях мочевого пузыря
В) гидронефроза
Г) удвоения верхних мочевых путей
СИМПТОМ ПОСТОЯННОГО КАПЕЛЬНОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ СОХРАНЕННОМ АКТЕ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
А) эктопии устья добавочного мочеточника в уретру у девочек
Б) тотальной эписпадии
В) клапана задней уретры
Г) нейрогенной дисфункции мочевого пузыря
НАРАСТАЮЩАЯ ПРИПУХЛОСТЬ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А) разрыва почки
Б) гидронефроза
В) нефроптоза
Г) удвоения
ПРИ ОКРАШИВАНИИ КРОВЬЮ ТОЛЬКО НАЧАЛЬНОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ДИАГНОСТИРУЮТ _____ ГЕМАТУРИЮ
А) инициальную
Б) тотальную
В) терминальную
Г) порционную
ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ КРОВИ В КОНЦЕ АКТА МОЧЕИСПУСКАНИЯ ДИАГНОСТИРУЮТ _____ ГЕМАТУРИЮ
А) терминальную
Б) тотальную
В) инициальную
Г) порционную
ПРИ РАВНОМЕРНОМ ОКРАШИВАНИИ ВСЕХ ПОРЦИЙ МОЧИ КРОВЬЮ ДИАГНОСТИРУЮТ _____ ГЕМАТУРИЮ
А) тотальную
Б) терминальную
В) инициальную
Г) порционную
КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПИЛОРОСТЕНОЗА ОБЫЧНО ВЫЯВЛЯЮТСЯ
А) на третьей-четвертой неделях жизни
Б) на второй неделе жизни
В) в первые дни после рождения

Г) после 2 месяцев жизни
ПРИ ПИЛОРОСТЕНОЗЕ СТУЛ
А) скудный
Б) обильный непереваренный
В) частый, жидкий, зловонный
Г) водянистый
ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ФЛЕГМОНЫ НОВОРОЖДЕННЫХ
А) задняя поверхность тела
Б) околопупочная область
В) передняя грудная стенка
Г) открытые поверхности тела
НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПЕРИТОНИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ
А) некротический энтероколит III и IV стадии
Б) ятрогенное повреждение
В) порок развития стенки кишки
Г) заменное переливание крови
ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НОВОРОЖДЕННОГО ИШЕМИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ
А) сердечно-сосудистых нарушений
Б) присоединения кишечной инфекции
В) нарушений асептических правил кормления ребенка
Г) инфекционных заболеваний у матери
ОБЩЕПРИЗНАННЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) врожденный порок сердца
Б) атрезия кишечника
В) гастрошизис
Г) многоводие
ПРИЗНАКОМ ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) выраженное/нарастающее вздутие живота
Б) запавший живот
В) копростаз
Г) тромбоцитоз
ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ
А) пищеводная рвота
Б) дисфагия
В) регургитация
Г) рецидивирующая пневмония
МЕСТНЫЙ СТАТУС: ПОКРАСНЕНИЕ, ПРИПУХЛОСТЬ ОКОЛОНОГТЕВОГО ВАЛИКА, ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ГНОЯ ПОД КОЖЕЙ ПО КРАЮ НОГТЯ - ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
А) паронихия

Б) кожного панариция
В) флегмоны
Г) абсцесса
ЭТИОПАТОГЕНЕЗОМ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) порок развития грудинно-ключично-сосцевидной мышцы
Б) травма при родах
В) неправильное положение плода
Г) воспалительная теория
СОТРЯСЕНИЕ МОЗГА ХАРАКТЕРИЗУЮТ
А) кратковременная потеря сознания, рвота в первые часы после травмы, ретроградная амнезия
Б) потеря сознания через 2-3 часа после травмы, анизокория, очаговая симптоматика
В) пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвота
Г) неукротимая рвота, потеря сознания до 4-6 часов, антероградная амнезия
ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ
А) микционной цистографии
Б) цистоскопии
В) цистометрии
Г) экскреторной урографии
СИНДРОМ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
А) перемежающегося гидронефроза
Б) пузырно-мочеточникового рефлюкса
В) гипоплазии почки
Г) удвоения верхних мочевых путей
ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ РЕФЛЕКТОРНОЙ ПРИ
А) баланопостите
Б) фимозе
В) опухоли мочевого пузыря
Г) камне уретры
НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ КАМНЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) цистоскопия
Б) нисходящая цистография
В) обзорный рентгеновский снимок
Г) пневмоцистография
ПЕРИОДИЧЕСКОЕ ВЫДЕЛЕНИЕ МОЧИ ИЗ ПУПКА ОБЫЧНО ВЫЗВАНО
А) полным свищом урахуса
Б) экстрофией мочевого пузыря
В) клапаном задней уретры
Г) дивертикулом мочевого пузыря

ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) недоношенность
Б) атрезия кишечника
В) гастрошизис
Г) многоводие
У РЕБЕНКА, ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ТОНКОЙ КИШКИ, НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) стойкий парез кишечника
Б) пневмония
В) метаболическое нарушение
Г) субфебрильная температура
В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ АППЕНДИЦИТ
А) развивается быстрее
Б) развивается медленнее
В) развивается аналогично взрослым
Г) не развивается
ПАЛЬПАЦИЮ ЖИВОТА У РЕБЕНКА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ НАЧИНАЮТ С ОБЛАСТИ
А) левой подвздошной
Б) правой подвздошной
В) эпигастральной
Г) надлобковой
ПАЛЬПАЦИЮ ЖИВОТА У РЕБЕНКА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ПРОВОДЯТ
А) против часовой стрелки
Б) по часовой стрелке
В) радиально
Г) сверху вниз
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ БОЛЬНЫМ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ
А) ультразвукового исследования брюшной полости
Б) компьютерной томографии
В) аноректальной манометрии
Г) рентгеноконтрастного исследования ЖКТ
В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ АППЕНДЭКТОМИЯ
А) лапароскопическая
Б) инвагинационная
В) с помощью аппарата «Da Vinci»
Г) внутрипросветная эндоскопическая
ПРИ НАЛИЧИИ У РЕБЕНКА 3 ЛЕТ ПАХОВОЙ ГРЫЖЫ В СОЧЕТАНИИ С КРИПТОРХИЗМОМ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ, НЕОБХОДИМО

А) экстренное оперативное лечение
Б) проведение гомональной терапии
В) оперативное лечение в плановом порядке
Г) оперативное лечение в возрасте старше 5 лет
ГРЫЖА БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА, НЕ ВЫЗЫВАЮЩАЯ НАРУШЕНИЯ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ, ДОЛЖНА ОПЕРИРОВАТЬСЯ У РЕБЕНКА
А) старше 5 лет
Б) до 1 года
В) от 1 до 3 лет
Г) от 3 до 5 лет
ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ДОЛЖНО БЫТЬ НАЧАТО
А) сразу после постановки диагноза
Б) после начала ползанья ребенка
В) после того, как ребенок начал вставать на ножки
Г) после 1-3 лет
РЕБЕНКУ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В СЛУЧАЕ ЕГО НЕГАТИВНОГО ОТНОШЕНИЯ К ОСМОТРУ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ОСМОТР
А) в состоянии естественного сна
Б) в состоянии медикаментозного сна
В) через 3-5 часов
Г) на следующие сутки
ПРИ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕ, НЕ ВЫЗЫВАЮЩЕЙ НАРУШЕНИЙ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ, ОПЕРИРОВАТЬ СЛЕДУЕТ РЕБЕНКА
А) после 4-5 лет
Б) до 1 года
В) до 2 лет
Г) по установлении диагноза
В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ РЕКОМЕНДОВАН
А) щадящий режим 2 недели
Б) массаж
В) постельный режим на 1 неделю
Г) щадящий режим до 1 года
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕРОЙ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА НОВОРОЖДЕННОГО В ГРУППЕ РИСКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) снижение риска ишемии кишечной стенки
Б) назначение ангиопротекторов
В) назначение антибиотиков
Г) отказ от грудного молока
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕРОЙ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА НОВОРОЖДЕННОГО В ГРУППЕ РИСКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) адекватное энтеральное питание с учетом гестационного возраста

Б) назначение антибиотиков
В) отказ от грудного молока
Г) отмена энтерального кормления
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕРОЙ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА НОВОРОЖДЕННОГО В ГРУППЕ РИСКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) применение грудного нативного молока
Б) назначение ангиопротекторов
В) назначение антибиотиков
Г) отказ от грудного молока
В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ИЗ ВИДОВ ТРАВМАТИЗМА ПРЕОБЛАДАЕТ
А) бытовой
Б) уличный
В) школьный
Г) спортивный
К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ГИДРАДЕНИТА ОТНОСИТСЯ
А) подмышечная впадина
Б) паховая область
В) промежность
Г) передняя брюшная стенка
РВОТА ПРИ ПИЛОРОСПАЗМЕ НОСИТ ХАРАКТЕР
А) обильного срыгивания
Б) рвоты фонтаном
В) рефлекторной рвоты
Г) скудного срыгивания
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА НАДО ПРОВОДИТЬ С
А) врожденным стенозом пищевода
Б) халазией пищевода
В) грыжей пищеводного отверстия диафрагмы
Г) пилоростенозом
СКРЫТЫМ ПОЛОВЫМ ЧЛЕНОМ СЧИТАЮТ ЧЛЕН
А) нормальных возрастных размеров, погруженный в окружающие ткани лонной области и мошонки
Б) расщепленный
В) с недоразвитыми кавернозными телами
Г) с гипертрофированной крайней плотью
НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯИЧЕК У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) влияние механических факторов
Б) специфическая инфекция
В) нарушение обменных процессов
Г) диспропорция развития тканевых структур детского организма
ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) промежность и половые органы
Б) грудная клетка
В) лицо
Г) конечности
НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ТОНКО-ТОНКОКИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) возрастная дискоординация перистальтики
Б) изменение или нарушение режима питания
В) диспепсия
Г) респираторно-вирусная инфекция
КАКОЙ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ У РЕБЕНКА 8 МЕСЯЦЕВ С ОДНОКРАТНОЙ РВОТОЙ, ПРИСТУПООБРАЗНЫМИ БОЛЯМИ В ЖИВОТЕ, ПРИ ПАЛЬПАЦИИ У КОТОРОГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ ОБРАЗОВАНИЕ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ?
А) инвагинация кишечника
Б) аппендикулярный инфильтрат
В) кишечная инфекция
Г) опухоль брюшной полости
СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А) острым внезапным началом
Б) бессимптомно
В) застойной рвотой
Г) медленным постепенным началом
СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ВОЗНИКАЕТ ПРИ
А) синдроме Ледда
Б) болезни Гиршпрунга
В) пилоростенозе
Г) мекониальном илеусе
ВРОЖДЕННАЯ ВЫСОКАЯ ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А) рвотой желчью, зеленью
Б) рвотой кишечным содержимым
В) обильным жидким стулом
Г) появлением слизи с кровью в прямой кишке
ВРОЖДЕННАЯ ВЫСОКАЯ СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А) рвотой желчью, зеленью
Б) рвотой кишечным содержимым
В) появлением в прямой кишке слизистых пробок
Г) вздутием живота
ВРОЖДЕННАЯ НИЗКАЯ СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А) рвотой кишечным содержимым
Б) запавшим животом
В) появлением в прямой кишке слизистых пробок
Г) рвотой желудочным содержимым
ВОДЯНКА ЯИЧКА У РЕБЕНКА СЧИТАЕТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДО
А) 2 лет
Б) 6 мес
В) 1 года
Г) 3 лет
ПОД ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕЙ ПОНИМАЮТ
А) дефект апоневроза в области пупочного кольца
Б) дефект апоневроза выше пупка
В) дефект мягких тканей в области пупка
Г) опухолевидное образование в области пупка
ПОД ПАРАУМБИЛИКАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ ПОНИМАЮТ ДЕФЕКТ
А) апоневроза в околопупочной области
Б) апоневроза в области пупка
В) мышц около пупка
Г) мягких тканей около пупка
ПРИ СРЕДИННОЙ КИСТЕ ШЕИ ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) нагноение
Б) сдавление органов шеи
В) кровотечение
Г) появление болевого синдрома
ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ЛИМФАНГИОМАХ ЯВЛЯЕТСЯ
А) воспаление
Б) кровотечение
В) метастазирование
Г) болевой синдром
НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОВОДОМ ДЛЯ УРОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) рецидивирующая инфекция мочевых путей
Б) повышение артериального давления
В) появление отеков
Г) боль в поясничной области
ПОД ЭКТОПИЕЙ ЯИЧКА ПОНИМАЮТ
А) миграцию яичка вне мошонки
Б) абдоминальную ретенцию яичка
В) паховую ретенцию яичка
Г) забрюшинную ретенцию яичка
ЧЕМ ОПАСНА СИНДРОМАЛЬНАЯ ФОРМА ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ?
А) расслаивающейся аневризмой аорты
Б) нарушением ритма сердца

В) гипоплазией легких
Г) опасностью кровотечения
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ
А) формирование секвестров
Б) укорочение кости
В) деформация конечности
Г) линейный периостит
ИНФЕКЦИЯ ПОПАДАЕТ В КОСТНОМОЗГОВОЙ КАНАЛ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ
А) гематогенным путем
Б) лимфогенным путем
В) контактным путем
Г) при открытом переломе кости
ПАТОГЕНЕЗ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ СВЯЗАН С
А) повышением внутрикостного давления
Б) разрушением костной структуры
В) воспалением надкостницы
Г) формированием патологического свища
МЕТАФИЗАРНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПОРАЖАЕТ ВОЗРАСТ ДО
А) 3 лет
Б) 1 месяца
В) 7 лет
Г) 10 лет
УЗИ-ПРИЗНАКОМ ИНВАГИНАТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) симптом «мишени»
Б) симптом «треугольной площадки»
В) наличие выпота в брюшной полости
Г) симптом «маятникообразного движения» в кишечнике
ПУСКОВЫМ МЕХАНИЗМОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ
А) нарушение пищевого режима ребенка
Б) перенесенная кишечная инфекция
В) травма брюшной полости
Г) подвижный образ жизни
ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ
А) 6 – 9 мес. жизни
Б) 1 – 3 лет
В) до 1 месяца
Г) старше 5 лет
ЧТО НАЗЫВАЮТ ДИВЕРТИКУЛОМ МЕККЕЛЯ?
А) рудимент желточного протока
Б) рудимент урахуса
В) полип кишки
Г) новообразование кишечника

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С
А) инфекционными заболеваниями
Б) копростазом
В) кишечной непроходимостью
Г) васкулитом
КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?
А) выражены симптомы интоксикации
Б) многократная рвота зеленью
В) приступообразные боли в животе
Г) жидкий частый стул
ОСНОВНЫМ ОБЪЕКТИВНЫМ СИМПТОМОМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ
А) мышечного дефанса
Б) Филатова
В) Щеткина
Г) «рубашки»
УЗИ-ПРИЗНАКОМ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ
А) микрогастрис
Б) визуализация порока сердца
В) выявление трахео-пищеводного свища
Г) маловодие
ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) явлениями дисфагии
Б) дыхательной недостаточностью
В) сердечной недостаточностью
Г) пищеводным кровотечением
ВРОЖДЕННЫЙ ПИЛОРОСТЕНОЗ ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ _____ МЕС.
А) в 1 – 1,5
Б) в 2 – 3
В) до 6
Г) до 1
ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) рвота «фонтаном»
Б) запор
В) олигоурия
Г) рвота «кофейной гущей»
МЕКОНИЕВЫЙ ИЛЕУС НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
А) муковисцидозе
Б) некротическом энтероколите
В) кишечной непроходимости

Г) перфорации кишки
ПРИЗНАКИ СУБТОТАЛЬНОЙ ФОРМЫ ГИРШПРУНГА ПОЯВЛЯЮТСЯ
А) в периоде новорожденности
Б) в первые 6 месяцев жизни
В) в первый год жизни ребенка
Г) до 3 лет
ПРИЧИНОЙ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА СЧИТАЕТСЯ
А) отсутствие нервных ганглиев в Мейснеровском и Ауэрбаховском сплетении стенки толстой кишки
Б) нарушение питания ребенка
В) перенесенная кишечная инфекция
Г) низкая кишечная непроходимость
ПРИ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА КИСЛОТАМИ ВОЗНИКАЕТ
А) коагуляционный некроз
Б) колликвационный некроз
В) отек слизистой
Г) гиперемия слизистой
ПРИ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА ЩЕЛОЧАМИ ВОЗНИКАЕТ
А) колликвационный некроз
Б) коагуляционный некроз
В) отек слизистой
Г) гиперемия слизистой
НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) блок на уровне воротной вены
Б) цирроз печени
В) блок на уровне печеночных вен
Г) перенесенный гепатит
НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) пищеводное кровотечение
Б) кишечная непроходимость
В) кишечное кровотечение
Г) печеночная недостаточность
ПОД СИНДРОМОМ БАДДА-КИАРИ ПОНИМАЮТ
А) нарушение венозного оттока от печени
Б) хроническое заболевание печени
В) тромбоз воротной вены
Г) портальную гипертензию с асцитом
НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ
А) напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность
Б) локальная боль и рвота
В) напряжение мышц брюшной стенки и рвота
Г) симптом Щеткина-Блюмберга и рвота

СИМПТОМЫ ИНТОКСИКАЦИИ И ОЧАГ ВОСПАЛЕНИЯ ЯРКО КРАСНОГО ЦВЕТА С РЕЗКО ОЧЕРЧЕННЫМИ ГРАНИЦАМИ ФЕСТОНЧАТОЙ ФОРМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
А) рожистого воспаления
Б) абсцесса подкожной клетчатки
В) карбункула
Г) флегмоны
КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОКРАСНЕНИЕМ И ПРИПУХЛОСТЬЮ ОКОЛОНОГТЕВОГО ВАЛИКА?
А) паронихий
Б) кожный панариций
В) подкожный панариций
Г) костный панариций
НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ В СЛУЧАЕ ТОТАЛЬНОГО ЗАТЕМНЕНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ СРЕДОСТЕНИЯ В ПОРАЖЕННУЮ СТОРОНУ ЯВЛЯЕТСЯ
А) ателектаз легкого
Б) тотальная эмпиема плевры
В) плащевидный плеврит
Г) абсцесс легкого
К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ
А) деформацию конечности
Б) боль при пальпации
В) повышение температуры тела
Г) ссадины на конечностях
СКРИНИНГОВЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПОРОК РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ
А) УЗИ мочевыделительной системы
Б) внутривенная урография
В) общий анализ крови
Г) общий анализ мочи
СИМПТОМ «МАЛИНОВОГО ЖЕЛЕ» ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ
А) инвагинации кишечника
Б) острого аппендицита
В) кишечной непроходимости
Г) дизентерии
ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ПРОТИВОПОКАЗАНО КОНТРАСТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПИЩЕВОДА С БАРИЕМ?
А) атрезии пищевода
Б) врожденном коротком пищеводе
В) врожденном стенозе пищевода
Г) халазии кардии

ПРИ АТРЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ВОЗРАСТАЮТ ПОКАЗАТЕЛИ
А) связанного билирубина
Б) гематокрита
В) креатинина
Г) глюкозы крови
ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ВРОЖДЁННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ РВОТА
А) створоженной пищей
Б) неизменённой пищей
В) с примесью желчи
Г) с алой кровью
ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВРОЖДЁННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) невозможность проведения эндоскопа в 12-перстную кишку
Б) зияние кардии
В) кардиостеноз
Г) эрозия слизистой желудка
ЗАПОРЫ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА ПОЯВЛЯЮТСЯ
А) сразу после рождения
Б) с 6-ти месяцев жизни
В) на 2-м году жизни
Г) на 3-м году жизни
ПРИ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ПРИМЕНЯЕТСЯ
А) ирригография
Б) УЗИ
В) радиоизотопное сканирование
Г) МРТ
ХАЛАЗИЯ КАРДИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А) рвотой и срыгиваниями
Б) жидким стулом
В) гипертермией и болями в желудке
Г) олигурией
ПРИЗНАКОМ КАТАРАЛЬНОГО ОМФАЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) серозное отделяемое из пупка
Б) гнойное отделяемое из пупка
В) инфильтрация краёв пупочного кольца
Г) кишечное отделяемое из пупка
ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ
А) фиброэзофагоскопия
Б) рентгенография грудной клетки
В) рентгенография пищевода с контрастом
Г) биохимический анализ крови
ПРИ АТРЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ

А) обесцвеченный кал
Б) срыгивание
В) гиперемия кожи
Г) олигурия
ПРИ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ СНИМОК В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ РЕБЁНКА ДЕЛАЕТСЯ ДЛЯ
А) выявления патологической подвижности почки
Б) определения функции почки
В) диагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса
Г) выявления камня лоханки
ДЛЯ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) увеличенный в размерах мочевой пузырь
Б) отсутствие мочи в мочевом пузыре
В) рвота
Г) высокая температура тела
СИНДРОМ ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С «ШУМОМ ПЛЕСКА» В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ БЫВАЕТ ПРИ
А) диафрагмальной грыже
Б) гемотораксе
В) врождённой локализованной эмфиземе
Г) серозном плеврите
ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА НАБЛЮДАЕТСЯ
А) пенистое отделяемое изо рта и носа
Б) рвота с примесью алой крови
В) отсутствие меконеального стула
Г) рвота «кофейной гущей»
ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА, ПРИ КОТОРОМ ИМЕЕТСЯ ТЕНДЕНЦИЯ К СМЕЩЕНИЮ ПОЗВОНКОВ, НАЗЫВАЕТСЯ
А) нестабильным
Б) компрессионным
В) осложнённым
Г) флексионным
ВЫРАЖЕННЫЙ ГИПЕРТОНУС МЫШЦ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОТСУТСТВИИ СОЗНАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ
А) травмы головного мозга
Б) незрелости структур головного мозга
В) повреждения мозговых структур свободным билирубином
Г) дегенерации передних рогов спинного мозга
АНИЗОКОРИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ СВЯЗАНА С ПОРАЖЕНИЕМ _____ НЕРВА
А) глазодвигательного
Б) отводящего
В) зрительного
Г) блокового

ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЁННОГО ВЫВИХА БЕДРА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ_____ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ
А) УЗИ
Б) артрография
В) МРТ
Г) РТК
СИМПТОМ «ОЧКОВ» НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
А) переломе передней черепной ямки
Б) вдавленном переломе свода черепа
В) линейном переломе свода черепа
Г) переломе шейных позвонков
ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ У ДЕВОЧЕК ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ В ВОЗРАСТЕ
А) 3-8 лет
Б) 1-3 года
В) 8-12 лет
Г) старше 12 лет
ДЛЯ ТЕСТА PWC 170 ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ
А) частота сердечных сокращений
Б) артериальное давление
В) частота дыхания
Г) ударный объем сердца
ДИАДИНАМОТЕРАПИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ ПАТОЛОГИИ
А) острый тромбофлебит
Б) острая радикулопатия
В) иммобилизированные переломы костей
Г) ушибы мягких тканей
НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ОСТЕОХОНДРОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) С6-С7
Б) С3-С4
В) С4-С5
Г) С2-С3
ВРЕМЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ (ЧСС) И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД) У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ ПРИ ПРОБЕ МАРТИНЕ НЕ ДОЛЖНО ПРЕВЫШАТЬ ____ МИН.
А) 3
Б) 5
В) 7
Г) 9
К ВТОРИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ
А) артериальную гипертензию
Б) стресс
В) гиподинамию

Г) злоупотребление алкоголем

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ МУНИЦИПАЛЬНОГО УРОВНЯ ВКЛЮЧАЕТ ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: ИССЛЕДОВАНИЕ МОКРОТЫ МЕТОДОМ МИКРОСКОПИИ

А) трехкратно в течение 2-х дней, обзорная рентгенография органов грудной клетки, проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным

Б) двукратно в течение 2-х дней, обзорная рентгенография органов грудной клетки, проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным

В) трехкратно в течение 2-х дней, проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным

Г) двукратно в течение 2-х дней, обзорная рентгенография органов грудной клетки

В СЛУЧАЕ НЕВОЗМОЖНОСТИ ИСКЛЮЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ МУНИЦИПАЛЬНОГО УРОВНЯ БОЛЬНОМУ ПРОВОДИТСЯ

А) мультиспиральная компьютерная томография

Б) бронхоскопия с комплексом биопсий

В) тест-терапия туберкулеза

Г) культуральное исследование диагностического материала

К ОСОБЕННОСТЯМ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСЯТ

А) лимфотропность, параспецифические реакции, микрополиаденопатию

Б) распад легочной ткани, бронхогенное распространение МБТ

В) обильное выделение МБТ с мокротой

Г) частую хронизацию туберкулезного процесса

САМОЙ ЧАСТО ДИАГНОСТИРУЕМОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

Б) первичный туберкулезный комплекс

В) плеврит туберкулезной этиологии

Г) туберкулезная интоксикация детей и подростков

ПОД ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПОНИМАЮТ

А) клиническую форму первичного туберкулеза

Б) состояние инфицирования МБТ без клинических проявлений болезни

В) состояние, когда у больного есть подозрение на туберкулез, но он еще не обследован

Г) состояние, когда диагностируется гиперергическая реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л

ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А) общеинтоксикационным синдромом, функциональными нарушениями со стороны различных органов и систем

Б) поражением разных органов и систем, в том числе симптомами поражения легких
В) отсутствием клинических проявлений, изменениями на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки
Г) симптомами поражения легких: кашель, боль в груди, кровохарканье

ПРИ ПЕРВИЧНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ У ДЕТЕЙ ПАРАСПЕЦИФИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ
А) кератоконъюнктивитом, блефаритом, узловатой эритемой
Б) ринитом, синуситом, тонзиллитом
В) явлениями экссудативного, аллергического диатеза
Г) пневмонией, хроническим обструктивным бронхитом, бронхиальной астмой

НЕОБХОДИМО ПРЕДПОЛАГАТЬ МИЛИАРНЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗ У РЕБЕНКА ПРИ
А) тяжёлой воспалительной интоксикации неясного генеза в сочетании с тотальной мономорфной диссеминацией в легких
Б) субфебрильной температуре, инфильтрации легочной ткани и выраженной одышке
В) кашле, не поддающемся лечению
Г) гиперергических туберкулиновых пробах и синдроме интоксикации

В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ К ИСТОЧНИКАМ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТ
А) больного туберкулезом человека
Б) больного туберкулезом животного
В) продукты питания
Г) воду

МБТ, ОКРАШЕННЫЕ ПО МЕТОДУ ЦИЛЯ-НИЛЬСОНА, В МИКРОСКОПЕ ВИДНЫ КАК
А) малиновые палочки на синем фоне
Б) синие палочки на красном фоне
В) фиолетово-багровые, гроздевидные микробы на оранжевом фоне
Г) синие цепочки на красном фоне

ЕСТЕСТВЕННЫЙ НЕСТЕРИЛЬНЫЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ИММУНИТЕТ ОБЫЧНО СОХРАНЯЕТСЯ
А) в течение всей жизни
Б) 5-7 лет
В) 5-10 лет
Г) не более 1 года

НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЕМ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) гиперплазия лимфоидной ткани с казеозным некрозом в центре
Б) перифокальное воспаление
В) фиброзное перерождение лимфоузла
Г) кальцинация

ОБСЛЕДОВАНИЮ НА ТУБЕРКУЛЕЗ ПОДЛЕЖАТ ДЕТИ, ОБРАТИВШИЕСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ С ЖАЛОБАМИ НА
А) кашель более 3-х недель, лихорадку более 2-х недель
Б) кашель, гипертермию в течение 3-х дней
В) субфебрилитет в течение недели, потерю массы тела, жидкий стул
Г) боль в грудной клетке, гипертермию в течение 7-и дней
САМОЙ ЧАСТОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов
Б) фиброзно-кавернозный туберкулёз
В) диссеминированный туберкулёз
Г) первичный туберкулёзный комплекс
ПРИЗНАКОМ РЕГРЕССИВНОЙ СТАДИИ ПСОРИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
А) ободка Воронова
Б) ободка Пильнова
В) феномена Кебнера
Г) сетки Уикхема
ХАРАКТЕРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ДИСГИДРОТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ КОЖА
А) ладоней и подошв
Б) голеней
В) лица
Г) спины
К АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ПРОВЕДЕНИЮ КАЛОРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ ВОДОЙ ОТНОСИТСЯ
А) наличие перфорации барабанной перепонки, наружного отита
Б) гипертоническая болезнь
В) возраст пациента
Г) подозрение на невриному 8-й пары черепно-мозговых нервов
ПРИ ОТОГЕННОМ АБСЦЕССЕ РАССТРОЙСТВО РЕЧИ, ПРОТЕКАЮЩЕЕ ПО ТИПУ АМНЕСТИЧЕСКОЙ АФАЗИИ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ _____ ДОЛИ МОЗГА
А) височной
Б) затылочной
В) теменной
Г) лобной
КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА ЯВЛЯЮТСЯ
А) стойкая перфорация барабанной перепонки и оторея
Б) острая боль в ухе, головокружение
В) шум в ушах и головокружение
Г) нарушение равновесия и снижение слуха
ОСЛОЖНЕНИЕМ ФУРУНКУЛА НОСА ЯВЛЯЕТСЯ
А) тромбоз кавернозного синуса
Б) тромбоз сигмовидного синуса

В) тромбоз поперечного синуса
Г) деформация наружного носа
ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКАЯ АНГИНА СИМАНОВСКОГО – ВЕНСАНА ВЫЗЫВАЕТСЯ СИМБИОЗОМ
А) веретенообразной палочки и спирохеты полости рта
Б) стафилококка и стрептококка
В) спирохеты полости рта и вульгарного протея
Г) вульгарного протея и веретенообразной палочки
ОТОГЕННЫЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЧАЩЕ РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ
А) хроническом эпитимпаните
Б) хроническом мезотимпаните
В) адгезивном отите
Г) экссудативном отите
ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЛАБИРИНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) нистагм
Б) аносмия
В) зуд в наружном слуховом проходе
Г) периостит в заушной области
ПОЛОСКА ГНОЯ В СРЕДНЕМ НОСОВОМ ХОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ
А) острого синусита
Б) острого ринита
В) острого ринофарингита
Г) дифтерии носа
ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛИ В ЗАТЫЛКЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А) сфеноидита
Б) максиллита
В) фронтита
Г) этмоидита
ПРАВОСТОРОННИЙ ГЕМИПАРЕЗ В СОЧЕТАНИИ С ПРАВОСТОРОННИМ ПРОЗОПАРЕЗОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ БАССЕЙНА
А) левой средней мозговой артерии
Б) вертебробазилярного бассейна слева
В) задней мозговой артерии справа
Г) правой передней мозговой артерии
ОСТРОЕ РАЗВИТИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА СЛЕВА И ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕМИПАРЕЗА СПРАВА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ БАССЕЙНА
А) основной артерии слева
Б) передней мозговой артерии справа
В) средней мозговой артерии слева
Г) задней мозговой артерии справа

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИ МРТ-ИССЛЕДОВАНИИ МНОЖЕСТВА МЕЛКИХ ОЧАГОВ ДЕМИЕЛИНИЗАЦИИ, РАСПОЛОЖЕННЫХ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРНО, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
А) рассеянного склероза
Б) ишемического инсульта
В) геморрагического инсульта
Г) синдрома Гийена-Барре
ПОЛНЫЙ ИЗОЛИРОВАННЫЙ ВЫВИХ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ ХАРАКТЕРЕН В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ
А) от 5 до 12 лет
Б) до 1 года
В) от 1 до 3 лет
Г) от 3 до 5 лет
ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ ЯДРА ОКОСТЕНЕНИЯ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ НА РЕНТГЕНОВСКИЙ СНИМОК НАНОСИТСЯ СХЕМА РЕЙНБЕРГА. ЯДРО ОКОСТЕНЕНИЯ ДОЛЖНО РАСПОЛАГАТЬСЯ В НОРМАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ В _____ КВАДРАНТЕ
А) нижне-внутреннем
Б) нижне-наружном
В) верхне-наружном
Г) верхне-внутреннем
В ОСНОВЕ КЛАССИФИКАЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ЛЕЖИТ
А) параметр эпифизарно-диафизарного угла
Б) степень укорочения конечности
В) положение большого вертела
Г) срок окостенения эпифиза головки бедра
ПРИ ФИБРОЗНОЙ ОСТЕОДИСПЛАЗИИ В КОСТЯХ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ _____ ТКАНЬ
А) фиброзная ткань
Б) воспалительная грануляционная
В) костно-фиброзная
Г) хрящевая

Блок тестовых заданий №3

Кластер компетенций №3 «Лечебное направление»

К ГРУППЕ БЛОКАТОРОВ «ПРОТОННОЙ ПОМПЫ» ОТНОСИТСЯ
А) омепразол (лосек)
Б) пирензипин (гастроцепин)
В) ранитидин
Г) фамотидин
К ПРЕБИОТИКАМ ОТНОСИТСЯ
А) лактулоза

Б) бифилиз
В) бифиформ
Г) примадофилус
К ХОЛЕКИНЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ
А) сорбит
Б) аллохол
В) лиобил
Г) никодин
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ НА
А) 7-14 дней
Б) 1 месяц
В) 3 месяца
Г) весь период терапии
В КАЧЕСТВЕ СТАРТОВОГО ПРЕПАРАТА ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫБРАН
А) монурал
Б) гентамицин
В) нитроксолин
Г) сумамед
ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ
А) спазмолитиков
Б) антибиотиков
В) анальгетиков
Г) мочегонных препаратов
ИНСТИЛЛЯЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПРИ
А) хроническом цистите
Б) гломерулонефрите
В) остром пиелонефрите
Г) хроническом пиелонефрите
К ПРЯМЫМ АНТИКОАГУЛЯНТАМ ОТНОСИТСЯ
А) гепарин
Б) курантил
В) трентал
Г) фенилин
ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ЧАЩЕ ВВОДИТСЯ
А) перорально
Б) внутривенно
В) внутримышечно
Г) внутрипузырно
РЕЖИМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ДОЛЖЕН БЫТЬ
А) постельным

Б) общим
В) палатным
Г) полупостельным
ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЦИТОСТАТИКИ, СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ
А) 1 раз в неделю
Б) 1 раз в месяц
В) 1 раз в 3 месяца
Г) ежедневно
В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА НЕЗАВИСИМО ОТ ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ
А) дезагреганты
Б) антикоагулянты
В) глюкокортикоиды
Г) мембраностабилизаторы
В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ БОЛЬНОМУ ЛЕЙКОЗОМ С ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПОКАЗАНА ТРАНСФУЗИЯ
А) тромбоцитов
Б) «отмытых» эритроцитов
В) криопреципитата
Г) концентратов факторов свёртывания
КАКОВА ПРАВИЛЬНАЯ СХЕМА СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ ДЕБЮТА НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА?
А) преднизолон 2 мг/кг/сутки в три приема в течении 4-6-8 недель
Б) преднизолон 2 мг/м2/сутки в три приема в течении 4-х недель
В) преднизолон 60 мг/м2/сутки в три приема в течении 2-х недель
Г) преднизолон 4 мг/кг/сутки в три приема в течение 2-х недель
К КАКОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ «ПУЛЬМОЗИМ»?
А) муколитики
Б) антибиотики
В) сердечные гликозиды
Г) ингаляционные стероиды
К ФЕРМЕНТАТИВНЫМ МИКРОСФЕРИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ
А) креон
Б) мезим
В) фестал
Г) панзинорм
ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ
А) метод спонтанного дыхания с постоянным положительным давлением в дыхательных путях

Б) продленный вдох
В) ИВЛ мешком Амбу
Г) подача кислорода через головной колпак
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У РЕБЕНКА МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) b2-адреномиметик
Б) блокатор Н1-гистаминовых рецепторов
В) системный глюкокортикоид
Г) блокатор Н2-гистаминовых рецепторов
ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛТУХ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ НЕПРЯМОЙ ФРАКЦИИ БИЛИРУБИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ
А) фототерапия
Б) инфузионная терапия
В) фенобарбитал
Г) гепатопротектор
ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРПИИ ВРОЖДЕННОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
А) ацикловир
Б) ампициллин
В) азитромицин
Г) амфотерицин
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НА ДОМУ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ
А) амоксициллина
Б) карбенициллина
В) феноксиметилпенициллина
Г) пиперациллина
НАЧИНАТЬ КУПИРОВАНИЕ ПРИСТУПА СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ ПРИ АД 90/60 ММ РТ.СТ. ЦЕЛЕСООБРАЗНО С ПОМОЩЬЮ
А) вагальных проб
Б) нагрузочных проб
В) пробы Мак-Клюра-Олдрича
Г) добутаминовой пробы
ПРИ ОДЫШЕЧНО-ЦИАНОТИЧЕСКОМ ПРИСТУПЕ У РЕБЕНКА С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ
А) дигоксина
Б) пропранолола
В) оксигенотерапии
Г) промедола
БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ ВКЛЮЧАЕТ
А) антибиотики, муколитики, ферменты
Б) ферменты, противокашлевые средства

В) муколитики, глюкокортикоиды
Г) ферменты, витамины
ДИЕТА ПРИ ЦЕЛИАКИИ НАЗНАЧАЕТСЯ
А) пожизненно
Б) на 1-2 месяца
В) от 6 мес. до 1 года
Г) до пубертатного периода
К ПРЕПАРАТАМ, СТИМУЛИРУЮЩИМ ПРОЦЕССЫ РЕГЕНЕРАЦИИ, ОТНОСЯТ
А) метилурацил
Б) маалокс
В) альмагель
Г) релцер
НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ ЭФФЕКТОМ ПОДАВЛЕНИЯ СЕКРЕЦИИ КИСЛОТЫ В ЖЕЛУДКЕ ОБЛАДАЮТ
А) блокаторы «протонного насоса»
Б) антациды
В) блокаторы гистаминовых рецепторов 2-го типа
Г) М-холинолитики
ОПТИМАЛЬНАЙ СХЕМОЙ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРИТА АССОЦИИРОВАННОГО HELICOBACTER PYLORIЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ
А) де-нола, антибиотиков, антисекреторных препаратов
Б) антацидов, трихопола
В) антацидов, антисекреторных препаратов
Г) цитопротекторов, трихопола
ПРОКИНЕТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ
А) мотилиум (домперидон)
Б) лактулоза
В) но-шпа
Г) форлакс (макрогол)
ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ
А) отварное мясо
Б) молочные продукты
В) овощи
Г) фрукты
ПРИ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАЗНАЧАЕТСЯ
А) лактазар
Б) фестал
В) панзинорм
Г) креон
К АНТАЦИДАМ ОТНОСИТСЯ
А) альмагель
Б) актовегин
В) солкосерил

Г) облепиховое масло
НИЗКИЙ РИСК ПОВЫШЕНИЯ НЕПРЯМОЙ ФРАКЦИИ БИЛИРУБИНА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ
А) мочегонных средств
Б) антибактериальных средств
В) нестероидных противовоспалительных препаратов
Г) сульфаниламидных препаратов
М-ХОЛИНОБЛОКИРУЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ
А) гастроцепин
Б) амоксициллин
В) де-нол
Г) трихопол
ПРИ КОРРЕКЦИИ БЕЛКОВО- ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ РАСЧЕТ НУТРИЕНТОВ В АДАПТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРОВОДИТСЯ В СООТВЕТСТВИИ С
А) возрастом и фактической массой тела
Б) долженствующей массой
В) возрастом и долженствующей массой тела
Г) приблизительно долженствующей массой
ИЗ РАЦИОНА КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ ИСКЛЮЧАЮТСЯ
А) консервированные продукты
Б) коровье молоко
В) кукуруза
Г) овощи
ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ III СТЕПЕНИ ИСПОЛЬЗУЮТ ЛЕЧЕБНЫЕ СМЕСИ С
А) с полным гидролизом белка
Б) белактозным
В) низколактозным
Г) антирефлюксным
ДЛЯ КОРРЕКЦИИ БЕЛКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
А) смесь для маловесных детей
Б) низколактозная смесь
В) кисломолочная смесь
Г) творог
ДЛЯ ПЕРВОГО ПРИКОРМА ПРИ БЕЛКОВО- ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
А) инстантная каша
Б) творог
В) овощное пюре
Г) мясное пюре
АНТИРЕФЛЮКСНЫЕ СМЕСИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ СРЫГИВАНИЙ СОДЕРЖАТ

А) камедь
Б) крахмал
В) пребиотик
Г) пробиотик
БОЛЬНЫЕ МУКОВИСЦИДОЗОМ НУЖДАЮТСЯ В
А) повышенном количестве белка и энергии
Б) повышенном количестве углеводов
В) пониженном количестве белка
Г) пониженном количестве жира
ДЕТЯМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ МИНЕРАЛЬНАЯ ВОДА ДОЗИРУЕТСЯ ИЗ РАСЧЕТА
А) 3 мл на 1 кг массы тела ребенка
Б) 10 мл на 1 кг массы тела ребенка
В) 15 мл на 1 кг массы тела ребенка
Г) 100 мл 3 раза в день независимо от возраста
ПРИ ОЛИГУРИИ ВСЛЕДСТВИЕ ОБСТРУКТИВНОЙ УРОПАТИИ НОВОРОЖДЕННОМУ РЕБЕНКУ ПОКАЗАНО
А) хирургическое лечение
Б) введение мочегонных средств
В) проведение гемодиализа
Г) проведение плазмофереза
МЕКОНИЙ ИЗ ТРАХЕИ СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ СЛЕДУЕТ ОТСАСЫВАТЬ
А) эндотрахеальной трубкой соответствующего диаметра
Б) катетером для отсасывания слизи с концевым отверстием, введенным в эндотрахеальную трубку
В) катетером для отсасывания слизи с концевым отверстиями, введенным непосредственно в трахею
Г) катетером с концевым и двумя боковыми отверстиями, введенным непосредственно в трахею
ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СВОБОДНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО УСТАНОВИЛОСЬ РЕГУЛЯРНОЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ. СРАЗУ ВСЛЕД ЗА ЭТИМ СЛЕДУЕТ
А) оценить частоту сердечных сокращений
Б) начать ингаляцию кислорода через лицевую маску
В) оценить цвет кожных покровов
Г) удалить содержимое желудка
ПОСЛЕ ОТСАСЫВАНИЯ СЛИЗИ ИЗ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, НОСОВЫХ ХОДОВ И ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО НЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ДЫХАНИЯ. ВАШЕ СЛЕДУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ
А) начать ИВЛ с помощью дыхательного мешка и маски
Б) оценить частоту сердечных сокращений
В) оценить цвет кожных покровов
Г) ввести зонд в желудок и отсосать его содержимое

ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ НОВОРОЖДЕННЫЙ ДЫШИТ, НО ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ 80 УДАРОВ В МИНУТУ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМО
А) начать ИВЛ с помощью дыхательного мешка и маски
Б) начать ингаляцию кислорода через лицевую маску
В) начать непрямой массаж сердца
Г) ввести атропин под язык
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РУЧНОЙ ИВЛ САМОРАСПРАВЛЯЮЩИМСЯ МЕШКОМ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ НОВОРОЖДЕННОМУ, ПЕРЕНЕСШЕМУ ТЯЖЕЛУЮ АСФИКСИЮ, КОНЦЕНТРАЦИЯ КИСЛОРОДА В ПОДАВАЕМОЙ ЕМУ ГАЗОВОЙ СМЕСИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ ____ %
А) 90-100
Б) 70-80
В) 50-60
Г) 30-40
ВВЕДЕНИЕ НАТРИЯ ГИДРОКАРБОНАТА НОВОРОЖДЕННОМУ РЕБЕНКУ ПОКАЗАНО ПРИ
А) сохраняющемся метаболическом ацидозе после восстановления адекватного дыхания
Б) респираторном ацидозе
В) проведении вспомогательной ручной вентиляции
Г) респираторном алкалозе
ТЕРАПИЕЙ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОЦИСТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) назначение антипротозойных препаратов перорально и ингаляционно
Б) антибиотикотерапия
В) комбинация антибиотика и сульфаниламидного препарата
Г) симптоматическая терапия
ПОЧКАМИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ХОРОШО ВЫВОДЯТСЯ
А) ампициллин
Б) меронем
В) ванкомицин
Г) дигоксин
ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КАКОГО ПРЕПАРАТА МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ: ТАХИКАРДИЯ, СУДОРОГИ, ВОЗБУЖДЕНИЕ, РВОТА, ГИПЕРГЛИКЕМИЯ?
А) эуфиллин
Б) глюконат кальция
В) оксибутират натрия
Г) магния сульфат
НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ОДНОГО КУРСА ДЕКСАМЕТАЗОНА ПРИ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ СОСТАВЛЯЕТ
А) 10-14 дней

Б) 1-1,5 мес.
В) 7-8 дней
Г) короткий трех-четырехдневный курс
ПРИ АПНОЭ НЕДОНОШЕННЫХ ВЫБИРАЮТ
А) кофеин
Б) этимизол
В) эуфиллин
Г) преднизолон
СУЛЬФАТ МАГНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ КАК ПРОТИВОСУДОРОЖНОЕ СРЕДСТВО В ДОЗЕ _____ МГ/КГ МАССЫ В СУТКИ
А) 50
Б) 100
В) 30
Г) 10
СУЛЬФАТ МАГНИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН ПРИ СУДОРОГАХ
А) гипомагнезиемических
Б) гипогликемических
В) гипокальциемических
Г) обусловленных гипоксически-ишемической энцефалопатией
ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ДОПАМИНА В ДОЗЕ 2,0-5,0 МКГ/КГ МИН. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РЕГИСТРИРУЕМЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМ У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) увеличение диуреза
Б) тахикардия
В) артериальная гипертензия
Г) гипергликемия
ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ДОПАМИНУ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ ____ ЧАС.
А) 72-96
Б) 24
В) 24-48
Г) 48-72
ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ ТРОМБОЦИТАРНОЙ МАССЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А) тромбоцитопения менее 10 000 в 1 мкл
Б) геморрагический синдром
В) тромбоцитопения менее 40 000 в 1 мкл
Г) наследственная тромбоцитопатия
ПРЕПАРАТОМ, К ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ КОТОРОГО ОТНОСИТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ ОПАСНОСТИ РАЗВИТИЯ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) индометацин
Б) диакарб
В) сурфактант
Г) дексаметазон

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ ТЕРАПИИ В ДОЗЕ 60 МГ/М2/С ПРИ ДЕБЮТЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА СОСТАВЛЯЕТ
А) 6 недель
Б) 3 недели
В) 2 недели
Г) 8 недель
СИНТЕЗ АНГИОТЕНЗИН ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА (АПФ) ИНГИБИРУЕТ
А) каптоприл
Б) анаприлин
В) апрессин
Г) дибазол
ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ
А) идиопатический нефротический синдром
Б) острый гломерулонефрит
В) врожденный нефротический синдром
Г) болезнь Берже
ПРИ СТЕРОИДОРЕЗИСТЕНТНОМ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ДЛЯ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ В ДОЗЕ 30 МГ/КГ ИСПОЛЬЗУЮТ
А) метилпреднизолон
Б) преднизолон
В) дексаметазон
Г) гидрокортизон
С ЦЕЛЬЮ УМЕНЬШЕНИЯ РЕНАЛЬНОЙ ПРОТЕИНУРИИ НАЗНАЧАЮТ
А) эналаприл
Б) лабеталол
В) верошпирон
Г) фуросемид
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) эналаприл
Б) амлодипин
В) верошпирон
Г) фуросемид
ЖИВОТНЫЙ БЕЛОК В ПИЩЕ ДО 1 Г/КГ/СУТКИ ОГРАНИЧИВАЕТСЯ ПРИ
А) гломерулонефрите
Б) пиелонефрите
В) тубулоинтерстициальном нефрите
Г) цистите
ЛЕЧЕНИЕ НЕФРИТА ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ ВКЛЮЧАЕТ
А) преднизолон и циклофосфан

Б) аспирин и преднизолон
В) сульфосалазин и аспирин
Г) преднизолон и фурагин
ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДОЗА ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ
А) 4-6
Б) 2-3
В) 1-2
Г) 10
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ПРИ ЛЕГКОЙ ФОРМЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СОСТАВЛЯЕТ
А) 1-1,5 месяца
Б) 0,5 месяца
В) 2-3 месяца
Г) 4-6 месяцев
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ТЕРАПИИ ПРИ ВРОЖДЕННОМ СФЕРОЦИТОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) спленэктомия
Б) терапия глюкокортикоидами
В) пересадка костного мозга
Г) назначение иммуноглобулина
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНГИБИТОРНОЙ ФОРМЫ ГЕМОФИЛИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ
А) новосевэн
Б) октанат
В) октанайн
Г) гемоктин
ФАКТОР VIII БОЛЬНОМУ ГЕМОФИЛИЕЙ А ВВОДИТСЯ
А) внутривенно струйно
Б) внутривенно капельно
В) подкожно
Г) внутримышечно
ОБЩАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ НА ВСЕХ ЭТАПАХ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ СОСТАВЛЯЕТ
А) 2,5-3 года
Б) 1 год
В) 1 месяц
Г) 5 лет
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ХОДЖКИНА ЗАВИСИТ ОТ
А) стадии заболевания
Б) возраста ребенка
В) гистологического варианта
Г) показателей анализа крови

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРИОБРЕТЕННЫХ АПЛАСТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ РАССМАТРИВАЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬ
А) трансплантации костного мозга
Б) спленэктомии
В) заместительной терапии
Г) иммуносупрессивной терапии
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА ДИКЛОФЕНАК НАТРИЯ ПРИМЕНЯЮТ В ДОЗЕ _____ МГ/КГ МАССЫ ТЕЛА В СУТКИ
А) 2-3
Б) 0,2-0,3
В) 0,02-0,03
Г) 20-30
К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИРОРОВ АПФ ОТНОСИТСЯ
А) гиперкалиемия
Б) гипергликемия
В) гиперлипидемия
Г) гипогликемия
ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ БОЛЕЕ БЫСТРОЕ ДИУРЕТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ОКАЗЫВАЕТ
А) лазикс
Б) спиронолактон
В) гипотиазид
Г) урегит
СТАНДАРТНЫЕ СРОКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО МИОКАРДИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СОСТАВЛЯЮТ ОТ
А) 1 до 3 месяцев
Б) 1 до 3 дней
В) 1 до 3 недель
Г) 1 до 3 лет
НЕОТЛОЖНУЮ ТЕРАПИЮ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ТАХИКАРДИИ С УЗКИМ QRS КОМПЛЕКСОМ НАЧИНАЮТ С ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ
А) аденозина
Б) изоптина
В) лидокаина
Г) атропина
ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМ БИОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ ПРИ ТЯЖЕЛОМ, КРИЗОВОМ ТЕЧЕНИИ С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК, ЯВЛЯЕТСЯ
А) ритуксимаб
Б) адалимумаб
В) абатацепт
Г) тоцилизумаб

НАЗНАЧЕНИЕ РЕБЕНКУ ВАРФАРИНА ТРЕБУЕТ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО КОНТРОЛЯ
А) международного нормализованного отношения (МНО)
Б) уровня калия в сыворотке крови
В) уровня гемоглобина
Г) уровня креатинина в сыворотке крови
ДОЗА НИФЕДИПИНА (СУБЛИНГВАЛЬНО ИЛИ ПЕРОРАЛЬНО) ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ
А) 0,25
Б) 2,5
В) 25
Г) 0,025
ДЕТЯМ С ЛИМФАТИКО-ГИПОПЛАСТИЧЕСКИМ ДИАТЕЗОМ РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ ДИЕТЫ С ОГРАНИЧЕНИЕМ
А) продуктов, богатых легкоусвояемыми углеводами
Б) продуктов, богатых пуринами
В) жиров
Г) глютенсодержащих продуктов, жиров и продуктов, богатых пуринами
К ТОПИЧЕСКИМ ИНГИБИТОРАМ КАЛЬЦИНЕВРИНА, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, ОТНОСИТСЯ
А) пимекролимус
Б) декспантенол
В) флутиказон
Г) мометазон
К МЕСТНЫМ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМ СЛАБОЙ СИЛЫ ОТНОСИТСЯ
А) преднизолон
Б) бетаметазон
В) мометазон
Г) флутиказон
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ПИЩЕ ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ I СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ
А) 1 – 2 дня
Б) 3 – 7 дней
В) 7 – 14 дней
Г) 14 – 28 дней
РАСЧЕТ БЕЛКОВ И УГЛЕВОДОВ В ПЕРИОД ВЫЯСНЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ПИЩЕ РЕБЕНКУ С БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ II СТЕПЕНИ ПРОВОДЯТ НА
А) фактическую массу тела
Б) должную массу тела
В) дефицит массы тела
Г) фактическую массу тела плюс 10 – 15 %

ЛЕЧЕНИЕ ВИТАМИН-Д-ДЕФИЦИТНОГО РАХИТА ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ВИТАМИНА Д В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ _____ МЕ
А) 2000 – 4000
Б) 500
В) 1000 – 2000
Г) 6000
СУТОЧНАЯ ДОЗА ЭЛЕМЕНТАРНОГО ЖЕЛЕЗА ПРИ ТЕРАПИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПЕРОРАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ ДО 3-Х ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ МАССЫ ТЕЛА
А) 5 – 8
Б) 2
В) 100 – 120
Г) 20
ДЛЯ БЫСТРОГО КУПИРОВАНИЯ СИМПТОМОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТ
А) бета-2 агонисты короткого действия
Б) ингаляционные глюкокортикостероиды
В) теофиллины замедленного высвобождения
Г) антигистаминные препараты
В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
А) кукурузную кашу
Б) ячменную кашу
В) ржаной хлеб
Г) пшеничный хлеб
СТАРТОВЫМ АНТИБИОТИКОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 12 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ
А) амоксициллин
Б) ванкомицин
В) линкомицин
Г) амикацин
НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ
А) кандидоз полости рта
Б) недостаточность коры надпочечников
В) остеопороз
Г) гипогликемия
К БЫСТРОМУ И ПРОЛОНГИРОВАННОМУ БРОНХОДИЛАТИРУЮЩЕМУ ЭФФЕКТУ ПРИВОДИТ СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИПРАТРОПИУМ-БРОМИДА И
А) β2-агонистов
Б) кромогликата натрия
В) М-холинолитиков
Г) адреналина

ПЕРВЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ЭУФИЛЛИНА ЯВЛЯЮТСЯ
А) головная боль, боли в животе, тошнота, рвота
Б) падение артериального давления и головокружение
В) нарушение сердечного ритма и обморок
Г) повышение артериального давления и шум в ушах
БОЛЬНОМУ С ЭЗОФАГИТОМ НАЗНАЧАЮТ
А) нерастворимые антациды
Б) ферменты
В) спазмолитики
Г) седативные препараты
К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ОТНОСИТСЯ _____ ТЕРАПИЯ
А) тиреостатическая
Б) заместительная
В) противовоспалительная
Г) противосудорожная
ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) кортинефф
Б) верошпирон
В) инсулин
Г) андрокур
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПОФИЗАРНОГО НАНИЗМА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРИМЕНЕНИИ
А) соматотропного гормона
Б) тиреоидных гормонов
В) хорионического гонадотропина
Г) эстрогенов
В ЛЕЧЕНИИ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОГО ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ
А) диетотерапию
Б) анорексигенные препараты
В) метод бандажирования желудка
Г) липосакцию
КОНСУЛЬТАЦИЯ ГЕМАТОЛОГА ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОМ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЧЕРЕЗ _____ НЕЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
А) 3-4 недели
Б) 4-8 недель
В) 8-16 недель
Г) 1-2 недели
ВЕРОЯТНОСТЬ БЛАГОПОЛУЧНОГО ИСХОДА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА У РЕБЕНКА СТАНДАРТНОЙ ГРУППЫ РИСКА СОСТАВЛЯЕТ _____ %

А) 85-90
Б) 100
В) 40-50
Г) 50-60
ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРОВОДЯТСЯ КУРСАМИ ПО 1 МЕСЯЦУ _____ РАЗ (РАЗА) В ГОД
А) 3-4
Б) 2
В) 5
Г) 6
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ _____ МЕСЯЦА (МЕСЯЦЕВ) ОТ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ
А) 2-3
Б) 4
В) 6
Г) 12
НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РЕБЕНКОМ ПРИ ТРАНЗИТОРНОЙ ГЕМАТУРИИ ПРОДОЛЖАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ _____ ГОДА (ЛЕТ)
А) 1
Б) 3
В) 5
Г) 7
ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ, ОБЛАДАЮЩИМ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНЫМ ДЕЙСТВИЕМ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) кларитромицин
Б) гентамицин
В) эзомепразол
Г) метоклопрамид
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ЭФФЕКТИВНО НАЗНАЧЕНИЕ
А) метоклопрамида
Б) актовегина
В) амоксициллина
Г) папаверина
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ПРИМЕНЯЮТ
А) креон
Б) холензим
В) гептрал
Г) омез
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СОСТАВЛЯЕТ ____ МЕС.
А) 3

Б) 4,5
В) 5
Г) 6
ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА ПРИ ЛАТЕНТНОМ ДЕФИЦИТЕ ЖЕЛЕЗА ИСПОЛЬЗУЮТ В ПОЛОВИННОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДОЗЕ В ТЕЧЕНИЕ ____ МЕС.
А) 2
Б) 3
В) 4
Г) 6
К ЭФФЕКТИВНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ОТНОСЯТ
А) трансплантацию костного мозга
Б) спленэктомию
В) полихимиотерапию
Г) лучевую терапию
ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) полихимиотерапия
Б) лучевая монотерапия
В) монотерапия химиопрепаратами
Г) пересадка костного мозга
ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ
А) бета-2-агонист короткого действия
Б) ингаляционный кортикостероид
В) теофиллин короткого действия
Г) оральный кортикостероид
В ЛЕЧЕНИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА ПРОТИВОПОКАЗАНЫ _____ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА
А) противокашлевые
Б) отхаркивающие
В) муколитические
Г) мукорегуляторные
ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ЛЕГКИХ НАЗНАЧАЮТ
А) антибиотики
Б) антигистаминные
В) адреноблокаторы
Г) цитостатики
В ТЕРАПИИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НАЗНАЧАЮТСЯ
А) глюкокортикоиды
Б) уросептики
В) макролиды

Г) ингибиторы АПФ
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОДИСТРОФИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАЗНАЧАЕТСЯ
А) метаболит витаминов группы D
Б) ингибитор АПФ
В) антикоагулянт
Г) глюкокортикоид
ПРИ ГИПЕРОКСАЛУРИИ ИСКЛЮЧАЮТ ИЗ ПИТАНИЯ
А) щавель
Б) горох
В) огурцы
Г) картофель
НАЗНАЧЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ПРИВОДИТ К УХУДШЕНИЮ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ
А) двустороннем стенозе почечных артерий
Б) пиелонефрите
В) гломерулонефрите
Г) цистите
ПРАВИЛЬНАЯ ТАКТИКА УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У РЕБЕНКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
А) срочной госпитализации в нефрологическое отделение
Б) направлении на консультацию к нефрологу
В) проведении повторного анализа мочи
Г) назначении антибактериальнойтерапии
ИНТОКСИКАЦИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТАМИ
А) кальция
Б) калия
В) магния
Г) железа
ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ ТАХИАРИТМИИ С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ПРИМЕНЯЮТ
А) сердечные гликозиды
Б) блокаторы кальциевых каналов
В) бета - адреноблокаторы
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИМЕНЯЮТ
А) гидрокортизон
Б) соматотропин
В) гонадотропин хорионический
Г) инсулин
ПРИ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЕ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРОВОДЯТ ТЕРАПИЮ
А) непрырывную, пожизненую

Б) прерывистыми курсами
В) противорецидивную
Г) краткосрочную
ЛЕВОТИРОКСИН НАТРИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИПОТИРИОЗЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ _____ МКГ/КГ/СУТ
А) 10,0 - 15,0
Б) 15,0 - 20,0
В) 25,0 - 30,0
Г) 30,0 - 50,0
ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ
А) антибиотиков
Б) противовирусных препаратов
В) противогрибковых препаратов
Г) муколитиков
В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ
А) антибиотиков
Б) иммуностимуляторов
В) противовирусных препаратов
Г) глюкокортикоидов
СНИЖАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ
А) дексаметазон
Б) партусистен
В) гинипрал
Г) изоптин
К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ОТНОСЯТСЯ
А) ингибиторы ферментов (контрикал, трасилол и др.)
Б) антибиотики
В) ферменты (креон, панкреатин)
Г) холинолитики (атропин, платифиллин)
В КАЧЕСТВЕ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА НАЗНАЧАЮТ
А) метотрексат
Б) азатиоприн
В) 6 меркаптопурин
Г) циклофосфамид
ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ
А) инотропных средств
Б) ингибиторов АПФ
В) блокаторов кальциевых каналов
Г) препаратов калия

К НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТАМ ПРОТИВ PSEUDOMONAS AERUGINOSA ОТНОСЯТ
А) цефтазидим, цефоперазон
Б) ампициллина сульбактам, цефуроксим
В) амоксициллина клавуланат, цефазолин
Г) кларитромицин, азитромицин
К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ОМЕПРАЗОЛ?
А) блокаторам К+-Na+ АТФ-азы
Б) блокаторам кальциевых каналов
В) блокаторам Н2 гистаминовых рецепторов
Г) блокаторам рецепторов ангиотензина
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОПИСТОРХОЗА ВЫБИРАЮТ
А) празиквантел
Б) пирантел
В) мебендазол
Г) нифурател
ПРИ ГИПЕРТЕРМИИ У ДЕТЕЙ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ СИНДРОМНУЮ ТЕРАПИЮ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ПРИМЕНЕНИЯ
А) парацетамола
Б) диклофенака
В) анальгина
Г) ацетилсалициловой кислоты
МАЛОАКТИВНЫМ В ОТНОШЕНИИ ПНЕВМОКОККА АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) левомицетин
Б) амоксициллин клавуланат
В) азитромицин
Г) цефтриаксон
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТ
А) ингаляционные глюкокортикоиды
Б) антигистаминные препараты
В) бета-адреноблокаторы
Г) ингибиторы циклооксигеназы
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
А) макролиды
Б) цефалоспорины 1-2 поколений
В) полусинтетические пенициллины
Г) аминогликозиды
ДЛЯ ТЕРАПИИ ТОНЗИЛЛИТА ПРИМЕНЯЮТ
А) амоксициллин
Б) гентамицин
В) азитромицин
Г) тетрациклин

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИМЕНЯЮТ
А) сальбутамол
Б) флутиказон
В) эуфиллин
Г) цетиризин
ПРИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ
А) макролиды
Б) полусинтетические пенициллины
В) аминогликозиды
Г) цефалоспорины
В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЮТ
А) препараты сурфактанта
Б) оксигенотерапию
В) кортикостероидную терапию
Г) антибиотикотерапию
НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ
А) кандидоз полости рта и глотки
Б) артериальная гипертония
В) развитие остеопороза
Г) гиперкортицизм
ХОЛЕРЕТИКИ
А) усиливают образование желчи
Б) вызывают сокращение желчного пузыря, усиливают отток желчи
В) вызывают расслабление желчного пузыря, умеьшают отток желчи
Г) снимают спазм сфинктера Одди, способствуют нормализации оттока желчи
БАКТЕРИЦИДНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ПРОТИВ HELICOBACTER PYLORI ОБЛАДАЕТ
А) висмута трикалия дицитрат
Б) сукральфат
В) альмагель
Г) фамотидин
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ
А) цитотект
Б) ацикловир
В) виферон
Г) интерферон
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ
А) свежезамороженную плазму и викасол

Б) витамин Е
В) антикоагулянты
Г) антиагреганты
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ ВЫЗВАННЫХ МЕТИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТИЫМ СТАФИЛОКОККОМ ПРИМЕНЯЮТ
А) ванкомицин
Б) линкомицин
В) эритромицин
Г) пенициллин
ПРОЛОНГИРОВАННЫМ АДРЕНОМИМЕТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) сальметерол
Б) сальбутамол
В) изопреналин
Г) фенотерол
ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ИНОТРОПНЫМ ЭФФЕКТОМ ГЛИКОЗИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ
А) повышение сократительной способности миокарда
Б) урежение сердечного ритма, удлинение диастолы
В) замедление проводимости
Г) повышение активности гетеротопных очагов автоматизма
НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЮТСЯ
А) системные глюкокортикостероиды
Б) нестероидные противовоспалительные препараты
В) антигистаминные препараты
Г) спазмолитики
ДО УСТАНОВЛЕНИЯ ТОЧНОГО ДИАГНОЗА АРТРИТА В ЕГО ЛЕЧЕНИИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
А) нестероидные противовоспалительные препараты
Б) антибиотики
В) преднизолон
Г) сульфаниламиды
БИОЛОГИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ВИТАМИНА Д
А) способствует всасыванию кальция из желудочно-кишечного тракта
Б) увеличивает продукцию паратгормона
В) блокирует канальцевую реабсорбцию кальция
Г) повышает уровень щелочной фосфатазы крови
ПРИ ВЫСЕВЕ В МОКРОТЕ БОЛЬНОГО МУКОВИСЦИДОЗОМ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКИ ПРИМЕНЯЮТ
А) цефтазидим
Б) тетрациклин
В) оксациллин
Г) цефазолин
К АНТИГИСТАМИННЫМ ПРЕПАРАТАМ 1 ПОКОЛЕНИЯ ОТНОСЯТ
А) хлорпирамин

Б) цетиризин
В) лоратадин
Г) астемизол
К АНТИГИСТАМИННЫМ ПРЕПАРАТАМ 2 ПОКОЛЕНИЯ ОТНОСИТСЯ
А) лоратадин
Б) диметинден
В) хифенадин
Г) мебгибролин
ОМЕПРАЗОЛ
А) уменьшает образование соляной кислоты
Б) является ингибитором Н2-гистаминовых рецепторов
В) относится к антацидным препаратам
Г) влияет на перистальтику кишечника
КАКИМ СВОЙСТВОМ ОБЛАДАЕТ ЗАФИРЛУКАСТ?
А) является антагонистом лейкотриеновых рецепторов
Б) оказывает отхаркивающее действие
В) блокирует гистаминовые рецепторы
Г) является ингибитором синтеза простагландинов
К ПЕРВООЧЕРЕДНОМУ МЕРОПРИЯТИЮ ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ ОТНОСИТСЯ ВВЕДЕНИЕ
А) диазепама
Б) фуросемида
В) преднизолона
Г) парацетамола
ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ПОСТСТРЕПТОКОККОВОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) антибактериальная
Б) противовоспалительная
В) иммуносупрессивная
Г) спазмолитическая
БЫСТРЫМ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А) фуросемид
Б) гипотиазид
В) спиронолактон
Г) ацетазоламид
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ САЛЬБУТАМОЛА СОСТАВЛЯЕТ
А) до 6 часов
Б) 6-8 часов
В) 8-12 часов
Г) 24 часа
ОСНОВНЫМ СРЕДСТВОМ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) антибактериальная терапия
Б) диетотерапия

В) спазмолитическая терапия
Г) диуретическая терапия
ЛИХОРАДЯЩЕМУ БОЛЬНОМУ С ФЕБРИЛЬНЫМИ СУДОРОГАМИ В АНАМНЕЗЕ ОШИБОЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ
А) горячих ножных ванн
Б) постельного режима
В) измерения температуры тела каждые 2–3 часа
Г) приема жаропонижающих средств при повышении температуры тела
ПРИ ВЛАЖНОМ КАШЛЕ С ТРУДНО ОТХОДЯЩЕЙ МОКРОТОЙ РЕКОМЕНДУЮТСЯ
А) муколитики
Б) наркотические противокашлевые средства центрального действия
В) ненаркотические противокашлевые средства центрального действия
Г) противокашлевые средства периферического действия
ПРИ ПОВЫШЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА У РЕБЁНКА ВЫШЕ 38,5 НАЗНАЧАЕТСЯ ИБУПРОФЕН ИЗ РАСЧЕТА НА 1 ПРИЁМ ___ МГ/КГ
А) 5–10
Б) 1-2
В) 3-4
Г) 12-15
ПРИ ПОВЫШЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА У РЕБЁНКА ВЫШЕ 38,5 НАЗНАЧАЕТСЯ ПАРАЦЕТАМОЛ ИЗ РАСЧЕТА НА 1 ПРИЁМ ___ МГ/КГ
А) 10–15
Б) 5
В) 8
Г) 20
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА НА ОСНОВЕ ГИДРОКСИД ПОЛИМАЛЬТОЗНОГО КОМПЛЕКСА ИЗ РАСЧЕТА ___ МГ/КГ/С
А) 5
Б) 4
В) 3
Г) 2
КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) ретикулоцитарная реакция
Б) увеличение количества тромбоцитов
В) увеличение количества лейкоцитов
Г) замедление скорости оседания эритроцитов
ПРЕПАРАТОМ, НЕ ПРЕДНАЗНАЧЕННЫМ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ДДУ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) хлоралгидрат
Б) преднизолон
В) адреналина гидрохлорид
Г) нашатырный спирт

КАКИЕ СРЕДСТВА НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ МЕНИНГИТЕ У ДЕТЕЙ?
А) антибактериальные средства – пенициллина натриевая соль 300 мг/кг в сутки
Б) жаропонижающие средства – анальгин 50% - 0,1 мл на год жизни ребенка, папаверин 2% - 0,3 мл/ на год жизни, новокаин 0,25% -1,0
В) гормональные средства – преднизолон - 2 мг/кг в/м или в/в
Г) противоотечные средства – лазикс 1-2 мг/кг в/м или сульфат магния 25% по 1 мл на год жизни в/м
ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) наличие второго ребенка в семье
Б) развитие обезвоживания с потерей массы тела 10%
В) появление неврологической симптоматики (судороги, потеря сознания, бред)
Г) невозможность проведения терапевтических мероприятий на дому
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЕГКИХ ФОРМ БАКТЕРИАЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ДОМУ ПРЕИМУЩЕСТВО ОТДАЕТСЯ
А) бактериофагам
Б) ферментам
В) антибиотикам
Г) противовирусным препаратам
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЕГКИХ ФОРМ ВИРУСНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ДОМУ ПРЕИМУЩЕСТВО ОТДАЕТСЯ
А) сорбентам
Б) ферментам
В) антибиотикам
Г) противовирусным препаратам
ЧТО НЕ СПОСОБСТВУЮТ ЛУЧШЕМУ ОТХОЖДЕНИЮ МОКРОТЫ ПРИ ПНЕВМОНИИ?
А) УФО
Б) вибрационный массаж
В) постуральный дренаж
Г) лечебная физкультура
ПРИ НАЛИЧИИ КАКОГО СИМПТОМА В ТЕРАПИЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВКЛЮЧАЮТСЯ АНТИБИОТИКИ?
А) интоксикация
Б) одышка
В) кашель
Г) приступ удушья
УСИЛИВАЮТ СОКРАЩЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ
А) холецистокинин и гастрин
Б) глюкагон и кальцитонин
В) тироксин и трийодтиронин

Г) гормоны гипофиза
ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ ВРОЖДЕННЫХ И НАСЛЕДСТВЕННЫХ НЕФРОПАТИЯХ ПРИМЕНЕНИЕ
А) кортикостероидов
Б) рационального питания с коррекцией обменных нарушений
В) щадящего режима физических нагрузок
Г) стабилизаторов клеточных мембран
ПРИ ГИПЕРОКСАЛУРИИ В ПИТАНИИ ОГРАНИЧИВАЮТ
А) редис
Б) капусту
В) картофель
Г) абрикосы
НА МЕТАБОЛИЗМ НЕРВНОЙ ТКАНИ ВЛИЯЕТ
А) пантогам
Б) ницерголин
В) элеутерокок
Г) диакарб
ПРИ ОСТРОМ ПЕРОРАЛЬНОМ ОТРАВЛЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ РЕБЕНКУ ПРИ СОХРАНЕНИИ СОЗНАНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ
А) промывание желудка
Б) инфузионную терапию
В) катетеризацию периферической вены
Г) ИВЛ
АНТИДОТОМ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) унитиол
Б) хлорид кальция
В) хлорид калия
Г) фентанил
К ЭФФЕКТАМ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ОТНОСИТСЯ
А) отрицательный хронотропный
Б) положительный миотропный
В) отрицательный инотропный
Г) положительный дромотропный
ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧСС ПРИ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИМЕНЯЮТ
А) β-адреноблокаторы
Б) сердечные гликозиды
В) амиодарон
Г) лидокаин
ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОТМЕНЫ В-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
А) АВ-блокада
Б) продолжительность QRS 0,10 с
В) продолжительность PQ 0,18 с

Г) тахикардия
ПРИ ВСЕХ ВИДАХ АВ-БЛОКАД НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) изопротеренола хлорид
Б) лидокаин
В) атропин
Г) дигоксин
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АЦИДОЗ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ КУПИРУЕТСЯ ПУТЕМ
А) ликвидации дефицита ОЦК
Б) проведения оксигенотерапии
В) адекватного обезболивания
Г) проведения искусственной вентиляции легких
РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ОСТАНОВКЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ВКЛЮЧАЮТ
А) непрямой массаж сердца
Б) прикладывание холода на магистральные сосуды
В) введение линкомицина
Г) введение глюкагона
ТРАНСПОРТИРОВКА РЕБЁНКА С ГИПОТЕНЗИЕЙ ПРОВОДИТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ
А) Тренделенбурга
Б) лёжа на животе
В) строго сидя
Г) лёжа на спине
АДРЕНАЛИН ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ
А) анафилактическом шоке
Б) кардиогенном шоке
В) инфекционно-токсическом шоке
Г) декомпенсированной тампонаде сердца
НЕПРАВИЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТАНОВКЕ ДЫХАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) положить больного на правый бок
Б) уложить больного на спину, запрокинув назад голову
В) поднять и выдвинуть вперед подбородок
Г) провести искусственное дыхание «рот в рот» или «рот в нос»
СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ
А) отсутствии пульса на сонных артериях и остановке дыхания
Б) акроцианозе и судорогах
В) снижении систолического АД ниже 70 мм рт. ст.
Г) снижении диастолического АД ниже 60 мм рт. ст.
НЕПРАВИЛЬНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ ПРИ ОСТАНОВКЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ У РЕБЕНКА
А) положить ребенка на мягкую поверхность
Б) положить ребенка на твердую поверхность

В) зафиксировать время остановки кровообращения
Г) вызвать реанимационную бригаду
МЕРОПРИЯТИЕ, КОТОРОЕ НЕ ПРОВОДИТСЯ ПРИ УКУСЕ ЗМЕИ
А) наложение жгута на поражённую поверхность
Б) отсасывание яда из ранок
В) обработка ранок йодом и наложение асептической повязки
Г) создание физического покоя
ПРИ ВВЕДЕНИИ АДРЕНАЛИНА ПРОИСХОДИТ
А) повышение артериального давления
Б) увеличение кровоточивости
В) урежение сердечных сокращений
Г) расширение сосудов кожи, слизистых
К РАСШИРЕННОЙ ПРОГРАММЕ СЕРДЕЧНО-ЛЁГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ОТНОСЯТ
А) введение лекарственных препаратов
Б) обеспечение проходимости верхних дыхательных путей
В) проведение ИВЛ
Г) восстановление кровообращения
ПРИ ЭФФЕКТИВНОМ НЕПРЯМОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА МОЖЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ
А) пульс на периферических сосудах
Б) пульс на крупных артериях
В) сужение зрачков
Г) улучшение цвета кожи и слизистых
НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ НЕОТЛОЖНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ РАЗВИТИИ КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРКАПНИИ У БОЛЬНОГО В АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) перевод на ИВЛ
Б) усиление регидратационной терапии
В) назначение дыхательных аналептиков
Г) назначение гидрокарбоната натрия в/в
ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НЕКАРДИОГЕННОГО ОТЕКА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИМЕНЯЮТ
А) лазикс в/в
Б) метилурацил
В) аугментин в/м
Г) седуксен в/м
АТРОПИН ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ
А) нарушении атриовентрикулярной проводимости
Б) острой задержке мочи
В) кишечной непроходимости
Г) передозировке наркотических препаратов
КАКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В СТАБИЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ДОЛЖНО БЫТЬ ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ?

А) строго сидя
Б) вполоборота
В) лежа на спине
Г) полулежа

МЕРОПРИЯТИЕМ, НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СТЕНОЗА ГОРТАНИ III-IV СТЕПЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) интубация трахеи
Б) ИВЛ
В) кислородотерапия
Г) ингаляция адреналина

КОРРЕКЦИЯ РЕСПИРАТОРНОГО АЦИДОЗА ЛУЧШЕ ВСЕГО ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ
А) ИВЛ
Б) введения 4% раствора бикарбоната натрия в/в
В) введения трис-буфера
Г) в/в инфузии 25% раствора глюкозы

ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПИОПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ
А) плевральная пункция
Б) кислородотерапия
В) гормонотерапия
Г) ИВЛ

ВВОДИТЬ ГАНГЛИОБЛОКАТОРЫ ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ НЕОБХОДИМО
А) при АД выше нормы
Б) у детей первых месяцев жизни
В) в вертикальном положении больного
Г) при ЧД свыше 60 в 1 мин

ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ ПРИМЕНЯЮТ
А) лазикс
Б) маннитол
В) мочевину
Г) альбумин

МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АПНОЭ ПРИ РЕЗКОЙ ГИПЕРКАПНИИ У БОЛЬНОГО С ДЕПРЕССИЕЙ ЦНС ВЫСТУПАЕТ
А) кислородотерапия и ИВЛ
Б) трахеотомия
В) интубация трахеи
Г) актовегин в/в

ПРОВЕДЕНИЕ ЖАРОПОНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ ПРИ ТЕМПЕРАТУРЕ ТЕЛА _____ °С
А) 38,5
Б) 39
В) 37,5
Г) 38

К ПЕРВООЧЕРЕДНОМУ НЕОТЛОЖНОМУ ЛЕЧЕБНОМУ МЕРОПРИЯТИЮ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ОТНОСЯТ
А) введение адреналина
Б) восстановление ОЦК
В) введение преднизолона
Г) введение антигистаминных препаратов
ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ НЕ ПРИМЕНЯЮТ
А) антибиотики
Б) сорбенты
В) антигистаминные препараты
Г) гормоны
ПРИ ГИПЕРТЕРМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ
А) парацетамола
Б) нимесулида
В) ацетилсалициловой кислоты
Г) метамизола натрия
У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ПРИ ЦЕЛИАКИИ В АКТИВНОМ ПЕРИОДЕ ИСПОЛЬЗУЮТ СМЕСИ
А) на основе белковых гидролизатов
Б) кисломолочные
В) на основе белков сои
Г) гипоаллергенные
ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ ВЫБИРАТЬ ЗЛАКОВЫЕ КАШИ
А) без молока и клейковины
Б) молочные
В) глютеновые
Г) многокомпонентные
НАЗНАЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НЕ В СООТВЕТСТВИИ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ИХ ПРИМЕНЕНИЮ ОБОЗНАЧАЕТСЯ ТЕРМИНОМ
А) offlabel
Б) полипрагмазия
В) proxyproblem
Г) дженерик
НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ OFFLABEL УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ БЕЗ РЕШЕНИЯ КОНСИЛИУМА
А) не разрешено
Б) разрешено при наличии информированного согласия законного представителя
В) разрешено по медицинским показаниям
Г) разрешено при наличии согласия ребенка старше 12-ти лет
ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ МЯСО В РАЦИОН РЕБЕНКА СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ В ___ МЕС.
А) 6

Б) 7
В) 8
Г) 4
К АГЛЮТЕНОВЫМ КАШАМ ОТНОСИТСЯ
А) гречневая
Б) манная
В) овсяная
Г) ячневая
ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ФЕРРОТЕРАПИИ В ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ДОЗИРОВКЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
А) степенью анемии
Б) факторами риска развития анемии
В) скоростью повышения гемоглобина
Г) экономическими факторами семьи
К АНТИРЕФЛЮКСНЫМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С АСПИРАЦИОННЫМ БРОНХИТОМ ОТНОСИТСЯ
А) сон с поднятым головным концом кровати
Б) перевод ребенка на искусственное вскармливание
В) кормление грудью в горизонтальном положении
Г) отказ от ночных кормлений
У ДЕТЕЙ С ЖАРОПОНИЖАЮЩЕЙ ЦЕЛЬЮ ПРИ ОРВИ НЕЛЬЗЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
А) нимесулид
Б) парацетамол
В) ибупрофен
Г) комбинированные препараты парацетамол + ибупрофен
В СОСТАВЕ СОСУДОСУЖИВАЮЩИХ НОСОВЫХ КАПЕЛЬ ДЛЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА РАЗРЕШЕН К ПРИМЕНЕНИЮ
А) оксиметазолин 0,01%
Б) ксилометазолин 0,5%
В) эфедрин 2%
Г) нафазолин 0,05%
АМБУЛАТОРНО ПРИ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ I СТЕПЕНИ ИНГАЛЯЦИЯ СУСПЕНЗИИ БУДЕСОНИДА ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ КОМПРЕССОРНЫЙ НЕБУЛАЙЗЕР В РАЗОВОЙ ДОЗЕ ____ МГ
А) 0,5
Б) 1
В) 2
Г) 5
319
ДЕКОНГЕСТАНТЫ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ НАЗАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ НЕ БОЛЕЕ _____ ДНЕЙ
А) 3-5
Б) 1-2

В) 7-10
Г) 10-14
ТАКТИКОЙ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ПРИ ОДНОКРАТНОМ КРАТКОВРЕМЕННОМ АФФЕКТИВНО-РЕСПИРАТОРНОМ ПРИСТУПЕ У РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) проведение амбулаторного обследования, консультация невролога
Б) экстренная госпитализация в неврологическое отделение
В) экстренная госпитализация в инфекционное отделение
Г) плановая госпитализация в соматическое отделение
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ИНГАЛЯЦИЙ ПРИ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ I СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) будесонид
Б) дексаметазон
В) преднизолон
Г) гидрокортизон
ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ ЛАРИНГИТЕ
А) показана при стенозе гортани II степени
Б) показана при стенозе гортани I степени
В) не показана
Г) показана только при стенозе гортани III степени
ОТВЛЕКАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КРУПЕ ВКЛЮЧАЕТ
А) теплые ножные и ручные ванны
Б) холодные обертывания
В) массаж в дренажном положении
Г) постановку банок на грудную клетку
ТАКТИКОЙ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ПРИ ЭПИГЛОТИТЕ У РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) обеспечение экстренной госпитализации в ЛОР-отделение
Б) направление на консультацию ЛОР-врача поликлиники
В) назначение рациональной антибиотикотерапии, симптоматических препаратов, обеспечение ежедневного наблюдения на дому
Г) назначение противовирусной терапии, симптоматических препаратов, ингаляций будесонида через небулайзер
АМОКСИЦИЛЛИН ПРИ БГСА-ТОНЗИЛЛИТЕ НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗЕ _____ МГ/КГ/СУТКИ
А) 50
Б) 25
В) 10
Г) 100
ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АЗИТРОМИЦИНОМ ПРИ БГСАТОНЗИЛЛИТЕ СОСТАВЛЯЕТ
А) 5 дней
Б) 3 дня
В) 10 дней
Г) 14 дней

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ БЕТА2АГОНИСТАМИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ ОЦЕНИВАЮТ ПО
А) уменьшению одышки
Б) уменьшению тахикардии
В) улучшению отхождения мокроты
Г) снижению температурной реакции
РЕБЕНКУ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С БРОНХИОЛИТОМ УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ВЫБИРАЕТ ТАКТИКУ
А) госпитализации в стационар
Б) проведения рентгенографии органов грудной клетки, назначения рациональной антибиотикотерапии, симптоматических препаратов, обеспечения наблюдения на дому
В) назначения противовирусной терапии, симптоматических препаратов, ингаляций будесонида через небулайзер
Г) проведения общеклинических анализов, рентгенографии органов грудной клетки, назначения антибиотикотерапии и противовирусных средств, симптоматических препаратов, обеспечения наблюдения на дому
ПРИ БРОНХИТЕ, ВЫЗВАННОМ МИКОПЛАЗМОЙ, РЕБЕНКУ 6 МЕСЯЦЕВ В КАЧЕСТВЕ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ НАЗНАЧАЕТСЯ ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ
А) макролидов
Б) цефалоспоринов 2 поколения
В) аминопенициллинов
Г) аминогликозидов
ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ДЕТЯМ СТАРШЕ 5 ЛЕТ АМОКСИЦИЛЛИН ВНУТРЬ НАЗНАЧАЕТСЯ _____ В ДЕНЬ
А) 25 мг/кг 2 раза
Б) 50 мг/кг 2 раза
В) 5 мг/кг 1 раз
Г) 100 мг/кг 2 раза
В ГРУППУ МАКРОЛИДОВ ВХОДИТ ПРЕПАРАТ
А) джозамицин
Б) ванкомицин
В) линкомицин
Г) тобрамицин
ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ХЛАМИДИЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ АЗИТРОМИЦИН ВНУТРЬ НАЗНАЧАЕТСЯ _____ В ДЕНЬ
А) 5 мг/кг 1 раз
Б) 20 мг/кг 2 раза
В) 25 мг/кг 2 раза
Г) 10 мг/кг 1 раз
ПРОТИВОКАШЛЕВЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ НАЗНАЧАЮТСЯ ПРИ

А) сухом болезненном кашле и отсутствии физикальных изменений в легких
Б) кашле с вязкой, трудно отделяемой мокроте
В) влажном кашле преимущественно после сна
Г) продуктивном кашле у детей раннего возраста с поражением центральной нервной системы
ПРОТИВОКАШЛЕВЫМ ПРЕПАРАТОМ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) бутамират
Б) амброксол
В) ацетилцистеин
Г) гвайфенезин
КОМБИНИРОВАННЫМ ПРЕПАРАТОМ, В СОСТАВ КОТОРОГО ВХОДЯТ ФЕНОТЕРОЛ + ИПРАТРОПИУМ БРОМИД, ЯВЛЯЕТСЯ
А) беродуал
Б) сальбутамол
В) аскорил
Г) бронхолитин
НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ИНГАЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ АМБРОКСОЛОМ ДЕТЯМ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА РАЗРЕШЕНА ПО _____ В ДЕНЬ
А) 2 мл препарата 2 раза
Б) 3 мл препарата 3 раза
В) 1 мл препарата 2 раза
Г) 5 мл препарата 2 раза
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНГАЛЯЦИЙ ЧЕРЕЗ НЕБУЛАЙЗЕР В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ДЛЯ РАЗВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
А) натрия хлорид 0,9%
Б) минеральная вода негазированная
В) дистиллированная вода
Г) кипяченая вода
ДЕТЯМ С ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ
А) ингаляционной терапии бета2-агонистами
Б) антибактериальной терапии
В) ингаляционной терапии с альфа-адреномиметиками
Г) базисной терапии глюкокортикостероидами
МАКСИМАЛЬНАЯ РАЗОВАЯ ДОЗА САЛЬБУТАМОЛА ДЛЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ_____ МЛ
А) 2,5
Б) 5
В) 1
Г) 3,5
ПРЕПАРАТОМ ИНТЕРФЕРОНА ЯВЛЯЕТСЯ
А) виферон

Б) арбидол
В) амиксин
Г) кагоцел
СИСТЕМНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ
А) среднем отите
Б) обструктивном бронхите
В) остром ринофарингите
Г) тонзиллите вирусной этиологии
В СЛУЧАЕ АСПИРАЦИОННОГО БРОНХИТА АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ГРУДНОМУ РЕБЕНКУ ПОКАЗАНА ПРИ
А) гипертермии
Б) ночном кашле
В) выявлении рефлюкса
Г) невозможности проведения лечебных антирефлюксных мероприятий
В КАЧЕСТВЕ ЗАГУСТИТЕЛЯ В АНТИРЕФЛЮКСНЫХ СМЕСЯХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
А) камедь рожкового дерева
Б) гуаровая камедь
В) ксантановая медь
Г) агар
ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ КИШЕЧНЫХ КОЛИК ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ
А) симетикон
Б) панкреатин
В) нифуроксазид
Г) метоклопрамид
ДЛЯ ТЕРАПИИ НЕОСЛОЖНЕННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ
А) интраназальные антибактериальные препараты
Б) антигистаминные средства
В) антилейкотриеновые препараты
Г) интраназальные глюкокортикостероиды
ЭЛИМИНАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ С КЛЕЩЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ ВКЛЮЧАЮТ
А) регулярную стирку постельного белья
Б) увлажнение воздуха до 70%
В) применение натуральной одежды из шерсти
Г) уменьшение частоты приема гигиенических ванн
ДЕТЯМ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ДОЛЖЕН ПРОВОДИТЬ
А) оценку эффективности начальной базисной терапии
Б) аллергенспецифическую иммунотерапию
В) оценку кожных проб
Г) выполнение спирографии

ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ НАЧАЛЬНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ У РЕБЕНКА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ДОЛЖЕН
А) направить ребенка на госпитализацию в стационар
Б) увеличить дозу ингаляционных глюкокортикостероидов
В) назначить болюсно системные глюкокортикостероиды
Г) увеличить дозу ингаляционных глюкокортикостероидов + бета-2-агонистов длительного действия
БЕТА2-АГОНИСТОМ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕПАРАТ
А) сальбутамол
Б) беклометазон
В) сальметерол
Г) формотерол
ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ДВИГАТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ
А) занятия в группе ЛФК и дыхательную гимнастику
Б) занятия в подготовительной группе через 1 месяц после приступа
В) занятия в основной группе через 3 месяца после приступа
Г) освобождение от физической нагрузки
ДЛЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ИСКЛЮЧАЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ
А) мазей с кальципотриолом
Б) местных нестероидных противовоспалительных средств
В) увлажняющих средств лечебной косметики
Г) местных глюкокортикостероидов
К ИНТРАНАЗАЛЬНЫМ АНТИГИСТАМИННЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ
А) азеластин
Б) флутиказона фуроат
В) оксиметазолин
Г) фенилэфрин
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЫ ПЕРВОЙ ЛИНИЕЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ
А) антигистаминные препараты 2 поколения
Б) антигистаминные препараты 1 поколения
В) системные глюкокортикостероиды
Г) местные глюкокортикостероиды
ДЕТЯМ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ЦЕТИРИЗИН НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗИРОВКЕ ___МГ/СУТКИ
А) 10
Б) 5
В) 20
Г) 15
ДЕТЯМ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЕЙ ЛОРАТАДИН НАЗНАЧАЮТ В ДОЗЕ _____ В СУТКИ

А) 5 мг 1 раз
Б) 5 мг 2 раза
В) 10 мг 1 раз
Г) 10 мг 2 раза
ПРИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К ГРИБКОВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ ИЗ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА ИСКЛЮЧАЮТСЯ
А) ферментированные сыры
Б) соевые продукты
В) зерновые продукты
Г) яйца
ТАКТИКОЙ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ПРИ ОБОСТРЕНИИ У РЕБЕНКА ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С РАСПРОСТРАНЕННЫМ КОЖНЫМ ПРОЦЕССОМ И ВТОРИЧНЫМ ИНФИЦИРОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) госпитализация в стационар
Б) направление на консультацию аллерголога
В) направление на консультацию дерматолога
Г) направление на консультацию инфекциониста, аллерголога, дермотолога
К ГРУППЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ
А) метопролол
Б) каптоприл
В) предуктал
Г) сальбутамол
РЕБЕНКУ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСФУНКЦИИ ПО ВАГОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОФОРЕЗА С
А) хлоридом кальция 5%
Б) эуфиллином 2%
В) папаверином 1%
Г) сернокислой магнезией 4%
РЕБЕНКУ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСФУНКЦИИ ПО ВАГОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ ФИТОТЕРАПИИ В ВИДЕ
А) тонизирующих растительных препаратов утром и седативных растительных препаратов в вечернее время
Б) седативных растительных сборов утром и вечером
В) тонизирующих растительных сборов утром и вечером
Г) седативных растительных препаратов утром и тонизирующих препаратов в вечернее время
К СЕДАТИВНЫМ ТРАВАМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ФИТОТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ
А) шалфей
Б) лимонник
В) аралия
Г) женьшень

КОФАКТОРОМ БЕТА-ОКИСЛЕНИЯ ЖИРНЫХ КИСЛОТ, ПРИМЕНЯЕМЫМ В КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ, ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕПАРАТ
А) L-карнитин
Б) Аспаркам
В) Рибоксин
Г) цитохром С
ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ
А) бронхоконстрикция
Б) ремоделирование и диастолическая дисфункция левого желудочка
В) снижение токсического эффекта адреналина на миокард
Г) артериальная гипертония
МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (АГ) ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ НАЗНАЧАЕТСЯ ПРИ
А) неэффективности немедикаментозного лечения АГ I степени низкого риска в течение 6-12 месяцев
Б) выявлении артериальной гипертензии I степени низкого риска
В) выявлении высокого нормального давления
Г) неэффективности немедикаментозного лечения АГ I степени низкого риска в течение 1-3 месяцев
ИНГИБИТОРОМ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФАКТОРА, РАЗРЕШЕННЫМ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ, ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕПАРАТ
А) эналаприл
Б) лозартан
В) нифедипин
Г) гидрохлортиазид
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ РЕКОМЕНДУЮТСЯ МОЧЕГОННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ГРУППЕ
А) тиазидных салуретиков
Б) петлевых салуретиков
В) калийсберегающих диуретиков
Г) осмотических диуретиков
ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРЕПАРАТА ИЗ ГРУППЫ БЛОКАТОРОВ МЕДЛЕННЫХ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ НИФЕДИПИНА ЯВЛЯЕТСЯ
А) синусовая тахикардия
Б) цереброваскулярная недостаточность
В) диабетическая нефропатия
Г) гипертонический криз
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ СТАРТОВАЯ ДОЗА КАПТОПРИЛА ДЛЯ ПРИЕМА ЧЕРЕЗ РОТ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ/СУТКИ
А) 0,3-0,5
Б) 5-10

В) 1-2
Г) 0,05-0,1
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ СТАРТОВАЯ ДОЗА НИФЕДИПИНА ДЛЯ ПРИЕМА ЧЕРЕЗ РОТ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ/СУТКИ
А) 0,25-0,5
Б) 2,5-6,5
В) 0,01-0,05
Г) 6,5-10
ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА КАВАСАКИ ОТСУТСТВУЮТ ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ
А) амоксициллина
Б) ацетилсалициловой кислоты
В) внутривенного иммуноглобулина
Г) метилпреднизолона
ИНГИБИТОРЫ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПЕРЕД ТЕСТИРОВАНИЕМ С ПОМОЩЬЮ
А) серологического метода обнаружения антител к Helicobacterpylori в сыворотке крови
Б) антигенового стул-теста
В) метода полимеразной цепной реакции для выявления Helicobacterpylori в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки
Г) уреазного дыхательного теста
ОМЕПРАЗОЛ ДЕТЯМ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ НАЗНАЧАЕТСЯ ИЗ РАСЧЕТА ____ МГ/КГ/СУТ
А) 1-2
Б) 3-5
В) 5-10
Г) 10-12
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СТАНДАРТНОЙ ТРОЙНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ
А) 10-14 дней
Б) 5-7 дней
В) 18-21 день
Г) 3-5 дней
В ТЕРАПИЮ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЭРАДИКАЦИИ HELICOBACTERPYLORI ВКЛЮЧЕНА СХЕМА
А) ингибитор протонной помпы + амоксициллин + кларитромицин
Б) висмута субцитрат + ингибитор протонной помпы + амоксициллин + кларитромицин
В) ингибитор протонной помпы + висмута субцитрат + джозамицин
Г) ингибитор протонной помпы + метронидазол + тетрациклин + висмута субцитрат
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ КОНТРОЛИРУЮТ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЧЕРЕЗ

А) 4 недели
Б) 8 недель
В) 2 недели
Г) 3 месяца
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЖЕЛУДОЧНОЙ ЯЗВЕ КОНТРОЛИРУЮТ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЧЕРЕЗ
А) 8 недель
Б) 4 недели
В) 2 недели
Г) 3 месяца
К ОСНОВНЫМ ПРЕПАРАТАМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, НЕ АССОЦИИРОВАННОЙ С HELICOBACTERPYLORI, ОТНОСИТСЯ
А) эзомепразол
Б) нифурател
В) кларитромицин
Г) метронидазол
НЕПРЕРЫВНАЯ ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ИНГИБИТОРАМИ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПОКАЗАНА
А) при сопутствующем эрозивно-язвенном рефлюкс-эзофагите
Б) для профилактики и лечения антибиотикоассоциированной диареи
В) при нарушениях моторики желудочно-кишечного тракта
Г) для преодоления устойчивости Helikobacterpylori к антибиотикам
ПРИ РЕЦИДИВЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НАЗНАЧАЕТСЯ ДИЕТА №
А) 1
Б) 5
В) 4
Г) 15
ИЗ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА ИСКЛЮЧАЮТСЯ
А) сырые овощи и фрукты
Б) макаронные изделия
В) отварное мясо и рыба
Г) молоко и пресный творог
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ИСКЛЮЧАЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
А) антибиотиков
Б) Н2-блокаторов
В) антацидов
Г) ингибиторов протонной помпы
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НЕИНВАЗИВНЫМИ МЕТОДАМИ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ КУРСА АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ
А) 6 недель

Б) 2 недели
В) 3 месяца
Г) 6 месяцев
В ДИЕТОТЕРАПИИ ЦЕЛИАКИИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
А) пшено
Б) овес
В) рожь
Г) ячмень
ПРИ ЦЕЛИАКИИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ
А) лоперамида
Б) липазы
В) препаратов кальция
Г) адсорбентов
ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ ДИЕТОТЕРАПИИ ЦЕЛИАКИИ В СТАДИИ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ _____ ПОСЛЕ ПРЕДЫДУЩЕГО ОБСЛЕДОВАНИЯ
А) 12-18 месяцев
Б) 1-2 месяца
В) 3-6 месяцев
Г) 3 года
БЕЗГЛЮТЕНОВАЯ ДИЕТА ПРИ ЦЕЛИАКИИ НАЗНАЧАЕТСЯ
А) пожизненно
Б) в активный период заболевания
В) до наступления периода полной ремиссии
Г) в течение двух лет периода ремиссии
КОМПЛЕКСНОЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ПРОВОДИТСЯ НА
А) IV этапе
Б) I этапе выхаживания
В) II этапе выхаживания
Г) III этапе
ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА ПРИМЕНЯЮТСЯ
А) сосудистые препараты
Б) нестероидные противовоспалительные средства
В) антибактериальные препараты
Г) индукторы интерферона
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА НАЗНАЧАЮТ
А) ингибиторы протонной помпы, прокинетики и корректоры моторики, антациды

Б) ингибиторы протонной помпы, прокинетики, гастропротекторы, антибиотики
В) сорбенты, желчегонные препараты, спазмолитики
Г) нестероидные противовоспалительные средства, кортикостероиды
В КАЧЕСТВЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ С ДИФФУЗНОЙ МЫШЕЧНОЙ ГИПОТОНИЕЙ ИСКЛЮЧАЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ
А) бендазола
Б) левокарнитина
В) корилипа
Г) цитофлавина
В СОСТАВ ФИТОПРЕПАРАТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНЫХ КОЛИК У ДЕТЕЙ, ВКЛЮЧАЕТСЯ
А) фенхель
Б) женьшень
В) алтей
Г) боярышник
ДОЗА ПРЕДНИЗОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ
А) 1
Б) 5
В) 2
Г) 0,5
ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В СТАДИИ НЕПОЛНОЙ РЕМИССИИ (1 ГОД ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ) НАЗНАЧАЮТ ДИЕТУ
А) с механическим и химическим щажением
Б) с повышенным количеством белка
В) с пониженным количеством белка
Г) с пониженной калорийностью
ЕЖЕДНЕВНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ДОЗА ВИТАМИНА Д ДОНОШЕННОМУ РЕБЕНКУ С ВИТАМИН-Д ДЕФИЦИТНЫМ РАХИТОМ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЕ
А) 2000 – 4000
Б) 500 – 1000
В) 10 000 – 15 000
Г) 7000 – 8000
К НЕОБХОДИМЫМ ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ОТНОСЯТ
А) «управляемое» мочеиспускание, антибактериальную терапию («защищенные» пенициллины, цефалоспорины)
Б) иммуномодулирующую терапию, назначение антигистаминных препаратов
В) иглорефлексотерапию, антибактериальную терапию

Г) противорецидивную терапию (нитрофурановые препараты, препараты налидиксовой кислоты)

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ

А) имодиума
Б) регидрона
В) энтерофурила
Г) смекты

СУТОЧНАЯ ДОЗА ЦЕФИКСИМА РЕБЕНКУ С ОСТРЫМ БРОНХИТОМ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ

А) 8
Б) 10
В) 15
Г) 20

СУТОЧНАЯ ДОЗА ЦЕФТРИАКСОНА РЕБЕНКУ 14 ЛЕТ С ДИАГНОЗОМ «ОСТРАЯ ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ДВУСТОРОННЯЯ БРОНХОПНЕВМОНИЯ, СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ, ДН I» СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ

А) 20-80
Б) 15-20
В) 50-100
Г) 100-200

ПРИ ОБОСТРЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ЯВЛЯЕТСЯ

А) сальбутамол
Б) монтелукаст
В) кетотифен
Г) преднизолон

РЕБЕНКУ 2 ЛЕТ С ДИАГНОЗОМ «ОРВИ, КАТАРАЛЬНАЯ ФОРМА, СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ» РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧИТЬ

А) генферон лайт
Б) ингавирин
В) лавомакс
Г) циклоферон

АРБИДОЛ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОРВИ У ДЕТЕЙ НАЗНАЧАЕТСЯ С ВОЗРАСТА _____ ЛЕТ

А) 2
Б) 4
В) 6
Г) 10

РАЗОВАЯ ДОЗА ПАРАЦЕТАМОЛА РЕБЕНКУ 5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ

А) 10-15
Б) 1-2
В) 3-5
Г) 5-7

ОСТРЫЙ БРОНХИТ, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ ВЛАЖНЫМ КАШЛЕМ С ОБИЛЬНЫМ ОТДЕЛЯЕМЫМ, ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ
А) синекода
Б) лазолвана
В) бромгексина
Г) ацетилцистеина
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛАКУНАРНОЙ АНГИНЫ СТРЕПТОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРИМЕНЯЮТ
А) феноксиметилпенициллин
Б) азитромицин
В) цефиксим
Г) кларитромицин
САМЫМ НАДЕЖНЫМ СПОСОБОМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В СЛУЧАЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ КРУПНЫХ АРТЕРИЙ РУК И НОГ ЯВЛЯЕТСЯ
А) наложение жгута
Б) наложение давящей повязки
В) пальцевое прижатие
Г) максимальное сгибание конечности
ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ В КОМПЛЕКС НЕОТЛОЖНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ВХОДИТ
А) введение адреналина, глюкокортикоидов внутривенно, оксигенотерапия, прекращение поступления аллергена в организм
Б) введение адреналина внутривенно, введение анальгетиков, оксигенотерапия, прекращение поступления аллергена в организм
В) введение глюкокортикоидов внутривенно, оксигенотерапия, прекращение поступления аллергена в организм
Г) оксигенотерапия, введение анальгетиков, введение адреналина внутривенно, введение глюкокортикоидов внутривенно
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛАКУНАРНОЙ АНГИНЫ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ПРИМЕНЯЮТ
А) вильпрафен солютаб
Б) амоксициллин
В) аугментин
Г) цедекс
ОПТИМАЛЬНО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДВУСТОРОННЕГО ГНОЙНОГО ОТИТА АУГМЕНТИН ПРИНИМАТЬ
А) во время еды
Б) за 30 минут до еды
В) через 1-2 часа после еды
Г) независимо от приема пищи
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ «РОЗОВОЙ» ГИПЕРТЕРМИИ ПРИ ОРВИ У ДЕТЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
А) противовирусные препараты, физические методы охлаждения, жаропонижающие препараты

Б) антибактериальные препараты, физические методы охлаждения, жаропонижающие препараты
В) противовирусные препараты, антибактериальные препараты, физические методы охлаждения
Г) противовирусные препараты, антибактериальные препараты, жаропонижающие препараты
ПРИ СУХОМ, НАВЯЗЧИВОМ, «КОКЛЮШЕПОДОБНОМ» КАШЛЕ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ
А) омнитус
Б) фенспирид
В) амброксол
Г) мукалтин
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗА ГОРТАНИ I СТЕПЕНИ ПРИМЕНЯЮТ
А) пульмикорт
Б) сальбутамол
В) преднизолон
Г) адреналин
ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЭПИГЛОТИТ НЕОБХОДИМО
А) успокоить пациента, экстренно госпитализировать в положении «сидя»
Б) провести оксигенотерапию, экстренно госпитализировать в положении «лежа»
В) провести ревизию зева, ингаляции пульмикорта
Г) провести оксигенотерапию, внутривенно ввести адреналин
АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ В АМБУЛАТОРНОПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ПРОВОДЯТ ПРИ
А) температуре выше 38,5ºС более 3-х дней
Б) температуре 37,5ºС в первый день заболевания
В) экзантеме
Г) головной боли
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОЦЕНИВАЕТСЯ
А) в течение трех суток от начала лечения
Б) в течение первых суток от начала лечения
В) в течение пяти суток от начала лечения
Г) по окончанию курса лечения
ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МЕНИНГОКОККОВУЮ ИНФЕКЦИЮ У РЕБЕНКА ПРИМЕНЯЮТ
А) левомицетин
Б) пенициллин
В) цефазолин
Г) гентамицин
К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ПЕНИЦИЛЛИНОВОГО РЯДА ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИЕМА ОТНОСЯТСЯ
А) аугментин, феноксиметилпенициллин, амоксициллин
Б) цедекс, супракс, зиннат
В) гентамицин, левомицетин, фуразолидон

Г) сумамед, вильпрафен солютаб, клацид
К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ЦЕФАЛОСПОРИНОВОГО РЯДА ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИЕМА ОТНОСЯТСЯ
А) цедекс, супракс, зиннат
Б) аугментин, феноксиметилпенициллин, амоксициллин
В) гентамицин, левомицетин, фуразолидон
Г) сумамед, вильпрафен солютаб, клацид
АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ
А) пипольфена
Б) супрастина
В) адреналина
Г) преднизолона
ПРИ ЛИХОРАДКЕ ПАРАЦЕТАМОЛ ВНУТРЬ НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗЕ ____ МГ/КГ
А) 10-15
Б) 5-9
В) 16-20
Г) 1-4
ПРИ ЛИХОРАДКЕ ИБУПРОФЕН ВНУТРЬ НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗЕ____ МГ/КГ
А) 5-10
Б) 11-15
В) 1-4
Г) 15-20
РАЗОВАЯ ДОЗА БЕРОДУАЛА ДЛЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ
А) 0,5-1,0
Б) 0,1-0,4
В) 1,1-2,0
Г) 2,1-2,5
ЕЖЕДНЕВНЫЙ ДОМАШНИЙ МОНИТОРИНГ САТУРАЦИИ ДЕТЯМ С ЕДИНСТВЕННЫМ ЖЕЛУДОЧКОМ СЕРДЦА В МЕЖОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРОВОДИТСЯ
А) родителями ребенка
Б) участковым педиатром
В) детским кардиологом поликлиники
Г) участковой медицинской сестрой
ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ПОКАЗАН КОНТРОЛЬ ____ КРОВИ
А) калия
Б) глюкозы
В) гемоглобина

Г) щелочной фосфатазы
ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА МОЛОКА У МАТЕРИ СЛЕДУЕТ
А) увеличить частоту прикладывания ребёнка к груди
Б) уменьшить частоту прикладывания ребёнка к груди
В) уменьшить физические нагрузки матери
Г) увеличить физические нагрузки матери
ПРИ ГИПОГАЛАКТИИ I СТЕПЕНИ МАТЕРИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
А) увеличить число кормлений грудью
Б) назначить докорм
В) ввести прикорм
Г) отказаться от ночных кормлений
АДАПТАЦИЯ МОЛОЧНОЙ СМЕСИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
А) введение белков молочной сыворотки
Б) увеличение содержания белка
В) снижение содержания лактозы
Г) введение аминокислоты серин
ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ РЕБЕНКА С АЛЛЕРГИЕЙ НА БЕЛОК КОРОВЬЕГО МОЛОКА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ
А) смеси на основе полного гидролизата белка
Б) адаптированные молочные смеси
В) безлактозные смеси
Г) кисломолочные смеси
В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ПРИКОРМА РЕБЕНКУ С ГИПОТРОФИЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВЕСТИ
А) кашу
Б) овощное пюре
В) мясной фарш
Г) творог
КРАТНОСТЬ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ДОЛЖНА БЫТЬ РЕЖЕ ИЗ-ЗА
А) низких показателей клубочковой фильтрации
Б) нарушения кислотно-основного состояния
В) длины и извитости мочеточников
Г) недостаточного развития коркового слоя
ПРИ I СТЕПЕНИ ГИПОГАЛАКТИИ У МАТЕРИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
А) увеличить число кормлений грудью
Б) назначить докорм
В) ввести прикорм
Г) отказаться от ночных кормлений
ДЛЯ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА С ИЗБЫТКОМ МАССЫ ТЕЛА ХАРАКТЕРНО
А) использование низкокалорийных продуктов
Б) снижение объема съедаемой пищи
В) более частое питание
Г) более редкое питание

КОЛИЧЕСТВО ВОДЫ ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ КИШЕЧНИКА (ОЧИСТИТЕЛЬНАЯ КЛИЗМА) В ВОЗРАСТЕ 6-9 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ
А) 100-120 мл
Б) 1000мл
В) до 50 мл
Г) 500 мл
РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА ДЕКСАМЕТАЗОНА У ДЕТЕЙ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ ВЕСА
А) 0,2-0,5
Б) 0,01-0,05
В) 0,06-0,1
Г) 1,5-2
РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА АДРЕНАЛИНА У ДЕТЕЙ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ ВЕСА
А) 0,01
Б) 0,05
В) 0,1
Г) 0,2
ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ СО СПАЗМОФИЛИЕЙ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ
А) кальция глюконата
Б) прозерина
В) лидокаина
Г) анальгина
ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОХЛАЖДЕНИЯ ПРИ ЛИХОРАДКЕ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ
А) при признаках «бледной лихорадки»
Б) при наличии в анамнезе судорог на повышение температуры тела
В) при сопутствующих заболеваниях сердца
Г) всегда
КОЛИЧЕСТВО ВОДЫ ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ КИШЕЧНИКА (ОЧИСТИТЕЛЬНАЯ КЛИЗМА) В ВОЗРАСТЕ 6-9 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ
А) 100-120
Б) 1000
В) до 50
Г) 500
ПРИ РЕАНИМАЦИИ ДЕТЕЙ ДО 14 ЛЕТ ДЕФИБРИЛЛЯЦИЮ НУЖНО НАЧИНАТЬ С _____ ДЖ НА КГ
А) 2
Б) 4
В) 10
Г) 5

ИВЛ ПРИ РЕАНИМАЦИИ ДЕТЕЙ ДО 14 ЛЕТ ПРОВОДИТСЯ ____ % КИСЛОРОДОМ
А) 100
Б) 50
В) 35
Г) 75
ГЛАВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ НАПРЯЖЕННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) плевральная пункция и дренаж
Б) возвышенное положение
В) положение на пораженной стороне
Г) интубация и искусственное дыхание
НЕОБХОДИМЫЙ ИНТЕРВАЛ ВРЕМЕНИ МЕЖДУ РАЗРЯДАМИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ СОСТАВЛЯЕТ_____МИН.
А) 1-2
Б) 3-4
В) 5
Г) 6-7
ДЛЯ ТЕРАПИИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ ТАХИАРИТМИИ, ВОЗНИКШЕЙ У БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА, НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
А) дигоксин
Б) верапамил
В) пропранолол
Г) новокаинамид
ТРАНСПОРТИРОВКУ ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ПОВЫШЕНИЕМ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ПОЛОЖЕНИИ
А) лежа на спине с приподнятым головным концом
Б) лежа на спине с приподнятым ножным концом
В) сидя
Г) на животе
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ОЦЕНИВАЮТ ПО ХАРАКТЕРУ ИЗМЕНЕНИЯ
А) пульса на периферических артериях
Б) сознания
В) диаметра зрачка
Г) артериального давления
К ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ЭКГ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НЕ ОТНОСИТСЯ
А) дельта-волна
Б) синусовая аритмия
В) миграция источника ритма в пределах предсердий
Г) отрицательный зубец Т в правых отведениях

КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО РАЗРЯДОВ ВОЗМОЖНО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ?
А) не ограничено при сохранении фибрилляции желудочков
Б) ограничено при сохранении фибрилляции желудочков
В) не ограничено при сохранении брадикардии
Г) ограничено при сохранении пароксизмальной тахикардии
НЕОБХОДИМО ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ КАЛЬЦИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ, ЕСЛИ ВЫЯВЛЕНА
А) гипокальциемия
Б) асистолия и атония миокарда
В) электромеханическая диссоциация
Г) фибрилляция желудочков
ПРИ ЗАПРОКИДЫВАНИИ ГОЛОВЫ ПАЦИЕНТА КЗАДИ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ
А) выпрямление дыхательных путей
Б) предотвращение западения языка
В) улучшение мозгового кровотока
Г) улучшение сердечного ритма
ДЛЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРУПЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
А) будесонид
Б) преднизолон
В) амброксол
Г) фиксированная комбинация фенотерола и ипратропиума бромида
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) фиксированная комбинация фенотерола и ипратропиума бромида
Б) теофиллин
В) будесонид
Г) амброксол
К ПРИЗНАКАМ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ЭУФИЛЛИНА ОТНОСЯТ
А) возбуждение, боли в животе, тошноту, рвоту
Б) падение артериального давления
В) нарушение сердечного ритма
Г) острую задержку мочи
ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ РЕБЕНКА СТАРШЕ ОДНОГО ГОДА ПРИ ОЖОГАХ _____ НЕОБЯЗАТЕЛЬНА
А) I ст. 5-10%
Б) I ст. 10-15%
В) II ст. 5% более
Г) III ст. 3% и более
ПРИ СОЛНЕЧНОМ УДАРЕ НЕОБХОДИМО ПРЕЖДЕ ВСЕГО
А) госпитализировать ребенка в случае нарушения гемодинамики и дыхания
Б) поместить ребенка в тень

В) применить холод на магистральные сосуды
Г) ввести жаропонижающий препарат
ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ УГАРНЫМ ГАЗОМ МЕТОДОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) гипербарическая оксигенация
Б) заменное переливание крови
В) гемосорбция
Г) ингаляции кислородно-воздушной смеси
ПРИЕМ ГЕЙМЛИХА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ОДНОГО ГОДА
А) стоя
Б) сидя или лежа на боку
В) лежа на спине
Г) лежа на животе
КАКИМ РАСТВОРОМ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ПРОВОДИТЬ ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ОТРАВЛЕНИЯ КИСЛОТАМИ?
А) 4% раствором гидрокарбоната натрия
Б) 2% раствором окиси магния
В) теплой водой
Г) 0,1% раствором марганцевокислого калия
ПРИ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОМ СИДРОМЕ У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ СИНДРОМНУЮ ТЕРАПИЮ С ПРИМЕНЕНИЯ
А) раствор парацетамола для внутривенного введения
Б) метамизола натрия
В) хлопромазин
Г) прометазина гидрохлорид
У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРОТИВОПОКАЗАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В КАЧЕСТВЕ ЖАРОПОНИЖАЮЩЕГО ПРЕПАРАТА
А) ацетилсалициловой кислоты
Б) парацетамола в свечах
В) ибупрофена
Г) парацетамола в сиропе
К ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ ОТНОСИТСЯ ВВЕДЕНИЕ
А) диазепама
Б) фуросемида
В) преднизолона
Г) метамизола натрия
ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ
А) сальбутамол
Б) преднизолон
В) будесонид
Г) теофиллин внутривенно

БОЛЬНОМУ С АНАФИЛАКТИЧЕСКИМ ШОКОМ НЕОБХОДИМО ПРЕЖДЕ ВСЕГО ВВЕСТИ
А) адреналин
Б) атропин
В) преднизолон
Г) хлористый кальций
ПРИ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВВОДИТЬ
А) системные кортикостероиды, антибиотики
Б) сердечные гликозиды, антибиотики, системные кортикостероиды
В) мезатон, антибиотики, гепарин
Г) жаропонижающие препараты, антигистаминные препараты, антибиотики
КАКИМ ДОЛЖНО БЫТЬ ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО С РВОТОЙ ВО ВРЕМЯ ТРАНСПОРТИРОВКИ?
А) лежа на боку
Б) лежа на спине
В) лежа на животе
Г) сидя с запрокинутой головой
СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ
А) остановке сердца
Б) отсутствии сознания
В) отсутствии дыхания
Г) снижении систолического АД ниже 70 мм рт. ст.
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ СНИЖЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА У РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) парацетамол
Б) метамизол натрия
В) нимесулид
Г) прометазин
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ЭКСИКОЗЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН
А) раствор Рингера
Б) раствор глюкозы 5%
В) раствор глюкозы 10%
Г) свежезамороженная плазма
СРЕДСТВО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ГНОЙНОГО ОТИТА У ДЕТЕЙ
А) назначение амоксициллина-клавуланата в суточной дозе 80 мг/кг
Б) парацентез и назнчение антибиотика широкого спектра
В) назначение амоксициллина-клавуланата в суточной дозе 30 мг/кг
Г) назначение антибиотика из группы макролидов
ВДУВАНИЕ ВОЗДУХА И СЖАТИЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ РЕАНИМАЦИИ, ПРОВОДИМОЙ ОДНИМ РЕАНИМАТОРОМ, ПРОВОДЯТСЯ В СООТНОШЕНИИ
А) 2 : 15

Б) 1 : 5
В) 1 : 15
Г) 2 : 30

«ТРОЙНОЙ» ПРИЕМ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СВОБОДНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ

А) под лопатки подложен валик, голова отогнута кзади, нижняя челюсть выдвинута вперед
Б) положение на спине, голова повернута на бок, нижняя челюсть выдвинута вперед
В) положение на спине, голова согнута кпереди, нижняя челюсть прижата к верхней
Г) положение на спине, под лопатки подложен валик, нижняя челюсть прижата к верхней

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НАРУЖНОГО МАССАЖА СЕРДЦА ЛАДОНИ СЛЕДУЕТ РАСПОЛОЖИТЬ

А) на границе средней и нижней трети грудины
Б) на верхней трети грудины
В) на границе верхней и средней трети грудины
Г) в пятом межреберном промежутке слева

ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА ПРОВОДИТСЯ

А) двумя пальцами
Б) основанием ладони одной руки
В) двумя руками
Г) одним пальцем

ПРОТИВООТЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ ПОКАЗАНА ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ

А) нарастания внутричерепного давления
Б) развития отека мозга
В) нарастания гематомы
Г) развития отека легких

ОБЪЕМ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ЭКСИКОЗЕ СОСТАВЛЯЕТ ___ МЛ/КГ

А) 100
Б) 200
В) 50
Г) 75

НАИЛУЧШИЙ ЭФФЕКТ ПРИ ПОДСВЯЗОЧНОМ ОТЕКЕ У ДЕТЕЙ БЫВАЕТ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ

А) ингаляций будесонида
Б) парокислородных ингаляций
В) симпатомиметиков
Г) диуретиков

ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР СТИМУЛИРУЮТ

А) салицилаты

Б) транквилизаторы
В) снотворные
Г) нейролептики
ПУНКЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ СПРАВА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ, ПОТОМУ ЧТО
А) предотвращает повреждение грудного протока
Б) технически выполняется легче
В) меньше возможность повреждения легкого
Г) предотвращает повреждение сонной артерии
КИСЛОРОДОТЕРАПИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ ЛЮБОМУ РЕБЕНКУ С САТУРАЦИЕЙ КРОВИ КИСЛОРОДОМ НИЖЕ __%
А) 92
Б) 98
В) 85
Г) 80
ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УГАРНЫМ ГАЗОМ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) гипербарическая оксигенация
Б) искусственная вентиляция легких 100% О2
В) введение антидота внутривенно
Г) обменное переливание крови
ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА У РЕБЕНКА С ОТРАВЛЕНИЕМ В БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ДОПУСТИМО
А) после интубации трахеи
Б) в положении на спине
В) после идентификации яда
Г) в положении на боку с опущенной головой
ПРИ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЕ БЕЗ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИХ ОТЕКОВ ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ
А) антигистаминным препаратом второго поколения
Б) инфузионная терапия с целью дезинтоксикации
В) антигистаминный препарат первого поколения
Г) преднизолон 1-2 мг/кг в сутки коротким курсом
ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ДЕТЕЙ МОРФИЕМ ПРИМЕНЯЮТ
А) налорфин
Б) бемегрид
В) атропин
Г) протамин сульфат
ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ДЕТЕЙ ГЕПАРИНОМ ПРИМЕНЯЮТ
А) протамин сульфат
Б) бемегрид
В) налорфин
Г) атропин
ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ДЕТЕЙ ФОС ПРИМЕНЯЮТ
А) атропин

Б) бемегрид
В) налорфин
Г) протамин сульфат
ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ НЕ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
А) аминогликозиды
Б) левомицетин
В) пенициллин
Г) азитромицин
МАКСИМАЛЬНАЯ ДОЗА ЛАЗИКСА, ВВОДИМАЯ ДЕТЯМ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОЧЕЧНОГО БЛОКА, СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ
А) 5-7
Б) 30-40
В) 15-20
Г) 1-2
ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ПРЕЖДЕ ВСЕГО НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ
А) адреналин
Б) дексаметазон
В) хлоропирамин
Г) допамин
ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПЕРЕДОЗИРОВКИ НАФТИЗИНА ИЛИ ГАЛАЗОЛИНА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ
А) сонливость, снижение артериального давления, брадикардия, бледность кожных покровов
Б) красный дермографизм, тахикардия, артериальная гипертензия
В) судороги, гипертермия, повышенная возбудимость
Г) полиурия, полидипсия, гипергликемия
ПРИ АСИСТОЛИИ ПОКАЗАНО
А) введение адреналина
Б) введение амиодарона
В) дефибрилляция
Г) введение раствора Рингера 20 мл/кг болюсно
ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА НАЧАЛЬНОГО ЭТАПА ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БОЛЬШИНСТВЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
А) восстановлении объема циркулирующей плазмы
Б) восстановлении объема циркулирующих эритроцитов
В) дезинтоксикации
Г) восстановлении объема экстрацеллюлярной жидкости
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АЦИДОЗ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ КУПИРУЕТСЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ПУТЕМ
А) ликвидации дефицита ОЦК
Б) проведения искусственной вентиляции легких
В) введения раствора гидрокарбоната натрия

Г) проведения оксигенотерапии

ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ

А) адреналина гидрохлорид

Б) морфин

В) преднизолон

Г) хлоропирамин

НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ПРЕДНИЗОЛОНА У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ

А) 1-2

Б) 0,1-0,2

В) 0,5-0,7

Г) 10-15

ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ ПРИМЕНЯЮТ

А) диазепам

Б) преднизолон

В) фуросемид

Г) магния сульфат

У ДЕВОЧКИ 3-Х ЛЕТ ПОЛИУРИЯ, ДЕФИЦИТ ВЕСА 10%, КОЖА И ЯЗЫК СУХИЕ, ГИПЕРЕМИЯ ЩЕК, ЗАПАХ АЦЕТОНА В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ, ПЕЧЕНЬ + 3 СМ. ГЛИКЕМИЯ НАТОЩАК - 22,8 ММОЛЬ/Л. В МОЧЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ АЦЕТОН И САХАРА. КАКИМ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПЕРВЫЙ ЭТАП НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ?

А) инфузионная терапия 0,9% раствором NaCl и инсулинотерапия 0,1ЕД/кг

Б) инфузионная терапия 5% раствором глюкозы и инсулинотерапия 0,1ЕД/кг

В) инфузионная терапия 10% раствором глюкозы

Г) только инсулинотерапия из расчета 0,1ЕД/кг

ОПТИМАЛЬНЫМ РАСТВОРОМ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОРГАНИЗМА ИОНАМИ КАЛИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А) смесь 20% раствора глюкозы и 7,5% раствора хлорида калия

Б) раствор фосфата калия

В) 1% раствор хлорида калия

Г) 0,3 % раствор хлорида калия

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОХЛАЖДЕНИЯ ПРИ ЛИХОРАДКЕ У ДЕТЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

А) при признаках бледной лихорадки

Б) при сопутствующих заболеваниях сердца

В) при наличии в анамнезе судорог на повышение температуры тела

Г) всегда

ПРИ ОТЕКЕ МОЗГА ДЛЯ ДЕГИДРАТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

А) фуросемид

Б) заменители плазмы

В) 5% раствор глюкозы

Г) преднизолон

С ЖАРОПОНИЖАЮЩЕЙ ЦЕЛЬЮ У ДЕТЕЙ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ
А) ацетилсалициловой кислоты
Б) парацетамола
В) ибупрофена
Г) комбинированных препаратов, содержащих парацетамол и ибупрофен
РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА АДРЕНАЛИНА (1:1000) У ДЕТЕЙ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ ВЕСА
А) 0,01
Б) 1,0
В) 0,2
Г) 0,1
НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) аденозин
Б) амиодарон
В) лидокаин
Г) верапамил
ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА У ПОДРОСТКОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ МОЖНО
А) применить каптоприл под язык
Б) ввести нитроглицерин внутривенно
В) ввести клофелин внутривенно
Г) обеспечить доступ к свежему воздуху
НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРАПИВНИЦЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ
А) цетиризина
Б) фуразолидона
В) анальгина
Г) ацетилсалициловой кислоты
ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПОВ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ
А) лидокаин
Б) аймалин (гилуритмал)
В) новокаинамид
Г) АТФ
ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИМЕНЯЮТ
А) АТФ, новокаинамид, финоптин (изоптин)
Б) аймалин (гилуритмал)
В) лидокаин
Г) кордарон, дигоксин
ПРИ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ 4 СТЕПЕНИ ПОКАЗАНА
А) трахеотомия
Б) ларингоскопия

В) ингаляция с беродуалом
Г) ингаляция с пульмикортом
БОЛЬНОМУ С АНАФИЛАКТИЧЕСКИМ ШОКОМ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ
А) адреналин
Б) атропин
В) гидрокортизон
Г) хлористый кальций
ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЦИАНИДАМИ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОЙ АНТИДОТНОЙ ТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЮТ
А) амилнитрит, тиосульфат натрия, метиленовый синий, глюкоза
Б) ацизол, оксигеногерапия, афин, глюкоза
В) атропин, дипироксим, диэтиксим, изонитрозин
Г) будаксим, метиленовый синий, фолиевая кислота, ацизол
ЗАДАЧЕЙ «В» ЭТАПА РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ (ПРИНЦИП ABCD)
А) восстановление внешнего дыхания, вентиляции легких
Б) восстановление проходимости дыхательных путей
В) коррекция гемодинамики, реологических и метаболических расстройств
Г) проведение непрямого массажа сердца
ПРИ ОЖОГОВОМ ШОКЕ У РЕБЕНКА НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ, ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ
А) артериальная гипотензия
Б) нарушение сознания
В) возбуждение
Г) болевой синдром
ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ СОСТОИТ В
А) наложении термоизолирующей повязки
Б) наложении масляно-бальзамической повязки
В) растирании снегом и шерстью
Г) погружении в теплую воду
ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СУДОРОЖНОГО ПРИСТУПА ИСПОЛЬЗУЮТ
А) диазепам
Б) атропин
В) гидрокортизон
Г) хлористый кальций
АНТИДОТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕННЫХ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ
А) атропин, дипироксим, изонитрозин
Б) атропин, дикобальтовая соль ЭДТА, фолиевая кислота
В) атропин, уротропин, ацизол
Г) атропин, унитиол, тиосульфат натрия
ЗАДАЧЕЙ «А» - ЭТАПА РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) восстановление проходимости дыхательных путей
Б) коррекция гемодинамики, реологических и метаболических расстройств

В) тактильная стимуляция дыхания
Г) восстановление внешнего дыхания, вентиляции легких
К ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ КИСЛОРОДОТЕРАПИИ ОТНОСЯТ
А) раздражение дыхательных путей, подсыхание слизистой оболочки дыхательных путей
Б) развитие сердечно-сосудистой недостаточности
В) развитие бронхоспазма, утолщение стенки альвеол, нарушение диффузии газов
Г) развитие «шокового» легкого
ПАЦИЕНТА С ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В СТАБИЛЬНОМ СОСТОЯНИИ НЕОБХОДИМО ТРАНСПОРТИРОВАТЬ В ПОЛОЖЕНИИ
А) строго сидя
Б) полулежа
В) вполоборота
Г) лежа на спине
ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИМЕНЯЮТ
А) викасол
Б) далтепарин натрия
В) стрептолиазу
Г) урокиназу
ВОЗМОЖНОЕ КОЛИЧЕСТВО РАЗРЯДОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ
А) не ограничено при сохранении фибрилляции желудочков
Б) 3-4
В) 2
Г) 1
ДЛЯ ТЕРАПИИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ ТАХИАРИТМИИ, ВОЗНИКШЕЙ У БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА, НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
А) дигоксин
Б) новокаинамид
В) пропранолол
Г) верапамил
ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПЕРЕВОДА РЕБЕНКА В ШОКОВОМ СОСТОЯНИИ НА ИВЛ ПРИ ОТСУТСТВИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ЯВЛЯЕТСЯ
А) гипотензия ниже 70 мм рт.ст., не поддающаяся терапии в течение 30 минут
Б) судорожный синдром
В) потеря сознания
Г) гипертермия
РЕБЕНКА С АКУСТИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ ИЛИ БАРОТРАВМОЙ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ НЕОБХОДИМО ТРАНСПОРТИРОВАТЬ
А) в горизонтальном положении на спине

Б) вертикально
В) на боку
Г) сидя
ТРАНСПОРТИРОВКА РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ В ПОЛОЖЕНИИ
А) возвышенном на больном боку
Б) горизонтальном
В) лежа на здоровом боку
Г) сидя
ПРИ ОТЁКЕ МОЗГА ДЛЯ ДЕГИДРАТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ
А) 10-20% альбумин
Б) гормоны
В) гемодез
Г) препараты калия
АТРОПИН УСТРАНЯЕТ БРАДИКАРДИЮ И АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНУЮ БЛОКАДУ, ТАК КАК
А) блокирует М-холинорецепторы и уменьшает влияние блуждающего нерва на сердце
Б) стимулирует бета-адренорецепторы и повышает активность симпатической нервной системы
В) блокирует медленные кальциевые каналы и снижает сократимость миокарда
Г) блокирует калиевые каналы и замедляет скорость реполяризации
ЭУФИЛЛИН ДЛЯ СНЯТИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВВОДЯТ В ВИДЕ ____ % РАСТВОРА
А) 2,4
Б) 24
В) 0,24
Г) 12
К НЕОТЛОЖНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ КОЛЛАПСЕ ОТНОСЯТ
А) преднизолон в/м или в/в, мезатон в/м, реополиглюкин в/в капельно
Б) спазмолитики, анальгетики
В) оксигенотерапию
Г) антибактериальную терапию, андреналин в/в
ПРИ НАЛИЧИИ У РЕБЕНКА «БЕЛОЙ» ГИПЕРТЕРМИИ НАЗНАЧАЮТ
А) обильное горячее питье, сосудорасширяющие препараты (но-шпа, папаверин)
Б) горячую ножную ванну
В) физические методы охлаждения
Г) парацетамол или ибупрофен в возрастной дозировке
ЗАДАЧЕЙ «С» - ЭТАПА РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) коррекция гемодинамики, реологических и метаболических расстройств
Б) тактильная стимуляция дыхания
В) восстановление внешнего дыхания, вентиляции легких
Г) восстановление проходимости дыхательных путей

ЗАПРЕЩЕННЫМИ ПРОДУКТАМИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ЯВЛЯЮТСЯ
А) каши на цельном молоке
Б) молочно-кислые продукты (кефир, творог)
В) сухари из белого хлеба
Г) каши на воде
ПРИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С ЭКСИКОЗОМ, ОРАЛЬНАЯ РЕГИДРАТАЦИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ДОПОЛНЕНА ПАРЕНТЕРАЛЬНОЙ ПРИ
А) наличии признаков гиповолемического шока
Б) дефиците массы тела за счет обезвоживания 3-5%
В) наличии синдрома первичного нейротоксикоза
Г) эпизодической рвоте
ПРИ ШИГЕЛЛЕЗАХ ЛЕЧЕНИЕ ОБЫЧНО ПРОВОДИТСЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
А) антибиотикотерапии
Б) гормонотерапии
В) иммунотерапии
Г) цитостатической терапии
СРЕДСТВОМ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ, КОТОРОЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ШИГЕЛЛЕЗАХ У ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) эрцефурил
Б) стрептомицин
В) ципрофлоксацин
Г) доксициклин
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАН
А) виферон в свечах
Б) левомицетина сукцинат
В) цефотаксим
Г) ацикловир
КАКОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО ДОЛЖНО ПРИМЕНЯТЬСЯ ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ?
А) глюкокортикоиды
Б) 25% р-р сернокислой магнезии
В) пенициллина натриевая соль
Г) витамины группы В
БАКТЕРИОНОСИТЕЛЯМ ТОКСИГЕННЫХ КОРИНЕБАКТЕРИЙ ДИФТЕРИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ
А) антибиотик широкого спектра действия
Б) АДС-анатоксин
В) антитоксическую противодифтерийную сыворотку
Г) иммуноглобулин внутримышечный
ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА

А) применяются антибиотики
Б) рекомендуется ацикловир
В) используется цитостатическая терапия
Г) применяется только симптоматическая терапия
ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ РЕКОМЕНДУЮТ
А) рекомбинантные интерфероны
Б) гепатопротекторы
В) ампициллин
Г) ацикловир
ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ИСПОЛЬЗУЮТ
А) противовирусные препараты (ацикловир)
Б) бактериофаги
В) антибиотики
Г) раствор бриллиантовой зелени
ПРИ КОРИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ НАЗНАЧАЕТСЯ
А) при наличии осложнений
Б) в разгаре болезни
В) в продромальном периоде
Г) в периоде реконвалесценции
ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ИНФЕКЦИОННОТОКСИЧЕСКОГО ШОКА В КОМПЛЕКС ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ ВХОДЯТ
А) всегда
Б) редко
В) только на госпитальном этапе
Г) только на догоспитальном этапе
ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ У БОЛЬНОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ СОСТОИТ В
А) срочной госпитализации в инфекционный стационар
Б) госпитализации в инфекционный стационар только при ухудшении состояния
В) направлении на консультацию в инфекционный стационар
Г) отсутствии госпитализации
ПРИ ОТСУТСТВИИ УСЛОВИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ РЕАНИМАЦИИ ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ С ПРИЗНАКАМИ ИНФЕКЦИОННОТОКСИЧЕСКОГО ШОКА ПРИМЕНЯЕТСЯ
А) левомицетин
Б) цефазолин
В) бензилпенициллин
Г) ципрофлоксацин
КАКОВА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ?
А) обычно 7-10 дней, зависит от показателей ликвора

Б) весь период повышения температуры тела и 5 дней после нормализации температуры
В) 10-14 дней
Г) 5 дней
ПРЕПАРАТЫ КАКОЙ ГРУППЫ РЕКОМЕНДУЮТ НАЗНАЧАТЬ ПРИ СКАРЛАТИНЕ?
А) защищенные пенициллины
Б) аминогликозиды
В) фторхинолоны
Г) нитрофураны
ЭТИОЛОГИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫМ АНТИБИОТИКОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) пенициллин
Б) полимиксин
В) амфотерицин
Г) ципрофлоксацин
ПРИ КОКЛЮШЕ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ
А) эритромицина
Б) оксациллина
В) пенициллина
Г) линкомицина
ВЫСОКОАКТИВНАЯ АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ВИЧИНФЕКЦИИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ МИНИМУМ
А) трех препаратов
Б) не менее 5 препаратов
В) двух препаратов
Г) одного препарата
ДЛЯ СОЗДАНИЯ АКТИВНОГО ИММУНИТЕТА ИСПОЛЬЗУЮТ
А) вакцину
Б) антибиотик
В) энтеросорбент
Г) бактериофаг
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ИСПОЛЬЗУЮТ
А) ацикловир таблетированный
Б) мазь, содержащую глюкокортикостероиды
В) крем с антисептиками
ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕОБХОДИМОГО ОБЪЁМА ВВОДИМОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ОБЕЗВОЖИВАНИИ НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ
А) процента потери жидкости
Б) цветового показателя крови
В) плотности мочи и крови
Г) степени анемии
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА ИСПОЛЬЗУЮТ

А) ацикловир и его аналоги
Б) глюкокортикостероиды
В) цитостатики
Г) мочегонные препараты

ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ ДЛЯ ОРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИМЕНЯЮТ
А) регидрон
Б) энтеродез
В) смекта
Г) лактофильтрум

ПРИ РАЗВИТИИ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ПИЩЕВЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ПРИМЕНЯЮТ
А) кристаллоидные растворы внутривенно
Б) коллоидные растворы внутримышечно
В) сердечные гликозиды
Г) прессорные амины

ВЕДУЩИЙ ПРИНЦИП ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХОЛЕРОЙ СОСТОИТ В ПРИМЕНЕНИИ
А) регидратационных средств
Б) коллоидов с целью дезинтоксикации
В) гормональных средств для борьбы с шоком
Г) иммуномодуляторов

ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ПРИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ
А) смекту
Б) имодиум
В) диакарб
Г) фуросемид

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ САЛЬМОНЕЛЛЁЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) цефепим
Б) эритромицин
В) пенициллин
Г) тетрациклин

В ЛЕЧЕНИИ ЛЕГКОЙ ФОРМЫ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ПРИМЕНЯЮТ
А) энтеросорбенты + обильное питье
Б) ампициллин внутримышечно
В) витамины
Г) парентеральное введение солевых растворов

БАЗИСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
А) постельный режим и диету
Б) антибиотики
В) гормоны
Г) введение гамма-глобулина

СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРИППА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
А) противовирусные (озельтамивир)
Б) антибиотики (цефотаксим)
В) ацетилсалициловая кислота
Г) сульфаниламидные препараты
КАКИМ ДОЛЖЕН БЫТЬ СПОСОБ ТРАНСПОРТИРОВКИ БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА МЕНИНГОКОККОВУЮ ИНФЕКЦИЮ В ИНФЕКЦИОННЫЙ СТАЦИОНАР?
А) на машине скорой помощи с обязательным сопровождением врача
Б) самостоятельно на личном транспорте
В) самостоятельно на общественном транспорте
Г) на машине скорой помощи без сопровождения врача
КАКОЙ АНТИБИОТИК ИСПОЛЬЗУЮТ В ЛЕЧЕНИИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ СКАРЛАТИНЫ?
А) пенициллин
Б) эритромицин
В) амоксициллин-клавуланат
Г) цефиксим per os
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ КОКЛЮШНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) азитромицин
Б) амоксициллин
В) цефексим per os
Г) амоксициллин-клавуланат
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ АКТИВНОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) ганцикловир
Б) ацикловир
В) валацикловир
Г) фоскарнет
СРЕДИ ФОРМ АКТИВНОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ НЕ НУЖДАЕТСЯ В ЛЕЧЕНИИ ПРОТИВОВИРУСНЫМИ СРЕДСТВАМИ
А) инфекционный мононуклеоз
Б) цитомегаловирусная болезнь
В) цитомегаловирусный ретинит
Г) цитомегаловирусный пневмонит
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГАСТРОЭНТЕРИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ
А) поддержание нормальной гидратации и водно-электролитного баланса
Б) рациональную антибиотикотерапию препаратами максимально широкого спектра
В) симптоматическое лечение противорвотными и антидиарейными средствами

Г) терапию препаратами, содержащими пробиотические культуры микроорганизмов

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ НЕТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ЭНТЕРОТОКСИГЕННЫХ И ЭНТЕРОАГГРЕГАТИВНЫХ ЭШЕРИХИОЗОВ У ДЕТЕЙ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

А) отказе от эмпирической антибактериальной терапии

Б) выборе в качестве стартового препарата пероральных антибиотиков, не всасывающихся в ЖКТ

В) выборе в качестве стартового препарата парентеральных антибиотиков широкого спектра действия

Г) сокращении продолжительности курсов антибактериальной терапии

ОРАЛЬНАЯ РЕГИДРАТАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ВЫБОРА КОРРЕКЦИИ ПОТЕРЬ ЖИДКОСТИ ПРИ ОСТРЫХ ГАСТРОЭНТЕРИТАХ У ВСЕХ ДЕТЕЙ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

А) пациентов с тяжелым обезвоживанием

Б) случаев заболевания детей первого года жизни

В) пациентов с рвотой в течение нескольких часов

Г) пациентов с сопутствующей соматической или неврологической патологией

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ КОРТИКОСТЕРОИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А) длительность заболевания

Б) значительная обструкция дыхательных путей, связанная с гипертрофией небных и носоглоточной миндалин

В) выраженная тромбоцитопения

Г) клиническое подозрение на миокардит

У ПРЕДВАРИТЕЛЬНО ЗДОРОВЫХ ПАЦИЕНТОВ С НЕТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ

А) не является рациональным, поскольку заболевание носит самокупирующийся характер

Б) является полезным поскольку даже при легких формах болезни эти препараты влияют в значительной степени на ее тяжесть и длительность

В) является обязательным, поскольку эти препараты могут предотвратить возникновение осложнений

Г) зависит от того, насколько достоверно подтверждена этиология мононуклеозоподобного синдрома

ОСНОВОЙ ЛЕЧЕНИЯ МАНИФЕСТНЫХ ФОРМ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

А) регидратация и симптоматические средства

Б) противовирусные препараты прямого действия

В) антибактериальные препараты широкого спектра

Г) кортикостероидные препараты в среднетерапевтических дозировках

ПРИ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ
А) антидиарейных средств
Б) жаропонижающих препаратов
В) антибиотиков из группы макролидов
Г) антибиотикотерапии при легких формах заболевания
В АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СТРЕПТОКОККОВОГО СИНДРОМА ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ
А) клиндамицина
Б) цефтриаксона
В) ампициллина с гентамицином
Г) метронидазола
ДО ПОЛУЧЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ АНТИБИОТИКОГРАММЫ У ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ СТАРТОВЫМ ПРЕПАРАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) ванкомицин
Б) цефтриаксон
В) ампициллин
Г) цефуроксим-аксетил
ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ СТАФИЛОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ АНТИБИОТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) мупироцин
Б) хлорамфеникол
В) бацитрацин
Г) неомицина сульфат
ПРИ ТЕРАПИИ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ
А) амоксициллин
Б) амоксициллин-клавуланат
В) кларитромицин
Г) пероральные цефалоспорины 3 поколения (цефиксим)
ЕСЛИ ПРОВОДИТЬ КОРРЕКЦИЮ ДИАРЕЙНЫХ ПОТЕРЬ ВОДОЙ, ТО У РЕБЕНКА МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ
А) внутриклеточный отек
Б) гипернатриемический эксикоз
В) гиповолемический шок
Г) уменьшение объема плазмы
ИСХОД КИШЕЧНОГО ЭКСИКОЗА У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ЗАВИСИТ ОТ
А) оперативности начала регидратации
Б) организации рациональной антибиотикотерапии
В) скорости транспортировки пациента в специализированное отделение
Г) сроков прекращения потерь жидкости

МЕТОДОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ЭКСИКОЗА У ПЕДИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ
А) оральная регидратация низкоосмолярными растворами
Б) парентеральная регидратация с внутрисосудистым доступом
В) оральная регидратация высокоосмолярными растворами
Г) парентеральнаая регидратация с внутрикостным доступом
КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ МОГУТ ПРИВОДИТЬ К РАЗВИТИЮ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА?
А) антибиотики
Б) антимикотики
В) противовирусные
Г) антипиретики
ПЕРОРАЛЬНАЯ РЕГИДРАТАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ
А) эксикозе
Б) токсикозе
В) нейротоксикозе
Г) инфекционно-токсическом шоке
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВНУТРИВЕННОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ОКИ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ОСЛОЖНЕНИЕ
А) отек легких
Б) острая печеночная недостаточность
В) острая почечная недостаточность
Г) инфекционно-токсический шок
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ГЕПАТИТА А ПРИ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
А) дезинтоксикация
Б) регидратация
В) дегидратация
Г) назначение глюкокортикоидов
ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНА ПРИ
А) дифтерии
Б) ветряной оспе
В) коклюше
Г) скарлатине
ДЛЯ САНАЦИИ НОСИТЕЛЕЙ ТОКСИГЕННЫХ КОРИНЕБАКТЕРИЙ ДИФТЕРИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ
А) антибиотик широкого спектра действия
Б) антитоксическую противодифтерийную сыворотку
В) АДС-анатоксин
Г) иммуноглобулин
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИФТЕРИИ ДОЗА ПРОТИВОДИФТЕРИЙНОЙ СЫВОРОТКИ ЗАВИСИТ ОТ
А) формы заболевания
Б) массы больного
В) срока заболевания

Г) возраста больного
НАЗНАЧЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ У ДЕТЕЙ ПОВЫШАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ
А) гипернатриемии и гипокалиемии
Б) гипонатриемии и гиперкалиемии
В) гипернатриемии и гиперкалиемии
Г) гипонатриемии и гипокалиемии
ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ФОТОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) синдром «бронзового ребенка»
Б) набухание грудных желез
В) учащение стула
Г) рвота фонтаном
В КОНСЕРВАТИВНУЮ ТЕРАПИЮ КОНЪЮГАЦИОННЫХ ЖЕЛТУХ ВХОДИТ
А) фототерапия
Б) физиотерапия
В) цитостатики
Г) противовирусная терапия
ТАКТИКОЙ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА, ЕСЛИ ЖЕЛТУХА У ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА СОХРАНЯЕТСЯ НА 14-Й ДЕНЬ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) уточнить характер гипербилирубинемии по данным клинического и лабораторного обследования и наметить тактику дальнейшего обследования
Б) госпитализировать ребенка в стационар
В) назначить анализ крови с определением уровня общего билирубина, его фракций, печеночных ферментов, щелочной фосфатазы
Г) назначить клинический анализ крови с определением количества эритроцитов, гемоглобина, ретикулоцитов
ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ ГНОЙНОМ ОМФАЛИТЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ
А) госпитализация в стационар
Б) активное наблюдение по месту жительства
В) обработка пупочной ранки спиртом
Г) обработка пупочной ранки раствором перекиси водорода
ЦЕЛЬЮ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ
А) удаление из организма излишков свободного билирубина
Б) повышение содержания железа
В) снижение содержания железа
Г) удаление из организма излишков связанного билирубина
РЕБЕНКА С ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ РЕЗУС-КОНФЛИКТОМ (ЗАМЕННОЕ ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ НЕ ПРОВОДИЛОСЬ), ЦЕЛЕСООБРАЗНО КОРМИТЬ
А) пастеризованным материнским молоком в течение первых 10—14 дней
Б) пастеризованным материнским молоком в течение первых 1-2 суток

В) грудью с рождения
Г) данное состояние является абсолютным противопоказанием к грудному вскармливанию
ЛЕЧЕНИЕ НЕПРЯМОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ ВКЛЮЧАЕТ
А) фототерапию
Б) раствор альбумина
В) Урсофальк
Г) инфузионную терапию
ЛЕЧЕНИЕ ГАЛАКТОЗЕМИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
А) диете с исключением продуктов, содержащих галактозу и глюкозу
Б) диете с исключением продуктов, содержащих фенилаланин
В) диете с исключением продуктов, содержащих животный белок
Г) назначении панкреатических ферментов
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ОБОСНОВАНИЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ВИТАМИНА К ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ
А) дефицит протромбина и проконвертина
Б) дефицит I, XII факторов
В) дефицит I, II, III факторов
Г) дефицит X, XII факторов
ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ПРОВЕДЕНИИ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ПРИ ГБН В ПЕРВЫЕ ДВОЕ СУТОК ЖИЗНИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОРИЕНТИРУЮТСЯ НА
А) почасовой прирост билирубина
Б) появление желтухи в первые часы жизни
В) тяжелую анемию с рождения
Г) абсолютные цифры билирубина в пуповинной крови
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПОГАЛАКТИИ КОРМЯЩЕЙ МАТЕРИ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ ВСЕ, КРОМЕ
А) самостоятельного введения докорма
Б) регулярного сцеживания
В) сна не менее 10 часов в сутки
Г) контрастного душа на область молочных желез
КАКОЙ ДОЛЖНА БЫТЬ ТАКТИКА ПЕДИАТРА-НЕОНАТОЛОГА В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ В РОДДОМЕ ГРУППОВОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ?
А) немедленно перевести в соответствующий стационар
Б) перевести в обсервационное отделение и назначить лечение
В) оставить на месте, назначив лечение
Г) вызвать инфекциониста
КАКОЙ ДОЛЖНА БЫТЬ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ГНОЙНОМ ОМФАЛИТЕ НОВОРОЖДЕННЫХ?
А) повязки с мазью Вишневского на область пупочной ранки, антибактериальная терапия
Б) обработка пупочной ранки раствором бриллиантовой зелени
В) противовирусная терапия

Г) гормональная терапия
ПРЕИМУЩЕСТВА ЗАМЕНИТЕЛЯ ГРУДНОГО МОЛОКА ПРИ ДОБАВЛЕНИИ В НЕГО ПРЕБИОТИКОВ
А) снижается риск НЭК
Б) улучшается и ускоряется темп роста ребенка
В) снижается проницаемость кишечника для патогенных бактерий
Г) отсутствуют
ПРИ АНУРИИ У ДЕТЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАНА
А) экстреторная урография
Б) ретроградная пиелография
В) цистоскопия
Г) обзорная рентгенография органов мочевой системы
ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ БОЛЬНОГО С ПЕРЕЛОМОМ ПОЗВОНОЧНИКА ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) на щите, на спине с соблюдением «оси безопасности»
Б) на щите, на животе
В) на носилках в положении «лягушки»
Г) на боку на носилках
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА ЛАДОНИ СЛЕДУЕТ РАСПОЛОЖИТЬ
А) на границе средней и нижней трети грудины
Б) с обеих сторон грудной клетки
В) в пятом межреберном промежутке слева
Г) на верхней части грудины
РЕБЕНКА 2 ЛЕТ, У КОТОРОГО ОБНАРУЖЕН КРИПТОРХИЗМ В ФОРМЕ ПАХОВОЙ ЭКТОПИИ, НЕОБХОДИМО ОПЕРИРОВАТЬ
А) безотлагательно
Б) до 6 лет
В) до 12 лет
Г) до 10 лет
918

У МАЛЬЧИКА В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА ДИАГНОСТИРОВАН КРИПТОРХИЗМ В ФОРМЕ ПАХОВОЙ ЭКТОПИИ, В АНАМНЕЗЕ БОЛЬ В ОБЛАСТИ ЗАДЕРЖАННОГО ЯИЧКА, НЕОБХОДИМО
А) безотлагательное оперативное вмешательство
Б) динамическое наблюдение
В) оперативное вмешательство с предварительной гормональной терапией
Г) проведение гормональной терапии
У РЕБЕНКА С ТРАВМОЙ ЖИВОТА НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ ВЫЯВЛЕН СВОБОДНЫЙ ГАЗ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНЕНИЕ
А) лапаротомии
Б) лапароцентеза
В) наблюдения

Г) ультразвукового исследования
НЕ ТРЕБУЕТ ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ
А) физиологическая анурия новорожденных
Б) субренальная форма анурии
В) экстраренальная форма анурии
Г) ренальная форма анурии
У РЕБЕНКА 3-Х ЛЕТ ПАХОВАЯ ГРЫЖА В СОЧЕТАНИИ С КРИПТОРХИЗМОМ СОПРОВОЖДАЕТСЯ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ, НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ
А) экстренное оперативное лечение
Б) оперативное лечение в возрасте старше 5 лет
В) оперативное лечение в плановом порядке
Г) гормональную терапию
ГОРМОНАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ КРИПТОРХИЗМЕ МОЖНО НАЧИНАТЬ С
А) 6 месяцев
Б) 2 лет
В) 5 лет
Г) рождения
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМАНГИОМ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО В СЛУЧАЕ
А) возможности удаления опухоли
Б) гемангиом промежности
В) множественных гемангиом
Г) расположения гемангиомы на слизистых оболочках
ИММОБИЛИЗАЦИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПРОИЗВОДИТСЯ
А) гипсовой лонгетой от пястно-фаланговых суставов до средней трети плеча
Б) гипсовой повязкой от лучезапястного сустава до средней трети плеча
В) циркулярной гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов
Г) гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов
КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИВОШЕИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ
А) с момента рождения
Б) в 2-5 месяцев
В) в 0,5-1 год
Г) после 1 года
ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПАХОВОМОШОНОЧНОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) установление диагноза
Б) возраст после 5 лет
В) диаметр выпячивания свыше 3 см
Г) возраст после двух лет
В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПО ПОВОДУ ВОДЯНКИ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА НЕОБХОДИМ
А) обычный образ жизни

Б) постельный режим
В) режим ограничения физической нагрузки на 1 год
Г) массаж
У БОЛЬНОГО НА 6-Й ДЕНЬ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ФЛЕГМОНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА ОТМЕЧЕН ПОДЪЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ, КОТОРАЯ ПРИОБРЕЛА ГЕКТИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР, ЖИВОТ МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ, ОТМЕЧАЕТСЯ ЧАСТОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ И ПОЗЫВЫ К ДЕФЕКАЦИИ. ДАЛЬНЕЙШЕЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ С
А) ректального пальцевого исследования
Б) ультразвукового исследования брюшной полости
В) рентгеноскопии грудной клетки
Г) лапароскопии
РЕБЕНКУ 5 ЛЕТ С КЛИНИКОЙ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЧЕРЕЗ 4 ЧАСА ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕОБХОДИМО
А) консервативное лечение до 72 часов, при неэффективности - операцию
Б) консервативное лечение 24-48 часов
В) консервативное лечение 6-8 часов, при неэффективности - операцию
Г) динамическое наблюдение
РЕБЕНОК С ДИАГНОЗОМ «ПОДОЗРЕНИЕ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ» ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ
А) в детском хирургическом стационаре
Б) в педиатрическом стационаре
В) на дому
Г) в поликлинике по месту жительства
ПРИ ОСМОТРЕ НА ДОМУ У РЕБЕНКА ЗАПОДОЗРИЛИ НЕКРОТИЧЕСКУЮ ФЛЕГМОНУ НОВОРОЖДЕННОГО, РОДИТЕЛИ КАТЕГОРИЧЕСКИ ОТКАЗАЛИСЬ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ, ПОЭТОМУ НЕОБХОДИМО
А) настоять на госпитализации в хирургический стационар
Б) назначить антибиотики и пригласить на осмотр на следующий день
В) провести хирургическое лечение на дому
Г) пригласить детского хирурга на дом для обсуждения данного вопроса
ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ ПЕРВОЕ ДЕЙСТВИЕ ВРАЧА ПРЕДПОЛАГАЕТ
А) исключить любую энтеральную нагрузку
Б) назначить антибиотики
В) сделать клизму
Г) выполнить лапароцентез
РАННЯЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАНЫ ПРОВОДИТСЯ В СРОКИ ДО ___ ЧАСОВ
А) 24
Б) 6
В) 48
Г) 12

МЕХАНИЧЕСКАЯ АНТИСЕПТИКА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
А) иссечение и рассечение раны
Б) введение в рану антибиотиков
В) дренирование раны
Г) применение лучевой энергии
ФИЗИЧЕСКАЯ АНТИСЕПТИКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ
А) ультрафиолетовых лучей
Б) промывания раны
В) антисептических растворов
Г) иссечения раны
К АНТИСЕПТИКАМ ИЗ ГРУППЫ АЛЬДЕГИДОВ ОТНОСИТСЯ
А) формалин
Б) сулема
В) калия перманганат
Г) карболовая кислота
938

НАИБОЛЕЕ СЛАБО ВЫРАЖЕНО ДЕЙСТВИЕ ПЕРЕКИСИ ВОДОРОДА
А) антимикробное
Б) пенообразующее
В) дезодорирующее
Г) механическое очищение раны
ПРИ ЛОЖНОМ КРИПТОРХИЗМЕ У РЕБЕНКА 1,5 ЛЕТ НЕОБХОДИМО
А) диспансерное наблюдение, осмотр 1 раз в год
Б) обследование в пубертатном периоде
В) провести экстренную операцию
Г) назначить плановую операцию
НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА В НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ЯВЛЯЕТСЯ РАСПРАВЛЕНИЕ ИНВАГИНАТА
А) воздухом
Б) пальпаторно под наркозом
В) воздухом под контролем цистоскопа
Г) воздухом под контролем колоноскопа
ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КЛЮЧИЦЫ У РЕБЕНКА ДО 1 ГОДА В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ОПТИМАЛЬНОЙ ФИКСИРУЮЩЕЙ ПОВЯЗКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЯЗКА
А) Дезо
Б) торакобрахиальная
В) коллодийная повязка
Г) по Кузьминскому–Карпенко
ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ПРОВОДИТСЯ
А) широким пеленанием
Б) шиной-распоркой
В) облегченной гипсовой повязкой
Г) аппаратом Илизарова

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА С 6 МЕСЯЦЕВ ИСПОЛЬЗУЮТ
А) шины-распорки
Б) широкое пеленание
В) аппарат Илизарова
Г) эндопротезирование
В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО С ОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ГЛАВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) устранение обструктивного компонента
Б) антибактериальная терапия
В) лечение уросептиками
Г) симптоматическое лечение
ЛИМФАНГИОМЫ ЛЕЧАТСЯ
А) хирургически
Б) эндоваскулярно
В) склерозированием
Г) короткофокусной рентгенотерапией
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ПОКАЗАНО
А) по установлению диагноза
Б) после 2 мес. возраста
В) после 6 мес. возраста
Г) в возрасте старше года
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИПТОРХИЗМА ПОКАЗАНО В
А) 1,5-2 года
Б) периоде новорожденности
В) 5 лет
Г) возрасте до 7 лет
КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ГЕМАНГИОМ У МЛАДЕНЦЕВ ПРОВОДИТСЯ
А) назначением пропранолола
Б) назначением гормонов
В) физиолечением
Г) гипербарической оксигенотерапией
ОПТИМАЛЬНЫМ ВОЗРАСТОМ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ КРИПТОРХИЗМА СЧИТАЮТ
А) 6 мес. - 1 год
Б) 2-5 лет
В) 6-9 лет
Г) 10 лет
НАЧИНАТЬ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ СЛЕДУЕТ
А) в период новорожденности
Б) в возрасте 1 года
В) до 2 лет
Г) старше 3 лет

ПРИ КОМПРЕССИОННОМ ПЕРЕЛОМЕ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ ОСЕВУЮ НАГРУЗКУ СЛЕДУЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ В ПОЛОЖЕНИИ БОЛЬНОГО
А) лёжа
Б) стоя
В) сидя
Г) при разгибании позвоночника
ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА НАЧИНАЕТСЯ
А) сразу после рождения
Б) на 4-м месяце жизни
В) на 5-м месяце жизни
Г) в возрасте 1 года
ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ НАГРУБАНИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ У НОВОРОЖДЁННЫХ
А) лечения не требуется
Б) выполняется выдавливание секрета
В) накладываются полу-спиртовые компрессы
Г) назначается антибиотикотерапия
КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСОЛАПОСТИ СОСТОИТ В
А) ручном исправлении деформации с фиксацией гипсовым сапожком
Б) массаже поражённой конечности
В) бинтовании по Финку-Эттингену и массаже поражённой конечности
Г) лечебной гимнастике
ВИДОМ СПОРТА, РЕКОМЕНДУЕМЫМ ДЕТЯМ ПОСЛЕ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) плавание
Б) бег
В) спортивная ходьба
Г) спортивная гимнастика
ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ЛФК ПРИ ПОСТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) уменьшение дыхательной недостаточности
Б) профилактика ателектазов
В) рассасывание экссудата
Г) уменьшение интенсивности кашля
ПРИ АКТИВНОМ ТЕЧЕНИИ ПИЕЛОНЕФРИТА С ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ И ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ НАЗНАЧАЮТ
А) электрофорез фурадонина
Б) циркулярный душ
В) диадинамотерапию
Г) аэрозольтерапию
СПЕЦИАЛЬНЫМИ УПРАЖНЕНИЯМИ ПРИ ДИСКИНЕЗИЯХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ
А) статические дыхательные
Б) динамические дыхательные

В) рефлекторные
Г) в расслаблении
ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ДЛЯ ДРЕНАЖНОЙ ГИМНАСТИКИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ НИЖНЕЙ ДОЛИ ЛЕГКОГО
А) лежа на спине
Б) стоя
В) лежа на животе с опущенным головным концом
Г) сидя
ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЛФК ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ
А) температура тела 37,3ºС
Б) отсутствие активных движений мимической мускулатуры
В) симптом хвостека
Г) подострый период
ПРИ НЕВРИТЕ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ВЕДУЩИМ ЭЛЕМЕНТОМ ПАССИВНОЙ ГИМНАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) исходное положение лёжа на боку (на непораженной стороне)
Б) лейкопластырное натяжение со здоровой стороны на пораженную
В) лейкопластырное натяжение с пораженной стороны на здоровую
Г) исходное положение лежа
ВОРОТНИК ШАНЦА НЕОБХОДИМ ПРИ ПОРАЖЕНИИ _____ ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА
А) шейного
Б) пояснично-крестцового
В) грудного
Г) поясничного
ПРИ ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ВО ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ УПРАЖНЕНИЙ ЗАПРЕЩЕНЫ
А) наклоны туловища вперед
Б) боковые наклоны туловища
В) повороты вправо-влево
Г) наклоны туловища назад
БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ И КОРМЯЩИМ МАТЕРЯМ НАЗНАЧАЮТ
А) специальную группу (индивидуальный метод)
Б) подготовительную группу
В) специальную группу (групповой метод)
Г) основную
ДИАПАЗОН СВЕТОВОГО ПОТОКА, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ В ФИЗИОТЕРАПИИ, СОСТАВЛЯЕТ
А) 10-100 нм
Б) 0,5-1,0 нм
В) 100-150 нм
Г) 180 нм-400 мкм
ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФРАКРАСНЫМИ ЛУЧАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) склонность к нагноению
Б) спаечный процесс
В) гипертоническая болезнь
Г) контрактура
ИСТОЧНИКОМ ИНФРАКРАСНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) комбинированный облучатель
Б) увеолевая лампа
В) тубусный облучатель носоглотки
Г) ртутно-кварцевая лампа маячного типа
ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ВАРФАРИНА НАЗНАЧАЕТСЯ ПРЕПАРАТ-АНТАГОНИСТ
А) витамин К
Б) гепарин
В) дипиридамол
Г) адреналин
ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТОТРЕКСАТОМ НЕОБХОДИМО ОДНОВРЕМЕННО НАЗНАЧИТЬ
А) фолиевую кислоту
Б) ретинол
В) соли калия и магния
Г) пиридоксин
НАЗНАЧЕНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ (НПВС) ЦЕЛЕСООБРАЗНО
А) после еды
Б) до еды
В) вне зависимости от приема пищи
Г) после приема антацидов
ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ВЕНОЗНЫЙ (АРАНЦИЕВ) ПРОТОК ОПТИМАЛЬНО В ТЕЧЕНИЕ _____ ПОСЛЕ РОДОВ
А) 5-75 часов
Б) 3 минут
В) 5 суток
Г) 7 суток
ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА ПРОВОДИТСЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
А) индометацина
Б) метотрексата
В) адреналина
Г) эналаприла
ТЕТРАЦИКЛИНЫ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ДЕТЯМ ДО ___ ЛЕТ
А) 8
Б) 12
В) 10
Г) 14

ИНДОМЕТАЦИН НЕ РЕКОМЕНДУЮТ НАЗНАЧАТЬ ВНУТРЬ ДЕТЯМ ДО ___ ЛЕТ
А) 12
Б) 8
В) 10
Г) 14
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ
А) неселективные β-адреноблокаторы
Б) антагонисты рецепторов к ангиотензину II
В) антагонисты кальция
Г) диуретики
НА ОСНОВАНИИ РЕКОМЕНДАЦИЙ FDA (FEDERAL DRUG ADMINISTRATION) К КАТЕГОРИИ X (ДОКАЗАНО ТЕРАТОГЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТОВ ЭТОЙ ГРУППЫ, ИХ ПРИЕМ ПРОТИВОПОКАЗАН ДО И ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ) ОТНОСЯТ
А) стрептомицин
Б) препараты железа
В) фторхинолоны
Г) антидепрессанты
К ЧИСЛУ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЕНИЕ КОТОРЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНО ВО ВРЕМЯ КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ, ОТНОСЯТ
А) йодсодержащие препараты и амиодарон
Б) антибиотики пенициллиновой группы
В) бронходилататоры
Г) антацидные средства
ДОЗИРОВАННЫЙ АЭРОЗОЛЬНЫЙ ИНГАЛЯТОР СО СПЕЙСЕРОМ И МУНДШТУКОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ___ ЛЕТ
А) 3-4
Б) 0-1
В) 1-2
Г) 8
ДЛЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ФАРМАКОДИНАМИКОЙ И\ИЛИ ТОКСИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) наиболее частая встречаемость
Б) отсутствие зависимости от дозы препарата
В) редкая встречаемость
Г) отсроченное проявление
ПОД ПРЕСИСТЕМНОЙ ЭЛИМИНАЦИЕЙ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА ПОНИМАЮТ
А) потерю части лекарственного вещества при всасывании и первом прохождении через печень

Б) биотрансформацию лекарственного средства в организме
В) распределение ЛС с мочой
Г) выведение ЛС с желчью
РЕЗУЛЬТАТОМ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СВЯЗЫВАНИЯ ПРЕПАРАТА С БЕЛКАМИ ПЛАЗМЫ ВЫСТУПАЕТ
А) снижение концентрации свободной фракции препарата
Б) уменьшение Т ½
В) повышение концентрации свободной фракции препарата
Г) лучшая эффективность препарата
НА ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ ВЛИЯЕТ
А) почечный и печёночный клиренс
Б) биодоступность
В) скорость распределения
Г) экскреция почками
ВСАСЫВАНИЕ БОЛЬШЕЙ ЧАСТИ ЛЕКАРСТВ ПРОИСХОДИТ В
А) тонком кишечнике
Б) толстом кишечнике
В) желудке
Г) ротовой полости
ПОД БИОДОСТУПНОСТЬЮ ПОНИМАЮТ
А) процент вещества, достигшего системного кровотока
Б) процент препарата, связанного с белком
В) эффективную дозу препарата, оказывающую терапевтический эффект
Г) процент вещества, выделенного из организма
СНИЖЕНИЕ СВЯЗЫВАНИЯ ПРЕПАРАТОВ С БЕЛКАМИ ПЛАЗМЫ ВЫЗЫВАЕТ
А) цирроз печени
Б) пневмония
В) острая инфекция
Г) бронхиальная астма
НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТНО ВЫЗЫВАЕТ ТЕРАТОГЕННЫЙ ЭФФЕКТ
А) пенициллин
Б) тетрациклин
В) ко-тримоксазол
Г) амикацин
НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ АНТИБИОТИКОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) амоксициллин
Б) гентамицин
В) ципрофлоксацин
Г) левомицетин
АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ
А) пенициллины
Б) макролиды
В) аминогликозиды

Г) гликопептиды
ДЕТЯМ ДО 18 ЛЕТ ПРОТИВОПОКАЗАН
А) ципрофлоксацин
Б) цефтриаксон
В) азитромицин
Г) пенициллин
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТОНЗИЛЛИТА, ВЫЗВАННОГО SS-ГЕМОЛИТИЧЕСКИМ СТРЕПТОКОККОМ ГРУППЫ А, ПРИМЕНЯЮТ
А) амоксициллин
Б) ципрофлоксацин
В) цефтазидим
Г) тетрациклин
НАЗНАЧЕНИЕ КАКОГО ВИТАМИНА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ У РЕБЕНКА?
А) А
Б) В1
В) В2
Г) С
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕЗОННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ ПРИМЕНЯЮТ
А) интраназальные глюкокортикостероиды
Б) антигистаминные препараты 1 поколения
В) системные глюкокортикостероиды
Г) антилейкотриеновые препараты
ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ
А) сальбутамол
Б) беклометазон
В) кромогликат натрия
Г) кетотифен
НАЗНАЧЕНИЕ ИБУПРОФЕНА В ПОСЛЕДНЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНО В СВЯЗИ С
А) замедлением родовой деятельности
Б) усилением сократимости миометрия
В) мутагенным действием
Г) нарушением роста костей и зубов плода
С ЖАРОПОНИЖАЮЩЕЙ ЦЕЛЬЮ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ
А) парацетамол
Б) ацетилсалициловая кислота
В) индометацин
Г) диклофенак натрия
НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ПРЕПАРАТОМ В ПЛАНЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) индометацин
Б) парацетамол

В) пироксикам
Г) напроксен
ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ (НПВС) ЯВЛЯЕТСЯ
А) антипростагландиновый
Б) антибактериальный
В) антигистаминный
Г) торможение реакции антиген-антитело
СОЛЯНУЮ КИСЛОТУ В ЖЕЛУДКЕ НЕЙТРАЛИЗУЕТ
А) алгелдрат+магния гидроксид
Б) лансопразол
В) мизопростол
Г) ранитидин
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, СВЯЗАННЫХ С ПОВЫШЕННОЙ КИСЛОТНОСТЬЮ ЖЕЛУДКА, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ
А) ингибиторы протонного насоса
Б) антациды
В) Н2 - гистаминоблокаторы
Г) М - холиноблокаторы
ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НЕУКРОТИМОЙ РВОТЫ ПРИМЕНЯЮТ
А) метоклопрамид
Б) висмута трикалия дицитрат
В) омепразол
Г) домперидон
ИНТОКСИКАЦИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ СОЧЕТАНИИ ИХ С
А) препаратами Са
Б) препаратами К
В) анаприлином
Г) кокарбоксилазой
ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, РЕФРАКТЕРНОЙ К ЛЕЧЕНИЮ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ, ПОКАЗАНО
А) применение вазодилататоров
Б) применение дофамина
В) увеличение дозы сердечных гликозидов
Г) применение ß-адреномиметиков
МАКСИМАЛЬНОЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ ОКАЗЫВАЕТ
А) беклометазон
Б) кромоглициевая кислота
В) лоратадин
Г) азеластин
ПОЛНОСТЬЮ КЛИНИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ИНТРАНАЗАЛЬНЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ (ГКС) ОБЫЧНО РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

А) 3-4 дня
Б) 1-2 часа
В) 1 месяц
Г) 3 недели
УГНЕТЕНИЯ ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНО-НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ НЕ ПРОИСХОДИТ ПРИ ПРИЕМЕ ПРЕДНИЗОЛОНА В ДОЗЕ ____ МГ/СУТКИ
А) 5
Б) 10
В) 20
Г) 40
СУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ ГКС ПРИ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОМ СИНДРОМЕ ПОДРАЗУМЕВАЕТ
А) 1/3 дозы кортизона утром, 2/3 дозы вечером
Б) 2/3 дозы кортизона утром, 1/3 дозы вечером
В) всю дозу кортизона утром
Г) всю дозу кортизона вечером
ОСТЕОПОРОЗ ВЫЗЫВАЕТ
А) преднизолон
Б) цетиризин
В) азитромицин
Г) дротаверин
ТЕРМИН GMP ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЕ К _____ ЛЕКАРСТВ
А) изготовлению
Б) испытаниям
В) клиническому использованию
Г) применению
ДОКАЗАН СМЫСЛ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ _____ КИСЛОТЫ
А) фолиевой
Б) аскорбиновой
В) никотиновой
Г) соляной
БЕНЗОДИАЗЕПИНЫ ВЗАИМОДЕЙСТВУЮТ С РЕЦЕПТОРАМИ К
А) ГАМК
Б) норадреналину
В) серотонину
Г) ацетилхолину
ОТЛИЧИЕ МАКРОЛИДОВ ОТ ПЕНИЦИЛЛИНОВ СОСТОИТ В АКТИВНОСТИ ПРОТИВ
А) хламидийной и микоплазменной инфекции
Б) синегнойной палочки
В) туберкулезной инфекции
Г) кандидозной инфекции
ЭФФЕКТ МОНТЕЛУКАСТА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПУТЁМ

А) блокады лейкотриеновых рецепторов
Б) стимуляции В-рецепторов
В) блокады холинорецепторов
Г) стабилизации тучных клеток
ИНГИБИТОРЫ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА (ИАПФ) ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ
А) у всех больных при отсутствии противопоказаний
Б) только при отсутствии отечного синдрома
В) только при систолической дисфункции
Г) только у тяжелых больных
АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ СИНДРОМ
А) Рейе
Б) Пастернацкого
В) Броун-Секара
Г) Фанкони
ПРЕИМУЩЕСТВОМ «ЗАЩИЩЕННЫХ» В-ЛАКТАМОВ ПЕРЕД НЕЗАЩИЩЕННЫМИ ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ
А) числа устойчивых штаммов, расширение спектра
Б) гепатотоксичности
В) нефротоксичности
Г) центрального судорожного эффекта
ЦЕФТРИАКСОН НЕЖЕЛАТЕЛЕН ПРИ
А) конкрементах в желчевыводящих путях
Б) атеросклерозе ЦНС
В) инфекциях малого таза
Г) конкрементах в мочевыводящих путях
КАКОЙ «ЭКСТРЕННЫЙ» ПРЕПАРАТ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ?
А) эпинефрин
Б) супрастин
В) глюкоза внутривенно
Г) пенициллиназа
ДЛЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ПРИМЕНЯЮТ
А) метронидазол
Б) хлорамфеникол
В) амоксициллин+клавулановая кислота
Г) цефоперазон
ДЛЯ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ
А) ингаляционные глюкокортикостероиды
Б) короткодействующие β-адреномиметики
В) пролонгированные β-адреномиметики (монотерапия)
Г) ксантины
ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТ

А) сальбутамол
Б) салметерол
В) кромоглициевая кислота
Г) теофиллин

НАИБОЛЕЕ АКТИВНО СНИЖАЮТ РИСК ЭРОЗИЙ ОТ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ (НПВС)
А) ингибиторы протонной помпы
Б) препараты висмута
В) Н-2 блокаторы
Г) спазмолитики

ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ ЛАРИНГИТЕ (КРУПЕ) У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ
А) глюкокортикостероиды
Б) антибиотики
В) антигистаминные
Г) ксантины

К ПРОТИВОСУДОРОЖНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ
А) вальпроевая кислота
Б) глицин
В) гопантеновая кислота
Г) галоперидол

ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ КОМПОНЕНТОМ ЭРАДИКАЦИОННЫХ СХЕМ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ВЫСТУПАЕТ
А) ингибитор протонной помпы
Б) блокатор Н2-гистаминовых рецепторов
В) метронидазол
Г) антацид

НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ ПРОТИВОГЕРПЕТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) ацикловир
Б) валацикловир
В) пенцикловир
Г) фамцикловир

ПРИ МИКОПЛАЗМЕННОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ
А) макролиды
Б) пенициллины
В) аминогликозиды
Г) фторхинолоны

В СЛУЧАЕ ОТСУТСТВИЯ ЭФФЕКТА ОТ ПАРАЦЕТАМОЛА ДЕТЯМ В КАЧЕСТВЕ ЖАРОПОНИЖАЮЩЕГО СРЕДСТВА РАЦИОНАЛЬНО НАЗНАЧАТЬ
А) ибупрофен
Б) ацетилсалициловую кислоту
В) метамизол
Г) диклофенак

ПРИ МЕТИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТНЫХ СТАФИЛОКОККОВЫХ ИНФЕКЦИЯХ ПРИМЕНЯЮТ
А) линезолид
Б) оксациллин
В) тетрациклины
Г) цефалоспорины
К ПОБОЧНОМУ ЭФФЕКТУ ИНТРАНАЗАЛЬНЫХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ОТНОСИТСЯ
А) носовое кровотечение
Б) осиплость голоса
В) остеопороз
Г) угревая сыпь на лице
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДАМИКОЗА ИСПОЛЬЗУЮТ
А) флуконазол
Б) карбенициллин
В) тербинафин
Г) нафтифин
К СЕЛЕКТИВНЫМ В2-АГОНИСТАМ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ
А) формотерол
Б) сальбутамол
В) фенотерол
Г) тербуталин
К ГРУППЕ ЦЕФАЛОСПОРИНОВ ОТНОСИТСЯ
А) цефуроксим
Б) ципрофлоксацин
В) имипенем
Г) спирамицин
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ У РЕБЕНКА РАЦИОНАЛЬНЫМ БУДЕТ НАЗНАЧЕНИЕ
А) амоксициллина
Б) левофлоксацина
В) гентамицина
Г) тетрациклина
ПРИ АСПИРИНОВОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НАЗНАЧАЮТ
А) монтелукаст
Б) кромоглициевую кислоту
В) кетотифен
Г) хлоропирамин
ФАРМАКОДИНАМИКА ИЗУЧАЕТ
А) механизм действия препаратов, виды терапевтического действия лекарств
Б) зависимость биотрансформации лекарств от возраста больных
клиническую эффективность и безопасность
В) клиренс лекарств
Г) пресистемную элиминацию лекарств

ФАРМАКОКИНЕТИКА ИЗУЧАЕТ
А) процессы абсорбции, распределения, биотрансформации и элиминации лекарств
Б) механизм действия лекарств на органы мишени
В) явления при повторном введении лекарств
Г) зависимость эффекта лекарств от эндо- и экзогенных факторов
ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ДЕЙСТВИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА ЭТО
А) уменьшение величины биологического эффекта при повторном введении
Б) подавление иммунных реакций
В) развитие зависимости при повторном введении лекарств
Г) появление новых побочных реакций
К ПОКАЗАНИЯМ К ПРИМЕНЕНИЮ ПРОТИВОТРЕВОЖНЫХ СРЕДСТВ (ТРАНКВИЛИЗАТОРОВ) ОТНОСЯТ
А) невротические состояния
Б) психотические нарушения, сопровождающиеся бредом и галлюцинациями
В) приступы маниакального возбуждения
Г) эндогенную депрессию
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАДЕРЖКИ УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ
А) гопантеновая кислота
Б) галоперидол
В) диазепам
Г) имипрамин
МЕХАНИЗМ АНТИАГРЕГАЦИОННОГО ДЕЙСТВИЯ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ СВЯЗАН С
А) угнетением выработки тромбоксана А2
Б) активацией плазмина
В) блокадой фактора Виллебранда
Г) нарушением синтеза АДФ
КАКОЙ АНТИСЕКРЕТОРНЫЙ ПРЕПАРАТ БЛОКИРУЕТ «ПРОТОННЫЙ НАСОС» ОБКЛАДОЧНЫХ КЛЕТОК ЖЕЛУДКА И СНИЖАЕТ СОДЕРЖАНИЕ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ?
А) эзомепразол
Б) висмута трикалия дицитрат
В) фамотидин
Г) сукральфат
СЛАБИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ПРИМЕНЯЮТ ПРИ
А) хронических запорах
Б) непроходимости кишечника
В) синдроме раздраженной кишки
Г) хроническом панкреатите
АНГИОТЕНЗИНОВЫЕ РЕЦЕПТОРЫ СОСУДОВ (АТ-1) БЛОКИРУЕТ
А) лозартан
Б) каптоприл
В) фозиноприл

Г) энаприлин
ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
А) нифедипин
Б) спиронолактон
В) дротаверин
Г) амиодарон
К БЛОКАТОРАМ СА2+-КАНАЛОВ ОТНОСИТСЯ
А) нифедипин
Б) тринитролонг
В) анаприлин
Г) дипиридамол
ДЛЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЭКЗОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ
А) панкреатин
Б) макрогол
В) эзомепразол
Г) лоперамид
НИТРОЗОВАЗОДИЛАТАТОРЫ (ПРЕПАРАТЫ НИТРОГЛИЦЕРИНА) УМЕНЬШАЮТ ПОТРЕБНОСТЬ МИОКАРДА В КИСЛОРОДЕ, ПОТОМУ ЧТО
А) уменьшают преднагрузку на сердце
Б) увеличивают постнагрузку на сердце
В) оказывают прямое угнетающее действие на сократимость миокарда
Г) вызывают уменьшение частоты сердечных сокращений
ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А) беклометазон
Б) фенотерол
В) сальбутамол
Г) ипратропия бромид
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА ПРИМЕНЯЮТ ПРЕПАРАТЫ
А) витамина D
Б) витамина С
В) витамина А
Г) витаминов группы В
К БЫСТРОДЕЙСТВУЮЩИМ НЕСТЕРОИДНЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ ОТНОСИТСЯ
А) диклофенак
Б) беклометазон
В) триамцинолон
Г) метотрексат
ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ЦИПРОФЛОКСАЦИНА ЯВЛЯЕТСЯ ДЕТСКИЙ И ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ ДО ___ ЛЕТ

А) 18
Б) 12
В) 6
Г) 2
К АНТИБИОТИКАМ ГРУППЫ МАКРОЛИДОВ ОТНОСИТСЯ
А) азитромицин
Б) карбенициллин
В) ванкомицин
Г) клиндамицин
НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) флуконазол
Б) албендазол
В) амфотерицин
Г) тербинафин
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ ПНЕВМОКОККОМ, В КАЧЕСТВЕ ПРЕПАРАТА ПЕРВОЙ ЛИНИИ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЮТ
А) амоксициллин
Б) натамицин
В) фуразолидон
Г) метронидазол
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПОДРОСТКОВ ПРИМЕНЯЮТ ИНГИБИТОР АПФ
А) эналаприл
Б) папаверин
В) дибазол
Г) коргликон
ПРИЗНАКОМ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ГЕПАРИНА ЯВЛЯЕТСЯ
А) гематурия
Б) дизурия
В) никтурия
Г) пиурия
ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА ОКРАШИВАЮТ КАЛ В _____ ЦВЕТ
А) черный
Б) желтый
В) белый
Г) розовый
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ С ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ЦЕЛЬЮ ПРИНИМАЮТ
А) панкреатин
Б) апротинин
В) лигнин гидролизный
Г) атропин
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПИЕЛОНЕФРИТА ПРИМЕНЯЮТ
А) амоксициллин+клавулановая кислота

Б) баралгин
В) лазикс
Г) гепарин
ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИМЕНЯЮТ
А) противовоспалительные препараты
Б) диуретики
В) антибиотики
Г) сердечные гликозиды
БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ ЖЕЛЕЗА ВСАСЫВАЕТСЯ В ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ В
А) двенадцатиперстной кишке
Б) желудке
В) толстой кишке
Г) прямой кишке
ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ СИСТЕМНОЙ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ ТЕРАПИИ ОПРАВДАНО ПРИМЕНЕНИЕ
А) антацидных препаратов
Б) антибактериальных препаратов
В) нестероидных противовоспалительных препаратов
Г) десенсибилизирующих препаратов
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАЗНАЧЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ ПОКАЗАНО ПРИ
А) ревматизме
Б) бронхите
В) холецистите
Г) гепатите
ПРИ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ ЭФФЕКТИВЕН
А) амоксициллин
Б) пенициллин
В) ко-тримоксазол
Г) налидиксовая кислота
СРЕДНЯЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ИНСУЛИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА _____ ЕД.
А) 0,4-1,0
Б) 0.1 – 0,2
В) 1.2 – 1,6
Г) 2,0 – 3,0
РЕЖИМ ДОЗИРОВКИ ВИТАМИНА Д ПРИ РАХИТЕ I СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ
А) 2000-2500 МЕ в течение 30 дней
Б) 500 МЕ в течение 45 дней
В) 500 МЕ в течение года
Г) 300 МЕ в течение года

КАКОВА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОМ СИНДРОМЕ?
А) пожизненно
Б) на срок продолжительности криза
В) 2 месяца
Г) 6 месяцев
ФИКСИРОВАННЫЕ ФОРМЫ ТОКСИКОРДЕРМИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ ПОСЛЕ ПРИЕМА
А) сульфаниламидов
Б) антибиотиков
В) транквилизаторов
Г) витаминов
ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ
А) финлепсин
Б) метилпреднизолон
В) иммуноглобулин для внутривенного введения
Г) ибупрофен
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА С ЦЕЛЬЮ УМЕНЬШЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОБОСТРЕНИЙ И ЗАМЕДЛЕНИЯ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ
А) интерферонового ряда
Б) антибактериальные и противовирусные
В) антиоксидантные и витаминовые
Г) сосудистые и ноотропные
ЗАКРЫТУЮ РЕПОЗИЦИЮ НАДМЫЩЕЛКОВОГО ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ НАЧИНАЮТ
А) с устранения ротационного смещения
Б) со смещения по ширине
В) со смещения по длине
Г) с углового смещения
ПРИ ВРОЖДЕННОМ ЛОЖНОМ СУСТАВЕ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ
А) резекцию с пластикой на сосудистой ножке в условиях стабильной фиксации
Б) консервативное лечение
В) наложение аппарата для компрессионно-дистракционного остеосинтеза
Г) резекцию участка псевдоартроза с аутопластикой

Блок тестовых заданий №4

Кластер №4 «Профилактическое направление»

КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОКАЗЫВАЕТ МЕТОДИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ
А) беременным женщинам и детям раннего возраста

Б) только беременным женщинам
В) семье, имеющей детей среднего возраста
Г) семье, имеющей детей раннего возраста
В КАБИНЕТЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ПОСТОЯННО РАБОТАЕТ
А) медицинская сестра или фельдшер
Б) участковый педиатр
В) врач-педиатр или медицинская сестра
Г) медицинский регистратор
ОЦЕНКУ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ НУЖНО ПРОВОДИТЬ 1 РАЗ В
А) месяц
Б) год
В) 3 месяца
Г) 6 месяцев
ДЕТЕЙ ВТОРОГО ГОДА ЖИЗНИ ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ 1 РАЗ В
А) квартал
Б) 2 месяца
В) 6 месяцев
Г) год
ОЦЕНКУ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ НУЖНО ПРОВОДИТЬ 1 РАЗ В
А) месяц
Б) год
В) 3 месяца
Г) 6 месяцев
РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ 1 МЕСЯЦА НУЖНО СДЕЛАТЬ
А) клинический анализ крови и общий анализ мочи
Б) глюкозу сыворотки крови
В) общий анализ мочи
Г) клинический анализ крови
ПЕРВИЧНЫЙ ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОВОДЯТ
А) в первые 3 дня после выписки из родильного дома
Б) на 10-й день жизни
В) в возрасте одного месяца
Г) в возрасте 2-х месяцев
ПЕРВИЧНЫЙ ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОВОДЯТ
А) педиатр и медицинская сестра
Б) педиатр и терапевт
В) детский невропатолог и медицинская сестра
Г) педиатр и детский невропатолог
БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ
А) 3, 4, 5
Б) 1, 3, 4

В) 2, 3, 5
Г) 2, 3, 4
ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ С НОРМАЛЬНЫМ РАЗВИТИЕМ И НОРМАЛЬНЫМ УРОВНЕМ РАЗВИТИЯ ФУНКЦИЙ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
А) 1
Б) 2
В) 4
Г) 5
ЗДОРОВЫЕ, НО ИМЕЮЩИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И НЕКОТОРЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОТКЛОНЕНИЯ, А ТАКЖЕ СНИЖЕННУЮ СОПРОТИВЛЯЕМОСТЬ К ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ДЕТИ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
А) 2
Б) 3
В) 4
Г) 1
ДЕТИ, БОЛЬНЫЕ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СОСТОЯНИИ КОМПЕНСАЦИИ, С СОХРАНЕННЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ОРГАНИЗМА, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
А) 3
Б) 2
В) 4
Г) 5
ДИЕТИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ КОЛИТОВ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ЗАПОРАМИ, ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ
А) диеты с механически обработанной клетчаткой
Б) желчегонной диеты
В) молочно-растительной диеты
Г) возрастного общего стола
ПРОФИЛАКТИКА ОПИСТОРХОЗА СОСТОИТ В
А) достаточной обработке рыбы
Б) соблюдении личной гигиены
В) кипячении питьевой воды
Г) исключении контакта с зараженными животным
НЕПАСТЕРИЗОВАННОЕ МОЛОКО, СОБРАННОЕ У МАТЕРИ В НОЧНЫЕ ЧАСЫ МОЖНО ХРАНИТЬ В ХОЛОДИЛЬНИКЕ МОЛОЧНОЙ КОМНАТЫ РОДИЛЬНОГО ДОМА НЕ БОЛЕЕ _____ ЧАС.
А) 12
Б) 6
В) 24
Г) 48
ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ В РОДДОМЕ ГРУППОВОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ СЛЕДУЕТ
А) немедленно перевести новорожденных в соответствующий стационар

Б) перевести новорожденных в обсервационное отделение и назначить лечение
В) оставить новорожденных на месте, назначив лечение
Г) перевести новорожденных в отделение патологии новорожденных после проведенного лечения
ОПТИМАЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ВОЗДУХА В ПАЛАТАХ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РОДИЛЬНОГО ДОМА СОСТАВЛЯЕТ_____ГРАДУСОВ С
А) 22-24
Б) 20-24
В) 24-26
Г) 26-28
ВЛАЖНАЯ УБОРКА ПАЛАТ В ОТДЕЛЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ РОДИЛЬНОГО ДОМА ДОЛЖНА ПРОИЗВОДИТЬСЯ _____ В ДЕНЬ
А) 3-5 раз
Б) 1 раз
В) 2 раза
Г) 6-7 раз
ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ВЛАЖНОСТЬ ВОЗДУХА В ПАЛАТАХ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ РОДИЛЬНОГО ДОМА ДОЛЖНА БЫТЬ ___ %
А) 55-60
Б) 20-30
В) 40-50
Г) 70-80
ПЕРЕВОДУ В ОБСЕРВАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА НЕ ПОДЛЕЖАТ ДЕТИ
А) заболевшие гнойно-септическими заболеваниями в физиологическом отделении родильного дома
Б) новорожденные от матерей с гипертермией в послеродовом периоде
В) родившиеся вне родильного дома
Г) «отказные», подлежащие усыновлению
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СДР НОВОРОЖДЕННОГО ЖЕНЩИНАМ С УГРОЗОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ВВОДИТЬ
А) дексаметазон
Б) гидрокортизон
В) преднизолон
Г) тиреоидин
ОСМОТР ВРАЧОМ-РЕВМАТОЛОГОМ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ИММУНОДЕПРЕСАНТЫ, ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В
А) месяц
Б) 3 месяца
В) 6 месяцев
Г) год

ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ТУБЕРКУЛЕЗ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ИММУНОДЕПРЕССАНТЫ ИЛИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В _____ МЕСЯЦЕВ
А) 6
Б) 12
В) 5
Г) 8
ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПОЛНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И КОРРЕКЦИИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ ПРОВОДИТСЯ _____ РАЗ(А) В ГОД
А) 2
Б) 1
В) 3
Г) 4
РЕБЕНКУ И ЕГО СЕМЬЕ ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ У НЕГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВРАЧ ДОЛЖЕН РЕКОМЕНДОВАТЬ
А) посещение астма-школы
Б) обучение на дому
В) исключение всех физических нагрузок
Г) смену места жительства
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕОХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ
А) белок в моче
Б) эритроциты в моче
В) бактериурию
Г) лейкоциты в моче
ПРОВЕДЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЦА ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ ПОКАЗАНО В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦА (МЕСЯЦЕВ)
А) 1
Б) 3
В) 6
Г) 12
ПРОВЕДЕНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ ПОКАЗАНО В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦА (МЕСЯЦЕВ)
А) 12
Б) 1
В) 3
Г) 6
СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИТАМИН-ДДЕФИЦИТНОГО РАХИТА ЗДОРОВЫМ ДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ ПРОВОДИТСЯ ПРЕПАРАТАМИ ВИТАМИНА Д В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ РАВНОЙ _____ МЕ

А) 400 – 500
Б) 500 – 1000
В) 2000 – 4000
Г) 5000
РЕБЁНОК С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОТНОСИТСЯ К _____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
А) III
Б) I
В) II
Г) IV
РЕБЕНОК С ДЕФЕКТОМ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПРИ ОТСУТСТВИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТНОСИТСЯ К _____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
А) III
Б) I
В) II
Г) IV
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ С ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ ИЗ РАЦИОНА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ ПРОДУКТЫ
А) животного происхождения с высоким содержанием белка
Б) богатые простыми углеводами
В) богатые сложными углеводами
Г) глютенсодержащие
ДЕТЯМ С ПЕРВИЧНЫМ ИММУНОДЕФИЦИТОМ ПРОТИВОПОКАЗАНА ВАКЦИНАЦИЯ
А) живыми вакцинами
Б) корпускулярными вакцинами
В) рекомбинантными вакцинами
Г) анатоксинами
ОСНОВУ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СОСТАВЛЯЮТ МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА
А) устранение контакта со значимыми аллергенами
Б) предотвращение развития аллергической сенсибилизации
В) исключение воздействия табачного дыма как в пренатальном, так и в постнатальном периодах
Г) укрепление иммунитета
ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
А) проводится по индивидуальному плану только в периоды стойкой ремиссии
Б) проводится в соответствии с национальным календарем профилактических прививок
В) проводится по желанию родителей
Г) не проводится

ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИП В ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ЛЕЧЕНИИ
А) семейного хеликобактериоза
Б) заболеваний поджелудочной железы
В) очагов хронической инфекции
Г) кишечных инфекций
МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) рациональное питание
Б) физическая нагрузка
В) режим дня
Г) медикаментозная терапия
ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ
А) антацидов
Б) прокинетиков
В) ноотропов
Г) витаминов
ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЙКОЗАХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ
А) антибактериальных препаратов
Б) витаминно-минеральных комплексов
В) препаратов железа
Г) глюкокортикостероидов
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕМАРТРОЗОВ ПРИ ГЕМОФИЛИИ А ПРИМЕНЯЮТ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ____ ФАКТОРОМ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ
А) VIII
Б) IX
В) X
Г) XI
ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СОСТОИТ В
А) сбалансированном питании
Б) режиме дня
В) физической нагрузке
Г) медикаментозной терапии
ПРОФИЛАКТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ВКЛЮЧАЕТ
А) иммунизацию против пневмококковой инфекции
Б) естественное вскармливание
В) своевременное введение прикорма
Г) достаточное пребывание на свежем воздухе

ВАКЦИНАЦИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ ____ МЕС.
А) 2
Б) 12
В) 18
Г) 24
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ ДЕТЯМ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРОВОДЯТ В ПЕРИОД
А) ремиссии
Б) обострения
В) приступа
Г) подростковый
ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ РАЗРЕШЕНО В КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КОМПЕНСАЦИИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ НЕ МЕНЕЕ _____ МЕС.
А) 1
Б) 2
В) 3
Г) 6
С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ОБОСТРЕНИЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПАЦИЕНТАМ НЕОБХОДИМО СОБЛЮДЕНИЕ ДИЕТЫ
А) гипоаллергенной
Б) высококалорийной
В) низкокалорийной
Г) с ограничением животного белка
ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ВКЛЮЧАЕТ
А) бициллинопрофилактику
Б) витаминотерапию
В) применение антигистаминных препаратов
Г) назначение кардиометаболической терапии
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ВИТАМИНА Д ДЛЯ ЗДОРОВЫХ ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ ___ МЕ
А) 500
Б) 1000
В) 1500
Г) 2000
ПРЕНАТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОВОДИТСЯ
А) дексаметазоном
Б) метилпреднизолоном
В) будесонидом
Г) мометазоном

ОСНОВНЫМ РАЗДЕЛОМ РАБОТЫ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) динамическое наблюдение за здоровьем детей в возрасте от рождения до 7 лет
Б) осуществление восстановительного лечения
В) организация диспансерных осмотров детей врачами–специалистами и лабораторнодиагностических исследований
Г) подготовка детей к поступлению в дошкольное учреждение и школу
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ В
А) три этапа
Б) пять этапов
В) два этапа
Г) шесть этапов
КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОКАЗЫВАЕТ МЕТОДИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ
А) беременным женщинам и детям раннего возраста
Б) только беременным женщинам
В) семье, имеющей детей среднего возраста
Г) семье, имеющей детей раннего возраста
В КАБИНЕТЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ПОСТОЯННО РАБОТАЕТ
А) медицинская сестра или фельдшер
Б) участковый педиатр
В) врач-педиатр или медицинская сестра
Г) медицинский регистратор
ОЦЕНКУ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА НА 1-М ГОДУ ЖИЗНИ НУЖНО ПРОВОДИТЬ 1 РАЗ В
А) месяц
Б) год
В) 3 месяца
Г) 6 месяцев
ДЕТЕЙ ВТОРОГО ГОДА ЖИЗНИ ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ 1 РАЗ В
А) квартал
Б) 2 месяца
В) 6 месяцев
Г) год
ОЦЕНКУ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА НА 1-М ГОДУ ЖИЗНИ НУЖНО ПРОВОДИТЬ 1 РАЗ В
А) месяц
Б) год
В) 3 месяца
Г) 6 месяцев
РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ 1 МЕСЯЦА НУЖНО СДЕЛАТЬ
А) клинический анализ крови и общий анализ мочи

Б) глюкозу сыворотки крови
В) общий анализ мочи
Г) клинический анализ крови
ПЕРВИЧНЫЙ ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОВОДЯТ
А) в первые 3 дня после выписки из родильного дома
Б) на 10-й день жизни
В) в возрасте одного месяца
Г) в возрасте 2-х месяцев
ПЕРВИЧНЫЙ ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОВОДЯТ
А) педиатр и медицинская сестра
Б) педиатр и терапевт
В) детский невропатолог и медицинская сестра
Г) педиатр и детский невропатолог
БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ
А) 3, 4, 5
Б) 1, 3, 4
В) 2, 3, 5
Г) 2, 3, 4
ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ С НОРМАЛЬНЫМ РАЗВИТИЕМ И НОРМАЛЬНЫМ УРОВНЕМ РАЗВИТИЯ ФУНКЦИЙ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
А) 1
Б) 2
В) 4
Г) 5
ЗДОРОВЫЕ, НО ИМЕЮЩИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И НЕКОТОРЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОТКЛОНЕНИЯ, А ТАКЖЕ СНИЖЕННУЮ СОПРОТИВЛЯЕМОСТЬ К ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ДЕТИ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
А) 2
Б) 3
В) 4
Г) 1
ДЕТИ, БОЛЬНЫЕ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СОСТОЯНИИ КОМПЕНСАЦИИ, С СОХРАНЕННЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ОРГАНИЗМА, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
А) 3
Б) 2
В) 4
Г) 5
ДЕТИ, БОЛЬНЫЕ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СОСТОЯНИИ СУБКОМПЕНСАЦИИ, СО СНИЖЕННЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ОРГАНИЗМА, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
А) 4
Б) 5

В) 3
Г) 2
ДЕТИ, БОЛЬНЫЕ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СОСТОЯНИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ, СО ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЖЕННЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ОРГАНИЗМА, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
А) 5
Б) 4
В) 2
Г) 3
ПАЦИЕНТАМ С ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ НЕОБХОДИМО РЕГУЛЯРНО ПРОВОДИТЬ
А) мониторирование АД
Б) общий анализ крови
В) общий анализ мочи
Г) ФЭГДС
БИЦИЛЛИНОПРОФИЛАКТИКА ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ С
А) хронической ревматической болезнью сердца
Б) вегетативной дисфункцией
В) заболеваниями соединительной ткани
Г) гломерулонефритом
ПУНКТЫ ПРИМЕРНОЙ СХЕМЫ ЭПИКРИЗА НА РЕБЁНКА III ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ ВКЛЮЧАЮТ
А) результаты осмотров узких специалистов
Б) данные страхового полиса
В) табель успеваемости в школе
Г) доход родителей ежемесячно
К ВИДАМ ТРУДОВОГО РЕЖИМА ОТНОСЯТ
А) обычный
Б) усиленный
В) тяжелый
Г) персистирующий
К ВИДАМ ТРУДОВОГО РЕЖИМА ОТНОСЯТ
А) освобождение от летнего трудового обучения
Б) усиленный
В) тяжелый
Г) персистирующий
К ВИДАМ ТРУДОВОГО РЕЖИМА ОТНОСЯТ
А) домашний
Б) изолированный
В) тяжелый
Г) персистирующий
К ВИДАМ ДВИГАТЕЛЬНОГО РЕЖИМА ОТНОСЯТ
А) лечебную физкультуру
Б) спортивную группу

В) аэробику
Г) подводное плаванье
К ВИДАМ ДВИГАТЕЛЬНОГО РЕЖИМА ОТНОСЯТ
А) подготовительную группу
Б) группу олимпийского резерва
В) спортивную группу
Г) аэробику
К ВИДАМ ДВИГАТЕЛЬНОГО РЕЖИМА ОТНОСЯТ
А) спортивные мероприятия
Б) группу олимпийского резерва
В) спортивную группу
Г) аэробику
В ПОНЯТИЕ «ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ» ВХОДЯТ
А) диета, лечебные столы, режим, витаминизация
Б) профилактика и лечение педикулеза
В) рекомендации по вакцинации против гриппа и профилактика
Г) рекомендации по занятиям профессиональным спортом, режим, витаминизация
В ПЕРЕЧЕНЬ МЕРОПРИЯТИЙ, КОТОРЫЙ УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ ПРОВОДИТ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПОСЕЩЕНИИ БОЛЬНОГО РЕБЁНКА НА ДОМУ, НЕ ВХОДИТ
А) выдача справки в дошкольное учреждение о выздоровлении
Б) назначение лечения
В) назначение режима питания
Г) выдача взрослому листка нетрудоспособности по уходу за больным ребёнком
СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ
А) вакцинопрофилактику
Б) закаливание щадящим методом
В) гимнастику и массаж грудной клетки
Г) витаминотерапию, фитотерапию
ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩЕГО РЕБЕНКА В САНАТОРИЙ ИСКЛЮЧАЕТСЯ
А) справка о материальном обеспечении
Б) путевка в санаторий
В) выписка из истории развития ребенка
Г) справка об отсутствии педикулёза и контакта с инфекционными больными
ПРИ НЕФРОПТОЗЕ II СТЕПЕНИ РЕБЁНОК ДОПУСКАЕТСЯ К ЗАНЯТИЯМ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ В
А) подготовительной группе
Б) основной группе
В) специальной (подгруппе А)
Г) специальной (подгруппе ЛФК)

В ТЕЧЕНИЕ 3 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ШКОЛЬНИК ДОПУСКАЕТСЯ К ЗАНЯТИЯМ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ В
А) специальной группе (подгруппа ЛФК)
Б) основной группе
В) подготовительной группе
Г) специальной группе (подгруппа А)
ЧАСТОТА ОСМОТРА ВРАЧОМ-ПЕДИАТРОМ ДЕТЕЙ, ОТНЕСЁННЫХ К ПОДГОТОВИТЕЛЬНОЙ ГРУППЕ ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ, СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В
А) 6 месяцев
Б) 3 месяца
В) 9 месяцев
Г) 12 месяцев
ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ
А) 12–24 месяца
Б) 3–6 месяцев
В) 9–11 месяцев
Г) чем дольше, тем лучше
В РАЦИОН ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА, НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, МЯСО РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ С ___ МЕСЯЦЕВ
А) 6-ти
Б) 7-ми
В) 9-ти
Г) 10-ти
В РАЦИОН ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА РЫБА ВВОДИТСЯ С
А) 8–9 месяцев
Б) 6-ти месяцев
В) 1,5 лет
Г) 1 года жизни
НОЧНЫЕ КОРМЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ
А) разрешаются всегда
Б) запрещаются
В) разрешаются лишь после консультации невролога
Г) разрешаются, если нет срыгиваний
ВЫСОКИЙ ГИДРОЛИЗ БЕЛКА КОРОВЬЕГО МОЛОКА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СМЕСИ
А) алфаре
Б) фрисовом
В) сэмпербифидус
Г) нэнни
К КРИТЕРИЯМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ЗДОРОВЬЕ, ОТНОСЯТ
А) наличие или отсутствие функциональных нарушений
Б) факторы риска биологического анамнеза

В) факторы риска генеалогического анамнеза
Г) факторы риска социального анамнеза
ВПЕРВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ ВО ВРЕМЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПРОВОДИТСЯ С
А) одного года
Б) двух лет
В) трёх лет
Г) пяти лет
ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ВПЕРВЫЕ НАЗНАЧАЮТ ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ В
А) 3 месяца
Б) 1 месяц
В) 4 месяца
Г) 6 месяцев
ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ВПЕРВЫЕ НАЗНАЧАЮТ ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ В
А) 3 месяца
Б) 1 месяц
В) 4 месяца
Г) 5 месяцев
ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ВПЕРВЫЕ НАЗНАЧАЮТ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ В
А) 1 месяц
Б) 3 месяца
В) 6 месяцев
Г) 9 месяцев
ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ВПЕРВЫЕ НАЗНАЧАЮТ ЭКГ В
А) 12 месяцев
Б) 1 месяц
В) 3 месяца
Г) 6 месяцев
ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ВПЕРВЫЕ НАЗНАЧАЮТ ОСМОТР СТОМАТОЛОГА В
А) 12 месяцев
Б) 9 месяцев
В) 3 месяца
Г) 6 месяцев
ВРАЧЕБНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ В

А) 10 лет
Б) 12 лет
В) 14–15 лет
Г) 16 лет
ЭНДОКРИНОЛОГ ВПЕРВЫЕ УЧАСТВУЕТ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ____ ЛЕТ
А) 10
Б) 12
В) 14–15
Г) 16
ГИНЕКОЛОГ ВПЕРВЫЕ УЧАСТВУЕТ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ____ ЛЕТ
А) 3
Б) 7
В) 12
Г) 14–15
ФЛЮОРОГРАФИЮ ВПЕРВЫЕ ПРОВОДЯТ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ____ ЛЕТ
А) 15
Б) 10
В) 12
Г) 16
ЗАКЛЮЧЕНИЕ О КАТЕГОРИИ ГОДНОСТИ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ ВЫНОСИТСЯ В ____ ЛЕТ
А) 16
Б) 12
В) 14–15
Г) 17
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ВПЕРВЫЕ ОЦЕНИВАЮТ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ДЕВОЧЕК В ____ ЛЕТ
А) 10
Б) 12
В) 14
Г) 13
ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ ОТНОСЯТСЯ К ___ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
А) I
Б) II
В) III
Г) IV
ДЕТИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПЕРИОД РЕМИССИИ ОТНОСЯТСЯ К ___ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
А) III
Б) I
В) II

Г) IV
ДЕТИ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИЕ РАХИТ 1 И 2 СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ, ОТНОСЯТСЯ К ___ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
А) II
Б) I
В) III
Г) IV
ДЕТИ С ГЛИСТНОЙ ИНВАЗИЕЙ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ИНТОКСИКАЦИИ ОТНОСЯТСЯ К ___ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
А) II
Б) I
В) III
Г) IV
ДЕТИ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В СТАДИИ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ РЕМИССИИ ОТНОСЯТСЯ К ___ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
А) III
Б) II
В) I
Г) IV
БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В СТАДИИ НЕСТОЙКОЙ РЕМИССИИ ОТНОСЯТСЯ К ___ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
А) IV
Б) I
В) III
Г) II
ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ ВПЕРВЫЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ ГРУППУ КРОВИ В ___ ЛЕТ
А) 14
Б) 10
В) 12
Г) 15
ДЕТИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НАБЛЮДАЮТСЯ ВРАЧОМ НА ДОМУ В СЛУЧАЕ ОСТРОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ
А) ежедневно до выздоровления
Б) ежедневно до улучшения
В) через день до выздоровления
Г) через день до улучшения
ВОПРОС О НЕОБХОДИМОСТИ ОСМОТРА РЕБЕНКА НА ДОМУ ВРАЧОМ-СПЕЦИАЛИСТОМ РЕШАЕТ
А) участковый врач–педиатр
Б) главный врач поликлиники
В) нач. мед. поликлиники
Г) заведующий педиатрическим отделением

ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО С ИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ НА ДОМУ УЧАСТКОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ОБЯЗАНА
А) наблюдать за детьми, находящимися на карантине
Б) подать экстренное извещение
В) наложить карантин
Г) оказать первую врачебную помощь
ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО С ИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ НА ДОМУ УЧАСТКОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ОБЯЗАНА
А) наблюдать за детьми, находящимися на карантине
Б) подать экстренное извещение
В) наложить карантин
Г) оказать первую врачебную помощь
ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЯЩЕГО БОЛЬНОГО В ПОЛИКЛИНИКЕ ДОЛЖНА БЫТЬ ОКАЗАНА
А) в боксе
Б) в кабинете участкового врача
В) в кабинете врача-специалиста
Г) в кабинете заведующего педиатрическим отделением
НЕОБХОДИМО ОСМОТРЕТЬ НА ДОМУ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ
А) ребенка 3-х месяцев с t = 38°С, сыпью, рвотой, судорогами
Б) ребенка новорожденного (первичный патронаж)
В) ребенка 3-х лет с t = 38,5°С, сыпью и контактом по скарлатине
Г) ребенка 5 лет с t = 38°С
С ЦЕЛЬЮ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЗАНОСА ИНФЕКЦИИ В РАБОТЕ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТСЯ НАЛИЧИЕ
А) фильтра с боксами
Б) регистратуры
В) кабинета здорового ребенка
Г) гардероба
ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ДЕТИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОСМАТРИВАЮТСЯ
А) ежедневно врачом и медсестрой
Б) ежедневно медсестрой
В) один день медсестрой, другой – врачом
Г) в первый день – врачом, в последующие – медсестрой
КАКОЙ СПЕЦИАЛИСТ ОКАЗЫВАЕТ ПОМОЩЬ НА ДОМУ ДЕТЯМ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ?
А) педиатр
Б) инфекционист
В) иммунолог
Г) эпидемиолог
2-Й ДОРОДОВОЙ ПАТРОНАЖ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ ____ НЕДЕЛЯ
А) 31-32
Б) 25-26

В) 27-28
Г) 20-24
ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ 3-ГО ДОРОДОВОГО ПАТРОНАЖА УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) тяжелая экстрагенитальная патология у беременной женщины
Б) анемия легкой степени в 18 недель
В) острый пиелонефрит за 1 год до беременности
Г) физиологическое течение беременности
ФАКТОРОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОТНЕСТИ НОВОРОЖДЕННОГО К ТРЕТЬЕЙ ГРУППЕ РИСКА, ЯВЛЯЕТСЯ
А) выраженный токсикоз беременной
Б) наличие врожденных пороков и наследственных заболеваний в семье
В) отягощенный аллергический анамнез у родственников
Г) кровнородственный брак
ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ, КОТОРОЕ ПРОВОДИТСЯ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ 1 МЕСЯЦА, ЯВЛЯЕТСЯ
А) УЗИ внутренних органов
Б) общий анализ крови
В) общий анализ мочи
Г) ЭКГ
К ЖИВЫМ ОСЛАБЛЕННЫМ ВАКЦИНАМ ОТНОСЯТ
А) БЦЖ, туляремийная, коревая, полиомиелитная оральная, паротитная, краснушная, чумная
Б) БЦЖ, клещевая, туляремийная, коревая, полиомиелитная оральная, гриппозная, столбнячная, брюшнотифозная, холерная
В) БЦЖ, полиомиелитная, паротитная, АКДС
Г) БЦЖ, АКДС, краснушная
ВАКЦИНАЦИЯ БЦЖ ЗДОРОВЫМ ДЕТЯМ, СОГЛАСНО НАЦИОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРЮ, ПРОВОДИТСЯ
А) на 3-7 день жизни
Б) в первые 24 часа жизни
В) на 8-10 день жизни
Г) на 14 день жизни
ПРОВЕДЕНИЕ РЕБЕНКУ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРИВИВКИ ДОЛЖНО БЫТЬ ЗАФИКСИРОВАНО В
А) форме № 112
Б) журнале переписи детского населения
В) журнале учета бактериальных препаратов
Г) форме № 030
ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КРАСНУХИ ПРОВОДИТСЯ РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ
А) 1 год
Б) 2 года
В) 3 года

Г) 4 года
ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРИВИВКИ РЕБЕНОК ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ В ТЕЧЕНИЕ
А) 30-50 минут
Б) 5-10 минут
В) 1,5 часов
Г) 1 часа
ПОСЛЕ ПОСТАНОВКИ РЕАКЦИИ МАНТУ НЕОБХОДИМО ОЦЕНИТЬ РЕЗУЛЬТАТ ЧЕРЕЗ
А) 72 часа
Б) 36 часов
В) 24 часа
Г) 48 часов
ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ПРОВОДИТСЯ ДЕТЯМ В
А) 1 год
Б) 2 года
В) 3 года
Г) 4 года
ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КОРИ ПРОВОДИТСЯ ДЕТЯМ В
А) 1 год
Б) 2 года
В) 3 года
Г) 4 года
ВРЕМЕННЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) дисбактериоз
Б) синдром дыхательных расстройств
В) острое инфекционное заболевание
Г) недоношенность III степени
РЕБЁНОК ПОВОРАЧИВАЕТ ГОЛОВУ В СТОРОНУ ЗВУКА С
А) 2 месяцев
Б) 1 месяца
В) 3 месяцев
Г) 4 месяцев
ДЛЯ КОРМЛЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ И МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ ПРИМЕНЯЮТ СМЕСЬ
А) Фрисопре
Б) НАН
В) Нутрилон
Г) Нутрилак
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДОЗОЙ ВИТАМИНА D ДЛЯ ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 4 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ _____ МЕ
А) 400-500
Б) 100-200

В) 700-800
Г) 900-1000
К ФАКТОРАМ БИОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА, ОСЛОЖНЯЮЩИМ ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДА АДАПТАЦИИ, ОТНОСЯТ
А) сниженную резистентность ребенка
Б) физиологическую желтуху в периоде новорожденности
В) первоначальную потерю массы тела в роддоме 3-5%
Г) срок гестации 39 недель
К ПРИЗНАКАМ ДЕЗАДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ В ДЕТСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ОТНОСЯТ
А) снижение резистентности
Б) отставание биологического возраста от паспортного
В) увеличение времени продолжительности сна
Г) ускорение темпов физического развития
ВРАЧ-ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ РЕБЕНКА В ДЕТСКОМ ДОШКОЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ (ДДУ)
А) при поступлении в ДДУ
Б) сразу после постановки реакции Манту
В) после каникул
Г) после прогулки детей ясельной группы
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА А В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ _____ ВАКЦИНА
А) инактивированная
Б) живая
В) плазменная
Г) рекомбинантная
ПРИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В ОРГАНИЗМОМ ВЫРАБАТЫВАЮТСЯ
А) анти-HBs
Б) анти-HBcor суммарный
В) анти-HBE
Г) анти-HAVIgM
ПРОФИЛАКТИКА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ
А) полисахаридной вакциной
Б) живой вакциной
В) убитой вакциной
Г) ацикловиром
ПРИ КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В СЕМЬЕ ПРОВОДИТСЯ
А) двукратное бактериологическое обследование членов семьи
Б) однократное бактериологическое обследование членов семьи
В) люмбальная пункция детям
Г) введение донорского иммуноглобулина взрослым
К ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ В ОЧАГЕ ИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ

А) карантин для контактных лиц
Б) госпитализация всех контактных лиц в инфекционный стационар
В) назначение профилактических курсов антибактериальной терапии всем контактным
Г) изоляция контактных на 3 месяца
К ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ, ВОЗДЕЙСТВУЮЩИМ НА ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ, ОТНОСИТСЯ
А) текущая дезинфекция
Б) вакцинопрофилактика
В) витаминотерапия
Г) закаливание
К ОСЛОЖНЕНИЯМ ВАКЦИНАЦИИ ОТНОСЯТ
А) анафилактический шок
Б) гипертермию
В) крупозную пневмонию
Г) фебрильные судороги
ИЗОЛЯЦИЯ БОЛЬНОГО С ГРИППОМ ДЛИТСЯ
А) не менее 7 дней от начала заболевания
Б) до исчезновения клинических проявлений
В) 10 дней от начала заболевания
Г) до исчезновения температуры
САМЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ
А) вакцинация
Б) ежедневная уборка помещений, проветривание, облучение
В) противогриппозный иммуноглобулин
Г) интерферон, у детей старшего возраста – ремантадин
ПЕРВИЧНАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ ПРОВОДИТСЯ
А) АКДС вакциной
Б) АДС-анатоксином
В) АДС-М-анатоксином
Г) БЦЖ-вакциной
СРОК ИЗОЛЯЦИИ БОЛЬНОГО С ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ СОСТАВЛЯЕТ
А) весь острый период плюс 5 дней с момента последних высыпаний
Б) 21 день от момента появления сыпи
В) 7 дней от начала заболевания
Г) 5 дней от начала высыпаний, при осложнениях – 10 дней
АКТИВНУЮ ИММУНИЗАЦИЮ ПРОТИВ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ПРОВОДЯТ
А) живой вакциной
Б) анатоксином
В) иммуноглобулином
Г) инактивированной (убитой) вакциной
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОКЛЮША ПРИМЕНЯЮТ

А) АКДС вакцину
Б) коревую вакцину
В) противостолбнячный анатоксин
Г) полиомиелитную вакцину
ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ПРИ НАЛИЧИИ ЖЕЛТУХИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) исключение патологического типа желтухи
Б) назначение гепатопротекторов
В) назначение дополнительного питья
Г) назначение желчегонных препаратов
ЗАНЯТИЯ ФИЗКУЛЬТУРОЙ В ОСНОВНОЙ ГРУППЕ РАЗРЕШЕНЫ ПРИ
А) атриовентрикулярной блокаде 1 степени
Б) синдроме удлиненного интервала QT
В) синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта
Г) трехпучковой блокаде ножек пучка Гиса
ПОД УСТРАНЕНИЕМ ФАКТОРОВ РИСКА ПОНИМАЮТ
А) первичную профилактику заболеваний
Б) вторичную профилактику заболеваний
В) третичную профилактику заболеваний
Г) эпидемиологическое обследование детского населения
ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА
А) предупреждение осложнений возникшего заболевания
Б) предупреждение возникновения заболеваний
В) восстановление функциональной целостности
Г) функциональную реабилитацию заболеваний
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ _____ ПРЕПАРАТЫ
А) противовирусные
Б) антибактериальные
В) витаминные
Г) десенсибилизирующие
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ ДО 3-Х ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ЧИСТКИ ЗУБОВ ЗУБНУЮ ЩЕТКУ
А) очень мягкую
Б) мягкую
В) средней жесткости
Г) жесткую
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ДЕТЯМ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ЧИСТКИ ЗУБОВ ЗУБНУЮ ЩЕТКУ
А) мягкую
Б) очень мягкую

В) средней жесткости
Г) жесткую
К АКТИВНЫМ МЕТОДАМ МЕДИЦИНСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ОТНОСЯТ
А) занятия по обучению гигиене в группе детского сада
Б) издание научно-популярной литературы
В) проведение выставок средств гигиены
Г) телевизионную рекламу
АНКЕТИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ
А) уровень знаний о профилактике заболеваний
Б) состояние здоровья
В) качество оказания медицинской помощи
Г) уровень здоровья
К ПАССИВНЫМ ФОРМАМ МЕДИЦИНСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ОТНОСЯТ
А) телевизионную рекламу
Б) проведение «урока здоровья» в школе
В) беседу с родителями ребенка на приеме
Г) занятия по обучению гигиене в группе детского сада
ПРОВЕДЕНИЕ БЕСЕДЫ С ПАЦИЕНТОМ И ЕГО РОДИТЕЛЯМИ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ФОРМОЙ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ
А) индивидуальной
Б) групповой
В) массовой
Г) популяционной
ПРОВЕДЕНИЕ «УРОКА ЗДОРОВЬЯ» В ОРГАНИЗОВАННОМ ДЕТСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ФОРМОЙ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОСВЕЩЕНИЯ
А) групповой
Б) индивидуальной
В) массовой
Г) популяционной
ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРОВОДИТЬ В ФОРМЕ
А) урока здоровья
Б) семинара
В) лекции
Г) беседы
С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ПЕДИАТР РЕКОМЕНДУЕТ РОДИТЕЛЯМ ПРЕКРАТИТЬ ИСПОЛЬЗОВАТЬ СОСКУПУСТЫШКУ ДЕТЯМ СТАРШЕ
А) 1 года
Б) 6 месяцев

В) 2 лет
Г) 3 лет
ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ В ФОРМЕ
А) игры
Б) урока
В) беседы
Г) лекции
ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКОСАНИТАРНОЙ ПОМОЩИ СОСТОИТ В
А) профилактике
Б) диагностике
В) лечении
Г) реабилитации
ПОД ПОСТЭКСПОЗИЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ ПОНИМАЮТ
А) экстренную вакцинацию контактных неиммунных лиц
Б) срочную вакцинацию всех контактный лиц
В) изоляцию инфекционного больного
Г) обработку помещений дезинфицирующими средствами после госпитализации инфекционного больного
ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАПРАВЛЕНА НА РЕБЕНКА
А) здорового
Б) с отставанием в физическом развитии
В) больного хроническим заболеванием
Г) с задержкой нервно-психического развития
ПОНЯТИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАДАПТАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ
А) восстановление личных контактов с одноклассниками
Б) поддержание психологического благополучия в семье
В) повышение успеваемости ученика
Г) выявление семей с повышенным риском заболеваний
ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) образ жизни семьи
Б) наследственность
В) состояние окружающей среды
Г) деятельность органов здравоохранения
ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАПРАВЛЕНА НА
А) предупреждение инвалидности
Б) более ранние сроки созревания функций организма
В) здорового ребенка
Г) уменьшение влияния неблагоприятных средовых факторов
ПРОФИЛАКТИКА ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ
А) анемии
Б) заболеваний печени
В) тромбоцитопатий

Г) почечной патологии
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ДОЗЫ ЦИНКА НАЗНАЧАЮТСЯ С ЦЕЛЬЮ ОБЕСПЕЧЕНИЯ
А) нормального кроветворения
Б) остеообразования
В) дезинтоксикационной функции печени
Г) полноценного зрения
РЕБЕНКУ С РАХИТОМ ПРЕПАРАТЫ КАЛЬЦИЯ НАЗНАЧАЮТ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ
А) спазмофилии
Б) гипервитаминоза D
В) гиперкалиемии
Г) тахифилаксии
В ТЕПЛОЕ ВРЕМЯ ГОДА ПРОГУЛКИ СО ЗДОРОВЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ РЕКОМЕНДУЮТ НАЧИНАТЬ С ___ ДНЯ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ
А) 1
Б) 5
В) 7
Г) 10
ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОЛБНЯКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
А) прививочным анамнезом пострадавшего
Б) характером раны, травмы
В) временем, прошедшим после травмы
Г) возрастом ребенка
ЗУБНУЮ ПАСТУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ДЕТЕЙ, НАЧИНАЯ С _____ ЛЕТ
А) 1,5-2
Б) 5
В) 3
Г) 4
СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАХИТА НАЗНАЧАЕТСЯ НЕДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ В ДОЗЕ 500-1000 МЕ ВИТАМИНА D ЕЖЕДНЕВНО С
А) 10-14 суток жизни
Б) 1-го месяца
В) 2-го месяца
Г) 3-го месяца
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА НАЧИНАЮТ С
А) 20-25 дней
Б) 10 дней
В) 2 мес.

Г) 3 мес.
НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) специфическая профилактика детских инфекционных заболеваний
Б) профилактика острых респираторных заболеваний
В) формирование навыков личной гигиены
Г) профилактика нарушений осанки
НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) профилактика рахита, хронических расстройств питания, анемии
Б) профилактика инфекционно-аллергических заболеваний
В) профилактика детского травматизма
Г) близорукость
НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ САНИТАРНОЙ ПРОПАГАНДЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) специфическая профилактика детских инфекций
Б) профилактика инфекционно-аллергических заболеваний
В) профилактика детского травматизма
Г) близорукость
НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ САНИТАРНОЙ ПРОПАГАНДЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) профилактика острых респираторных заболеваний
Б) правила ухода за ребенком
В) навыки личной гигиены
Г) профилактика нарушений осанки
НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ ПЕДИАТРА С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) формирование навыков личной гигиены
Б) правила ухода за ребенком
В) профилактика аллергических заболеваний
Г) профилактика нарушений осанки
НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ ПЕДИАТРА С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А) профилактика детского травматизма
Б) профилактика рахита и анемии
В) соблюдение режима дня
Г) близорукость
НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ БЕСЕД УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА С РОДИТЕЛЯМИ НА ПЕРВОМ ПАТРОНАЖЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) правила ухода за ребенком
Б) профилактика рахита и анемии

В) навыки личной гигиены
Г) методы закаливания
НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ БЕСЕД УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА С РОДИТЕЛЯМИ НА ПЕРВОМ ПАТРОНАЖЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) правила рационального вскармливания
Б) специфическая профилактика детских инфекций
В) профилактика детского травматизма
Г) гигиеническая гимнастика
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПЕДИАТРА С ПОДРОСТКАМИ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМА О
А) вреде табакокурения, алкоголя, психотропных и наркотических веществ
Б) профилактике детского травматизма
В) значении аллергических и инфекционно-аллергических заболеваний
Г) близорукости
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПЕДИАТРА С ПОДРОСТКАМИ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМА О
А) профилактике заболеваний, передающихся половым путем
Б) навыках личной гигиены
В) профилактике острых детских инфекций
Г) профилактике нарушений осанки
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ ПЕДИАТРА С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМА О
А) профилактике нарушений осанки
Б) правилах ухода за здоровым и больным ребенком
В) формировании навыков личной гигиены
Г) профилактике острых детских инфекций
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ ПЕДИАТРА С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМА О
А) близорукости и других нарушениях зрения
Б) профилактике рахита, хронических расстройств питания, анемии
В) профилактике детского травматизма
Г) значении аллергических и инфекционно-аллергических заболеваний
КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДОЛЖНЫ ПОСЕЩАТЬ ДЛЯ
А) проведения контрольного кормления
Б) выдачи справок об эпидемиологической обстановке по месту жительству
В) выдачи справок о состоянии здоровья ребенка
Г) получения направлений на различные виды исследований
В ДЕТСКОМ АМБУЛАТОРНОМ ЦЕНТРЕ И В КАЖДОМ ЕГО ФИЛИАЛЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ИНФОРМАЦИОННЫЕ СТЕНДЫ
А) о развитии и принципах воспитания здорового ребенка
Б) с рекламой лекарственных препаратов и средств ухода за ребенком
В) о случаях инфекционных заболеваний в детских образовательных учреждениях

Г) о результатах профилактических осмотров детей

РОДИТЕЛИ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ, ЧТО УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА СЛЕДУЕТ ВЫЗЫВАТЬ НА ДОМ

А) в случае острого инфекционного заболевания или подозрения на него

Б) для проведения профилактического осмотра

В) для получения справки о возможности занятий ребенка в спортивной секции

Г) с целью провести туберкулинодиагностику или вакцинацию

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДЕТСКОМ АМБУЛАТОРНОМ ЦЕНТРЕ И В КАЖДОМ ЕГО ФИЛИАЛЕ ПРЕДУСМОТРЕН

А) фильтр с отдельным входом

Б) кабинет доврачебного приема

В) кабинет «Здоровое детство»

Г) лаборатория

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДЕТСКОМ АМБУЛАТОРНОМ ЦЕНТРЕ И В КАЖДОМ ЕГО ФИЛИАЛЕ ПРЕДУСМОТРЕН ИЗОЛЯТОР С БОКСАМИ, КОТОРЫХ ДОЛЖНО БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ

А) 2

Б) 3

В) 4

Г) 5

К ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ОТНОСИТСЯ

А) динамическое наблюдение за здоровыми детьми

Б) осуществление вместе с другими специалистами реабилитации взятых на учет детей

В) динамическое наблюдение за больными детьми

Г) составление плана прививочной работы и контроль его выполнения

К ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ОТНОСИТСЯ

А) назначение соответствующего возрасту режима и рационального питания здоровым детям

Б) направление детей на лечение в стационар

В) своевременное информирование о выявлении инфекционного заболевания или подозрении на него

Г) отбор и учет детей, нуждающихся в санаторном и курортном лечении

КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДЕТСКОГО АМБУЛАТОРНОГО ЦЕНТРА ОБЕСПЕЧИВАЕТ РОДИТЕЛЕЙ МЕТОДИЧЕСКИМИ МАТЕРИАЛАМИ ПО ВОПРОСАМ

А) развития и воспитания здорового ребенка

Б) методов диагностики инфекционных заболеваний

В) лечения неинфекционных заболеваний

Г) профилактических осмотров детей

КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДОЛЖЕН БЫТЬ ОБЕСПЕЧЕН НАГЛЯДНЫМИ ПОСОБИЯМИ
А) средств ухода за новорожденными и детьми грудного возраста
Б) средств ухода за больными детьми различного возраста
В) оказания сердечно-легочной реанимации
Г) лекарственных препаратов для детей различного возраста
ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СО ЗДОРОВЫМИ ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА В СОСТАВЕ ДЕТСКОГО АМБУЛАТОРНОГО ЦЕНТРА ОРГАНИЗУЕТСЯ
А) кабинет здорового ребенка
Б) кабинет «Здоровое детство»
В) центр здоровья
Г) отделение медицинской профилактики
ПРОВЕДЕНИЕ ЗАНЯТИЙ В «ШКОЛЕ МОЛОДЫХ РОДИТЕЛЕЙ» ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В КАБИНЕТЕ
А) здорового ребенка
Б) участкового врача-педиатра
В) «Здоровое детство»
Г) центра здоровья
ИНФОРМАЦИЮ О ТЕХНОЛОГИИ ПРИГОТОВЛЕНИЯ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ, ПРАВИЛАХ ВВЕДЕНИЯ ДОКОРМА И ПРИКОРМА РОДИТЕЛИ МОГУТ ПОЛУЧИТЬ
А) в кабинете здорового ребенка
Б) на молочно-раздаточном пункте
В) на приеме у дежурного педиатра
Г) в отделении медицинской профилактики
УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ПРОВОДИТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА 2-ГО ГОДА ЖИЗНИ ОДИН РАЗ В
А) квартал
Б) месяц
В) полугодие
Г) год
УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ПРОВОДИТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА 3-ГО ГОДА ЖИЗНИ ОДИН РАЗ В
А) полгода
Б) квартал
В) месяц
Г) год
УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ПРОВОДИТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ ОДИН РАЗ В
А) месяц
Б) квартал
В) полгода
Г) неделю

ЗДОРОВОМУ 3-ЛЕТНЕМУ РЕБЕНКУ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕРЕНИЯ ПРОВОДЯТСЯ В ГОД ____ (РАЗ)
А) 2
Б) 4
В) 6
Г) 1
К ДЕКРЕТИРОВАННЫМ ЭТАПНЫМ ЭПИКРИЗНЫМ СРОКАМ ДЛЯ ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ ОТНОСЯТ_____ МЕСЯЦЫ
А) 3, 6, 9, 12
Б) 1, 2, 4, 6, 11
В) 0, 1, 6, 12
Г) 0, 6, 12
ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ЯВЛЯЕТСЯ _____ МЕТОД
А) диспансерный
Б) реабилитационный
В) лечебный
Г) противорецидивный
ПОД ДИСПАНСЕРНЫМ МЕТОДОМ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ПОНИМАЮТ АКТИВНОЕ ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
А) за здоровыми и больными детьми
Б) только за больными детьми
В) только за здоровыми детьми
Г) за окружением детей
ДЕТСКИМ АМБУЛАТОРНЫМ ЦЕНТРОМ ЯВЛЯЕТСЯ УЧРЕЖДЕНИЕ, ОКАЗЫВАЮЩЕЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ
А) внебольничную
Б) стационарную
В) родовспоможения
Г) высокотехнологичную
ДЕТСКИЙ АМБУЛАТОРНЫЙ ЦЕНТР ОКАЗЫВАЕТ ЛЕЧЕБНОПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ ДО ___ ЛЕТ
А) 18
Б) 15
В) 20
Г) 14
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПЕДИАТРА ВКЛЮЧАЕТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ
А) детей 1-7 лет, не посещающих детские дошкольные учреждения
Б) беременных
В) женщин, планирующих беременность
Г) детей, посещающих детские образовательные учреждения
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПЕДИАТРА ЯВЛЯЕТСЯ
А) санитарно-просветительной

Б) лечебно-диагностической
В) санитарно-гигиенической
Г) аналитико-статистической
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР БЫВАЕТ
А) периодическим
Б) диагностическим
В) эпидемическим
Г) гигиеническим
С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕДИКУЛЕЗА ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОСМАТРИВАЮТ НЕ МЕНЕЕ ____ РАЗ В ГОД
А) 4
Б) 8
В) 6
Г) 2
ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ НА ВЫЯВЛЕНИЕ ЭНТЕРОБИОЗА ПРОВОДЯТ ОДИН РАЗ В
А) год
Б) месяц
В) квартал
Г) полугодие
ПЕРЕД ПОСТУПЛЕНИЕМ РЕБЕНКА В ОРГАНИЗОВАННЫЙ ДЕТСКИЙ КОЛЛЕКТИВ ПРОВОДИТСЯ _____ ОСМОТР
А) предварительный
Б) периодический
В) профилактический
Г) диагностический
ДЕВУШКАМ-ПОДРОСТКАМ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ МЕТОД КОНТРАЦЕПЦИИ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЙ СОЧЕТАНИЕ
А) презерватива и интракутанной релизинг-системы
Б) внутриматочной спирали и шеечной мембраны
В) спермицида и мини-пили
Г) орального гормонального контрацептива и календарного метода
КАКОЙ МЕТОД КОНТРАЦЕПЦИИ И ЗАЩИТЫ ОТ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ ПОДРОСТКАМ?
А) презерватив
Б) внутриматочную спираль
В) спермицид
Г) определение базальной температуры
УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ ПЕДИАТР ПРОВОДИТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ _____ РЕБЕНКА
А) физического развития
Б) школьной зрелости
В) психофизиологической готовности
Г) физической подготовленности

С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕУТОМЛЕНИЯ В РЕЖИМЕ ДНЯ УЧАЩИХСЯ СТАРШИХ КЛАССОВ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРЕДУСМОТРЕН НОЧНОЙ СОН НЕ МЕНЕЕ _____ ЧАСОВ
А) 8
Б) 7
В) 6
Г) 5
С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕУТОМЛЕНИЯ В РЕЖИМЕ ДНЯ УЧАЩИХСЯ 1 КЛАССОВ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРЕДУСМОТРЕН НОЧНОЙ СОН НЕ МЕНЕЕ _____ ЧАСОВ
А) 10
Б) 9
В) 8
Г) 7
ШКОЛЬНОЕ РАСПИСАНИЕ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ РАЦИОНАЛЬНОЕ, ЕСЛИ
А) образуется кривая с одним подъемом во вторник и в среду
Б) наибольшая сумма баллов приходится на понедельник и пятницу
В) неравномерно распределена нагрузка в недельном цикле
Г) равномерно распределена нагрузка в недельном цикле
КАКИМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВИЛЬНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ОТДЕЛЬНЫМ ПРИЕМАМ ПИЩИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА (% ВСЕГО РАЦИОНА В КАЛОРИЯХ)?
А) завтрак – 25, обед – 35-45, полдник – 10-15, ужин – 20-25
Б) завтрак – 0, обед –50-60, полдник – 0, ужин – 40-50
В) завтрак –5, обед – 70-75, полдник – 5-10, ужин – 10-20
Г) завтрак – 40-50, обед – 50-60, полдник – 0, ужин – 0
ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТОМ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) гносеологический
Б) информативно-коммуникативный
В) диагностический
Г) интегративный
К КОМПЛЕКСНЫМ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИМ ТЕХНОЛОГИЯМ ШКОЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ ОТНОСЯТ
А) валеологические
Б) воспитательные
В) социальные
Г) психологические
«ШКОЛЬНЫМ» ФАКТОРОМ, НЕГАТИВНО ВОЗДЕЙСТВУЮЩИМ НА ЗДОРОВЬЕ УЧАЩИХСЯ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) дидактогенная организация образовательного процесса
Б) соблюдение гигиенических требований организации образовательного процесса
В) компетентность педагогов в вопросах здоровья

Г) использование преимущественно воспитательных программ
ФАКТОРОМ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИМ НОРМАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ РЕБЕНКА К ОБУЧЕНИЮ В ШКОЛЕ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) тяжелое заболевание, перенесенное за год до начала обучения
Б) психологическая зрелость
В) соответствие биологического и паспортного возраста
Г) любое заболевание, перенесенное за год до начала обучения
ВИДЕОЭКОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИМ ПОТЕНЦИАЛЬНУЮ УГРОЗУ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) цвет стен
Б) освещенность
В) воздушная среда
Г) используемые строительные материалы
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ УМСТВЕННОГО УТОМЛЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ ФИЗКУЛЬТМИНУТОК ЧЕРЕЗ 20 МИНУТ ОТ НАЧАЛА ___ УРОКА
А) 4
Б) 1
В) 2
Г) 3
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕУТОМЛЕНИЯ ДОМАШНЕЕ ЗАНЯТИЕ ПЕРВОКЛАССНИКОВ ДОЛЖНО ЗАНИМАТЬ НЕ БОЛЕЕ _____ ЧАС.
А) 1
Б) 1,5
В) 2
Г) 2,5
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТОЙ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ЯВЛЯЕТСЯ
А) патронаж
Б) организация стационара на дому
В) направление на медико-социальную экспертизу
Г) направление в дневной стационар
В ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ НАПРАВЛЯЮТ ДЕТЕЙ
А) здоровых
Б) инвалидов
В) с хроническим заболеванием
Г) реконвалесцента острого заболевания
ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ РАБОТЫ ДЕТСКОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) пропаганда здорового образа жизни
б) выявление хронических заболеваний
В) выявление острых заболеваний
Г) диагностика факторов риска

ВЫДЕЛЕНИЕ ГРУПП РИСКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОВОДИТСЯ УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ С ЦЕЛЬЮ
А) профилактики развития патологических состояний
Б) лечения выявленных состояний
В) разработки плана диспансеризации
Г) отбора детей, нуждающихся в консультации заведующего отделением
ЗДОРОВОМУ НОВОРОЖДЕННОМУ РЕБЕНКУ ПЕДИАТР ВЫСТАВЛЯЕТ ____ ГРУППУ ЗДОРОВЬЯ
А) I
Б) IIА
В) IIБ
Г) III
ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ОСМОТР ПЕДИАТРА И
А) термометрию
Б) клинический анализ крови
В) общий анализ мочи
Г) исследование на яйца гельминтов
ПРОФИЛАКТИКОЙ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ СВОЕВРЕМЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМА
А) мясными продуктами
Б) молочными кашами
В) овощными пюре
Г) фруктовыми соками
ОДНИМ ИЗ РАЗДЕЛОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПЕДИАТРА ЯВЛЯЕТСЯ КОНТРОЛЬ
А) выполнения родителями специфической и неспецифической профилактики рахита
Б) проведения комплексной оценки состояния здоровья детей
В) посещения ребенком детского образовательного учреждения
Г) проведения лабораторно-диагностических исследований
РАБОТУ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПОГАЛАКТИИ ОЦЕНИВАЮТ ПО ПОКАЗАТЕЛЮ УДЕЛЬНОГО ВЕСА ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, КОТОРЫХ В 3 МЕСЯЦА ДОЛЖНЫ БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ ____ %
А) 80
Б) 50
В) 30
Г) 25
КРИТЕРИЕМ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПЕДИАТРА ЯВЛЯЕТСЯ ____ %
ОХВАТ ПАТРОНАЖЕМ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ
А) 100
Б) 95
В) 90

Г) 92
1-Й ДОРОДОВОЙ ПАТРОНАЖ ПРОВОДИТСЯ
А) сразу после взятия на учет беременной в женской консультации
Б) при сроке беременности 20 недель
В) при сроке беременности 24 недели
Г) при сроке беременности 16 недель
3-Й ДОРОДОВОЙ ПАТРОНАЖ ПРОВОДИТСЯ
А) в индивидуальные сроки при наличии патологии беременности
Б) всем беременным на 34-й неделе беременности
В) всем беременным на 36-й неделе беременности
Г) всем беременным на 32-й неделе беременности
ЗДОРОВЫЙ РЕБЁНОК НА ВТОРОМ ГОДУ ЖИЗНИ ДОЛЖЕН ОСМАТРИВАТЬСЯ УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ
А) 1 раз в 3 месяца
Б) 1 раз в 6 месяцев
В) 1 раз в месяц
Г) 1 раз в год
КОЛИЧЕСТВО КОРМЛЕНИЙ РЕБЁНКА 10-12 МЕСЯЦЕВ
А) 5
Б) 8
В) 4
Г) 3
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АНЕМИИ РЕБЁНКУ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ МОЖНО НАЗНАЧИТЬ
А) феррум-лек
Б) мультитабс
В) витрум бэби
Г) сорбифер дурулес
НЕОБХОДИМОЙ РЕКОМЕНДАЦИЕЙ В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ РЕБЕНКА К ПОСТУПЛЕНИЮ В ДОУ ЯВЛЯЕТСЯ
А) приблизить домашний режим к режиму в ДОУ
Б) назначить диету с повышенной калорийностью
В) проводить профилактические курсы антибиотиков
Г) проводить исследование кала на дисбактериоз
К БЛЮДАМ, РАЗРЕШЕННЫМ К УПОТРЕБЛЕНИЮ В ДОУ, ОТНОСЯТ
А) творожную запеканку
Б) макароны по-флотски
В) форшмак
Г) яичницу-глазунью
В ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ РАБОТУ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ВХОДИТ
А) посещение новорожденных совместно с участковым педиатром
Б) проведение расчета питания и коррекция его детям раннего возраста
В) оценка нервно-психического развития
Г) проведение специфической постнатальной профилактики рахита

В ОСНАЩЕНИЕ КАБИНЕТА ВРАЧА-ПЕДИАТРА ВХОДИТ
А) ростомер
Б) электрокардиограф
В) аппарат УЗИ
Г) микроскоп
В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ БРЮШНОГО ТИФА У ШКОЛЬНИКА ОФОРМЛЯЕТСЯ
А) экстренное извещение
Б) справка
В) амбулаторная карта больного
Г) освобождение от занятий в школе
ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИСКЛЮЧАЕТ ПРОВЕДЕНИЕ
А) медико-социальной реабилитации
Б) санитарно-гигиенического воспитания
В) диспансерных медицинских осмотров
Г) группового консультирования
ВРАЧ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ
А) коррекцию основных факторов риска
Б) рентгенографию органов грудной клетки
В) оформление страхового полиса
Г) проведение спирометрии
К ПРИРОДНЫМ ФАКТОРАМ КУРОРТОВ ОТНОСЯТ
А) минеральные воды, грязи
Б) атмосферное давление
В) циркуляцию и влажность воздуха
Г) количество осадков
ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ОСМОТРА ОРТОПЕДОМ РЕБЁНКА В 3-Х МЕСЯЧНОМ ВОЗРАСТЕ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ДИСПЛАЗИЮ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ЯВЛЯЕТСЯ
А) появление ядер окостенения тазобедренных суставов
Б) исчезновение гипертонуса мышц верхних конечностей
В) угасание рефлексов спинального автоматизма
Г) снижение гипертонуса мышц нижних конечностей
АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА, КОТОРЫЙ ПОСТАВИЛ НА ВЫЗОВЕ ДИАГНОЗ «ЛАКУНАРНАЯ АНГИНА», ИСКЛЮЧАЕТ
А) подачу ф. №058/у в инфекционный кабинет
Б) ежедневный осмотр пациента в течение 3 дней
В) взятие мазка на BL
Г) обязательное назначение антибактериальной терапии
ПОНЯТИЕ «ОСОБЕННОСТИ ОНТОГЕНЕЗА» ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ
А) генеалогический, биологический, социальный анамнез
Б) уровень нервно-психического развития, генеалогический анамнез

В) резистентность организма, наличие хронических заболеваний, биологический анамнез
Г) уровень функционального состояния организма, социальный анамнез
ПОНЯТИЕ «ИНДЕКС НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЁННОСТИ» ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТНОШЕНИЕМ
А) общего числа заболеваний к общему числу родственников (сам ребёнок в это число не входит)
Б) общего числа родственников к общему числу заболеваний
В) общего числа заболеваний к общему числу родственников (включая ребёнка)
Г) заболевания каждого родственника к общему числу родственников
КАКИМИ ЯВЛЯЮТСЯ ГРУППА ЗДОРОВЬЯ, ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ, КРАТНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ ПРИ «НЕМЫХ» И ПСЕВДОФОРМАХ ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ?
А) группа здоровья II, длительность наблюдения 2 года, кратность обследования 2 раза в год
Б) группа здоровья III, длительность наблюдения 1 год, кратность обследования 1 раз в 3 месяца
В) группа здоровья II, длительность наблюдения 1 год, кратность обследования 2 раза в год
Г) группа здоровья III, длительность наблюдения 2 года, кратность обследования 1 раз в 3 месяца
УЧАСТКОВОМУ ПЕДИАТРУ НА САНИТАРНОПРОСВЕТИТЕЛЬНУЮ РАБОТУ ЕЖЕМЕСЯЧНО ОТВОДИТСЯ _____ ЧАСА
А) 4
Б) 2
В) 3
Г) 0,5
ПОДАЧА ЭКСТРЕННОГО ИЗВЕЩЕНИЯ В ИНФЕКЦИОННЫЙ КАБИНЕТ ОБЯЗАТЕЛЬНА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ
А) острой кишечной инфекции
Б) острого гастрита
В) синдрома раздраженного кишечника
Г) острого аппендицита
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ ПО _____ КРИТЕРИЯМ
А) 6
Б) 5
В) 4
Г) 7
ГРУПП ЗДОРОВЬЯ СУЩЕСТВУЕТ
А) 5
Б) 4
В) 7

Г) 6
ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА «ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ» УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ОБЯЗАН УТОЧНИТЬ МЕНЮ ЗА ПРЕДЫДУЩИЕ СУТКИ, ОБСЛЕДОВАТЬ БОЛЬНОГО НА ПАТОГЕННУЮ КИШЕЧНУЮ ФЛОРУ, ВИРУСЫ, КОПРОЛОГИЮ И ЗАПОЛНИТЬ
А) ф. №058/у
Б) ф. №063/у
В) ф. №030/у
Г) ф. №088/у
ЧАСТОТА НАБЛЮДЕНИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ГАСТРОДУОДЕНИТОМ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В _____ МЕСЯЦЕВ
А) 6
Б) 8
В) 9
Г) 10
РЕБЁНОК ВЫДЕЛЯЕТСЯ В ГРУППУ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ, ЕСЛИ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ БОЛЕЕТ ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ _____ В ГОД
А) 4 раза
Б) 3 раза
В) 5 раз
Г) 6 раз
ДЕТИ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ В СОСТОЯНИИ КОМПЕНСАЦИИ ОТНОСЯТСЯ К _____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
А) III
Б) II
В) I
Г) IV
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ ДЕТЯМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРОВОДЯТСЯ В КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КОМПЕНСАЦИИ НА ПРОТЯЖЕНИИ _____ МЕС.
А) 1
Б) 3
В) 6
Г) 9
МИНИМАЛЬНЫЙ ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ РАЗЛИЧНЫМИ ПРИВИВКАМИ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЕС.
А) 1
Б) 3
В) 2
Г) 6
ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ 12 МЕСЯЦЕВ ПРОВОДИТСЯ
А) вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
Б) вакцинация против туберкулеза

В) 4-я вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита
Г) вакцинация против гепатита В
РЕБЕНКУ, НЕ ВАКЦИНИРОВАННОМУ ВАКЦИНОЙ БЦЖ В РОДДОМЕ, ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКА ПРОВОДИТСЯ, НАЧИНАЯ С _____ МЕСЯЦЕВ
А) 2
Б) 3
В) 4
Г) 6
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В ДЕТЯМ, РОЖДЕННЫМ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ, ПРОВОДЯТСЯ ПО СХЕМЕ _____ МЕСЯЦЕВ
А) 0 - 1 - 2 - 12
Б) 0 - 1 - 3 - 6
В) 0 - 3 - 6 - 12
Г) 0 - 1 - 6
ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКИ (ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ МАНТУ) ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ РАЗРЕШЕНЫ ЧЕРЕЗ _____ ЧАС.
А) 72
Б) 24
В) 48
Г) 96
АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРОВЕДЕН ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ НА ПЕРВОМ ГОДУ НЕ ПОЗДНЕЕ ПЕРВЫХ _____ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ
А) 3
Б) 5
В) 6
Г) 9
ПЕРВЫЙ ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ ЗДОРОВОМУ РЕБЁНКУ ПРОВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦЕВ
А) 3
Б) 6
В) 9
Г) 12
СРЕДНЯЯ МАССА РЕБЁНКА В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ _____ КГ
А) 10–11
Б) 6–7
В) 7–8
Г) 8–9
УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ДАЁТ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВСКАРМЛИВАНИЮ ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОДИН РАЗ В

А) месяц
Б) неделю
В) квартал
Г) полгода
ЭКГ ПЕРВЫЙ РАЗ ПРОВОДИТСЯ ЗДОРОВОМУ РЕБЁНКУ В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦЕВ
А) 12
Б) 3
В) 6
Г) 9
ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ ФЛЮОРОГРАФИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ _____ ЛЕТ
А) 14-15
Б) 10-11
В) 11- 12
Г) 12–13
УЗИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, СЕРДЦА И ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ ПРОВОДЯТСЯ В ВОЗРАСТЕ _____ МЕС.
А) 1
Б) 3
В) 6
Г) 9
РЕАКЦИЯ МАНТУ ЗДОРОВОМУ РЕБЁНКУ, ВАКЦИНИРОВАННОМУ БЦЖ В РОДДОМЕ, ВПЕРВЫЕ ПРОВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦЕВ
А) 12
Б) 3
В) 6
Г) 9
ДЕТИ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НАБЛЮДАЮТСЯ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ
А) до 18 лет
Б) в течение 1 года
В) в течение 3 лет
Г) в течение 5 лет
ЧАСТОТА ПЛАНОВЫХ ОСМОТРОВ УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА СОСТАВЛЯЕТ _____ РАЗ/А В ГОД
А) 4
Б) 1
В) 2
Г) 6
В ПОЛИКЛИНИКЕ УЧЕТ ДЕТЕЙ, ПОДЛЕЖАЩИХ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ, ПРОВОДИТСЯ ПО

А) переписи детского населения
Б) посещению в поликлинике
В) форме №112/у
Г) форме №063/у
КРИТЕРИЕМ ОБЩЕЙ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА НА ПРИВИВКУ ЯВЛЯЕТСЯ
А) подъем температуры
Б) боли в суставах
В) многократная рвота
Г) учащение стула
ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ РЕБЁНКА В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ
А) 5 раз в сутки
Б) по требованию
В) 6 раз в сутки
Г) 3 раза в сутки
ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ РЕБЁНКА 2 МЕСЯЦЕВ ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ
А) 6 раз в сутки
Б) по требованию
В) 4 раза в сутки
Г) 7 раз в сутки
ПЕРВЫМ ПРИКОРМОМ ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ РЕБЕНКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ
А) овощное пюре
Б) мясное пюре
В) творог
Г) яблочное пюре
ГЛЮТЕН СОДЕРЖИТСЯ В КАШЕ
А) овсяной
Б) рисовой
В) гречневой
Г) кукурузной
РЕКОМЕНДУЕМЫЙ СРОК ВВЕДЕНИЯ МЯСНЫХ ПРОДУКТОВ В РАЦИОН РЕБЁНКА - ____ МЕС.
А) 7
Б) 5
В) 6
Г) 9
РЕБЁНКУ МОЖНО ДАВАТЬ РЫБУ В КАЧЕСТВЕ ПРИКОРМА С
А) 8-9 месяцев
Б) 10-11 месяцев
В) 5-6 месяцев
Г) 1 года
] РЕКОМЕНДУЕМЫЙ СРОК ВВЕДЕНИЯ ТВОРОГА В РАЦИОН РЕБЁНКА НЕ РАНЕЕ

А) 6
Б) 7
В) 8
Г) 9
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НОЧНОГО СНА ДЛЯ ПЕРВОКЛАССНИКОВ СОСТАВЛЯЕТ _____ ЧАСОВ
А) 10-11
Б) 9-10
В) 8,5
Г) 6-7
КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ИНТРАНАТАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ ПЛОДА В ОСНОВНОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В
А) акушерском отделении родильного дома
Б) отделении новорожденных родильного дома
В) поликлинике для взрослого населения
Г) детской поликлинике
НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕРЕНИЯ ПРОВОДЯТСЯ У ДЕТЕЙ С ЧАСТОТОЙ
А) 1 раз в месяц
Б) 2 раза в месяц
В) 1 раз в квартал
Г) 2 раза в год
БОЛЬНЫЕ ДЕТИ В СОСТОЯНИИ КОМПЕНСАЦИИ ОТНОСЯТСЯ К _____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
А) 3
Б) 1
В) 2
Г) 4
РЕКОМЕНДУЕМАЯ В РОССИИ НОРМА ПОТРЕБЛЕНИЯ БЕЛКА ДЛЯ ДЕТЕЙ 4-6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ _____ Г/КГ
А) 2,6
Б) 2,2
В) 2,9
Г) 3,2
СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА 6-9 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ _____ ЧАСТЬ ОТ МАССЫ ТЕЛА
А) 1/8
Б) 1/7
В) 1/6
Г) 1/5
ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ПРИКЛАДЫВАЮТ К ГРУДИ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ЕСТЕСТВЕННЫМ ПУТЕМ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ
А) 30 мин.

Б) 2 час.
В) 12 час.
Г) 24 час.
ВВЕДЕНИЕ ПЕРВОГО ПРИКОРМА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦЕВ
А) 4-6
Б) 2-4
В) 3-5
Г) 5-7
ТВОРОГ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ВОЗРАСТА _____ МЕСЯЦЕВ
А) 6
Б) 4
В) 5
Г) 8
СРЕДНЕЕ ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ ЗА СУТКИ РЕБЕНКА ВТОРОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ _____ РАЗ(А)
А) 5
Б) 3
В) 4
Г) 6
РАЗОВЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА 2-ГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ РАВЕН _____ МИЛЛИЛИТРОВ
А) 200
Б) 100
В) 120
Г) 150
ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НА 1-ОМ ГОДУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ 1 РАЗ
А) в месяц
Б) в 3 месяца
В) в 6 месяцев
Г) в неделю
ЧАСТОТА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕРЕНИЙ И ОСМОТРОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ
А) в 1 год
Б) в 1 месяц
В) в 3 месяца
Г) в 6 месяцев
МЛАДЕНЧЕСКИЙ ПЕРИОД (ГРУДНОЙ) ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ
А) 1 месяца до 1 года
Б) 1 месяца до 3 лет
В) 6 месяцев до 1,5 лет

Г) 6 месяцев до 3 лет
ПЕРИОД РАННЕГО ВОЗРАСТА ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ
А) 1 года до 3 лет
Б) 6 месяцев до 2-х лет
В) 1-го года до 5 лет
Г) 2-х до 6 лет
ЧАСТОТА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕРЕНИЙ И ОСМОТРОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НА 1-ОМ ГОДУ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В
А) месяц
Б) неделю
В) 3 месяца
Г) 6 месяцев
ЧАСТОТА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕРЕНИЙ И ОСМОТРОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В
А) 3 месяца
Б) 1 месяц
В) 6 месяцев
Г) 1 год 516

ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ ФОРМИРУЮТСЯ С ИНТЕРВАЛОМ В
А) 1 месяц
Б) 1 неделю
В) 3 месяца
Г) 2 месяца
ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ГОДА ДО 3 ЛЕТ ФОРМИРУЮТСЯ С ИНТЕРВАЛОМ В
А) 3 месяца
Б) 1 месяц
В) 6 месяцев
Г) 1 год
К МЕРОПРИЯТИЯМ ПЕРВИЧНОЙ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОТНОСИТСЯ
А) естественное вскармливание
Б) соблюдение беременной женщиной рациональной диеты
В) введение прикорма с 3 месяцев
Г) введение прикорма после 6 месяцев
ПЕРВЫЙ ВРАЧЕБНЫЙ ПАТРОНАЖ ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЁННОГО ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
А) не позднее 3-х суток после выписки из роддома
Б) в первые сутки после выписки из роддома
В) на 3-и сутки после выписки из роддома
Г) не позднее 5-х суток после выписки из роддома
ПРОДУКТАМИ, СОСТАВЛЯЮЩИМИ ОСНОВАНИЕ «ПИЩЕВОЙ ПИРАМИДЫ», ЯВЛЯЮТСЯ
А) овощи и фрукты, цельно зерновые продукты
Б) мясо животных и птицы, яйца, рыба и морепродукты
В) молоко и кисломолочные продукты
Г) хлеб и хлебобулочные изделия
СРЕДНЯЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА ЗА ПЕРВЫЙ МЕСЯЦ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ _____ ГРАММОВ
А) 600
Б) 250
В) 400
Г) 800
К III ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТСЯ ДЕТИ
А) страдающие хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, с редкими обострениями
Б) с нормальным физическим и психическим развитием, не имеющие анатомических дефектов и функциональных отклонений
В) без хронических заболеваний, но имеющие некоторые функциональные нарушения
Г) страдающие хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации, с частыми обострениями

ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА ЯВЛЯЕТСЯ
А) доврачебный
Б) санитарно-просветительный
В) воспитательный
Г) врачебный
ПЕРИОДИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ПОДРОСТКОВ ПРОВОДЯТСЯ 1 РАЗ В
А) год
Б) 6 месяцев
В) 2 года
Г) квартал
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗМА РЕБЕНКА ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО
А) динамометрии и спирометрии
Б) психометрии и социометрии
В) антропометрии и индексу Эрисмана
Г) соматометрии и индексу массы тела
ЦЕЛЬ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СОСТОИТ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ
А) хронических заболеваний
Б) острых заболеваний
В) несчастных случаев
Г) гибели детей
ИДЕАЛЬНОЙ ПИЩЕЙ ДЛЯ ГРУДНОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) молоко матери
Б) адаптированная молочная смесь
В) пастеризованное козье молоко
Г) пастеризованное коровье молоко
СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ «НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПО ОПТИМИЗАЦИИ ВСКАРМЛИВАНИЯ» ПРИКОРМЫ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ С _____ МЕСЯЦЕВ
А) 4-6
Б) 6-8
В) 5-8
Г) 8-10
ПОД ПРОФОСМОТРОМ ПОНИМАЮТ ОРГАНИЗАЦИОННУЮ ФОРМУ ПРОВЕДЕНИЯ
А) диспансеризации
Б) оздоровительных мероприятий
В) профилактики заболеваний
Г) санпросвет работы
МЕТОДОМ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) диспансеризация
Б) организационная форма работы с детьми
В) лечебно-профилактическая помощь
Г) профилактическая помощь

В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ОСНОВНЫМИ ИНГРЕДИЕНТАМИ ПИЩИ – Б : Ж : У
А) 1 : 1 : 4
Б) 1 : 1 : 3
В) 1 : 2 : 4
Г) 1 : 2 : 5
ПОСТОЯННЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ЯВЛЯЮТСЯ
А) системные прогрессирующие заболевания
Б) врожденные пороки сердца
В) аллергические болезни
Г) неврологические заболевания
ОБЪЕМ ПИТАНИЯ НА СУТКИ РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ С 10 ДНЕЙ ДО 2-Х МЕСЯЦЕВ ОПРЕДЕЛЯЮТ ИЗ РАСЧЕТА _____ ДОЛЖЕНСТВУЮЩЕЙ МАССЫ ТЕЛА
А) 1/5
Б) 1/6
В) 1/7
Г) 1/8
К МЕТОДАМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОТНОСЯТ
А) оздоровление окружающей среды
Б) раннюю диагностику заболеваний
В) профилактическую госпитализацию
Г) занятия физкультурой
ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ СТАНОВЛЕНИЮ ЛАКТАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПОГАЛАКТИИ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) прикладывание к груди в течение первого часа после рождения
Б) эмоциональная поддержка грудного вскармливания отцом ребенка
В) качество оказания медицинской помощи матери, плоду, новорожденному
Г) соматическая и гинекологическая патология матери
КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ОРГАНИЗУЕТСЯ В СОСТАВЕ
А) детской городской поликлиники (поликлинического отделения)
Б) детской городской больницы (детского стационара)
В) детского дошкольного образовательного учреждения
Г) детского санатория
В КАБИНЕТЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА РАБОТАЕТ
А) медицинская сестра, прошедшая подготовку по профилактической работе с детьми и санитарно-просветительной работе с населением
Б) участковый педиатр, прошедший подготовку по санитарно-просветительной работе с населением
В) патронажная медсестра, осуществляющая санитарно-просветительную работу с населением
Г) акушер, прошедший подготовку по профилактической работе с детьми и санитарнопросветительной работе с населением

ПРИБОР ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ ТОЛЩИНЫ КОЖНОЙ СКЛАДКИ НАЗЫВАЮТ
А) калиперометром
Б) динамометром
В) толстотным циркулем
Г) пикфлоуметром
ЛУЧШИМ ОТДЫХОМ ДЛЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) сон
Б) зарядка
В) игра
Г) прогулка
В ВОЗРАСТЕ 11-14 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЛОЖИТЬСЯ СПАТЬ НЕ ПОЗДНЕЕ _____ ЧАСОВ
А) 22
Б) 23
В) 21
Г) 20
ДЛЯ ЗАКАЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ИСПОЛЬЗУЮТ
А) воздушные ванны, солнечные ванны, водные процедуры
Б) «моржевание», солярий, бег босиком по снегу
В) прогулки на свежем воздухе, ходьбу пешком, плавание
Г) окунание в прорубь, походы в горы
К ПРИНЦИПАМ ЗАКАЛИВАНИЯ НЕ ОТНОСЯТ
А) проведение процедур в определенное время дня
Б) систематичность и сочетание общего и местного закаливания
В) постепенность и безопасность
Г) позитивный настрой ребенка
ОЦЕНКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ПЕДИАТРОМ ПРОВОДИТСЯ ПО ШКАЛЕ ФАКТОРОВ, ДЕЙСТВУЮЩИХ В СИСТЕМЕ
А) «мать-плод»
Б) «мать-отец»
В) «семья-ребенок»
Г) «беременность-семья»
ГЛАВНОЙ ЦЕЛЬЮ ПОДВИЖНЫХ ИГР ДЛЯ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) развитие ловкости и координации движений
Б) налаживание контакта между родителями и детьми
В) избавление от страхов неожиданного воздействия, темноты, замкнутого пространства
Г) снятие накопившегося нервного напряжения
БРОСАНИЕ, КАТАНИЕ, МЕТАНИЕ МЯЧЕЙ СПОСОБСТВУЮТ РАЗВИТИЮ У ДЕТЕЙ
А) глазомера, согласованности движений, ритмичности
Б) выразительности и плавности движений, выносливости
В) выносливости, быстроты движений, силы

Г) гибкости, мышечной силы, прыгучести
В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ ОТ 1 ГОДА ДО 3 ЛЕТ САМУЮ БОЛЬШУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ АКТИВНОСТЬ
А) речи
Б) двигательная
В) общения с другими детьми
Г) познавательная
СПОСОБНОСТЬЮ ПРОТИВОСТОЯТЬ УТОМЛЕНИЮ В КАКОЙЛИБО ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) выносливость
Б) ловкость
В) гибкость
Г) адаптивность
КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ ДО_____ЛЕТ
А) 3-х
Б) 2-х
В) 5-ти
Г) 6-ти
ДЕТИ ВТОРОГО ГОДА ЖИЗНИ ПОСЕЩАЮТ КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА
А) ежеквартально
Б) ежемесячно
В) каждые полгода
Г) каждые два месяца
ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ ПЕРЕДАЕТСЯ ПРИ ВНОВЬ ВЫЯВЛЕННОМ
А) инфекционном заболевании
Б) заболевании легких
В) психическом заболевании
Г) врожденном пороке сердца
НЕ ВХОДИТ В ОБЯЗАННОСТИ ДЕЖУРНОЙ МЕДСЕСТРЫ
А) контроль за работой пищеблока
Б) выдача больным медикаментов
В) обеспечение больных питанием
Г) контроль поведения больных
МАКСИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ РФ РЕГИСТРИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ _____ ЛЕТ
А) 3-4
Б) 5-6
В) 6-12
Г) 12-18
КАЧЕСТВО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
А) полнотой и своевременностью проведения профилактических мероприятий

Б) изменением показателей здоровья детей
В) числом профилактических посещений на одного ребенка в год
Г) полнотой и своевременностью проведения санпросвет мероприятий
ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ РЕБЕНКА 2–ГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ____ КОРМЛЕНИЙ В СУТКИ
А) 5
Б) 4
В) 6
Г) 7
КАЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ УГЛЕВОДОВ ЖЕНСКОГО МОЛОКА ПРЕДСТАВЛЕН
А) β-лактозой
Б) α-лактозой
В) глюкозой
Г) мальтодекстрином
ПОТРЕБНОСТЬ В КАЛОРИЯХ РЕБЁНКА 0-3 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ _____ ККАЛ/КГ/СУТКИ
А) 115
Б) 120
В) 110
Г) 100
СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА В ГРУДНОМ МОЛОКЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ Г/100 МЛ
А) 1,0
Б) 2,0
В) 1,5
Г) 2,2
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ВАННЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ_____МИНУТ
А) 5-7
Б) 2-3
В) 8-10
Г) 10-15
ТЕМПЕРАТУРА ВОДЫ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ВАННЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ_____ ГРАДУСОВ ЦЕЛЬСИЯ
А) 36,5-37,0
Б) 34,0-35,0
В) 37,5-38,0
Г) 35,5-36,0
ЧАСТОТА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕРЕНИЙ И ОСМОТРОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В
А) 6 месяцев
Б) 3 месяца

В) 1 месяц
Г) 1 год
ЧАСТОТА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕРЕНИЙ И ОСМОТРОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ШКОЛЬНОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В
А) 1 год
Б) 3 месяца
В) 6 месяцев
Г) 1 месяц
ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ ФОРМИРУЮТСЯ С ИНТЕРВАЛОМ В
А) 6 месяцев
Б) 3 месяца
В) 1 месяц
Г) 1 год
ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ В ШКОЛЬНОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ ФОРМИРУЮТСЯ С ИНТЕРВАЛОМ В
А) 1 год
Б) 3 месяца
В) 6 месяцев
Г) 1 месяц
КАКИМ ЯВЛЯЕТСЯ ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ ЗАКАЛИВАНИЯ?
А) постепенность в проведении процедур
Б) проведение только в теплое время года
В) начинать закаливание только в период высокой естественной закаленности
Г) проведение комплексной оценки состояния здоровья ребёнка перед началом закаливания
ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ ЗАКАЛИВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) постепенность, систематичность и последовательность проведения процедур
Б) проведение закаливания только в теплое время года в одежде, соответствующей погодным условиям
В) начало закаливания должно приходиться на период высокой естественной закаленности
Г) проведение комплексной оценки состояния здоровья ребёнка перед началом закаливания
ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ЗАКАЛЕННОСТИ ОРГАНИЗМА ПРОВОДЯТ
А) исследование сосудистой реакции на охлаждение
Б) расчет индекса здоровья
В) определение температуры тела ребенка
Г) изучение заболеваемости

ЗАКАЛИВАНИЕ ОБЛИВАНИЕМ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОРЗ ПРОДОЛЖАЮТ
А) с обливания водой индифферентной температуры
Б) с обливания водой температуры, достигнутой до болезни
В) с обтирания, а затем обливания
Г) сначала только в летний период, когда повысится естественная закаленность
ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗАКАЛИВАНИЯ РЕБЕНКА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ
А) состояние здоровья ребенка, характер перенесенного заболевания
Б) температуру тела, наличие термоасимметрии, длительность заболевания
В) частоту и длительность заболеваний за предыдущий год, средневзвешенную температуру тела
Г) удельную теплоотдачу, температуру воздействия фактора, время года
К ЗАКАЛИВАЮЩИМ И ПОВЫШАЮЩИМ ИММУНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ОРГАНИЗМА ФАКТОРАМ ОТНОСЯТ
А) оптимальную двигательную активность, воздушные и водные процедуры, ультрафиолетовое облучение
Б) правильное питание, употребление биодобавок, посещение сауны и купание в проруби, массаж и рефлексотерапия
В) посещение солярия, двигательную активность, водные процедуры, пребывание на свежем воздухе
Г) высокую двигательную активность, наличие места для организации дневного сна на воздухе, прием адаптогенов
К ПЕРВОЙ ГРУППЕ ЗАКАЛИВАНИЯ ОТНОСЯТСЯ ДЕТИ
А) здоровые, ранее закаливаемые
Б) имеющие функциональные отклонения в состоянии здоровья
В) после длительного заболевания
Г) имеющие хронические заболевания в стадии декомпенсации
СПЕЦИАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЗАКАЛИВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) частичные и общие воздушные ванны (летом – свето-воздушные ванны)
Б) поддержание температуры воздуха в помещении в пределах нормы
В) воздействие пульсирующего микроклимата за счет перепадов температур
Г) сон детей в помещениях с открытыми фрамугами
ЗАКАЛИВАЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ЛУЧШЕ ВСЕГО НАЧИНАТЬ
А) летом
Б) весной
В) зимой
Г) осенью
ОБЛИВАНИЕ ВОДОЙ, КАК ЗАКАЛИВАЮЩУЮ ПРОЦЕДУРУ, СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ВОДЫ ТЕМПЕРАТУРЫ _____ °С
А) до 36
Б) от 40-43
В) до 33
Г) 18-20

ОБТИРАНИЕ ВОДОЙ, КАК ЗАКАЛИВАЮЩУЮ ПРОЦЕДУРУ, СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С
А) верхних и нижних конечностей
Б) туловища
В) нижних конечностей
Г) верхних конечностей
ОБТИРАНИЕ ВОДОЙ, КАК ЗАКАЛИВАЮЩУЮ ПРОЦЕДУРУ, СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С
А) верхних и нижних конечностей, от периферии к центру
Б) туловища, от центра к периферии
В) нижних конечностей, от периферии к центру
Г) верхних конечностей, от периферии к центру
ОБТИРАНИЕ ВОДОЙ, КАК ЗАКАЛИВАЮЩУЮ ПРОЦЕДУРУ, СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ____ТЕМПЕРАТУРЫ ВОДЫ
А) индифферентной
Б) теплой
В) горячей
Г) прохладной
К ТРЕТЬЕЙ ГРУППЕ ЗАКАЛИВАНИЯ ОТНОСЯТ ДЕТЕЙ
А) с хроническими заболеваниями в стадии компенсации
Б) здоровых, впервые приступающих к закаливанию
В) здоровых, ранее закаливаемых
Г) с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации
К ТРЕТЬЕЙ ГРУППЕ ЗАКАЛИВАНИЯ ОТНОСЯТ ДЕТЕЙ
А) после длительного заболевания
Б) с функциональными отклонениями в состоянии здоровья
В) здоровых, ранее закаливаемых
Г) с хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации
ОЗДОРАВЛИВАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕНО
А) увеличением синтеза витамина D
Б) увеличением синтеза жирорастворимых витаминов
В) снижением синтеза витаминов
Г) усилением проницаемости капилляров
ОЗДОРАВЛИВАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕНО
А) стимуляцией деятельности костного мозга
Б) улучшением терморегуляции
В) снижением синтеза витаминов
Г) стимуляцией выработки кортизола
ОЗДОРАВЛИВАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕНО
А) нормализацией обменных процессов
Б) увеличением синтеза жирорастворимых витаминов
В) термоасимметрией

Г) увеличением синтеза витамина Е
КО ВТОРОЙ ГРУППЕ ЗАКАЛИВАНИЯ ОТНОСЯТ ДЕТЕЙ
А) здоровых, впервые приступающих к закаливанию
Б) здоровых, ранее закаливаемых
В) с хроническими заболеваниями в стадии компенсации
Г) с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации
КО ВТОРОЙ ГРУППЕ ЗАКАЛИВАНИЯ ОТНОСЯТ ДЕТЕЙ
А) с функциональными отклонениями в состоянии здоровья
Б) здоровых, ранее закаливаемых
В) после длительного заболевания
Г) с хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации
СВЕТОВОЗДУШНЫЕ ВАННЫ, КАК ЗАКАЛИВАЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ, ПРОВОДЯТСЯ В
А) утренние часы, с постепенным увеличением их продолжительности, когда ребенок находится в движении
Б) дневные часы, с постоянной продолжительностью, когда ребенок находится в движении
В) вечерние часы, с постепенным увеличением их продолжительности, когда ребенок находится в состоянии покоя
Г) утренние часы, с постоянной продолжительностью, когда ребенок находится в состоянии покоя
ГЛАВНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОСТОЯННАЯ ТЕМПЕРАТУРА
А) крови
Б) кожи в области сердечного толчка
В) кожи в аксиллярных впадинах
Г) кожи на тыльной поверхности больших пальцев стоп
К ЧЕТВЕРТОЙ ГРУППЕ ЗАКАЛИВАНИЯ ОТНОСЯТ ДЕТЕЙ
А) после длительного заболевания
Б) здоровых, ранее закаливаемых
В) с функциональными отклонениями в состоянии здоровья
Г) с хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации
К ЧЕТВЕРТОЙ ГРУППЕ ЗАКАЛИВАНИЯ ОТНОСЯТ ДЕТЕЙ
А) с хроническими заболевания в стадии компенсации
Б) здоровых, ранее закаливаемых
В) здоровых, впервые приступающих к закаливанию
Г) с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации
НАИБОЛЕЕ ДОСТУПНЫМИ ПРОЦЕДУРАМИ ЗАКАЛИВАНИЯ В ДЕТСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ ЯВЛЯЮТСЯ
А) обтирание и обливание
Б) плавание в бассейне, сауна
В) контрастный душ, купание в проруби
Г) «морские прогулки», «солевая дорожка»
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ САУНЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ВОЗМОЖНО

А) при отсутствии противопоказаний по состоянию здоровья, при сокращении времени пребывания, при снижении температуры воздуха
Б) для здоровых детей, имеющих опыт закаливания контрастными процедурами
В) для детей среднего и старшего школьного возраста, при определенном времени пребывания, в присутствии родителей
Г) при таких же условиях, как и для взрослого населения

СИСТЕМА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ЗАКАЛИВАНИЮ ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ВКЛЮЧАЕТ
А) умывание прохладной водой, широкую аэрацию помещений, правильную организацию прогулок
Б) умывание водой комнатной температуры, сквозное проветривание помещений, групповую изоляцию
В) прогулки на свежем воздухе, проветривание помещений два раза в день, облегченную одежду
Г) посещение бассейна и сауны, проведение прогулок на открытом воздухе в одежде, соответствующей погодным условиям

ПОСЕЩЕНИЕ БАССЕЙНА В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНЯХ ВОЗМОЖНО ТОЛЬКО
А) при наличии разрешения педиатра
Б) детьми, умеющими плавать
В) только через два часа после прогулки
Г) только детьми первой группы здоровья

ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗАНЯТИЙ В САУНЕ ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
А) соблюдение специальных показателей микроклимата и временных норм посещения сауны
Б) соблюдение показателей микроклимата для саун
В) проведение закаливающих процедур только с детьми первой группы здоровья
Г) присутствие медицинской сестры и воспитателя

ВОЗДЕЙСТВИЕ САУНЫ НА ОРГАНИЗМ РЕБЕНКА ПОДРАЗДЕЛЯЕТСЯ НА _____РЕЖИМЫ
А) щадящий, тренирующий, интенсивный
Б) постоянный, поддерживающий, длительный
В) временной, соответствующий возрасту
Г) постепенный, циклический, всесезонный

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗРИТЕЛЬНОГО УТОМЛЕНИЯ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ
А) контраст между фоном и символами на экране, размеры знаков на мониторе, стабильность изображения, цветовое решение
Б) размеры знаков на экране, четкость и ясность изображения, голубой экран и белые буквы
В) контраст между фоном и экраном, длина строки, высота заглавной буквы, разрешение экрана, электромагнитное излучение

Г) кегель шрифта, контраст между фоном и знаками, размер монитора, расположение клавиатуры

КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ УТОМЛЕНИЯ ПРИ РАБОТЕ ЗА КОМПЬЮТЕРОМ ВКЛЮЧАЕТ

А) соблюдение регламентов работы, проветривание кабинета, проведение физкультминуток

Б) регламентирование времени перерывов, проветривание помещения, влажную уборку класса

В) регламентирование времени работы за компьютером, проведение гимнастики для глаз, правильное рассаживание учащихся

Г) ориентацию компьютерного класса на север, проветривание помещения, соблюдение нормативной площади помещения

БЕЗОПАСНАЯ НЕПРЕРЫВНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЙ ЗА КОМПЬЮТЕРОМ ЗАВИСИТ ОТ

А) состояния здоровья, возраста ребенка, характера занятий

Б) состояния здоровья, пола ребенка, стоимости компьютера

В) возраста ребенка, размера экрана, вида обучения

Г) состояния здоровья, психологического климата на уроке, мотивации

КАКИЕ СУЩЕСТВУЮТ УРОВНИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ?

А) популяционный, групповой, семейный

Б) межличностный, общественный

В) государственный, личностный

Г) сообщества, индивидуума

В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

А) обучение родителей и детей о вредных и опасных для здоровья факторах и привычках

Б) консультирование врачами-специалистами

В) аттестации лиц, деятельность которых связана с обслуживанием детского населения

Г) проведение социологических исследований

В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

А) обучение сотрудников образовательных учреждений методам, направленным на борьбу с вредными привычками у обучающихся

Б) консультирование врачами-специалистами

В) аттестации лиц, деятельность которых связана с обслуживанием детского населения

Г) проведение социологических опросов

КРИТЕРИЕМ ДЛЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ УЧАЩИХСЯ НА МЕДИЦИНСКИЕ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А) физическое развитие ребёнка

Б) биологический возраст

В) функциональные изменения на ЭКГ

Г) физическая работоспособность

КРИТЕРИЕМ ДЛЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ УЧАЩИХСЯ НА МЕДИЦИНСКИЕ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А) наличие заболевания, его тяжесть и характер течения
Б) биологический возраст
В) наличие функциональных изменений на ЭКГ
Г) физическая работоспособность
КРИТЕРИЕМ ДЛЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ УЧАЩИХСЯ НА МЕДИЦИНСКИЕ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А) функциональное состояние сердечно-сосудистой системы
Б) биологический возраст
В) индекс здоровья
Г) физическая работоспособность
КРИТЕРИЕМ ДЛЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ УЧАЩИХСЯ НА МЕДИЦИНСКИЕ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А) уровень физической подготовленности
Б) биологический возраст
В) функциональные изменения на ЭКГ
Г) индекс здоровья
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДЕТЕЙ НА МЕДИЦИНСКИЕ ГРУППЫ НЕОБХОДИМО ДЛЯ
А) дозирования физической нагрузки
Б) определения успеваемости детей
В) подсчета индекса здоровья
Г) расчета показателя общей заболеваемости
НЕОБХОДИМОЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ УСЛОВИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА) И ВАКЦИНАЦИИ – ЭТО
А) дача несовершеннолетним, старше 15 лет, или родителями (законным представителем) детей, в возрасте до 15 лет, информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в письменном виде
Б) письменное заявление ребенка о проведении ему вакцинации и осуществлению профилактического осмотра
В) письменное заявление родителей ребенка (законных представителей) о проведении вакцинации и профилактического осмотра
Г) заполнение ребенком или его родителями анкеты о состоянии здоровья и функциональном состоянии обучающегося
НА ДОВРАЧЕБНОМ ЭТАПЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СКРИНИНГ-ДИАГНОСТИКИ ПРИМЕНЯЮТ
А) аппаратно-программные комплексы
Б) аппаратуру для ультразвукового исследования
В) аппаратуру для магнитно-резонансной томографии
Г) гемотест
В ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, РАБОТАЮЩЕГО В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ПО ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ ВХОДИТ

А) обеспечение вакцинопрофилактики инфекционных болезней в образовательной организации
Б) направление детей на медицинский осмотр и последующую вакцинопрофилактику в поликлинику по месту жительства
В) направление обучающихся на медицинский осмотр и последующую вакцинопрофилактику в Центр вакцинопрофилактики
Г) проведение бесед о важности прививок и вакцинопрофилактики в целом

КТО ПРОВОДИТЬ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНУЮ РАБОТУ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ?
А) медицинский персонал
Б) сотрудники Роспотребнадзора
В) сотрудники Центров здоровья
Г) сотрудники Центров медицинской профилактики

ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ВРАЧА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ЯВЛЯЕТСЯ СВОЕВРЕМЕННОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ
А) ранних стадий заболеваний и преморбидных форм нарушений здоровья
Б) заболеваний и дисфункций и направление на реабилитацию
В) ранних нарушений физического развития и определение групп здоровья
Г) группы часто болеющих детей, проведение оздоровительных мероприятий

К КЛАССАМ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ПО МКБ-10), КОТОРЫЕ ЗАНИМАЮТ ПЕРВЫЕ 3 РАНГОВЫХ МЕСТА В СТРУКТУРЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОДРОСТКОВ В ВОЗРАСТЕ ОТ 15 ДО 17 ЛЕТ ОТНОСЯТ БОЛЕЗНИ
А) костно-мышечной системы, органов пищеварения, органов дыхания
Б) нервной системы, органов зрения, крови и кроветворных органов
В) сердечно-сосудистой системы, мочеполовой системы, врожденные аномалии и травмы
Г) эндокринной системы, уха и сосцевидного отростка, новообразования

К ОСОБЕННОСТЯМ ИЗМЕНЕНИЙ СТРУКТУРЫ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 15 ЛЕТ И СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ, ОТНОСЯТ ВОЗРАСТАНИЕ УДЕЛЬНОГО ВЕСА
А) хронических болезней системы пищеварения
Б) хронических болезней кожи и подкожной клетчатки
В) хронических инфекционных и паразитарных заболеваний
Г) врожденных аномалий (пороков развития)

К ОСОБЕННОСТЯМ ИЗМЕНЕНИЙ СТРУКТУРЫ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 15 ЛЕТ И СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ, ОТНОСЯТ СНИЖЕНИЕ УДЕЛЬНОГО ВЕСА БОЛЕЗНЕЙ
А) ротоносоглотки
Б) болезней органов пищеварения

В) болезней глаза и его придаточного аппарата
Г) болезней эндокринной системы
К ОСОБЕННОСТЯМ ИЗМЕНЕНИЙ СТРУКТУРЫ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 15 ЛЕТ И СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ, ОТНОСЯТ
А) возрастание удельного веса болезней глаза и его придаточного аппарата
Б) возрастание удельного веса хронических болезней кожи и подкожной клетчатки
В) снижение удельного веса болезней глаза и его придаточного аппарата
Г) возрастание удельного веса врожденных аномалий (пороков развития)
К ОСОБЕННОСТЯМ ИЗМЕНЕНИЙ СТРУКТУРЫ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 15 ЛЕТ И СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ, ОТНОСЯТ
А) снижение удельного веса болезней кожи и подкожной клетчатки
Б) возрастание удельного веса хронических болезней кожи и подкожной клетчатки
В) возрастание удельного веса хронических инфекционных и паразитарных заболеваний
Г) снижение удельного веса болезней эндокринной системы
ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРЕОБЛАДАЮТ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОТКЛОНЕНИЯ
А) системы кровообращения, костно-мышечной системы, нервной системы
Б) крови и кроветворных органов, системы дыхания
В) кожи и подкожной клетчатки, мочеполовой системы
Г) желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы
КАКОВ КРИТЕРИЙ ОТНЕСЕНИЯ РЕБЕНКА К I ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ?
А) абсолютно здоровый, болеет простудными заболеваниями не более 3 раз в год
Б) имеет функциональные отклонения, болеет простудными заболеваниями 4 и более раз в год
В) имеет функциональные отклонения и хронические заболевания в стадии компенсации
Г) имеет хронические заболевания в стадии субкомпенсации (дети-инвалиды)
КАКОВ КРИТЕРИЙ ОТНЕСЕНИЯ РЕБЕНКА КО II ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ?
А) имеет функциональные отклонения или незначительные отклонения в развитии
Б) имеет хронические заболевания в стадии компенсации
В) имеет хронические заболевания в стадии субкомпенсации (дети-инвалиды)
Г) абсолютно здоровый ребенок, болеет простудными заболеваниями не более 3 раз в год
КАКОВ КРИТЕРИЙ ОТНЕСЕНИЯ РЕБЕНКА КО II ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ?
А) реконвалесцент после перенесенного инфекционного заболевания

Б) хронические заболевания в стадии компенсации
В) хронические заболевания в стадии субкомпенсации (дети-инвалиды)
Г) абсолютно здоровый, болеет простудными заболеваниями не более 3 раз в год
КАКОВ КРИТЕРИЙ ОТНЕСЕНИЯ РЕБЕНКА КО II ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ?
А) часто болеет простудными заболеваниями – 4 и более раз в год
Б) хронические заболевания в стадии компенсации
В) хронические заболевания в стадии субкомпенсации (дети-инвалиды)
Г) абсолютно здоровый, болеет простудными заболеваниями не более 3 раз в год
КАКОВ КРИТЕРИЙ ОТНЕСЕНИЯ РЕБЕНКА К III ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ?
А) хронические заболевания в стадии компенсации
Б) хронические заболевания в стадии субкомпенсации (дети- инвалиды)
В) абсолютно здоровый, болеет простудными заболеваниями не более 3 раз в год
Г) хронические заболевания в стадии декомпенсации (дети-инвалиды)
КАКОВ КРИТЕРИЙ ОТНЕСЕНИЯ РЕБЕНКА К IV ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ?
А) хронические заболевания в стадии субкомпенсации (дети-инвалиды)
Б) абсолютно здоровый, болеющий простудными заболеваниями не более 3 раз в год
В) хронические заболевания в стадии декомпенсации (дети-инвалиды)
Г) функциональные отклонения, реконвалесценты после перенесенных инфекционных заболеваний
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДЕТЕЙ, ОБСЛЕДОВАННЫХ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ, ПО ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ ВЫЧИСЛЯЕТСЯ КАК
А) соотношение абсолютного количества детей в каждой группе здоровья к общему количеству обследованных детей и умноженное на 100%
Б) абсолютное количество детей в каждой группе здоровья, поделенное на 100 и умноженное на общее количество обследованных детей
В) соотношение абсолютного количества детей в каждой группе здоровья к общему количеству детей, подлежащих профилактическому осмотру, и умноженное на 100%
Г) соотношение абсолютного количества детей в каждой группе здоровья к общему количеству детей, обучающихся в образовательной организации, и умноженное на 100%
РЕБЕНОК С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА ПРИ ОТСУТСТВИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТНОСИТСЯ К _____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
А) III
Б) IV
В) V
Г) II
РЕБЕНОК С МНОЖЕСТВЕННЫМ КАРИЕСОМ ОТНОСИТСЯ К _____ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

А) II
Б) III
В) I
Г) IV
РЕБЕНОК С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ОТНОСИТСЯ К _____ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
А) II
Б) I
В) III
Г) IV
РЕБЕНОК С МИОПИЕЙ СРЕДНЕЙ ИЛИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЕЙ ОТНОСИТСЯ _____ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
А) III
Б) IV
В) II
Г) V
РЕБЕНОК С УПЛОЩЕНИЕМ СТОП ОТНОСИТСЯ _____ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
А) II
Б) III
В) I
Г) IV
РЕБЕНОК С НАРУШЕНИЕМ ОСАНКИ ОТНОСИТСЯ К ___ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
А) II
Б) III
В) I
Г) IV
ДЕВУШКА-ПОДРОСТОК С РАССТРОЙСТВАМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА В ПЕРИОД ЕГО СТАНОВЛЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ 1,5-2 ЛЕТ ПОСЛЕ ПЕРВОЙ МЕНСТРУАЦИИ ОТНОСИТСЯ К _____ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
А) II
Б) III
В) IV
Г) V
ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ СОЛНЕЧНОГО УДАРА ЛЕТОМ РЕБЕНКУ
А) необходимо избегать длительного пребывания под прямыми солнечными лучами
Б) необходимо давать много жидкости в жаркие дни
В) следует большую часть времени проводить у водоемов
Г) не следует выходить на улицу
У ДЕТЕЙ ПО ЭПИДПОКАЗАНИЯМ ПРОВОДИТСЯ АКТИВНАЯ ИММУНИЗАЦИЯ (ВАКЦИНАЦИЯ) В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРИ

А) холере
Б) сальмонеллезе
В) протейной инфекции
Г) шигеллезе
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОКЛЮША ПРОВОДИТСЯ
А) иммунизация детей АКДС-вакциной
Б) изоляция контактных на 25 дней от момента контакта
В) трехкратное бактериологическое обследование в очаге инфекции
Г) введение иммуноглобулина контактным
РЕВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КОРИ ПРОВОДИТСЯ
А) в 6 лет
Б) в 2 года
В) в 5 лет
Г) в 10 лет
ПРОФИЛАКТИКА КРАСНУХИ ВКЛЮЧАЕТ
А) активную иммунизацию
Б) пассивную иммунизацию
В) лечение контактных антибиотиками
Г) введение лечебной сыворотки
КАРАНТИН ПРИ СКАРЛАТИНЕ НАКЛАДЫВАЕТСЯ НА
А) 7 дней
Б) 21 день
В) 14 дней
Г) 35 дней
РАЗОБЩЕНИЕ ДЕТЕЙ, КОНТАКТИРОВАВШИХ С БОЛЬНЫМ КОКЛЮШЕМ, ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ НА
А) 14 дней
Б) 10 дней
В) 21 день
Г) 1 месяц
АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ВВЕДЕНИЮ ЛЮБОГО ВАКЦИННОГО ПРЕПАРАТА (КРОМЕ АНТИРАБИЧЕСКОЙ ВАКЦИНЫ) ЯВЛЯЕТСЯ
А) анафилактический шок в анамнезе
Б) температура тела в момент вакцинации 37,4 С
В) местная реакция на первичное введение вакцинного препарата в виде отека и гиперемии размером 4 см
Г) масса тела при рождении ребенка менее 2000 г
ОСНОВНЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) иммунизация в предэпидемический период
Б) лечение больных
В) изоляция всех контактных
Г) проведение очаговой дезинфекции с изоляцией контактных
К ПЛАНОВОЙ ИММУНИЗАЦИИ ОТНОСИТСЯ ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ

А) кори
Б) дизентерии
В) брюшного тифа
Г) холеры
ТЕКУЩУЮ И ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ В КВАРТИРЕ НЕГОСПИТАЛИЗИРОВАННОГО ИНФЕКЦИОННОГО БОЛЬНОГО ПРОВОДЯТ
А) родственники больного
Б) лица из числа медицинского персонала участковой поликлиники
В) сотрудники дезинфекционной службы
Г) эпидемиологи
СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ПРЕДПОЛАГАЕТ
А) вакцинацию
Б) использование одноразовых медицинских инструментов
В) замену трансфузий препаратов крови кровезаменителями
Г) стерилизацию изделий медицинского назначения в лечебно-профилактических учреждениях
ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА КАКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПРОВОДИТСЯ?
А) ВГА
Б) ВГС
В) ВГD
Г) ВГF
ПРОВЕДЕНИЕ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ПРОТИВ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ПОКАЗАНО ЗДОРОВОМУ НОВОРОЖДЕННОМУ ЕСЛИ
А) заболевания матери развилось за пять дней до родов и в течение 2х недель после родов
Б) мать переболела в первые 9-12 недель беременности
В) беременная женщина перенесла ветряную оспу в тяжелой или осложненной форме
Г) мать переболела в первые 4-8 недель беременности
ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА КОРИ ПРОВОДИТСЯ
А) живой вакциной
Б) инактивированной вакциной
В) субъединичной вакциной
Г) инактивированным токсином
ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА К КОКЛЮШУ ПОСЛЕ ЗАКОНЧЕННОЙ СХЕМЫ ВАКЦИНАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ
А) 5-5,5 лет
Б) 3-4 года
В) 10-15 лет
Г) более 15 лет
ПОСЛЕКОНТАКТНАЯ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ

А) проводится в первые 96 часов после контакта
Б) может быть проведена только в первые 72 часа после контакта
В) эффективна только в первые 48 часов после контакта
Г) не проводится в связи с неэффективностью и сложностью организации
ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ, ЧТО
А) непрямая передача энтеровируса связана с плохими санитарными условиями
Б) симптоматические формы развиваются, преимущественно, у детей младшего возраста
В) энтеровирусная инфекция распространена, главным образом, в условиях тропического климата
Г) для энтеровирусных заболеваний не характерен ятрогенный путь передачи инфекции
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ АНТИ-RSВИРУСНЫХ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ПРОВОДИТСЯ НОВОРОЖДЕННЫМ
А) со сроком гестации менее чем 35 недель
Б) с пороками развития нервной системы
В) с проявлениями внутриутробной инфекции
Г) с пороками развития желудочно-кишечного тракта
ПРЕИМУЩЕСТВО ИНАКТИВИРОВАННОЙ ПОЛИОМИЕЛИТНОЙ ВАКЦИНЫ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО ОНА
А) не провоцирует вакциноассоциированный полиомиелит
Б) индуцирует местный иммунитет слизистой оболочки кишечника
В) предупреждает занос полиовируса из эндемичных территорий
Г) создает коллективный иммунитет в вакцинированной популяции
ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ БРЮШНОГО ТИФА ПОДЛЕЖАТ
А) лица, выезжающие в эндемичные районы
Б) дети первых двух лет жизни
В) работники здравоохранения
Г) члены семьи больного с диареей, прибывшего из Индии или Пакистана
ПРОВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ В ОЧАГЕ ДИФТЕРИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ
А) не предусмотрено
Б) амоксициллин-клавуланат
В) цефуроксим-аксетил
Г) триметаприм-сульфаметоксазол
ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ДИФТЕРИИ ДАЛЬНЕЙШАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ДИФТЕРИЙНЫМ АНАТОКСИНОМ
А) проводится в соответствии с календарем прививок
Б) не проводится, так как перенесенное заболевание оставляет прочный иммунитет
В) проводится через 10 лет после закончившегося заболевания
Г) проводится только лицам, имеющим дефект в системе иммуниета

ПРИ ИНФОРМИРОВАНИИ НАСЕЛЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ВИЧИНФЕКЦИИ НЕОБХОДИМО ОБЪЯСНЯТЬ, ЧТО
А) существуют надежные тесты для диагностики ВИЧ
Б) ребенок может заразиться ВИЧ в детском саду от других детей
В) возможно заражение при случайном контакте с носителем ВИЧ в общественном месте
Г) кровососущие насекомые способны передавать ВИЧ человеку
СЛУЧАЙНАЯ ВАКЦИНАЦИЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ЖИВОЙ КРАСНУШНОЙ ВАКЦИНОЙ
А) не является основанием для прерывания беременности
Б) приводит к возникновению врожденной патологии плода
В) требует назначения женщине противовирусной терапии
Г) ассоциирована с повышенным риском патологии беременности
ПРИ КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В СЕМЬЕ ПРОВОДИТСЯ
А) бактериологическое обследование членов семьи на менингококк
Б) бактериологическое обследование всех контактных с семьей за последний месяц
В) серологическое обследование на менингококк членов семьи
Г) люмбальная пункция всех членов семьи
СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПОЛИОМИЕЛИТА ПРОВОДИТСЯ
А) живой вакциной
Б) полисахаридной вакциной
В) рекомбинантной вакциной
Г) иммуноглобулином
НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ КОРИ ВКЛЮЧАЮТ
А) раннее выявление и изоляцию источника инфекции
Б) госпитализацию контактных детей до 5 дня с момента контакта
В) экстренную вакцинацию
Г) введение противовирусных препаратов болевшим корью
КАК СЛЕДУЕТ ПОСТУПИТЬ В ОЧАГЕ ИНФЕКЦИИ С ДЕТЬМИ, НЕ ПРИВИТЫМИ ПРОТИВ КОРИ?
А) вакцинировать до 4-го дня с момента контакта с больным
Б) назначить интерферон
В) назначить антибиотики
Г) вакцинировать до 10 дня с момента изоляции больного
СРОКИ КАРАНТИНА ПРИ КРАСНУХЕ СОСТАВЛЯЮТ
А) 21 день
Б) 10 дней
В) 7 дней
Г) 26 дней
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРАСНУХИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ____ ВАКЦИНА
А) живая
Б) полисахаридная
В) рекомбинантная

Г) субъединичная
К ГРУППАМ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ
А) заключенные
Б) военнослужащие
В) повара
Г) учителя
МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ПРИ АНТРОПОНОЗНЫХ ИНФЕКЦИЯХ УСТАНАВЛИВАЮТ
А) за всеми лицами, которые находились в контакте с больным
Б) только за лицами, ухаживающими за больными на дому
В) только за членами семьи больного в коммунальной квартире
Г) за маленькими детьми, проживающими вместе с заболевшими
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ С ЯВЛЕНИЯМИ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА В УСЛОВИЯХ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НА УЧАСТКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) левомицетина сукцинат
Б) бензилпенициллин
В) амоксициллин
Г) цефотаксим
ОТМЕНА АНТИБИОТИКА ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ ВОЗМОЖНА ПРИ НАЛИЧИИ ЛИМФОЦИТАРНОГО ЦИТОЗА ЛИКВОР НЕ БОЛЕЕ _____ КЛЕТОК В 1 МКЛ
А) 100
Б) 200
В) 300
Г) 1000
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А) бензилпенициллин
Б) ципролет
В) гентамицин
Г) виферон
ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПО КЛИНИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ПОДЛЕЖАТ ДЕТИ С
А) дифтерией ротоглотки
Б) гепатитом А
В) гриппом
Г) ротавирусной инфекцией
К ОСНОВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНОГО С ОКИ ОТНОСЯТ
А) диету, оральную регидратацию, сорбенты
Б) обильное питье, иммунотропные препараты
В) диету, антибактериальную терапию
Г) ограничение пищи и водной нагрузки, ферменты
К МЕРАМ ПРОФИЛАКТИКИ, ИМЕЮЩИМ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ЛИКВИДАЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОЛИОМИЕЛИТОМ, ОТНОСЯТ

А) специфическую иммунизацию
Б) текущую и заключительную дезинфекцию
В) карантинные мероприятия
Г) подворные обходы заболевших
ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ ЖИВОЙ ОРАЛЬНОЙ ПОЛИОМИЕЛИТНОЙ ВАКЦИНОЙ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ВАКЦИНАССОЦИИРОВАННОГО ПОЛИОМИЕЛИТА У ПРИВИТОГО ЧЕРЕЗ _____ ДНЕЙ
А) 4-30
Б) 30-40
В) 40-60
Г) 60-120
АКТИВНАЯ ИММУНИЗАЦИЯ ПРОТИВ КОРИ ПРОВОДИТСЯ
А) живой вирусной вакциной
Б) АКДС-вакциной
В) гамма-глобулином
Г) инактивированной вирусной вакциной
ВАКЦИНАЦИЯ ПО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ПРИ КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ КОРЬЮ ПРОВОДИТСЯ _____ КОНТАКТА
А) в первые 72 часа
Б) в первые 5 дней
В) с 9 по 17 день
Г) с 11 по 21 день
МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА С ЯВЛЯЕТСЯ
А) тестирование донорской крови
Б) назначение противовирусных препаратов
В) активная иммунизация
Г) пассивная иммунизация
ВАКЦИНАЦИЯ ОТ ГЕПАТИТА В ПРОВОДИТСЯ
А) рекомбинантной вакциной
Б) живой вирусной вакциной
В) гамма-глобулином
Г) инактивированной вирусной вакциной
В ОТВЕТ НА ВВЕДЕНИЕ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В В ОРГАНИЗМЕ ПРОИСХОДИТ ВЫРАБОТКА
А) anti-HBs
Б) anti-HAV
В) anti-HBcore
Г) anti-HCV
ПЕРВАЯ РЕВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ ПРОВОДИТСЯ В
А) 18 месяцев
Б) 2 года
В) 6 месяцев
Г) 6 лет
СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ДИФТЕРИИ ПРОВОДИТСЯ
А) анатоксином

Б) инактивированной вакциной
В) живой ослабленной вакциной
Г) полисахаридной вакциной
В ОЧАГЕ ИНФЕКЦИИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ НЕ ПРОВОДИТСЯ ПРИ
А) ветряной оспе
Б) дизентерии
В) вирусном гепатите А
Г) полиомиелите
В ОЧАГЕ ИНФЕКЦИИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ
А) полиомиелите
Б) кори
В) РС-инфекции
Г) ветряной оспе
К ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ В ОЧАГЕ САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ
А) наблюдение за контактными 7 дней и однократное бактериологическое обследование
Б) наблюдение за контактными 14 дней и двукратное бактериологическое обследование
В) бактериологическое обследование и экстренная вакцинация контактных в первые 72 часа
Г) бактериологическое обследование и 5 дней прием антибактериальных препаратов
ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЕМ В ОЧАГЕ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) регулярное проведение дератизационных мероприятий
Б) проведение экстренной вакцинации
В) карантин с 11 по 21 с момента выявления больного и дезинфекция
Г) введение иммуноглобулина контактным и дезинфекция
СРОКИ ИЗОЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ СКАРЛАТИНОЙ В СТАЦИОНАРЕ ИЛИ НА ДОМУ СОСТАВЛЯЮТ
А) не менее 10 дней
Б) 21 день
В) до 7 дней
Г) 30 дней
ПРИ КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ СКАРЛАТИНОЙ НА КОНТАКТНЫХ ДОШКОЛЬНИКОВ И ШКОЛЬНИКОВ 1-2-ГО КЛАССОВ НАКЛАДЫВАЮТ КАРАНТИН
А) на 7 дней с момента изоляции больного
Б) с 11 по 21 день контакта
В) с 9 по 17 день
Г) с 30 по 60 день
ИЗОЛЯЦИЯ БОЛЬНОГО КОКЛЮШЕМ ПРОВОДИТСЯ СРОКОМ НА

А) 14 дней от начала заболевания
Б) 5 дней кашля
В) 21 день болезни
Г) 30 дней от начала спазматического кашля
КОНТАКТНЫМ С БОЛЬНЫМ КОКЛЮШЕМ ПРОВОДИТСЯ
А) бактериологическое обследование
Б) экстренная вакцинация в первые 72 часа
В) изоляция с 11 по 21 день контакта
Г) назначение превентивного приема антибактериальных препаратов
ПО НАЦИОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРЮ ПРИВИВОК ВАКЦИНАЦИЯ ОТ КОРИ, КРАСНУХИ И ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ПРОВОДИТСЯ ДЕТЯМ В
А) 1 год
Б) 3 месяца
В) 4,5 месяца
Г) 3 года
ПРИ КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В СЕМЬЕ ПРОВОДИТСЯ
А) однократный посев из носоглотки на менингококк у членов семьи
Б) госпитализация детей этой семьи
В) осмотр невролога членов семьи
Г) однократный посев крови на менингококк у всех членов семьи
ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ ПО КАЛЕНДАРЮ ПРИВИВОК НАЧИНАЕТСЯ С
А) 3 месяцев
Б) рождения
В) 6 месяцев
Г) 1 года
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕРОЙ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА НОВОРОЖДЕННОГО ИЗ ГРУППЫ РИСКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) адекватное энтеральное питание с учетом гестационного возраста
Б) назначение антибактериальной терапии
В) отказ от грудного молока
Г) отмена энтерального кормления
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕРОЙ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА НОВОРОЖДЕННОГО ИЗ ГРУППЫ РИСКА ЯВЛЯЕТСЯ
А) применение грудного нативного молока
Б) назначение ангиопротекторов
В) назначение антибактериальной терапии
Г) отказ от грудного молока
УЗИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ВСЕМ ДЕТЯМ ПРОВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ
А) 1 месяца

Б) 2 недель
В) 2 месяцев
Г) 3 месяцев
ПРОВЕДЕНИЕ С ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ОБЩЕГО УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ НАЧИНАЮТ С _____ БИОДОЗЫ
А) ⅛
Б) ¼
В) ⅓
Г) ½
С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ
А) общие ультрафиолетовые облучения, ингаляции фитонцидов, ультрафиолетовые облучения носоглотки
Б) электрофорез гиалуронидазы, парафиновые аппликации, ультрафонофорез гидрокортизона
В) электросонтерапию, грязелечение, прохладные души
Г) ультразвуковую терапию, низкочастотное магнитное поле, циркулярный душ
ПРОФИЛАКТИКА ПОДРАЗДЕЛЯЕТСЯ НА ГРУППЫ
А) первичная, вторичная, третичная
Б) непосредственная, опосредованная, отсроченная
В) активная, пассивная, возбуждающая
Г) простая, групповая, комбинационная
ВРАЧ, ВЫЯВИВШИЙ ЭПИДЕМИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ОБЯЗАН ОТОСЛАТЬ ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ В ЦЕНТР РОСПОТРЕБНАДЗОРА В ТЕЧЕНИЕ
А) 12 часов
Б) 24 часов
В) 72 часов
Г) 7 дней
ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ, НАЗЫВАЕТСЯ
А) патологической пораженностью
Б) распространенностью
В) первичной заболеваемостью
Г) болезненностью
ДЛЯ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ДО 7 ЛЕТ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИМЕНЯЕТСЯ
А) проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л
Б) проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (Диаскинтест)
В) флюорография
Г) исследование мокроты на МБТ

ДЛЯ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕ 7 ЛЕТ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИМЕНЯЕТСЯ
А) проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (Диаскинтест)
Б) проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л
В) флюорография
Г) исследование мокроты на МБТ
СКРИНИНГОВЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ВСЕХ ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИММУНОДИАГНОСТИКИ С ЦЕЛЬЮ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРОВОДЯТ
А) ежегодно
Б) 1 раз в 2 года
В) ежеквартально
Г) 1 раз в 3 года
ПРОБА МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л ПРОВОДИТСЯ
А) внутрикожно
Б) подкожно
В) внутримышечно
Г) внутривенно
СКРИНИНГОВЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕВАКЦИНИРОВАННЫХ БЦЖ ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л С ЦЕЛЬЮ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРОВОДЯТ
А) 2 раза в год
Б) 1 раз в 2 года
В) 4 раза в год
Г) ежегодно
СКРИНИНГОВЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ВСЕХ ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИММУНОДИАГНОСТИКИ С ЦЕЛЬЮ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРОВОДЯТ С
А) 12 мес. жизни
Б) 10 мес. жизни
В) 2 лет
Г) 3 лет
СКРИНИНГОВЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕВАКЦИНИРОВАННЫХ БЦЖ ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИММУНОДИАГНОСТИКИ С ЦЕЛЬЮ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРОВОДЯТ С _____ МЕС. ЖИЗНИ
А) 6
Б) 12
В) 10
Г) 24
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л ГИПЕРЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ У ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В МЕСТЕ ВВЕДЕНИЯ ТУБЕРКУЛИНА ПАПУЛОЙ РАЗМЕРОМ НЕ МЕНЕЕ _____ ММ
А) 17
Б) 12

В) 15
Г) 21
РЕЗУЛЬТАТ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л ОЦЕНИВАЮТ ЧЕРЕЗ ____ Ч
А) 72
Б) 48
В) 24
Г) 96
ТУБЕРКУЛИН СОДЕРЖИТ
А) отдельные антигенные компоненты Mycobacterium tuberculosis
Б) живые ослабленные Mycobacterium tuberculosis
В) антитела к Mycobacterium tuberculosis
Г) убитые Mycobacterium bovis
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ У ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В МЕСТЕ ВВЕДЕНИЯ ТУБЕРКУЛИНА ПАПУЛОЙ РАЗМЕРОМ НЕ МЕНЕЕ _____ ММ
А) 5
Б) 12
В) 15
Г) 17
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л СОМНИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ У ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В МЕСТЕ ВВЕДЕНИЯ ТУБЕРКУЛИНА
А) гиперемией любого размера или папулой менее 5 мм
Б) папулой размером не менее 5 мм
В) гиперемией 17мм
Г) гиперемией 21мм
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ У ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В МЕСТЕ ВВЕДЕНИЯ ТУБЕРКУЛИНА
А) отсутствием реакции или уколочной реакцией (папула 1 мм)
Б) папулой размером менее 5 мм
В) гиперемией любого размера
Г) гиперемией размером менее 5 мм
У ИНФИЦИРОВАННОГО МБТ РЕБЕНКА ПРИ ПОСТАНОВКЕ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л НА МЕСТЕ ПАПУЛЫ В ДАЛЬНЕЙШЕМ НЕРЕДКО ФОРМИРУЕТСЯ
А) участок гиперпигментации
Б) звездчатый белесоватый рубчик
В) участок депигментации
Г) лимфангит
К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ПРОВЕДЕНИЮ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л ОТНОСЯТ
А) заболевания кожи и аллергические заболевания
Б) возрастдо 1,5 лет
В) ВИЧ-инфекция

Г) частые ОРЗ
РЕЗУЛЬТАТ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л ПАПУЛА ДИАМЕТРОМ 14 ММ С ВЕЗИКУЛОЙ РАСЦЕНИВАЮТ КАК
А) гиперергическую реакцию, которая свидетельствует об инфицировании МБТ или заболевании туберкулезом
Б) положительную нормергическую реакцию, которая свидетельствует об инфицировании МБТ или заболевании туберкулезом
В) поствакцинную аллергию к туберкулину
Г) отрицательную реакцию, которая свидетельствует об инфицировании МБТ или заболевании туберкулезом
ПРЕПАРАТ ДИАСКИНТЕСТ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
А) белки вирулентных штаммов МБТ, гены которых экспрессируются при размножении МБТ
Б) фильтрат бульонной культуры МБТ, содержащий большое количество антигенов
В) культуру убитых МБТ бычьего вида
Г) вытяжку из культуры МБТ человеческого и бычьего видов
ПРОБА С АЛЛЕРГЕНОМ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ РЕКОМБИНАНТНЫМ ПРОВОДИТСЯ
А) внутрикожно
Б) подкожно
В) внутримышечно
Г) внутривенно
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ТРЕБУЮТСЯ ДЕТЯМ, У КОТОРЫХ ПРИ МАССОВОЙ ИММУНОДИАГНОСТИКИ ВЫЯВЛЕНА
А) впервые положительная реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л (вираж)
Б) длительно положительная реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л
В) впервые отрицательная реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л
Г) сомнительная реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л
ДЕТИ, КОТОРЫМ ИММУНОДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА НЕ ПРОВОДИЛАСЬ, ДОПУСКАЮТСЯ В ДЕТСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ
А) при наличии заключения врача-фтизиатра об отсутствии заболевания туберкулезом
Б) только после проведения компьютерной томографии органов дыхания
В) при наличии заключения врача-педиатра об отсутствии заболевания туберкулезом
Г) только после проведения рентгенографии органов дыхания
ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ЕЖЕГОДНОЙ ИММУНОДИАГНОСТИКИ ДОЛЖНО БЫТЬ ПОЛУЧЕНО
А) письменное добровольное информированное согласие законных представителей ребенка
Б) устное добровольное информированное согласие законных представителей ребенка
В) письменное информированное согласие учителей школ/ воспитателей детских садов

Г) письменное добровольное информированное согласие родственников ребенка

ВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

А) здоровым новорожденным детям на 3-7 день жизни

Б) детям с 1 года до 14 лет

В) здоровым детям в возрасте 6-7 лет

Г) подросткам 15-17 лет

РЕВАКЦИНАЦИЯ БЦЖ ПРОВОДИТСЯ

А) здоровым детям в возрасте 6-7 лет

Б) детям с 1 года до 14 лет

В) здоровым новорожденным детям на 3-7 день жизни

Г) подросткам 15-17 лет

НЕ ВАКЦИНИРОВАННЫМ В РОДДОМЕ ДЕТЯМ ПЕРЕД ВАКЦИНАЦИЕЙ БЦЖ НЕОБХОДИМА ПОСТАНОВКА ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л, НАЧИНАЯ С ____ МЕС. ЖИЗНИ

А) 2-х

Б) 1-го

В) 12-го

Г) 4-х

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ВАКЦИНИРОВАННЫМИ И РЕВАКЦИНИРОВАННЫМИ ДЕТЬМИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

А) участковый врач-педиатр и медицинская сестра

Б) участковый врач-педиатр и участковый фтизиатр

В) участковая медицинская сестра и фтизиатр

Г) любой фтизиатр и врач-педиатр

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ ЯВЛЯЕТСЯ НЕДОНОШЕННОСТЬ ПРИ МАССЕ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ МЕНЕЕ____ ГР

А) 2500

Б) 2600

В) 2700

Г) 2800

АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ, БЦЖ-М ЯВЛЯЕТСЯ

А) ВИЧ-инфекция у ребенка

Б) внутриутробная инфекция

В) гнойно-септическое заболевание

Г) гемолитическая болезнь новорожденных

ИММУНИЗАЦИЯ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ МАТЕРЯМИ, ПРОВОДИТСЯ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

А) в том случае, если была проведена 3-х этапная химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку

Б) в том случае, если была проведена 2-х этапная химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку

В) только после проведения диагностики ВИЧ-инфекции путем определения ДНК/РНК ВИЧ
Г) только после проведения диагностики ВИЧ-инфекции путем определения антител к ВИЧ
ДЕТИ, РОЖДЕННЫЕ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ МАТЕРЯМИ, НЕ ПРИВИТЫЕ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ, ИММУНИЗИРУЮТСЯ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА В ВОЗРАСТЕ ДО 18 МЕСЯЦЕВ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ
А) двух отр. результатов обследования на ДНК/РНК ВИЧ
Б) трех отр. результатов обследования на ДНК/РНК ВИЧ
В) одного отр. результата обследования на ДНК/РНК ВИЧ
Г) отр. результата диагностики ВИЧ-инфекции путем определения антител к ВИЧ
ДЕТИ, РОЖДЕННЫЕ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ МАТЕРЯМИ, НЕ ПРИВИТЫЕ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ, ИММУНИЗИРУЮТСЯ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 18 МЕСЯЦЕВ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ
А) отр. результата диагностики ВИЧ-инфекции путем определения антител к ВИЧ
Б) трех отр. результатов обследования на ДНК/РНК ВИЧ
В) одного отр. результата обследования на ДНК/РНК ВИЧ
Г) двух отр. результатов обследования на ДНК/РНК ВИЧ
ДЛЯ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ МАТЕРЯМИ И НЕ ИМЕЮЩИХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ВАКЦИНАЦИИ, ПРИМЕНЯЕТСЯ ВАКЦИНА
А) БЦЖ-М в дозе 0,025 мг
Б) БЦЖ в дозе 0,025 мг
В) БЦЖ-М в дозе 0,05 мг
Г) БЦЖ в дозе 0,05 мг
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ (ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКИЕ) ОСМОТРЫ ПОДРОСТКОВ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРОВОДЯТСЯ 1 РАЗ В ГОД
А) подросткам на территориях с неудовлетворительной эпид. ситуацией
Б) всем подросткам на всей территории РФ
В) подросткам, состоящим на диспансерном учете в наркологических и психиатрических учреждениях
Г) ВИЧ-инфицированным подросткам
ВОЗРАСТНОЙ ГРУППОЙ РИСКА, В КОТОРОЙ ПЕРВИЧНОЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ МБТ ПОЧТИ НЕИЗБЕЖНО ПЕРЕХОДИТ В ЗАБОЛЕВАНИЕ, ЯВЛЯЮТСЯ
А) дети раннего возраста
Б) дети младшего школьного возраста
В) подростки
Г) школьники
СКРИНИНГ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ТУБЕРКУЛЁЗ В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ПОМОЩИ

А) иммунодиагностики
Б) флюорографии
В) осмотра педиатра
Г) микроскопии диагностического материала
ОДНА ДОЗА (0,1 МЛ) ПРЕПАРАТА ППД-Л В СТАНДАРТНОМ РАЗВЕДЕНИИ СОДЕРЖИТ _____ ТЕ
А) 2
Б) 5
В) 100
Г) 10
ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ТУБЕРКУЛИНОВАЯ РЕАКЦИЯ ПОСЛЕ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, НЕ СВЯЗАННАЯ С ВАКЦИНАЦИЕЙ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЁЗА, ИЛИ НАРАСТАНИЕ РЕАКЦИИ НА ФОНЕ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИИ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА НА 6 ММ И БОЛЕЕ НАЗЫВАЕТСЯ
А) виражом
Б) анергией
В) гипоэргией
Г) гиперергией

Блок тестовых заданий №5

Кластер компетенций №5 «Реабилитация»

БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НАПРАВЛЯЮТ НА КУРОРТЫ
А) бальнеологические
Б) климатические
В) горно-климатические
Г) грязевые
САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РЕКОМЕНДАЦИИ
А) местных гастроэнтерологических санаториев при полной ремиссии
Б) курортов Черноморского побережья Кавказа при полной ремиссии
В) курортов Черноморского побережья Кавказа при частичной ремиссии
Г) местных гастроэнтерологических санаториев при частичной ремиссии
ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРОВОДИТСЯ
А) до передачи во взрослую сеть
Б) в течении 3 лет
В) в течении 5 лет
Г) в течении 10 лет
ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ОБОСТРЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ
А) в течении 3 лет

Б) в течении 5 лет
В) до перевода во взрослую сеть
Г) в течении 1 года
ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ У ДЕТЕЙ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ
А) в течении 2 лет
Б) в течении 3 лет
В) в течении 5 лет
Г) до перевода во взрослую сеть
ДИСПАНСЕРНЫЙ ОСМОТР У ДЕТЕЙ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРОВОДИТСЯ
А) 1 раз в 6 месяцев
Б) 1 раз в 3 месяца
В) ежегодно
Г) ежемесячно
БОЛЬНОМУ С УВЕЛИЧЕННЫМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ АНГИНЫ ЛИМФОУЗЛОМ, СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ КОНСУЛЬТАЦИЮ ОНКОГЕМАТОЛОГА ЧЕРЕЗ _____ НЕЭФФЕКТИВНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
А) 2 недели
Б) 3 недели
В) 4 недели
Г) 8 недель
ДЕТЯМ С ЮВЕНИЛЬНЫМИ АРТРИТАМИ В СТАДИИ РЕМИССИИ МОЖНО РАЗРЕШИТЬ
А) езду на велосипеде
Б) бег
В) прыжки
Г) активные игры
ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В МЕЖПРИСТУПНЫЙ ПЕРИОД ЯВЛЯЕТСЯ
А) климатотерапия
Б) дарсонвализация
В) аэрофитотерапия
Г) электросонтерапия
САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ДЕТЯМ
А) с легким и среднетяжелым течением бронхиальной астмы в межприступный период заболевания
Б) с легким и среднетяжелым течением бронхиальной астмы в любой период заболевания
В) с тяжелым течением бронхиальной астмы
Г) всем, страдающим бронхиальной астмой
ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ ДЕТИ НАБЛЮДАЮТСЯ КАК ПАЦИЕНТЫ _____ ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ
А) IV

Б) I
В) II
Г) III
ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ОСТРЫЙ МИОКАРДИТ, ПРОВОДИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ
А) 3 лет
Б) ½ года
В) 1 года
Г) 5 лет
ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ ИНТЕРМИТТИРУЮЩЕЙ И ЛЕГКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЧАСТОТА ОСМОТРОВ УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В _____ МЕСЯЦ (МЕСЯЦА)
А) 3
Б) 1
В) 2
Г) 6
СНЯТИЕ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА С ПЕРВИЧНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ _____ СТОЙКОЙ РЕМИССИИ
А) 3 года
Б) 4 года
В) 2 года
Г) 1 год
УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 1 РАЗ В ___ МЕС.
А) 3
Б) 6
В) 12
Г) 24
СРОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ДИФФУЗНО–ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ ДЛИТСЯ
А) пожизненно
Б) в течение 2лет
В) в течение 3 лет
Г) в течение 5 лет
ДЕТИ, ПЕРЕНЕСШИЕ ОСТРУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ БЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ ПОРОКА СЕРДЦА, ПОДЛЕЖАТ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ В ТЕЧЕНИЕ
А) 5 лет
Б) 3 лет
В) 10 лет
Г) 1 года
ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА С ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ ПЕРЕВОДЯТ НА ВТОРОЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ В

А) санаторий
Б) поликлинику
В) диагностический центр
Г) туберкулезный диспансер
ДЕТИ, СТРАДАЮЩИЕ СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ПОДЛЕЖАТ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ
А) до передачи во взрослую поликлинику
Б) 10 лет
В) 5 лет
Г) 3 года
ОБЩИЕ АНАЛИЗЫ МОЧИ ДЕТЯМ, СТРАДАЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ, В ПЕРИОДЕ СТОЙКОЙ РЕМИССИИ ПРОВОДЯТ
А) ежеквартально
Б) ежегодно
В) ежемесячно
Г) еженедельно
ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВОГО ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ МОЖНО ПО
А) отсутствию отрицательной динамики по группам здоровья
Б) числу детей, отнесенных к первой группе здоровья
В) снижению острой заболеваемости
Г) снижению детской смертности
ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЁСШИМИ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ПРОДОЛЖАЕТСЯ
А) в течение трёх лет
Б) в течение одного года
В) до перевода во взрослую сеть здравоохранения
Г) в течение пяти лет
ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЁСШИМИ ГЕНУИННЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ПРОВОДИТСЯ
А) до перевода ребёнка под наблюдение взрослой поликлиники
Б) в течение 5 лет
В) в течение 3 лет
Г) в течение одного года
РЕБЕНОК С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ, КРОМЕ ПЕДИАТРА, ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ
А) неврологом
Б) фтизиатром
В) инфекционистом
Г) хирургом
ДЕТИ, ПЕРЕНЕСШИЕ ИНФЕКЦИОННЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ, НАБЛЮДАЮТСЯ
А) до перевода в подростковый кабинет поликлиники
Б) в течение 5 лет

В) в течение 3 лет
ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ НАХОДЯТСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО ДО
А) 18 лет
Б) 10 лет
В) 7 лет
Г) года
ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВЕДЕНИЕ
А) ультразвукового исследования почек 1 раз в 6 месяцев
Б) рентгенографии органов грудной клектки
В) общего анализа крови 1 раз в 2 недели
Г) гормонального анализа крови
ЧАСТОТА ПЛАНОВЫХ ОСМОТРОВ УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА СОСТАВЛЯЕТ
А) 4 раза в год
Б) 1 раз в месяц
В) 6 раз в год
Г) 2 раза в год
В ПЛАН ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РЕБЕНКОМ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ НЕ ВКЛЮЧАЕТСЯ
А) анализ кала на скрытую кровь
Б) определение общего белка и белковых фракций
В) общий анализ мочи
Г) клинический анализ крови
ЧАСТОТА НАБЛЮДЕНИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ГАСТРОДУОДЕНИТОМ НА 2-ОМ ГОДУ НАБЛЮДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В
А) 6 месяцев
Б) год
В) 3 месяца
Г) месяц
ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В ПОЛИКЛИНИКЕ ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВЕДЕНИЕ
А) исследования желудочной секреции (pH-метрия)
Б) общего анализа мочи
В) посева на кишечную группу
Г) биохимического анализа крови
ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ
А) проведение скрининг-программы медицинской сестрой
Б) осмотр педиатра
В) лечение в стационаре
Г) лабораторное обследование

ОСНОВНЫМ УЧЕТНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) карта диспансеризации ребенка
Б) форма №079/у
В) форма №112/у
Г) форма №026/у
ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ И ПРОВЕДЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ВОЗЛАГАЕТСЯ НА
А) педиатра
Б) старшую медицинскую сестру
В) заведующего отделением организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях
Г) физиотерапевта
РЕБЕНОК С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ
А) эндокринологом
Б) эпидемиологом
В) ортопедом
Г) урологом
ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ И С ИСХОДОМ В ХРОНИЧЕСКУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В ТЕЧЕНИЕ 1 КВАРТАЛА ПОСЛЕ АТАКИ ПЕДИАТР И РЕВМАТОЛОГ ОСМАТРИВАЮТ
А) ежемесячно
Б) еженедельно
В) 1 раз
Г) ежедневно
ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПЕДИАТР И РЕВМАТОЛОГ НАБЛЮДАЮТ
А) 2 раза в год
Б) 2 раза в 6 месяцев
В) ежемесячно
Г) 1 раз в год
ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЛОР-ВРАЧ ОСМАТРИВАЕТ
А) 2 раза в год
Б) 1 раз в месяц
В) 1 раз в год
Г) 4 раза в год
ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ БЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ ПОРОКА СЕРДЦА, СНИМАЮТ С ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЧЕРЕЗ
А) 5 лет
Б) 10 лет
В) 1 год

Г) 2 года
ПАЦИЕНТЫ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА СНИМАЮТСЯ С ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПО ЗАКЛЮЧЕНИЮ
А) кардиохирурга
Б) педиатра
В) кардиолога
Г) ревматолога
ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ НЕ РЕЖЕ, ЧЕМ
А) 2 раза в год
Б) 1 раз в год
В) 1 раз в месяц
Г) 4 раза в год
ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ
А) 1 раз в месяц
Б) 1 раз в год
В) 2 раза в год
Г) 1 раз в квартал
ПАЦИЕНТАМ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ АНАЛИЗ МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО ПРОВОДЯТ 1 РАЗ В
А) месяц
Б) квартал
В) год
Г) 6 месяцев
ПАЦИЕНТАМ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ ПРИ НАЛИЧИИ ЛЕЙКОЦИТУРИИ ПРОВОДЯТ
А) посевы мочи
Б) общий анализ крови
В) биохимический анализ крови
Г) посевы крови
ПАЦИЕНТАМ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ УРОВЕНЬ КРЕАТИНИНА ОЦЕНИВАЮТ
А) 2 раза в год
Б) 1 раз в год
В) 2 раза в месяц
Г) 1 раз в месяц
ПАЦИЕНТАМ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ УРОВЕНЬ МОЧЕВИНЫ ОЦЕНИВАЮТ
А) 2 раза в год
Б) 1 раз в год
В) 2 раза в месяц
Г) 1 раз в месяц

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КУРС УРОСЕПТИКОВ ПАЦИЕНТАМ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ ПРОВОДИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ ___ ДНЕЙ
А) 7
Б) 10
В) 5
Г) 14
ПАЦИЕНТАМ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА ФИБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЮ ПРОВОДЯТ
А) 1 раз в год
Б) 2 раза в год
В) 1 раз в полгода
Г) 1 раз в 2 года
ПАЦИЕНТАМ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА АНАЛИЗ КАЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ ПРОВОДЯТ
А) 1 раз в год
Б) 2 раза в год
В) 1 раз в полгода
Г) 1 раз в 2 года
ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ СТОЙКАЯ РЕМИССИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ СВЫШЕ _____ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ОБОСТРЕНИЯ
А) 2 лет
Б) 1 года
В) 5 лет
Г) 4 лет
ПРИ РЕМИССИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ДУОДЕНАЛЬНОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ПРОВОДЯТ
А) 1 раз в год
Б) 2 раза в год
В) 1 раз в квартал
Г) 1 раз в месяц
ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ОСМОТР ПЕДИАТРА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ 1 РАЗ В
А) месяц
Б) год
В) 6 месяцев
Г) 4 месяца
ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ПОСЕВ КАЛА ПРОВОДЯТ 1 РАЗ В
А) 3 месяца
Б) 4 месяца
В) месяц
Г) 6 месяцев

ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ РАССТРОЙСТВЕ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ СНЯТИЕ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА ПОСЛЕ НАСТУПЛЕНИЯ РЕМИССИИ ПРОИСХОДИТ ЧЕРЕЗ
А) 1 год
Б) 3 месяца
В) 6 месяцев
Г) 2 года
ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В ПЕРИОДЕ РЕМИССИИ САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО
А) 1 раз в год
Б) 2 раза в год
В) 1 раз в 2 года
Г) 1 раз в 5 лет
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ У ДЕТЕЙ РН-МЕТРИЯ ПОКАЗАНА
А) 1 раз в год
Б) 2 раза в год
В) 1 раз в квартал
Г) 1 раз в 2 года
ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В
А) 3 месяца
Б) месяц
В) 6 месяцев
Г) год
ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ВО ВТОРОЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В
А) 6 месяцев
Б) 3 месяца
В) месяц
Г) год
ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ДУОДЕНАЛЬНОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В
А) год
Б) 3 месяца
В) месяц
Г) 6 месяцев
ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ САНАТОРНОКУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО НЕ РАНЬШЕ, ЧЕМ ЧЕРЕЗ _____ ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ
А) 3 месяца
Б) год
В) 6 месяцев
Г) 1 месяц

ПРИ РЕМИССИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА УЗИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРОВОДЯТ 1 РАЗ В
А) год
Б) 3 месяца
В) 2 года
Г) 6 месяцев
ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В
А) 3 месяца
Б) месяц
В) 6 месяцев
Г) год
ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ВО ВТОРОЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В
А) 6 месяцев
Б) 3 месяца
В) месяц
Г) год
ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ СОСТАВЛЯЕТ
А) до перевода во взрослую сеть
Б) 1 год
В) 5 лет
Г) 3 года
РЕБЕНКА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ В ПЕРВОМ ПОЛУГОДИИ 1 РАЗ В
А) 2 недели
Б) месяц
В) 2 месяца
Г) 3 месяца
РЕБЕНКА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ В ВТОРОМ ПОЛУГОДИИ 1 РАЗ В
А) месяц
Б) 2 месяца
В) 3 месяца
Г) 2 недели
ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗАВИСИТ ОТ
А) вида заболевания
Б) стадии заболевания
В) осложнений заболевания
Г) сопутствующей патологии
КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЗАВИСИТ ОТ
А) стадии заболевания

Б) вида заболевания
В) осложнений заболевания
Г) вида сопутствующей патологии

КОНЕЧНОЙ ЦЕЛЬЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

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

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ОТНОШЕНИИ

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

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ИСКЛЮЧАЕТСЯ В ОТНОШЕНИИ

А) совершеннолетних, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями
Б) несовершеннолетних, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний
В) несовершеннолетних, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных травм и отравлений
Г) несовершеннолетних, страдающих хроническими инфекционными заболеваниями

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

А) врач-педиатр участковый или врач общей практики (семейный врач)
Б) статистик лечебно-профилактического учреждения
В) экономист лечебно-профилактического учреждения
Г) врач-логопед

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

А) врач-специалист (по профилю заболевания)
Б) представитель страховой компании
В) статистик лечебно-профилактического учреждения
Г) врач-логопед

ОТВЕТСТВЕННЫМ ЗА ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А) участковый врач-педиатр
Б) статистик лечебно-профилактического учреждения
В) представитель страховой компании
Г) врач-логопед

ДИСПАНСЕРНЫЙ ПРИЕМ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ВКЛЮЧАЕТ
А) оценку состояния ребенка
Б) расчет стоимости клинического обследования
В) расчет стоимости медицинских препаратов
Г) расчет стоимости медицинских услуг
К КРИТЕРИЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ОТНОСЯТ
А) уменьшение числа обострений хронических заболеваний
Б) повышение числа случаев и числа дней временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком
В) снижение стоимости лечения в амбулаторных условиях
Г) сокращение случаев инвалидности детей и подростков, находящихся под диспансерным наблюдением
КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) увеличение удельного веса выздоровевших детей
Б) повышение рождаемости доношенных детей
В) снижение стоимости лечения с учетом стоимости медицинских препаратов
Г) снижение стоимости медицинских препаратов
РЕШЕНИЕ ВОПРОСА О СНЯТИИ РЕБЁНКА С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА ИЛИ ОФОРМЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
А) комиссионно
Б) участковым педиатром
В) родителями самостоятельно
Г) главным врачом детской поликлиники
К ОСНОВАНИЯМ ДЛЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ОТНОСЯТ
А) выздоровление
Б) отсутствие стойкой компенсации физиологических функций или стойкой ремиссии хронического заболевания (состояния)
В) пожелание родственников ребенка
Г) пожелание законных представителей ребенка
ПРИ ПОСТАНОВКЕ НА УЧЕТ И ПРИ СНЯТИИ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА УЧАСТКОВЫМ ВРАЧОМ СОСТАВЛЯЕТСЯ
А) эпикриз
Б) история болезни
В) статистический талон
Г) форма № 112/у
ЭПИКРИЗ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПОДПИСЫВАЕТ
А) заведующий педиатрическими участками
Б) родитель ребенка
В) медицинская сестра
Г) врач-диетолог

ПУНКТЫ ПРИМЕРНОЙ СХЕМЫ ЭПИКРИЗА НА РЕБЁНКА III ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ ВКЛЮЧАЮТ
А) время нахождения на Д учете
Б) доход родителей ежемесячно
В) табель успеваемости в школе
Г) количество несовершеннолетних детей в семье
К ВИДАМ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТНОСЯТ
А) медицинскую
Б) комплексную
В) парциальную
Г) периодическую
К ВИДАМ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТНОСЯТ
А) трудовую
Б) комплексную
В) парциальную
Г) периодическую
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НАПРАВЛЕНА НА
А) восстановление компенсации функциональных возможностей организма
Б) существенное повышение функциональных возможностей организма
В) снижение функциональных возможностей организма
Г) некоторое уменьшение функциональных возможностей организм
В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
А) поздняя реабилитация, ликвидация остаточных явлений заболевания
Б) усиленная профессиональная и спортивная подготовка
В) обслуживание на дому детей-инвалидов, воспитание и обучение в специальных учреждениях
Г) организация соответствующего возрасту режима, ухода за ребёнком инвалидом (социальная помощь, вспомогательные технические средства)
РЕБЁНКУ ПЕРЕД НАПРАВЛЕНИЕМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО
А) санировать очаги инфекции
Б) приобрести путевку
В) посетить логопеда
Г) проконсультироваться у психолога
РЕБЁНКУ ПЕРЕД НАПРАВЛЕНИЕМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО
А) клинико-лабораторное обследование
Б) лечение в стационаре
В) приобретение путевки
Г) проконсультироваться у психолога
ПЕРЕД НАПРАВЛЕНИЕМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО ОФОРМИТЬ ДОКУМЕНТЫ
А) санаторно-курортную карту
Б) справку с места жительства
В) этапный эпикриз

Г) историю болезни
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ИПР РЕБЁНКА-ИНВАЛИДА С МУКОВИСЦИДОЗОМ ИСКЛЮЧАЮТ
А) психолого-педагогическую, социальную реабилитацию, технические средства реабилитации
Б) восстановительную терапию: диету с увеличением калорий в рационе до 120-150%, ингаляционную терапию, постуральный дренаж, вибрационный массаж грудной клетки, лечебную физкультуру
В) реконструктивную хирургию: трансплантацию легкого (по показаниям)
Г) санаторно-курортное лечение при отсутствии противопоказаний
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ИСКЛЮЧАЕТ
А) профессиональную ориентацию, обучение и трудоустройство
Б) восстановительную терапию, санаторно-курортное лечение
В) протезирование и ортезирование
Г) реконструктивную хирургию
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИСКЛЮЧАЕТ
А) протезирование и ортезирование
Б) профессиональную ориентацию
В) профессиональное обучение
Г) технические средства реабилитации для профессионального обучения (переобучения) или труда
ПРОГРАММА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ ДО 18 ЛЕТ ИСКЛЮЧАЕТ
А) технические средства реабилитации для профессионального обучения
Б) дошкольное воспитание и обучение
В) психолого-педагогическую коррекционную работу
Г) технические средства реабилитации для обучения
ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРУЮ ПНЕВМОНИЮ, СОСТАВЛЯЕТ
А) 1 год
Б) 3 мес.
В) 6 мес.
Г) 1 мес.
ДЕТИ С БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ СОСТОЯТ НА ДИПАНСЕРНОМ УЧЁТЕ
А) до перевода во взрослую сеть
Б) в течение трёх лет после обострения
В) в течение пяти лет после обострения
Г) не ставятся на диспансерный учет
ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПОСЛЕ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ВКЛЮЧАЕТ
А) ЛФК
Б) постановку кожных аллергических проб
В) плавание
Г) занятия в основной группе по физической культуре

ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПРОТИВОПОКАЗАНА РАБОТА
А) связанная с неблагоприятными метеофакторами
Б) в образовательных учреждениях
В) предполагающая незначительные физические нагрузки
Г) на компьютере
ЧАСТОТА ОСМОТРА ПЕДИАТРОМ РЕБЕНКА С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В МЕЖПРИСТУПНЫЙ ПЕРИОД СОСТАВЛЯЕТ
А) 1 раз в 1-2 месяца
Б) 1 раз в год
В) по показаниям
Г) 1 раз в неделю
ЧАСТОТА ОСМОТРА ХИРУРГОМ РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ДЕСТРУКТИВНУЮ ПНЕВМОНИЮ, СОСТАВЛЯЕТ
А) 2 раза в год
Б) по показаниям
В) 2 раза в 6 месяцев
Г) 2 раза в 3 месяца
КРАТНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО ОСМОТРА ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ В ФАЗУ РЕМИССИИ
А) 2 раза в год
Б) 1 раз в год
В) 1 раз в квартал
Г) 1 раз в месяц
КРАТНОСТЬ ПРИЕМА ПИЩИ, РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДЕТЯМ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ФАЗУ РЕМИССИИ, СОСТАВЛЯЕТ_____ В ДЕНЬ
А) 4 раза
Б) 3 раза
В) 5 раз
Г) более 5 раз
КРАТНОСТЬ ОСМОТРОВ ПЕДИАТРОМ ДЕТЕЙ С ДИСФУНКЦИЕЙ БИЛИАРНОГО ТРАКТА НА ПЕРВОМ ГОДУ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ
А) 1 раз в 3 месяца
Б) 1 раз в год
В) 2 раза в год
Г) 1 раз в месяц
БОЛЬНОЙ МОЖЕТ БЫТЬ СНЯТ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА В СЛУЧАЕ СОХРАНЕНИЯ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ РЕМИССИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЧЕРЕЗ
А) 5 лет
Б) 2 года
В) 3 года
Г) 4 года

КРАТНОСТЬ ОСМОТРОВ РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРЫЙ НЕРЕВМАТИЧЕСКИЙ КАРДИТ, КАРДИОРЕВМАТОЛОГОМ В НЕАКТИВНОЙ ФАЗЕ НА ВТОРОМ ГОДУ НАБЛЮДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В
А) 6 месяцев
Б) месяц
В) 3 месяца
Г) неделю
РЕБЕНКУ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ НАЗНАЧЕНИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ
А) невролога
Б) кардиохирурга
В) гинеколога
Г) ортопеда
РЕБЕНОК ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ НЕЗНАЧИМЫМ ОТКРЫТЫМ ОВАЛЬНЫМ ОКНОМ НАБЛЮДАЕТСЯ У
А) педиатра и кардиолога
Б) кардиолога и невропатолога
В) педиатра до достижения ребенком 7-ми лет
Г) кардиолога и кардиохирурга
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЁНКА, СТРАДАЮЩЕГО ШИЗОФРЕНИЕЙ, ВКЛЮЧАЮТ
А) медикаментозное лечение
Б) социальную реабилитацию
В) психокоррекцию и психопрофилактику
Г) психолого-педагогическую реабилитацию
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЁНКА-ИНВАЛИДА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ВКЛЮЧАЮТ
А) психокоррекцию
Б) медикаментозное лечение
В) санаторно-курортное лечение
Г) выбор вида и условий обучения
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЁНКА-ИНВАЛИДА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ВКЛЮЧАЮТ
А) выбор вида и условий обучения
Б) реконструктивную хирургию
В) психокоррекцию
Г) анализ мокроты на ВК
ПОД РЕАБИЛИТАЦИЕЙ ИНВАЛИДОВ ПОНИМАЕТСЯ СИСТЕМА _____ МЕРОПРИЯТИЙ

А) медицинских
Б) юридических, педагогических
В) диагностических, юридических
Г) диагностических, социально-экономических

ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ВНЕСЕНИЯ ДОПОЛНЕНИЙ ИЛИ ИЗМЕНЕНИЙ В ИНДИВИДУАЛЬНУЮ ПРОГРАММУ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЁНКАИВАЛИДА ОФОРМЛЯЕТСЯ

А) новое направление на медико-социальную экспертизу
Б) выписной эпикриз
В) этапный эпикриз
Г) история болезни

ГРУППЫ МЕРОПРИЯТИЙ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ИСКЛЮЧАЮТ

А) адаптивный спорт
Б) восстановительную терапию
В) реконструктивную хирургию
Г) санаторно-курортное лечение

СОДЕРЖАНИЕ ПОНЯТИЯ «РЕАБИЛИТАЦИЯ» ВКЛЮЧАЕТ

А) полное или частичное восстановление способностей
Б) формирование отсутствовавших ранее способностей
В) обучение установлению контактов между людьми
Г) восстановление способности к самообслуживанию

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЕНКАИНВАЛИДА ВКЛЮЧАЕТ

А) медицинскую, психолого-педагогическую, социальную реабилитации, технические средства и услуги по реабилитации
Б) психолого-педагогическую, социальную реабилитации, технические средства и услуги по реабилитации
В) медицинскую, социальную реабилитации, технические средства и услуги по реабилитации
Г) медицинскую, психолого-педагогическую, социальную реабилитации

МЕРОПРИЯТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВКЛЮЧАЮТ

А) реконструктивную хирургию, восстановительную терапию, санаторно-курортное лечение, протезирование и ортезирование
Б) восстановительную терапию, санаторно-курортное лечение, протезирование и ортезирование
В) реконструктивную хирургию, санаторно-курортное лечение, протезирование и ортезирование
Г) реконструктивную хирургию, восстановительную терапию, протезирование и ортезирование

МЕРОПРИЯТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВКЛЮЧАЮТ

А) социально-средовую реабилитацию, социально-психологическую реабилитацию, физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт
Б) социально-средовую реабилитацию, физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт, санаторно-курортное лечение

В) социально-психологическую реабилитацию, санаторно-курортное лечение, физкультурнооздоровительные мероприятия и спорт
Г) социально-средовую реабилитацию, социально-психологическую реабилитацию, санаторнокурортное лечение
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В СООТВЕТСТВИИ С ФЕДЕРАЛЬНЫМ ПЕРЕЧНЕМ ВКЛЮЧАЮТ ВОССТАНОВИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ И
А) реконструктивную хирургию; санаторно-курортное лечение; протезирование и ортезирование, предоставление слуховых аппаратов; обеспечение профессиональной ориентации инвалидов
Б) санаторно-курортное лечение; протезирование и ортезирование, предоставление слуховых аппаратов; обеспечение профессиональной ориентации инвалидов
В) реконструктивную хирургию; санаторно-курортное лечение; обеспечение профессиональной ориентации инвалидов
Г) реконструктивную хирургию; санаторно-курортное лечение лечение; протезирование и ортезирование, предоставление слуховых аппаратов
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЛЕЧЕНИЮ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЮТСЯ
А) тяжелые гипогликемические состояния, кетоацидоз, диабетическая ретино- и нефропатия
Б) тяжелые гипогликемические состояния, диабетическая ретино- и нефропатия
В) тяжелые гипогликемические состояния, кетоацидоз
Г) ночная гипогликемия, кетоацидоз, диабетическая ретино- и нефропатия
ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ВКЛЮЧАЕТ
А) общий анализ крови, биохимический анализ крови, УЗИ органов брюшной полости, соскоб на энтеробиоз, анализ кала на цисты лямблий
Б) биохимическое исследование мочи, общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ кала на цисты лямблий
В) биохимический анализ крови, УЗИ органов брюшной полости, соскоб на энтеробиоз, анализ кала на цисты лямблий
Г) биохимическое исследование мочи, соскоб на энтеробиоз и анализ кала на цисты лямблий, УЗИ органов брюшной полости
ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО _____ КАТЕГОРИЯМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
А) 3
Б) 5
В) 7
Г) 9
ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЁНКА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ, ВКЛЮЧАЮТ
А) спелеотерапию, дыхательную гимнастику, небулайзерную терапию

Б) спелеотерапию, амплипульс, дыхательную гимнастику
В) дыхательную гимнастику, амплипульс, небулайзерную терапию
Г) небулайзерную терапию, спелеотерапию, амплипульс
ПРИ НАПРАВЛЕНИИ РЕБЕНКА НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ
А) путёвку; санаторно-курортную карту; полис обязательного медицинского страхования; анализ на энтеробиоз; справку врача-педиатра об отсутствии контакта ребёнка с инфекционными больными
Б) путёвку; анализ на энтеробиоз; справку врача-педиатра об отсутствии контакта ребёнка с инфекционными больными по месту жительства, в детском саду или школе
В) путёвку; полис обязательного медицинского страхования; справку врача-педиатра об отсутствии контакта ребёнка с инфекционными больными по месту жительства, в детском саду или школе
Г) путёвку; санаторно-курортную карту; полис обязательного медицинского страхования; анализ на энтеробиоз
К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ НА КУРОРТЫ И В МЕСТНЫЕ САНАТОРИИ ОТНОСЯТСЯ
А) врожденные пороки сердца, НК I
Б) все заболевания в острой стадии, хронические заболевания в стадии обострения и осложненные острогнойными процессами
В) злокачественные новообразования
Г) острые и инфекционные заболевания до окончания срока изоляции
РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ С БЕЛКОВОЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ГИПОТРОФИЕЙ I СТ.) ВКЛЮЧАЕТ
А) регулярное проведение контроля питания и антропометрии; массаж, гимнастику; курсовой прием биопрепаратов
Б) регулярное проведение контроля питания и антропометрии; гормональную терапию; массаж, гимнастику
В) массаж, гимнастику; гормональную терапию; курсовой прием биопрепаратов
Г) курсовой прием биопрепаратов; регулярное проведение контроля питания и антропометрии; гормональную терапию
СРОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЕСЯЦЕВ
А) 6
Б) 12
В) 7
Г) 9
КРИТЕРИЕМ СНЯТИЯ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА В ТЕЧЕНИЕ _____ МЕСЯЦЕВ
А) 12

Б) 3
В) 6
Г) 9
ПРИРОДНЫЕ ФАКТОРЫ КУРОРТОВ ИСКЛЮЧАЮТ
А) животный мир
Б) грязи
В) ландшафт
Г) минеральные воды
ОСНОВНЫМИ ПРИНЦИПАМИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЮТСЯ
А) комплексность и рациональность реабилитационной программы, учет клинических особенностей патологии и индивидуальных факторов, преемственность восстановительного лечения
Б) раннее начало реабилитации, кратковременность мероприятий, комплексность и рациональность реабилитационной программы
В) разработка реабилитационной программы с учетом клинических особенностей патологии и индивидуальных факторов, начало реабилитации в санаторно-оздоровительном учреждении
Г) преемственность восстановительного лечения (стационар, поликлиника, санаторнооздоровительное учреждение), реабилитационная программа в соответствии с особенностями патологии без учета индивидуальных факторов
ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ
А) скрининг-программы
Б) обследование в стационаре
В) осмотр педиатра
Г) лабораторное обследование
ВТОРОЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ
А) врачебный осмотр педиатром и специалистами
Б) проведение скрининг-программы медицинской сестрой
В) обследование в стационаре
Г) амбулаторное обследование
ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ И ПРОВЕДЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ВОЗЛАГАЕТСЯ НА
А) участкового педиатра
Б) старшего педиатра детской поликлиники
В) заведующего детской поликлиникой
Г) главного врача ЛПУ
ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
А) осмотр узкими специалистами
Б) сбор данных анамнеза, антропометрию, лабораторные анализы
В) оценку физического развития
Г) оценку нервно- психического развития
ИЗ МЕСТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ИСКЛЮЧЕНЫ

А) лагеря отдыха
Б) детские сады
В) поликлиники
Г) школы
ЦЕНТРАЛЬНОЙ ФИГУРОЙ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) участковый педиатр
Б) врач отделения оказания медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях
В) каждый специалист в отдельности
Г) медицинская сестра
МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР, ПРОВОДИМЫЙ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н, ИМЕЕТ ____ ЭТАПА
А) 2
Б) 1
В) 3
Г) 4
В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ВРАЧ-ПЕДИАТР ДОЛЖЕН ОСМАТРИВАТЬ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА 1 РАЗ В
А) месяц
Б) квартал
В) полугодие
Г) год
В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ВРАЧ-ПЕДИАТР ДОЛЖЕН ОСМАТРИВАТЬ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ГОДА ДО 2-Х ЛЕТ 1 РАЗ В
А) квартал
Б) месяц
В) полугодие
Г) год
В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ВРАЧ-ПЕДИАТР ДОЛЖЕН ОСМАТРИВАТЬ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 2-Х ЛЕТ 1 РАЗ В
А) год
Б) квартал
В) полугодие
Г) месяц
ДЕТИ ДО 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ РАСШИРЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н В ВОЗРАСТЕ ____ ГОДА(ЛЕТ)
А) 1, 3, 7
Б) 2, 6, 9
В) 2, 5, 7

Г) 1, 5, 9
ПОДРОСТКИ 10 ЛЕТ И СТАРШЕ ПРОХОДЯТ РАСШИРЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н В ВОЗРАСТЕ ____ЛЕТ
А) 10
Б) 11
В) 12
Г) 13
ПОДРОСТКИ 10 ЛЕТ И СТАРШЕ ПРОХОДЯТ РАСШИРЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н В ВОЗРАСТЕ ____ЛЕТ
А) 14
Б) 11
В) 12
Г) 13
ПОДРОСТКИ 10 ЛЕТ И СТАРШЕ ПРОХОДЯТ РАСШИРЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н В ВОЗРАСТЕ ____ЛЕТ
А) 15
Б) 11
В) 12
Г) 13
ПОДРОСТКИ 10 ЛЕТ И СТАРШЕ ПРОХОДЯТ РАСШИРЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н В ВОЗРАСТЕ ____ЛЕТ
А) 16
Б) 11
В) 12
Г) 13
ПОДРОСТКИ 10 ЛЕТ И СТАРШЕ ПРОХОДЯТ РАСШИРЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н В ВОЗРАСТЕ ____ЛЕТ
А) 17
Б) 11
В) 12
Г) 13
ОСМОТР ДЕТСКОГО ПСИХИАТРА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ДЕТИ ДО 10 ЛЕТ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ ___ЛЕТ
А) 1, 3, 7, 10
Б) 2, 5, 9
В) 3, 6
Г) 4, 8

ОСМОТР ПСИХИАТРА ПОДРОСТКОВОГО В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ _____ЛЕТ
А) 14
Б) 11
В) 12
Г) 13
ОСМОТР ПСИХИАТРА ПОДРОСТКОВОГО В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ _____ЛЕТ
А) 15
Б) 11
В) 12
Г) 13
ОСМОТР ПСИХИАТРА ПОДРОСТКОВОГО В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ _____ЛЕТ
А) 16
Б) 11
В) 12
Г) 13
ОСМОТР ПСИХИАТРА ПОДРОСТКОВОГО В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ _____ЛЕТ
А) 17
Б) 11
В) 12
Г) 13
ОСМОТР ДЕТСКОГО ЭНДОКРИНОЛОГА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ДЕТИ ДО 10 ЛЕТ, ВКЛЮЧИТЕЛЬНО, ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ ____ ГОДА(ЛЕТ)
А) 10
Б) 1, 9
В) 2, 7
Г) 3, 8
ОСМОТР ДЕТСКОГО ЭНДОКРИНОЛОГА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ _____ЛЕТ
А) 14
Б) 11
В) 12
Г) 13
ОСМОТР ДЕТСКОГО ЭНДОКРИНОЛОГА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ _____ЛЕТ

А) 15
Б) 11
В) 12
Г) 13
ОСМОТР ДЕТСКОГО ЭНДОКРИНОЛОГА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ _____ЛЕТ
А) 16
Б) 11
В) 12
Г) 13
ОСМОТР ДЕТСКОГО ЭНДОКРИНОЛОГА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ _____ЛЕТ
А) 17
Б) 13
В) 12
Г) 11
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЮ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ДЕТИ ДО 10 ЛЕТ, ВКЛЮЧИТЕЛЬНО, ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ _____ ГОДА(ЛЕТ)
А) 1, 7, 10
Б) 2, 8
В) 3, 5, 9
Г) 4, 6
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЮ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ _____ЛЕТ
А) 17
Б) 13
В) 12
Г) 11
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЮ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ _____ЛЕТ
А) 16
Б) 13
В) 12
Г) 11
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЮ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ _____ЛЕТ
А) 15
Б) 13
В) 12

Г) 11
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЮ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ _____ЛЕТ
А) 14
Б) 13
В) 12
Г) 11
ОСМОТРЫ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГА И ДЕТСКОГО УРОЛОГААНДРОЛОГА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ДЕТИ ДО 10 ЛЕТ, ВКЛЮЧИТЕЛЬНО, ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ _____ ГОДА(ЛЕТ)
А) 3, 7
Б) 1, 9
В) 2, 4
Г) 5, 8
] ОСМОТРЫ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГА И ДЕТСКОГО УРОЛОГААНДРОЛОГА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ _____ЛЕТ
А) 12
Б) 13
В) 11
Г) 18
ОСМОТРЫ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГА И ДЕТСКОГО УРОЛОГААНДРОЛОГА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ _____ЛЕТ
А) 14
Б) 13
В) 11
Г) 18
ОСМОТРЫ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГА И ДЕТСКОГО УРОЛОГААНДРОЛОГА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ _____ЛЕТ
А) 15
Б) 13
В) 11
Г) 18
ОСМОТРЫ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГА И ДЕТСКОГО УРОЛОГААНДРОЛОГА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ _____ЛЕТ
А) 16

Б) 13
В) 11
Г) 18
ОСМОТРЫ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГА И ДЕТСКОГО УРОЛОГААНДРОЛОГА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ _____ЛЕТ
А) 17
Б) 13
В) 11
Г) 18
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, СЕРДЦА, ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ, НЕЙРОСОНОГРАФИЮ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ДЕТИ ПРОХОДЯТ ВОЗРАСТЕ ___МЕСЯЦА (ЕВ)
А) 1
Б) 2 и 6
В) 7 и 12
Г) 9 и 18
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, СЕРДЦА, ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ДЕТИ И ПОДРОСТКИ ПРОХОДЯТ ВОЗРАСТЕ ____ ЛЕТ
А) 7 и 14
Б) 8 и 15
В) 10 и 17
Г) 11 и 16
ФЛЮОРОГРАФИЮ ЛЕГКИХ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ПОДРОСТКИ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ __ ЛЕТ
А) 15, 16 и 17
Б) 10 и 14
В) 11 и 13
Г) 18
ИССЛЕДОВАНИЯ УРОВНЯ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ И ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КРОВИ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ВЫПОЛНЯЮТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ МЕДИЦИНСКИХ ПОКАЗАНИЙ В ВОЗРАСТЕ ___ ЛЕТ
А) 14
Б) 16
В) 15
Г) 17

ВРАЧ-ПЕДИАТР ОБЯЗАН ВРУЧИТЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМУ (ЕГО ЗАКОННОМУ ПРЕДСТАВИТЕЛЮ) НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н НЕ ПОЗДНЕЕ, ЧЕМ ЗА ____ РАБОЧИХ ДНЕЙ(ДНЯ)
А) 5
Б) 10
В) 20
Г) 2
НЕОБХОДИМЫМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
А) информированного добровольного согласия
Б) справки с места жительства
В) справки из детского сада или школы
Г) чека на оплату медицинского осмотра
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н УЧИТЫВАЮТСЯ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЙ, ДАВНОСТЬ КОТОРЫХ НЕ ПРЕВЫШАЕТ _____МЕСЯЦА(ЕВ)
А) 3
Б) 1
В) 6
Г) 12
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРВОГО ЭТАПА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ БОЛЕЕ ____ РАБОЧИХ ДНЕЙ
А) 10
Б) 20
В) 5
Г) 15
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДВУХ ЭТАПОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ БОЛЕЕ _____ РАБОЧИХ ДНЕЙ
А) 45
Б) 60
В) 20
Г) 30
ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ОБУЧАЮЩИХСЯ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ПРОВОДЯТСЯ ПРИ
А) поступлении в образовательные организации для определения соответствия учащегося требованиям к обучению

Б) переводе в коррекционные классы
В) переходе в общеобразовательные организации с углубленным изучением отдельных предметов
Г) переходе к предметному обучению в 5 классе
ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЙ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ ОСМОТРОВ ПО ПРИКАЗУ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н СООТВЕТСТВУЮТ ОБЪЕМУ ОБСЛЕДОВАНИЙ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ___ ГОДА(ЛЕТ)
А) 3, 7, 15
Б) 2, 10, 17
В) 1, 4, 16
Г) 4, 11, 14
КАКОВА ЧАСТОТА ОСМОТРА ДЕТЕЙ В РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ ПРИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРАХ ВРАЧОМ-ПЕДИАТРОМ?
А) детей в возрасте до 1 года ежемесячно, детей в возрасте от 1 года до 2 лет один раз в квартал и далее всех детей и подростков ежегодно
Б) всех детей в возрасте от 0 до 10 ежегодно, подростков до 18 лет 1 раз в 2 года
В) всех детей в возрасте от 0 до 14 лет 1 раз в 2 года, подростков в возрасте от 15 до 18 лет ежегодно
Г) детей в возрасте до 1 года 1 раз в квартал, а остальных детей и подростков ежегодно.
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ МОГУТ БЫТЬ УЧТЕНЫ РЕЗУЛЬТАТЫ РАНЕЕ ПРОВЕДЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ, ЕСЛИ ИХ ДАВНОСТЬ НЕ ПРЕВЫШАЕТ _____ МЕС. С ДАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ОСМОТРА И (ИЛИ) ИССЛЕДОВАНИЯ
А) 3
Б) 12
В) 1
Г) 24
ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РЕКОНВАЛЕСЦЕНТАМИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ВКЛЮЧАЕТ
А) определение уровня билирубина и его фракций, активности АЛТ
Б) определение СРБ, белковых фракций, тимоловой пробы
В) КТ печени
Г) пункционную биопсию печени
ИММУНИЗАЦИЮ ДЕТЕЙ ПРОТИВ ГЕМОФИЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ПО НАЦИОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРЮ ПРИВИВОК ПРОВОДЯТ С
А) трех месяцев
Б) рождения
В) месяца
Г) года
НАБЛЮДЕНИЕ РЕБЕНКА С КОСОЛАПОСТЬЮ ПРОВОДИТСЯ ДО
А) 14 лет
Б) 3 месяцев

В) 6 месяцев
Г) 1 года
ДЕТИ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРООПЕРИРОВАННЫЕ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА, ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА ОСВОБОЖДАЮТСЯ ОТ ЗАНЯТИЙ ПО ФИЗКУЛЬТУРЕ НА
А) 1 месяц
Б) 2 месяца
В) 3 месяца
Г) 1 год
ДЕТИ, ПЕРЕНЕСШИЕ КОМПРЕССИОННЫЙ ПЕРЕЛОМ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ, НАХОДЯТСЯ ПОД ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ В ТЕЧЕНИЕ
А) 2-х лет
Б) 1 года
В) пол года
Г) 4-х лет
ПАССИВНЫМ МЕТОДОМ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) физиотерапия
Б) трудотерапия
В) механотерапия
Г) гидрокинезиотерапия
НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКА РЕШАЮТСЯ ЗАДАЧИ
А) восстановления самообслуживания
Б) оценки социального статуса больного
В) определения статуса трудоспособности
Г) подготовки к производственной деятельности
ОПТИМАЛЬНЫМИ СРОКАМИ НАЧАЛА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ
А) первые сутки
Б) вторые-пятые сутки
В) третья неделя
Г) вторая неделя
ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ В ВЫБОРЕ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И СРОКОВ АКТИВИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СТАЦИОНАРЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) глубина и обширность поражения миокарда
Б) возраст больного
В) предынфарктная физическая активность больного
Г) желание больного

Блок тестовых заданий №6

Кластер компетенций №6 «Медицинская статистика, научная и управленческая деятельность врача»

ПОД МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТЬЮ ПОДРАЗУМЕВАЮТ ЧИСЛО ДЕТЕЙ, УМЕРШИХ В ВОЗРАСТЕ ДО
А) 1 года из 1000 живорожденных
Б) 2 лет из 1000 родившихся живыми и мертвыми
В) 2 лет из 1000 живорожденных
Г) 1 года из 1000 родившихся живыми и мертвыми
КОЛИЧЕСТВО КОЕК ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ_____ % ОТ РАСЧЕТНОГО КОЛИЧЕСТВА КОЕК ПОСЛЕРОДОВОГО ОТДЕЛЕНИЯ
А) 105-107
Б) 85-90
В) 95-100
Г) 115-120
ДАЛЬНЕЙШЕЕ СНИЖЕНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В ОСНОВНОМ ЗАВИСИТ ОТ КАЧЕСТВА РАБОТЫ
А) женской консультации
Б) родильного дома
В) отделения патологии новорожденных
Г) отделения реанимации
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕМОНТА, ДЕЗИНФЕКЦИОННЫХ И САНИТАРНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ОТДЕЛЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ В БОЛЬНИЦЕ ДОЛЖНО ЗАКРЫВАТЬСЯ
А) 2 раза в год
Б) 1 раз в год
В) ежеквартально
Г) 1 раз в 2 года
ПОКАЗАНИЯ К ПЕРЕВОДУ НОВОРОЖДЕННОГО ИЗ РОДИЛЬНОГО ДОМА В СТАЦИОНАР ОПРЕДЕЛЯЕТ
А) заведующий отделением новорожденных родильного дома
Б) главный врач родильного дома
В) заведующий отделением новорожденных стационара
Г) главный врач стационара
ПРИ НАПРАВЛЕНИИ РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ НЕОБХОДИМЫ
А) заключение детского кардиолога, результаты электрокардиографии, эхокардиографии
Б) заключение врача-педиатра, результат гемограммы
В) заключение врача-педиатра, результаты электрокардиографии, результаты ультразвукового исследования органов брюшной полости
Г) заключение детского кардиолога, результаты гемограммы
РЕБЕНКА, СТРАДАЮЩЕГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ВРАЧ-ПЕДИАТР, ПУЛЬМОНОЛОГ, АЛЛЕРГОЛОГ)
А) направляет при наличии у него данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное бронхиальной астмой

Б) направляет при наличии у него тяжелой персистирующей бронхиальной астмы
В) направляет, поскольку у него поставлен диагноз «бронхиальная астма»
Г) не направляет, так как бронхиальная астма не приводит к развитию стойких нарушений функций организма у детей

НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОТРАЖАЕТ СОСТОЯНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СТРАНЕ
А) младенческая смертность
Б) количество врачей на душу населения
В) уровень смертности
Г) уровень рождаемости

ПОКАЗАТЕЛЬ (КОЭФФИЦИЕНТ) ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ РАССЧИТЫВАЮТ КАК ОТНОШЕНИЕ ЧИСЛА
А) случаев смерти плода при сроке беременности более 22 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле
Б) умерших в течение первой недели после родов, к общему числу родившихся живыми за год; выражается в промилле
В) случаев смерти плода при сроке беременности более 28 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле
Г) детей, умерших в течение первой недели после родов, к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле

ОСНОВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ – КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ (ФОРМА № 030/У) ХРАНИТСЯ У
А) врачей детских поликлиник
Б) представителя страховой компании
В) статистика лечебно-профилактического учреждения
Г) врача-логопеда

В КАРТЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ (ФОРМА № 030/У) ВРАЧ-ПЕДИАТР ОТМЕЧАЕТ
А) даты посещения и следующей явки ребёнка на приём
Б) успеваемость в общеобразовательной школе
В) посещаемость занятий в общеобразовательной школе
Г) уровень заработной платы родителей

СВЯЗЬ УЧАСТКОВОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ С МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ ДЕТСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ ЧЕРЕЗ
А) отделение организации медицинской помощи детям и подросткам
Б) педиатрическое отделение стационара медицинского учреждения
В) клиническую лабораторию медицинского учреждения
Г) приёмное отделение стационара медицинского учреждения

ВРАЧ ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДОЛЖЕН ОЗНАКОМИТЬ РОДИТЕЛЕЙ С РЕЗУЛЬТАТАМИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА И ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НАРУШЕНИЙ НАПРАВИТЬ НА ПРИЕМ К
А) участковому педиатру
Б) специалисту страховой компании
В) главному врачу детской поликлиники
Г) врачу-ортопеду
ЗАДАЧИ ЗАВЕДУЮЩЕГО ОТДЕЛЕНИЕМ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ В ВОПРОСАХ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ИСКЛЮЧАЮТ
А) контроль деятельности страховой компании
Б) преемственность в работе участковой педиатрической службы детской поликлиники и детских образовательных учреждений
В) передачу ведомостей (списков) детей с впервые выявленными и хроническими заболеваниями
Г) контакт с заведующими педиатрическими участками
ОБЯЗАННОСТИ ПЕДИАТРА ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ИСКЛЮЧАЮТ
А) контроль деятельности страховой компании
Б) составление списков детей и подростков с впервые выявленными отклонениями в состоянии здоровья
В) составление списков детей и подростков с впервые выявленными хроническими заболеваниями
Г) составление списков детей и подростков, требующих дообследования
К ОБЯЗАННОСТЯМ ПЕДИАТРА ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОТНОСЯТ
А) передачу списочного состава детей
Б) организацию и проведение спортивных мероприятий
В) участие в образовательном процессе школы
Г) организацию и участие в профориентационной работе школы
ОБЯЗАННОСТИ ПЕДИАТРА ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ИСКЛЮЧАЮТ
А) закупку медицинских препаратов
Б) составление плана оздоровительных мероприятий детям с хронической патологией
В) рекомендации преподавателю в «листке здоровья» и защита интересов больного ребёнка
Г) медицинское сопровождение детей с хронической патологией в детских образовательных учреждениях

В ОБЯЗАННОСТИ ПЕДИАТРА ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ИСКЛЮЧАЮТ
А) участие в педагогической деятельности
Б) совместную работа с педагогами и психологами
В) формирование навыков здорового образа жизни
Г) санитарно-просветительскую работу
ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОБЛЕМНО-ЦЕЛЕВОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ПРЕДПОЛАГАЕТ
А) повышение уровня медицинских знаний
Б) оказание самостоятельно медицинской помощи
В) получение среднего медицинского образования
Г) получение высшего медицинского образования
ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПРОБЛЕМНО-ЦЕЛЕВОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) организация специализированных медицинских школ по профилю заболеваний
Б) самостоятельное изучение литературы родителями пациентов
В) оказание самостоятельно медицинской помощи
Г) получение среднего медицинского образования родителями детей
ОБЩИМ ПРИНЦИПОМ ШКОЛ ПРОБЛЕМНО-ЦЕЛЕВОГО ОБУЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) создание партнерства «врач–пациент–родители»
Б) самостоятельное изучение литературы родителями пациентов
В) оказание самостоятельно медицинской помощи
Г) получение среднего медицинского образования родителями детей
К МЕТОДАМ РАБОТЫ ШКОЛ ПРОБЛЕМНО-ЦЕЛЕВОГО ОБУЧЕНИЯ ОТНОСЯТ
А) мониторинг в амбулаторных условиях
Б) самостоятельное изучение литературы родителями пациентами
В) обучение родителей в общеобразовательных школах
Г) получение среднего медицинского образования родителями детей
ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ВНЕДРЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХ ПРОГРАММ СОСТОИТ В
А) снижении числа обострений, осложнений и уменьшении степени тяжести заболевания
Б) получении среднего медицинского образования родителями детей; формировании мотивации здорового образа жизни; развитии личности, способной к самореализации
В) усиленном занятии спортом; формировании мотивации здорового образа жизни; развитии личности, способной к самореализации
Г) расширении диеты; формировании мотивации здорового образа жизни, развитии личности, способной к самореализации
НЕОБХОДИМЫЕ ДАННЫЕ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА МСЭ РЕБЕНКА С АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ ИСКЛЮЧАЮТ

А) данные биопсии печени
Б) неонатальный скрининг дефицита 21-гидроксилазы (уровень 17-гидроксипрогестерона)
В) рентгенограмму кисти (определение “костного возраста”)
Г) суточное мониторирование ритма и артериального давления
В СТРУКТУРЕ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЕЙ ОТ 0 ДО 17 ЛЕТ 11 МЕСЯЦЕВ 29 ДНЕЙ ПО НОЗОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ ВЕДУЩИЕ РАНГОВЫЕ МЕСТА ЗАНИМАЮТ
А) болезни нервной системы, психические расстройства и врожденные аномалии развития
Б) инфекционные и соматические болезни
В) заболевания мочевыделительной системы
Г) заболевания эндокринной системы
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТА И ПРИЧИН ИНВАЛИДНОСТИ РЕБЁНКА ПЕРЕДАНО В КОМПЕТЕНЦИЮ
А) медико-социальной экспертизы
Б) общеобразовательных учреждений
В) комиссии по делам несовершеннолетних
Г) центров социального обслуживания населения
К КАТЕГОРИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ОТНОСЯТСЯ
А) дети и подростки до 18 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации
Б) дети, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации
В) дети и подростки до 14 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации
Г) дети и подростки до 11 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации
К ОСНОВНЫМ КАТЕГОРИЯМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТ СПОСОБНОСТЬ
А) самостоятельной ориентации, общения, самообслуживания и передвижения
Б) самостоятельного занятия профессиональным спортом и образованием
В) самостоятельного занятия профессиональными спортивными танцами и подводным плаваньем
Г) самостоятельного освоения иностранных языков
К ОСНОВНЫМ КАТЕГОРИЯМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТ СПОСОБНОСТЬ
А) самостоятельной трудовой деятельности и обучению
Б) самостоятельного занятия профессиональным спортом и образованием
В) самостоятельного занятия профессиональными спортивными танцами и подводным плаваньем
Г) самостоятельного освоения иностранных языков

ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ СТАТУСА ИНВАЛИДА РЕБЁНОК НАПРАВЛЯЕТСЯ В СЛУЖБУ МСЭ ИЗ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ С ДОКУМЕНТАМИ
А) ф. № 112/у «История развития ребёнка»
Б) данными страхового полиса
В) рекомендациями социального работника
Г) рекомендациями школьного врача
СЛУЖБА МСЭ ВЫДАЁТ РЕБЁНКУ-ИНВАЛИДУ
А) акт освидетельствования
Б) выписной эпикриз
В) направление на госпитализацию
Г) рекомендации школьному врачу
КАТЕГОРИЯ "РЕБЕНОК-ИНВАЛИД" УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА ПЕРИОД
А) от 1 года до 5 лет
Б) от 10 лет до 18 лет
В) от 10 лет до 16 лет
Г) от 1 месяца до 6 месяцев
РЕБЕНОК-ИНВАЛИД С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЁТА
А) не снимается
Б) снимается педиатром
В) снимается на время
Г) снимается по желанию родителей
ИНДИВИДУАЛЬНАЯ РЕАБИАЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА МОЖЕТ БЫТЬ РАЗРАБОТАНА НА ПЕРИОД
А) 1–2 года
Б) от 6 мес. до 5 лет
В) 3–4 года
Г) 20 лет и более
ГРАЖДАНИН НАПРАВЛЯЕТСЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ
А) медицинской организацией
Б) правоохранительными органами
В) образовательным учреждением
Г) благотворительными организациями
МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ НАПРАВЛЯЕТ ГРАЖДАНИНА НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ
А) после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий
Б) без проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий
В) при частичном проведении необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий
Г) при проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий на усмотрение участкового врача

В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ, ОРГАН, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИЙ ПЕНСИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, ЛИБО ОРГАН СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ОТКАЗАЛИ ГРАЖДАНИНУ В НАПРАВЛЕНИИ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ, ЕМУ ВЫДАЕТСЯ СПРАВКА, НА ОСНОВАНИИ КОТОРОЙ ГРАЖДАНИН (ЕГО ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ)
А) имеет право обратиться в бюро самостоятельно
Б) не имеет право обратиться в бюро самостоятельно
В) имеет право обратиться в бюро по направлению участкового врача
Г) имеет право обратиться в бюро по направлению главного врача
ФОРМА НАПРАВЛЕНИЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ УТВЕРЖДАЕТСЯ
А) Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации
Б) Министерством здравоохранения Российской Федерации
В) Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерством здравоохранения Российской Федерации
Г) Министерством РФ по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий
ПРИЗНАНИЕ ЛИЦА ИНВАЛИДОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
А) федеральным бюро медико-социальной экспертизы
Б) лечебными учреждениями
В) учреждениями социальной защиты населения
Г) благотворительными организациями
К ГОСУДАРСТВЕННЫМ ПРОГРАММАМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОБЕСПЕЧИТЬ ПОЛНОЦЕННЫЙ ДОСТУП ИНВАЛИДА К ТРАНСПОРТУ, ИНФОРМАЦИИ, СВЯЗИ, ОБЪЕКТАМ, УСЛУГАМ, ОТНОСЯТ ПРОЕКТ
А) «Доступная среда»
Б) «Комплексные услуги»
В) благотворительных фондов
Г) центров социального обслуживания населения
ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПРЕДОСТАВЛЯЮТСЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА И ПЕРЕДАЮТСЯ ИНВАЛИДАМ В
А) безвозмездное пользование
Б) возмездное пользование
В) возмездное пользование на усмотрение гражданина
Г) безвозмездное пользование на усмотрение законного представителя ребёнка-инвалида
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СТОЙКОЕ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА III СТЕПЕНИ, ПРЕДУСМАТРИВАЕТ СТОЙКИЕ
А) выраженные нарушения функций организма в диапазоне от 70 до 80 процентов
Б) незначительные нарушения функций организма в диапазоне от 10 до 30 процентов

В) умеренные нарушения функций организма в диапазоне от 40 до 60 процентов
Г) значительно выраженные нарушения функций организма в диапазоне от 90 до 100 процентов
] К ОСНОВНЫМ ВИДАМ СТОЙКИХ РАССТРОЙСТВ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА – НАРУШЕНИЯМ СЕНСОРНЫХ ФУНКЦИЙ - ОТНОСЯТ
А) нарушение зрения, слуха
Б) деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству
В) аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов
Г) существенные нарушение размеров тела
К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА «СПОСОБНОСТЬ К САМООБСЛУЖИВАНИЮ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ
А) самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности
Б) осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы
В) к целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности
Г) к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и моральноэтических норм
К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА «СПОСОБНОСТЬ К ОРИЕНТАЦИИ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ
А) к определению времени и места нахождения
Б) осуществлять основные физиологические потребности
В) к целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности
Г) к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и моральноэтических норм
К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА «СПОСОБНОСТЬ КОНТРОЛИРОВАТЬ СВОЁ ПОВЕДЕНИЕ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ
А) к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и моральноэтических норм
Б) осуществлять основные физиологические потребности
В) к целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности
Г) к выполнению повседневной бытовой деятельности
СОДЕРЖАНИЕ ПОНЯТИЯ «АБИЛИТАЦИЯ» ВКЛЮЧАЕТ
А) формирование отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности

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

ЭТАП СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ИЛИ РЕИНТЕГРАЦИИ РЕБЁНКА-ИНВАЛИДА ВКЛЮЧАЕТ
А) общенациональные и индивидуальные меры социальной интеграции
Б) педагогические, психологические, социальные мероприятия
В) медицинскую реабилитацию
Г) технические, профессиональные мероприятия

ЭТАП ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЁНКА-ИНВАЛИДА ВКЛЮЧАЕТ
А) медицинскую реабилитацию
Б) педагогические, психологические мероприятия
В) общенациональные и индивидуальные меры социальной интеграции
Г) технические, профессиональные социальные мероприятия

К ПЕРЕЧНЮ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ (НА ПРИМЕРЕ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ), ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ МЕДИКОСОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ, ОТНОСИТСЯ
А) разработка индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида
Б) организация обеспечения и финансирование за счет средств федерального бюджета
В) консультирование по подбору технических средств реабилитации для самостоятельного передвижения
Г) предоставление технических средств реабилитации для самостоятельного передвижения

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ИСКЛЮЧАЕТ
А) показатель заболеваемости
Б) достигнутые результаты выполнения программ медицинской психолого-педагогической и социальной реабилитации
В) динамику степени нарушения функций и структур организма
Г) динамику степени ограничений способности в различных категориях жизнедеятельности

СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА В ПРОЦЕНТАХ ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ЛЁГКОЙ ФОРМЕ С РЕДКИМИ ОБОСТРЕНИЯМИ 2–3 РАЗА В ГОД, С БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ В ПЕРИОДЫ ОБОСТРЕНИЯ БЕЗ ХРОНИЧЕСКОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СОСТАВЛЯЕТ
А) 10
Б) 30

В) 50
Г) 100
СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА В ПРОЦЕНТАХ ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ СРЕДНЕТЯЖЁЛОЙ ФОРМЕ С ПЕРИОДИЧЕСКИМИ НЕПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫМИ ОБОСТРЕНИЯМИ 4-6 РАЗ В ГОД, С БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ В ПЕРИОДЫ ОБОСТРЕНИЯ С ХРОНИЧЕСКОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ
А) 30
Б) 10
В) 50
Г) 100
СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА В ПРОЦЕНТАХ ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ СРЕДНЕТЯЖЁЛОЙ ФОРМЕ С ПЕРИОДИЧЕСКИМИ ОБОСТРЕНИЯМИ 4-6 РАЗА В ГОД С УСИЛЕНИЕМ СИМТОМОВ ОДЫШКИ, ОФВ1 БОЛЕЕ 50% И МЕНЕЕ 80%, ОТНОШЕНИЕМ ОФВ1 К ФОРСИРОВАННОЙ ЖИЗНЕННОЙ ЕМКОСТИ ЛЕГКИХ МЕНЕЕ 70%, ХРОНИЧЕСКОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ II СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ
А) 50
Б) 10
В) 30
Г) 100
СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА В ПРОЦЕНТАХ ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ТЯЖЁЛОЙ ФОРМЕ С ЧАСТЫМИ ОБОСТРЕНИЯМИ , ОФВ1 БОЛЕЕ 30% И МЕНЕЕ 50%, ОТНОШЕНИЕМ ОФВ1 К ФОРСИРОВАННОЙ ЖИЗНЕННОЙ ЕМКОСТИ ЛЕГКИХ МЕНЕЕ 70%, ХРОНИЧЕСКОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ II, III СТЕПЕНИ, ХРОНИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНО-СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ II, III СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ
А) 70-80
Б) 5-10
В) 40-60
Г) 90-100
К НЕОБХОДИМЫМ ДАННЫМ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА МСЭ РЕБЁНКА С ДИАГНОЗОМ «АПЛАЗИЯ (АГЕНЕЗИЯ) ПОЧКИ ВРОЖДЕННАЯ» ОТНОСЯТ УЗИ
А) почек
Б) печени
В) поджелудочной железы
Г) щитовидной железы

ГРАЖДАНИН НАПРАВЛЯЕТСЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ
А) органом социальной защиты
Б) правоохранительными органами
В) образовательным учреждением
Г) благотворительным фондом
НЕОБХОДИМЫМИ ДАННЫМИ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА МСЭ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) пикфлоуметрия
Б) бактериологический посев кала
В) рентгенограмма кисти
Г) ультразвуковое исследование почек
К ЛЬГОТНОЙ ГРУППЕ НАСЕЛЕНИЯ, ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ КОТОРОЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ОТПУСКАЮТСЯ БЕСПЛАТНО, ОТНОСИТСЯ
А) ребёнок-инвалид в возрасте до 18 лет
Б) ребёнок-инвалид в возрасте лишь до 14 лет
В) ребёнок до 5 лет
Г) ребёнок до 7 лет
ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О ВЫДАЧЕ МЕДИЦИНСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ НА РЕБЁНКА-ИНВАЛИДА В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ
А) нарушение здоровья со II и более степенью выраженности стойких нарушений функций организма
Б) хронические заболевания
В) врожденные пороки
Г) оперативные вмешательства (например, на сердце)
КАТЕГОРИЯ «РЕБЁНОК-ИНВАЛИД» МОЖЕТ УСТАНАВЛИВАТЬСЯ
А) на 1 год, 2 года, 5 лет, либо до достижения гражданином возраста 18 лет
Б) лишь на 2 года, 5 лет, либо до достижения гражданином возраста 18 лет
В) лишь на 5 лет, либо до достижения гражданином возраста 18 лет
Г) только до достижения гражданином возраста 18 лет
ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ КАТЕГОРИИ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЯМ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАН ТЕРМИН
А) ребёнок-инвалид
Б) лицо с ограниченными возможностями
В) лицо со специальными потребностями в медицинском обслуживании
Г) иммобильный ребёнок
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ГРАЖДАН К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА НЕ ОТНОСЯТ
А) нарушение сенсорных функций
Б) способность к самообслуживанию
В) нарушение самостоятельного передвижения
Г) способность к ориентации

ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ИНВАЛИДНОСТИ, ВОЗНИКШЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМ ИЛИ ДЕФЕКТОВ, РЕБЕНКУ ДО 18 ЛЕТ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ
А) категория «ребенок-инвалид»
Б) I группа инвалидности
В) II группа инвалидности
Г) III группа инвалидности
ПРИЗНАНИЕ РЕБЕНКА ИНВАЛИДОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
А) федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы
Б) детской поликлиникой
В) детским стационаром
Г) республиканским (областным) учреждением медико-социальной экспертизы
КАТЕГОРИЯ «РЕБЕНОК-ИНВАЛИД» УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ У РЕБЁНКА СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА В ДИАПАЗОНЕ _____ %
А) 40–100
Б) 10–20
В) 21–30
Г) 31–39
ВОПРОС ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ НА ДОМУ ОСТРО ЗАБОЛЕВШЕГО РЕБЁНКА РЕШАЕТСЯ УЧАСТКОВЫМ ВРАЧОМ НЕЗАВИСИМО ОТ
А) прописки больного
Б) тяжести состояния ребёнка
В) характера и течения заболевания
Г) возраста ребёнка
ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЁНКОМ В ВОЗРАСТЕ ДО 7 ЛЕТ ВЫДАЕТСЯ
А) на весь период острого заболевания
Б) до 10 дней
В) на две недели
Г) до 7 дней
ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЁНКОМ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 15 ЛЕТ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЫДАЕТСЯ ДО ___ ДНЕЙ
А) 3
Б) 7
В) 15
Г) 10
ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА РЕБЁНКОМ В ВОЗРАСТЕ ДО 7 ЛЕТ ПРИ КАРАНТИНЕ ВЫДАЕТСЯ
А) на весь период карантина
Б) до 15 дней
В) до 10 дней

Г) на неделю
ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ ИСКЛЮЧАЕТ
А) круглосуточное оказание медицинской помощи
Б) медицинскую профилактику важнейших заболеваний
В) санитарно–гигиеническое образование населения
Г) оказание медицинской помощи в дневном стационаре
В ОБЯЗАННОСТИ ЗАВЕДУЮЩЕГО ПЕДИАТРИЧЕСКИМ ОТДЕЛЕНИЕМ НЕ ВХОДИТ
А) руководство финансовой деятельностью поликлиники
Б) контроль обоснованности выдачи листков нетрудоспособности
В) контроль лечения детей
Г) консультации больных в поликлинике и на дому
ЧИСЛО ДЕТЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ ОТ 16.04.2012 Г. № 366Н СОСТАВЛЯЕТ
А) 800
Б) 700
В) 1000
Г) 900
ИЗ ОБЯЗАННОСТЕЙ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ИСКЛЮЧЕНА РАБОТА
А) по отбору детей на санаторно-курортное лечение
Б) санитарно-просветительная с населением
В) по оказанию медицинской помощи по назначению врача
Г) профилактическая по воспитанию здорового ребенка
ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ РЕБЁНКА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ, КОТОРЫЙ СОДЕРЖИТ ИСТОРИЮ ЕГО РАЗВИТИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ УЧЕТНАЯ ФОРМА
А) №112
Б) №039
В) №036
Г) №030
ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧИТЫВАЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ ПОЛНОТЫ ОХВАТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ОСМОТРАМИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, КОТОРЫЙ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ ___ %
А) 95
Б) 100
В) 90
Г) 80
ИНВАЛИДНОСТЬ ДЕТЯМ УСТАНАВЛИВАЕТ И УТВЕРЖДАЕТ
А) медико-социальная экспертная комиссия
Б) клинико- экспертная комиссия
В) военно-медицинская комиссия
Г) главный врач поликлиники

ДОКУМЕНТ, ПРЕДУСМАТРИВАЮЩИЙ ОПЛАТУ УСЛУГ ГОСУДАРСТВЕННЫМ И МУНИЦИПАЛЬНЫМ УЧРЕЖДЕНИЯМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЖЕНЩИНАМ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ
А) родовой сертификат
Б) единовременное пособие по рождению ребенка
В) свидетельство о рождении ребёнка
Г) страховой полис
ПРИ ОКАЗАНИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ПРИЕМЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ НОРМА ПРИЕМА ПЕДИАТРА СОСТАВЛЯЕТ _____ В ЧАС
А) 4 человека
Б) 2 человека
В) 5 человек
Г) 6 человек
ПРИ ОКАЗАНИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ НОРМАТИВ ВРАЧА-ПЕДИАТРА СОСТАВЛЯЕТ_____ В ЧАС
А) 2 человека
Б) 1 человек
В) 3 человека
Г) 4 человека
НОРМАТИВ ПРИЕМА ВРАЧА-ПЕДИАТРА НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ СОСТАВЛЯЕТ _____ В ЧАС
А) 7 человек
Б) 5 человек
В) не более 12 человек
Г) 10 человек
РАСЧЕТ ШТАТА ПЕДИАТРОВ ДЛЯ РАБОТЫ В ШКОЛЕ СОСТАВЛЯЕТ: 1 ВРАЧ НА _____ УЧАЩИХСЯ
А) 1000
Б) 500
В) 8000
Г) 2000
ОДНИМ ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) проведение лечебно-профилактической работы в ДДУ и школах
Б) проведение санитарно-эпидемического надзора
В) оформление инвалидности детям
Г) оказание неотложной психиатрической помощи
ИЗ НАПРАВЛЕНИЯ РЕБЕНКА НА СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИСКЛЮЧАЮТ
А) данные плановой диспансеризации
Б) сведения о перенесенных заболеваниях
В) сведения о прививках

Г) возраст ребенка
ОБЯЗАННОСТЬЮ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ЯВЛЯЕТСЯ
А) осмотр детей перед вакцинацией
Б) контроль за работой молочной кухни
В) контроль за питанием детей в школе
Г) лечение детей в дневном стационаре
В ОБЯЗАННОСТИ ЗАВЕДУЮЩЕГО ЛЕЧЕБНОДИАГНОСТИЧЕСКИМ ОТДЕЛЕНИЕМ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ВХОДИТ
А) контроль обоснованности выдачи больничных листов нетрудоспособности
Б) диспансеризация детей с хроническими заболеваниями
В) осмотр детей перед вакцинацией
Г) профилактический осмотр школьников
ФОРМА №058/У - ЭТО
А) экстренное извещение об инфекционном заболевании
Б) история развития ребёнка
В) медицинская карта ребёнка
Г) журнал учёта профилактических прививок
ПОСЛЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИИ НЕОБХОДИМО ПОСЛАТЬ ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ
А) 12 часов
Б) 3 часов
В) 6 часов
Г) 1 часа
К ДОКУМЕНТАЦИИ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ОТНОСИТСЯ
А) журнал учета приёма больных и отказов в госпитализации (ф. № 001/у)
Б) журнал учёта инфекционных заболеваний (ф. № 060/у)
В) медицинское заключение на ребёнка (подростка) - инвалида с детства (ф. № 080/у)
Г) история развития ребёнка (ф. № 112/у)
ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ЯВЛЯЕТСЯ
А) неспособность к обучению
Б) частые простудные заболевания
В) синдром дефицита внимания с гиперактивностью
Г) дефицит массы тела
К ДОКУМЕНТАЦИИ ПРИВИВОЧНОГО КАБИНЕТА ОТНОСЯТ
А) месячный план профилактических прививок (каждого участка)
Б) сертификат профилактических прививок
В) контрольную карту диспансерного наблюдения
Г) паспорт здоровья школьника
В ЭКСТРЕННОМ ИЗВЕЩЕНИИ СОДЕРЖИТСЯ ДАТА
А) заболевания
Б) постановки на «Д» учёт
В) выписки из стационара

Г) последнего профилактического осмотра
КРИТЕРИЯМИ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ
А) стойкие умеренные и выраженные нарушения функции дыхательной, иммунной, пищеварительной, эндокринной системы и метаболизма, определяющие необходимость социальной защиты ребёнка
Б) нарушения функции дыхательной, иммунной, пищеварительной, эндокринной системы и метаболизма, не определяющие необходимость социальной защиты ребёнка
В) стойкие умеренные и выраженные нарушения функции дыхательной системы, определяющие необходимость социальной защиты ребёнка
Г) стойкие умеренные и выраженные нарушения функции дыхательной, иммунной, определяющие необходимость социальной защиты ребёнка
КРИТЕРИИ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ПРЕДПОЛАГАЮТ, ЧТО НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА РАСЦЕНИВАЮТСЯ КАК СТОЙКИЕ УМЕРЕННЫЕ, ЕСЛИ СУММА ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ В ПРОЦЕНТАХ СОСТАВЛЯЕТ
А) 40-60
Б) 40-50
В) 70-80
Г) 50-90
КРИТЕРИИ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ПРЕДПОЛАГАЮТ, ЧТО НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА РАСЦЕНИВАЮТСЯ КАК СТОЙКИЕ ВЫРАЖЕННЫЕ, ЕСЛИ СУММА ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ В ПРОЦЕНТАХ СОСТАВЛЯЕТ
А) 70-80
Б) 40-60
В) 30-70
Г) 80-90
К КРИТЕРИЯМ ИНВАЛИДНОСТИ РЕБЕНКА С ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ
А) значительно выраженные нарушения мочевыделительной функции, определяющие необходимость социальной защиты ребёнка
Б) нестойкие, периодически выраженные нарушения мочевыделительной функции, не определяющие необходимость социальной защиты ребёнка
В) нестойкие, легко выраженные нарушения мочевыделительной функции, не определяющие необходимость социальной защиты ребёнка
Г) нестойкие, слабо выраженные нарушения мочевыделительной функции, не определяющие необходимость социальной защиты ребёнка
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ
А) реабилитационного потенциала
Б) причин ограничения жизнедеятельности гражданина
В) длительности ограничения жизнедеятельности гражданина
Г) установления клинико-функциональных, социально-бытовых сведений

КАТЕГОРИЯ «РЕБЕНОК-ИНВАЛИД» УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА ПЕРИОД ДО
А) 18 лет
Б) 10 лет
В) 16 лет
Г) 15 лет
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ НА ДОМУ, ЕСЛИ
А) гражданин не может явиться в бюро по состоянию здоровья, что подтверждается заключением медицинской организации
Б) отсутствуют транспортные средства у родителей ребёнка-инвалида
В) желают родители несовершеннолетнего ребенка
Г) желает представитель несовершеннолетнего ребенка
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРОВОДИТСЯ ПО ЗАЯВЛЕНИЮ
А) гражданина или его законного представителя
Б) представителей медицинских учреждений
В) специалиста страховой компании
Г) сотрудников центра социального обслуживания населения
ФИНАНСИРОВАНИЕ РАСХОДНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ИНВАЛИДОВ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ
А) федерального бюджета
Б) внебюджетных источников
В) добровольных пожертвований граждан
Г) благотворительных фондов
РАТИФИКАЦИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИЕЙ КОНВЕНЦИИ О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ ОТ 13 ДЕКАБРЯ 2006 Г. ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЕМ ГОТОВНОСТИ СТРАНЫ К ФОРМИРОВАНИЮ УСЛОВИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА
А) соблюдение международных стандартов прав инвалидов
Б) формирование общественного мнения по соблюдению прав инвалидов
В) пропаганду международных стандартов прав инвалидов
Г) пропаганду здорового образа жизни населения
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СТОЙКОЕ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА I СТЕПЕНИ, ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА В ДИАПАЗОНЕ ОТ_____ ДО_____ ПРОЦЕНТОВ
А) от 10 до 30
Б) от 40 до 60
В) от 30 до 60
Г) от 20 до 50
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СТОЙКОЕ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА II СТЕПЕНИ,

ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА В ДИАПАЗОНЕ ОТ_____ ДО_____ ПРОЦЕНТОВ
А) от 40 до 60
Б) от 10 до 30
В) от 40 до 80
Г) от 50 до 70
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СТОЙКОЕ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА IV СТЕПЕНИ, ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА В ДИАПАЗОНЕ ОТ_____ ДО_____ ПРОЦЕНТОВ
А) от 90 до 100
Б) от 70 до 80
В) от 40 до 60
Г) от 50 до 90
ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ РЕЧЕВЫХ СИНДРОМОВ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ РЕБЁНКА НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ИСКЛЮЧАЕТ
А) амнезию
Б) заикание
В) афазию
Г) дислалию
К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА «СПОСОБНОСТЬ К ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ
А) осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями
Б) реализовывать собственное самообслуживание
В) осознавать себя и адекватно вести с учетом норм
Г) организовывать деятельность по овладению знаниями, умениями, навыками
К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА «СПОСОБНОСТЬ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ
А) самостоятельно перемещаться в пространстве
Б) реализовывать собственное самообслуживание
В) осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями
Г) организовывать деятельность по овладению знаниями, умениями, навыками
К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА «СПОСОБНОСТЬ К ОБЩЕНИЮ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ
А) устанавливать контакты между людьми
Б) реализовывать собственное самообслуживание
В) осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями
Г) осознавать себя и адекватно вести с учетом норм
К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА «СПОСОБНОСТЬ К ОБУЧЕНИЮ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ
А) организовывать деятельность по овладению знаниями
Б) устанавливать контакты между людьми

В) осознавать себя и адекватно вести с учетом норм
Г) осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями
ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ БЛАНКА ЛЬГОТНОГО РЕЦЕПТА ВРАЧ ПЕДИАТР ОТМЕЧАЕТ ФАМИЛИЮ, ИМЯ, ВОЗРАСТ БОЛЬНОГО И
А) код льготной категории гражданина, его адрес, шифр диагноза по МКБ Х
Б) код льготной категории гражданина, стоимость лекарственного препарата
В) его адрес, код льготной категории гражданина, стоимость лекарственного препарата
Г) шифр диагноза по МКБ Х, стоимость лекарственного препарата
ПРАВА НА БЕСПЛАТНОЕ ПОЛУЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЛИШЕНЫ ДЕТИ
А) из социально неблагополучных семей
Б) инвалиды
В) до 3-х лет
Г) до 6 лет из многодетных семей
ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ПРИЗНАНИЯ РЕБЕНКА ИНВАЛИДОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленных заболеванием, последствиями травм или дефектами; ограничение жизнедеятельности, необходимость осуществления мер социальной защиты
Б) ограничение жизнедеятельности, необходимость осуществления мер социальной защиты
В) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленных заболеванием, последствиями травм или дефектами, необходимость осуществления мер социальной защиты
Г) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленных заболеванием, последствиями травм или дефектами, ограничение жизнедеятельности
ПРОФЕССИОНАЛЬНО ПРИГОДНЫМ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ПОДРОСТКА, СПОСОБНОГО
А) успешно освоить профессию и работать в ней без ущерба для здоровья
Б) успешно освоить профессию и работать в ней
В) частично освоить профессию и работать в ней без ущерба для здоровья
Г) частично освоить профессию и работать в ней без существенного ущерба для здоровья
ПРИ НАПРАВЛЕНИИ РЕБЕНКА НА МСЭ КЛИНИКО–ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ВКЛЮЧАЕТ КЛИНИЧЕСКУЮ ФОРМУ ОСНОВНОГО И СОПУТСТВУЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И
А) стадию патологического процесса, течение заболевания, характер и степень нарушений функций организма, клинический прогноз
Б) течение заболевания, характер и степень нарушений функций организма, клинический прогноз
В) стадию патологического процесса, течение заболевания, характер и степень нарушений функций организма

Г) стадию патологического процесса, характер и степень нарушений функций организма, клинический прогноз

ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ УТВЕРЖДЕНА ФОРМА

А) 088/у-06

Б) 030/у

В) 063/у

Г) 058/у

РЕБЕНКУ-ИНВАЛИДУ, СТРАДАЮЩЕМУ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ЭПИЛЕПСИИ, ДЕПАКИН ХРОНО ВЫПИСЫВАЕТСЯ НА РЕЦЕПТУРНОМ БЛАНКЕ ФОРМЫ

А) 148-1/у-06(л)

Б) 148-1/у-04(л)

В) 107 -1/у

Г) 148-1/у-88

ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОВИ, ПРИ КОТОРЫХ ДЕТИ МОГУТ БЫТЬ ОТНЕСЕНЫ К ГРУППЕ ИНВАЛИДОВ ДЕТСТВА, ЯВЛЯЮТСЯ

А) гемофилия, лейкоз

Б) иммунная нейтропения, гемофилия

В) гетероиммунная гемолитическая анемия, лейкоз

Г) аутоиммунная тромоцитопеническая пурпура, иммунная нейтропения

В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МТ И СЗ РФ № 664Н ОТ 29.09.2014 К ОСНОВНЫМ КАТЕГОРИЯМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА ОТНОСЯТСЯ СПОСОБНОСТИ К

А) ориентации, общению, обучению

Б) ориентации, самореализации, общению

В) самореализации, общению, обучению

Г) самореализации, обучению, ориентации

КАТЕГОРИЯ «РЕБЕНОК-ИНВАЛИД» МОЖЕТ УСТАНАВЛИВАТЬСЯ СРОКОМ НА

А) 1 год, 2 года и до достижения им 18-летнего возраста

Б) 6 месяцев,1 год и до достижения им 18-летнего возраста

В) 3 года, 5 лет и до достижения им 18-летнего возраста

Г) 1 год, 2 года и до достижения им 16-летнего возраста

ПОНЯТИЕ «ОГРАНИЧЕНИЕ СПОСОБНОСТИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ I СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ» ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СПОСОБНОСТЬЮ К

А) передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращении расстояния

Б) обучению в учебных заведениях общего типа при соблюдении специального режима учебного процесса и (или) с использованием вспомогательных средств

В) выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или снижения объема производственной деятельности

Г) самообслуживанию, требующему помощи других лиц

НАГРУЗКА УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ ДЕТЕЙ В ЧАС
А) 4
Б) 3
В) 5
Г) 6
СРЕДНИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ АКТИВНОСТИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ _____ %
А) 30 - 40
Б) 50 - 60
В) 70 - 80
Г) 90 - 100
УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ИМЕЕТ ПРАВО ЕДИНОЛИЧНОЙ ВЫДАЧИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЁНКОМ 3 ЛЕТ МАКСИМАЛЬНО НА СРОК _____ ДНЕЙ
А) 14
Б) 7
В) 10
Г) 30
УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ПРИ ОФОРМЛЕНИИ СПРАВКИ, ВЫДАВАЕМОЙ РЕБЁНКУ В ДЕТСКИЙ КОЛЛЕКТИВ, ОТМЕЧАЕТ
А) фамилию, имя, год рождения; сроки и причину отсутствия в детском коллективе; отсутствие педикулёза и чесотки; отсутствие контактов с инфекционными больными за последние 21 день
Б) сроки и причину отсутствия в детском коллективе; номер педиатрического участка; фамилию, имя, год рождения; отсутствие контактов с инфекционными больными за последние 21 день
В) номер педиатрического участка; отсутствие педикулёза и чесотки; фамилию, имя, год рождения; отсутствие контактов с инфекционными больными за последние 21 день
Г) сроки и причину отсутствия в детском коллективе; отсутствие педикулёза и чесотки; фамилию, имя, год рождения
ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЁНКОМ ВЫДАЕТСЯ МАМЕ, ЕСЛИ
А) у ребёнка диагностирована острая кишечная инфекция
Б) у ребенка хронический пиелонефрит в стадии ремиссии
В) мама находится в декретном отпуске
Г) мама находится в очередном отпуске
КОЛИЧЕСТВО ДЕТЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ПО НОРМАТИВАМ СОСТАВЛЯЕТ
А) 800
Б) 400
В) 500
Г) 600

УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР В Ф. №112/У ПРИ ВЫДАЧЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ ОТМЕЧАЕТ

А) фамилию, имя, отчество мамы; число, месяц, год рождения мамы; место работы, должность; срок выдачи листка нетрудоспособности; СНИЛС; номер медицинского полиса

Б) фамилию, имя, отчество мамы; место работы, должность; число, месяц, год рождения мамы; СНИЛС; номер медицинского полиса; номер листка нетрудоспособности

В) фамилию, имя, отчество мамы; число, месяц, год рождения мамы; СНИЛС; номер медицинского полиса; номер листка нетрудоспособности

Г) фамилию, имя, отчество мамы; место работы, должность; число, месяц, год рождения мамы; срок выдачи листка нетрудоспособности

ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ МАМА ДОЛЖНА ПРЕДЪЯВИТЬ

А) паспорт

Б) СНИЛС

В) медицинский полис

Г) свидетельство о рождении ребенка

ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ДВУХ И БОЛЕЕ ДЕТЕЙ МАМЕ, РАБОТАЮЩЕЙ ПО ТРУДОВОМУ ДОГОВОРУ, ВЫДАЕТСЯ

А) один листок нетрудоспособности

Б) два листка нетрудоспособности

В) два листка нетрудоспособности с интервалом в один день

Г) справка по уходу за больным ребенком

ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ НА СРОК СВЫШЕ 15 КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

А) врачебная комиссия

Б) заместитель главного врача детской поликлиники по лечебной работе

В) заведующая педиатрическим отделением

Г) главный врач детской поликлиники

ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СРОКОВ ПРЕБЫВАНИЯ НА ЛИСТКЕ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР РУКОВОДСТВУЕТСЯ

А) состоянием ребенка

Б) самочувствием ребенка

В) ориентировочными сроками временной нетрудоспособности при различных заболеваниях

Г) сроками временной нетрудоспособности по просьбе мамы

В СЛУЧАЕ ОСТРОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ МАТЕРИ, НАХОДЯЩЕЙСЯ В ДЕКРЕТНОМ ОТПУСКЕ ПО УХОДУ ЗА ЗДОРОВЫМ РЕБЕНКОМ ДО 3-Х ЛЕТ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЛИЦУ, РАБОТАЮЩЕМУ ПО ТРУДОВОМУ ДОГОВОРУ И ФАКТИЧЕСКИ ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕМУ УХОД

А) не выдается
Б) выдается учреждением, в котором лечится мать
В) выдается детской поликлиникой
Г) выдается в индивидуальном порядке Фондом социального страхования
ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ ВЫДАЕТСЯ ГРАЖДАНИНУ
А) работающему на государственном предприятии, в организации, учреждении
Б) признанному безработным и состоящему на учете в территориальном органе труда и занятости населения
В) военнослужащему аттестованному
Г) учащемуся высшего учебного заведения
ОСНОВНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ДОКУМЕНТОМ РЕБЕНКА, ПОСЕЩАЮЩЕГО ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМА
А) 026/у-2000
Б) 112/у
В) 063/у
Г) 058/у
ОСНОВНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ДОКУМЕНТОМ ПРИ ОФОРМЛЕНИИ РЕБЕНКА НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМА
А) 076/у
Б) 070/у
В) 026/у-2000
Г) 063/у
НЕПОСРЕДСТВЕННУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬ ВЫДАЧИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ НЕСЕТ
А) участковый врач-педиатр
Б) заведующая педиатрическим отделением
В) заместитель главного врача по клинико-экспертной работе
Г) заместитель главного врача по лечебной работе
ПОКАЗАТЕЛЬ СВОЕВРЕМЕННОСТИ ОХВАТА НОВОРОЖДЕННЫХ ВРАЧЕБНЫМ ПАТРОНАЖЕМ РАССЧИТЫВАЕТСЯ КАК ОТНОШЕНИЕ
А) (числа детей, взятых под наблюдение в первый день после выписки из роддома, к общему числу новорожденных) × 100%
Б) (числа детей, взятых под наблюдение в первые 3 дня после выписки из роддома, к общему числу новорожденных) × 100%
В) (числа детей, взятых под наблюдение в первые 7 дней после выписки из роддома, к общему числу новорожденных) × 100%
Г) (числа детей, взятых под наблюдение в первые 10 дней после выписки из роддома, к общему числу новорожденных) × 100%
ПОКАЗАТЕЛЬ РЕГУЛЯРНОСТИ НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ОДНОГО ГОДА РАССЧИТЫВАЕТСЯ КАК ОТНОШЕНИЕ

А) (числа детей 1-го года жизни, регулярно наблюдавшихся врачом к числу детей, достигших одного года жизни в отчетном году) × 100%
Б) (числа детей, не болевших на первом году к числу детей, достигших одного года) × 100%
В) (числа активных посещений к общему числу посещений) × 100%
Г) (числа детей, взятых под наблюдение в первый день после выписки из роддома, к общему числу новорожденных) × 100%

К УЧЕТНО-ОТЧЕТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА ОТНОСЯТСЯ ФОРМЫ
А) 039/у; 112/у; 030/у; 063/у; 088/у-06
Б) 112/у; 030/у; 063/у; 088/у-06
В) 039/у; 112/у; 030/у; 063/у
Г) 039/у; 112/у; 030/у; 088/у-06

УЧЕТНЫМИ ФОРМАМИ ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЮТСЯ
А) 063/у и 112/у
Б) 026/у - 2000 и 112/у
В) 063/у и 058/у
Г) 063/у и 026/у – 2000

ВЕДУЩИМ НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПО УТВЕРЖДЕНИЮ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИКАЗ
А) МЗ СР РФ №366н
Б) МЗ СР РФ №624н
В) МЗ РФ №1175н
Г) МЗ РФ №1346н

ПОРЯДОК МЕДИЦИНСКОГО ОТБОРА И НАПРАВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИКАЗОМ
А) МЗ СР РФ №256
Б) МЗ СР РФ №624н
В) МЗ РФ №1175н
Г) МЗ РФ №1346н

ПРИ ВЫПИСКЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА РЕБЕНКУ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ИСПОЛЬЗУЕТ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК ФОРМЫ
А) 148-1/у-04(л)
Б) 148-1/у-06(л)
В) 107-1/у
Г) 148-1/у-88

ВЕДУЩИМ НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПО ЭКСПЕРТИЗЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИКАЗ
А) МЗ СР РФ №624н
Б) МЗ СР РФ №366н
В) МЗ РФ №1175н
Г) МЗ РФ №1346н

ВЕДУЩИМ НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПО ПРОХОЖДЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИКАЗ
А) МЗ РФ №1346н
Б) МЗ РФ №1175н
В) МЗ СР РФ №624н
Г) МЗ СР РФ №366н
ВЕДУЩИМ НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПО УТВЕРЖДЕНИЮ ПОРЯДКА НАЗНАЧЕНИЯ И ВЫПИСЫВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИКАЗ
А) МЗ РФ №1175н
Б) МЗ РФ №1346н
В) МЗ СР РФ №624н
Г) МЗ СР РФ №366н
ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМ МЕЖДУНАРОДНЫМ ДОКУМЕНТОМ В ЗАЩИТЕ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А) конвенция о правах ребенка
Б) семейный кодекс
В) закон об основных гарантиях прав ребенка
Г) закон об основах системы профилактики правонарушений несовершеннолетних
МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ В ДЕТСКИХ ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПРОВОДЯТСЯ
А) ежегодно
Б) ежеквартально
В) ежемесячно
Г) еженедельн
ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ НЕ УЧИТЫВАЮТ
А) возраст членов семьи
Б) медико-биологические характеристики семьи
В) бытовые условия семьи
Г) материальное состояние семьи
К НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ БИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ОТНОСИТСЯ
А) возраст матери до 18 лет
Б) наличие экстрагенитальных заболеваний у матери
В) признаки гипоксии плода
Г) отягощенный акушерский анамнез
СВОЕВРЕМЕННОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, НАХОДЯЩИХСЯ В СОЦИАЛЬНО ОПАСНОМ ПОЛОЖЕНИИ, ДОЛЖНЫ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ
А) органы опеки и попечительства
Б) участковые педиатры
В) патронажные медсестры
Г) сотрудники департамента здравоохранения

МЕДИЦИНСКАЯ СТАТИСТИКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
А) отрасль статистики, изучающая вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением
Б) совокупность статистических методов, необходимых для анализа деятельности ЛПУ
В) отрасль статистики, изучающая здоровье населения
Г) отрасль статистики, изучающая вопросы, связанные с медицинской и социальной гигиеной
НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ФОРМОЙ ЭКОНОМИЧЕСКОГО СТИМУЛИРОВАНИЯ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОПЛАТА ЗА
А) объем и качество выполненной работы
Б) расширение зоны обслуживания
В) сложность и напряженность
Г) работу сверх ставки
ЗА ВРЕД, ПРИЧИНЕННЫЙ ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НЕСЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ
А) медицинское учреждение
Б) медицинский работник
В) департамент здравоохранения
Г) начальник департамента здравоохранения
СТАТИСТИЧЕСКИМ ДОКУМЕНТОМ, СОДЕРЖАЩИМ ИНФОРМАЦИЮ О ПЕРЕНЕСЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И РЕЗУЛЬТАТАХ ПРОФОСМОТРОВ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) медицинская карта амбулаторного больного, ф. № 025/у
Б) лист уточненных диагнозов амбулаторного больного
В) карта подлежащего профилактическому осмотру, ф. № 046/у
Г) контрольная карта диспансерного наблюдения, ф. № 030/у
ПРОГРАММА СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
А) совокупность изучаемых признаков
Б) перечень вопросов
В) определение масштаба исследования
Г) определение времени исследования
ПОКАЗАТЕЛЬ ОХВАТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ПРИВИВКАМИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
А) (число детей 1-го года, охваченных профилактическими прививками : число детей, достигших 1-го года) × 100%
Б) (число детей 1-го года, регулярно наблюдавшихся в детской поликлинике : число детей, вакцинированных за отчетный период) × 100%
В) (число детей, охваченных профилактическими прививками : число детей 1-го года, регулярно наблюдавшихся в детской поликлинике) × 100%
Г) (число детей 1-го года, не охваченных профилактическими прививками : число детей, достигших 1-го года) × 100%

ПОД СТАТИСТИЧЕСКИМ ТЕРМИНОМ «ОБРАЩАЕМОСТЬ» ПОНИМАЕТСЯ
А) число больных, впервые обратившихся за медицинской помощью по поводу заболевания
Б) соотношение числа всех первичных посещений по поводу болезни к общему числу обслуживаемого населения
В) абсолютное число всех первичных и повторных посещений больными медицинского учреждения
Г) отношение числа всех посещений больными амбулаторно-поликлинического учреждения к общему числу обслуживаемого населения
КОЭФФИЦИЕНТ РОЖДАЕМОСТИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПУТЕМ
А) соотношения численности родившихся в данном году к среднегодовой численности населения
Б) соотношения численности умерших к численности родившихся
В) вычитания числа умерших из числа родившихся
Г) соотношения численности родившихся в данном году к среднегодовой численности детского населения
ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ СВЕДЕНИЙ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА ЯВЛЯЮТСЯ ДАННЫЕ
А) обязательных медицинских осмотров (диспансеризации)
Б) осмотра ребенка после перенесенного острого заболевания
В) об обращаемости за медицинской помощью
Г) осмотра ребенка при госпитализации
КОНТРОЛИРУЕТ ПРОХОЖДЕНИЕ МЕДОСМОТРА СОТРУДНИКАМИ ДОУ
А) врач
Б) заведующий
В) завхоз
Г) медсестра
ПО ИНДЕКСУ ЧАСТОТЫ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
А) степень резистентности
Б) степень реактивности
В) эффективность вакцинации
Г) иммунный статус
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ УЧЕТНУЮ ФОРМУ №
А) 112/у
Б) 026/у
В) 030/у
Г) 079/у
ОСНОВНЫМ УЧЕТНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМА №
А) 030/у
Б) 026/у

В) 112/у
Г) 079/у
ЦЕЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н СОСТОИТ В ВЫЯВЛЕНИИ
А) ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных факторов учебного процесса на состояние здоровья
Б) ранних стадий заболеваний, препятствующих занятиям физкультурой и спортом
В) ранних стадий заболеваний, препятствующих отдыху в оздоровительном лагере
Г) заболеваний, требующих психолого-педагогического сопровождения
ОДНИМ ИЗ ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ДЕЙСТВИЙ ВОЗ В УСЛОВИЯХ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ
А) матери и новорожденного
Б) новорожденного
В) детей и подростков,
Г) всей семьи в целом
ГЕНЕРАЛЬНАЯ АССАМБЛЕЯ ООН ПРИНЯЛА КОНВЕНЦИЮ О ПРАВАХ РЕБЕНКА 20 НОЯБРЯ _____ГОДА
А) 1989
Б) 1990
В) 1991
Г) 1999
РОССИЯ РАТИФИЦИРОВАЛА КОНВЕНЦИЮ О ПРАВАХ РЕБЕНКА В _____ГОДУ
А) 1990
Б) 1991
В) 1992
Г) 1993
ОСНОВНОЙ ЯЧЕЙКОЙ ОБЩЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
А) семья
Б) школа
В) дом
Г) дошкольное образовательное учреждение
РЕБЕНОК ОБЛАДАЕТ ПРАВАМИ
А) с момента рождения
Б) по достижению совершеннолетия
В) с 14 лет
Г) с 16 лет
ПОДРОСТОК ИМЕЕТ ПРАВО НА САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ТРУД
А) с 16 лет
Б) с 18 лет

В) после окончания учебного заведения, дающего профессиональную подготовку
Г) после окончания школы
УЧАЩИЕСЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧИЛИЩ, НЕ ДОСТИГШИЕ 18 ЛЕТ, МОГУТ ПРОХОДИТЬ ПРОИЗВОДСТВЕННУЮ И УЧЕБНУЮ ПРАКТИКУ В _____ОТДЕЛЕНИИ
А) терапевтическом
Б) химиотерапии
В) патологоанатомическом
Г) психиатрическом
ПРИКАЗ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н «О ПОРЯДКЕ ПРОХОЖДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ И В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ В НИХ», НАПРАВЛЕН НА ВЫЯВЛЕНИЕ
А) отклонений в состоянии здоровья детей и подростков на ранних этапах формирования патологий
Б) тубинфицированных детей и подростков
В) детей и подростков с нарушениями толерантности к глюкозе
Г) детей с педикулезом и чесоткой
МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ПРОВОДЯТСЯ НА ОСНОВЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ
А) 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»
Б) 21.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»
В) 24.07.1998 № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»
Г) 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»
ФИНАНСИРОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
А) в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
Б) за счет средств образовательной организации
В) за счет средств родителей (законных представителей) ребенка
Г) за счет средств спонсоров и благотворительных фондов
ОСНОВНЫМИ ЧАСТЯМИ ПРИКАЗА МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н «О ПОРЯДКЕ ПРОХОЖДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ И В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ В НИХ», ЯВЛЯЮТСЯ
А) порядок прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, перечень исследований при проведении медицинских осмотров
Б) схемы прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров

В) графики прохождения детьми медицинских осмотров в течение учебного года
Г) федеральные рекомендации по проведению профилактических осмотров
КАКОЙ ДОКУМЕНТ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ РЕГЛАМЕНТИРУЕТ ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ?
А) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 ноября 2013г. №822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».
Б) Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства образования РФ от 30.06.1992 г. №186/272 «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях»
В) Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29.07.2005 г. «Об утверждении Порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи»
Г) Методические рекомендации «Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников при использовании массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы»
ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ ПОЛИКЛИНИКИ, СОТРУДНИКИ КОТОРОГО ОСУЩЕСТВЛЯЮТ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ОБУЧАЮЩИМСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, НАЗЫВАЕТСЯ ОТДЕЛЕНИЕМ _____
А) организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях
Б) экстренной помощи детям в образовательных организациях
В) профилактической медицинской помощи обучающимся
Г) первичной медико-санитарной помощи детям в образовательных организациях
У ВРАЧА-ПЕДИАТРА, РАБОТАЮЩЕГО В ШКОЛАХ И УЧРЕЖДЕНИЯХ НАЧАЛЬНОГО И СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ, НА ОБСЛУЖИВАНИИ НАХОДИТСЯ _____ ОБУЧАЮЩИХСЯ
А) 1000
Б) 2000
В) 1500
Г) 500
У ВРАЧА-ПЕДИАТРА, РАБОТАЮЩЕГО В ДЕТСКИХ САДАХ, НА ОБСЛУЖИВАНИИ НАХОДИТСЯ ___ ДЕТЕЙ
А) 400
Б) 1000
В) 800
Г) 200

У МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ, РАБОТАЮЩЕЙ В ШКОЛАХ И УЧРЕЖДЕНИЯХ НАЧАЛЬНОГО И СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ, НА ОБСЛУЖИВАНИИ НАХОДИТСЯ _____ ОБУЧАЮЩИХСЯ
А) 500
Б) 1000
В) 100
Г) 200
У МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ, РАБОТАЮЩЕЙ В ДЕТСКИХ САДАХ, НА ОБСЛУЖИВАНИИ НАХОДИТСЯ _____ ДЕТЕЙ
А) 100
Б) 500
В) 400
Г) 300
ДОЛЖЕН ЛИ ВРАЧ-ПЕДИАТР В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОВОДИТЬ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ДЕЗИНФЕКЦИИ, ДЕЗИНСЕКЦИИ, ДЕРАТИЗАЦИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
А) нет
Б) да
В) в зависимости от ситуации
Г) по санитарно-эпидемиологическим условиям
МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ПРОВОДЯТСЯ НА ОСНОВЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА
А) «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ
Б) «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. №272-ФЗ
В) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения Российской Федерации» от 30 марта 1999 г. №52-ФЗ
Г) «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» от 4 декабря 2007 г. №329-ФЗ
751

ПОРЯДОК ПРОХОЖДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ И В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ В НИХ РЕГЛАМЕНТИРУЕТ
А) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 года N1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»
Б) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 марта 1995 N 60 «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов»

В) Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 декабря 2003 г. «О комплексной оценке состояния здоровья детей»
Г) Методические рекомендации «Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников при использовании массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы»
ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
А) раннее выявление отклонений в состоянии здоровья детей и подростков
Б) выявление инфекционных и паразитарных заболеваний и предотвращение эпидемий
В) оценка физического развития и физической подготовленности несовершеннолетних
Г) раннее выявление детей и подростков с артериальной гипертензией и гипергликемией
МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРОВОДЯТ В
А) медицинских организациях, имеющих лицензии на соответствующие медицинскую деятельность
Б) образовательных организациях, независимо от получении лицензии на соответствующую медицинскую деятельность
В) Центрах здоровья для детей по специальной программе
Г) Центрах медицинской профилактики по программе, утвержденной завцентром
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н «О ПОРЯДКЕ ПРОХОЖДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ И В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ В НИХ», ИМЕЕТ _____ ЭТАПА
А) 2
Б) 3
В) 4
Г) 5
В МЕДИЦИНСКУЮ КАРТУ ДЛЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ (ФОРМА 026/У-2000) ВНОСИТСЯ ИНФОРМАЦИЯ О
А) результатах предварительных и периодических медицинских осмотров
Б) физическом развитии ребенка
В) физической подготовленности ребенка
Г) проведенной вакцинации ребенка
ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ СОСТАВЛЯЕТСЯ
А) отчетная форма N 030-ПО/о-12 «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних»
Б) медицинская карта для образовательных учреждений (форма 026/у-2000).

В) медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение) (форма 086/у)
Г) отчет в произвольной форме по результатам профилактических медицинских осмотров
К МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ, НЕ ОТНОСИТСЯ
А) инвалидность
Б) смертность
В) естественный прирост
Г) рождаемость
СТАТИСТИЧЕСКИ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОРАЖЕННОСТЬ ВЫРАЖАЕТСЯ
А) отношением числа заболеваний, имеющихся на данный момент, к средней численности населения, умноженное на 1000
Б) отношением числа нарушений здоровья при радиационном и/или химическом поражении населения, в том числе детского
В) отношением числа хронических заболеваний и функциональных отклонений к общему числу обследованных
Г) числом обращений в поликлиники за медицинской помощью населения, в том числе детского, выраженное в процентах
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАСЧЕТОВ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОРАЖЕННОСТИ ВЫЧИСЛЕНИЯ ПРОВОДЯТСЯ НА КОЛИЧЕСТВО ДЕТЕЙ
А) осмотренных при профилактических осмотрах за отчетный период
Б) проживающих на территории, обслуживаемой поликлиникой
В) обратившихся за медицинской помощью в поликлинику в течение календарного года
Г) не осмотренных при профилактических осмотрах за отчетный период
В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НАИБОЛЕЕ РЕСУРСОЕМКИМ ЯВЛЯЕТСЯ ВИД МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
А) стационарная
Б) амбулаторно-поликлиническая
В) скорая медицинская помощь
Г) санаторно-курортная
НАГРУЗКА МАССАЖИСТА В ДЕНЬ ПРИ 6-ДНЕВНОЙ РАБОЧЕЙ НЕДЕЛЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ ЕД./ДЕНЬ
А) 30
Б) 40
В) 20
Г) 25
ДЛЯ РАСЧЕТА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О СРЕДНЕГОДОВОЙ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ И ЧИСЛЕ
А) заболеваний, выявленных впервые в данном году
Б) заболеваний, зарегистрированных впервые в прошлом году
В) социально-значимых заболеваний, зарегистрированных в течение трех лет

Г) инфекционных заболеваний, зарегистрированных в данном и в прошлом году

ДЛЯ РАСЧЕТА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОРАЖЕННОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ СЛУЧАЕВ

А) заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр

Б) конкретного заболевания и среднегодовой численности населения

В) конкретного заболевания и числе случаев всех заболеваний

Г) всех заболеваний в данном году и числе случаев заболеваний в предыдущие годы

ДЛЯ РАСЧЕТА ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О

А) заболеваемости в данном году и в предыдущие годы

Б) числе случаев конкретного заболевания и среднегодовой численности населения

В) заболеваемости конкретным видом и общей заболеваемости

Г) числе случаев заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр

СТАТИСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

А) представляет собой единую систему учета и отчетности в здравоохранении

Б) основан на создании экспериментальных моделей отдельных видов деятельности или учреждений здравоохранения

В) обеспечивает изучение явления с учетом времени, места, исторических условий

Г) предполагает изучение любых процессов, явлений, организационных структур как систем, состоящих из подсистем и одновременно являющихся подсистемами более крупных систем

К ГЛАВНЫМ РЕСУРСАМ УПРАВЛЕНИЯ ОТНОСЯТ

А) кадры

Б) информацию

В) финансы

Г) материально-техническую базу

ПОД ДЕЛЕГИРОВАНИЕМ ПОЛНОМОЧИЙ ПОНИМАЮТ

А) наделение правами и обязанностями какого-либо лица в сфере его компетенции

Б) предоставление полной свободы действий какому-либо лицу

В) передачу части своей заработной платы подчиненным

Г) полное подчинение

ПОД НОРМОЙ УПРАВЛЯЕМОСТИ ПОНИМАЮТ

А) организационный норматив

Б) технологический норматив

В) регламент

Г) приказ или распоряжение

СТРУКТУРНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРЕДПОЛАГАЕТ
А) лицензирование и аккредитацию ресурсной базы учреждений здравоохранения
Б) оценку качества медицинской помощи по конечным результатам
В) оценку соблюдения технологий лечебно-диагностического процесса
Г) расчет интегрального коэффициента эффективности
ПОД СТАНДАРТОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОНИМАЮТ
А) формализованную модель ведения больного, предусматривающую объем и последовательность лечебно-диагностических мероприятий
Б) имеющий фиксированную стоимость набор медицинских услуг
В) установленный в лечебно-профилактическом учреждении объем лечебно-диагностических мероприятий, отражающий возможности данного учреждения
Г) перечень лечебных медицинских услуг с указанием количества и частоты их предоставления
ПРИ ДОСТИЖЕНИИ РЕБЕНКОМ ВОЗРАСТА 17 ЛЕТ (ВКЛЮЧИТЕЛЬНО) И ПЕРЕДАЧЕ ЕГО НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДАННЫЕ ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА (УЧЕТНАЯ ФОРМА N 112/У) ПЕРЕНОСЯТСЯ В ФОРМУ N
А) 052-1/у «вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного»
Б) 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»
В) 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»
Г) 030-13/у «Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг»
РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЕЕ 15 ДНЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
А) врачебной комиссией
Б) лечащим врачом
В) главным врачом
Г) заместителем главного врача по клинико-экспертной работе
ПОД ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ПОНИМАЕТСЯ ЧАСТОТА
А) новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном календарном году выявленных среди населения заболеваний
Б) частота всех заболеваний, зарегистрированных за календарный год среди населения
В) частота острых заболеваний за календарный год, зарегистрированных среди населения при проведении профилактических осмотров
Г) частота всех заболеваний и синдромов, зарегистрированных за календарный год среди населения

К ФУНКЦИЯМ ОБЪЕКТА УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ОТНОСЯТСЯ
А) планирование, организация, руководство, контроль
Б) прогнозирование, организация, руководство, контроль
В) организация, руководство, контроль, взыскание
Г) руководство, контроль, взыскание, прогнозирование
«МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА (ВРАЧЕБНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-КОНСУЛЬТАТИВНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ)» (ФОРМА N 086/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ В ОТНОШЕНИИ
А) несовершеннолетних 15 - 17 лет, поступающих на работу
Б) лиц регистрирующихся на бирже труда
В) работающих пенсионеров
Г) инвалидов III группы
4314. [Т015060] К ПЕРВИЧНЫМ БОЛЬШИМ ФАКТОРАМ РИСКА ЗДОРОВЬЮ ПО РЕЙТИНГУ ВОЗ ОТНОСИТСЯ
А) гиподинамия
Б) инфекционное заболевание
В) злоупотребление алкоголем
Г) неполноценное питание
УЧЕТ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ ВЕДЕТСЯ ПО МЕСТУ
А) жительства ребенка
Б) смерти ребенка
В) жительства матери
Г) жительства отца
ОБЪЕКТОМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЮТСЯ
А) все жители территории
Б) реконвалесценты острых заболеваний
В) больные хроническими заболеваниями
Г) жители в трудоспособном возрасте
СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ ВОЗ, ПОДРОСТКАМИ СЧИТАЮТСЯ ЛИЦА В ВОЗРАСТЕ _____ ЛЕТ
А) 15-17
Б) 10-18
В) 12-16
Г) 15-20
ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ ПОЛИКЛИНИК НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕТСЯ МЕТОД
А) экспертных оценок
Б) статистический
В) медико-экономического анализа
Г) социологический
К ВИДАМ ПРОГРАММ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОТНОСЯТ
А) федеральную, территориальную
Б) муниципальную, территориальную

В) внутриучрежденческую, муниципальную
Г) хозрасчетную, государственную
БАЗОВАЯ ПРОГРАММА ОМС
А) является частью программы государственных гарантий
Б) включает программу государственных гарантий
В) является частью территориальной программы государственных гарантий
Г) включает территориальную программу государственных гарантий
ВЕЛИЧИНА БАЗОВОГО ОКЛАДА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НОВЫХ СИСТЕМ ОПЛАТЫ ТРУДА ЗАВИСИТ ОТ
А) профессионально-квалификационной группы
Б) разряда по единой тарифной сетке (ЕТС)
В) разряда по новой системе оплаты труда (НСОТ)
Г) величины выплаты стимулирующего характера
ВЕЛИЧИНА ДОПЛАТЫ ЗА КВАЛИФИКАЦИОННУЮ КАТЕГОРИЮ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ _____ БАЗОВОГО ОКЛАДА НА ПОВЫШАЮЩИЙ КОЭФФИЦИЕНТ
А) умножением
Б) делением
В) сложением
Г) вычитанием
ЦЕНА МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ ЭТО
А) сумма денег, за которые оказывается услуга
Б) затраты на оказание услуги
В) себестоимость услуги
Г) рентабельность услуги
К ДЕМОГРАФИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ОТНОСИТСЯ
А) материнская смертность
Б) заболеваемость
В) инвалидность
Г) индекс здоровья
УЧЕТНАЯ ФОРМА 058/У – ЭТО
А) экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку
Б) извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования
В) извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания
Г) статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов
ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ КОРИ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ФОРМА
А) 058/у
Б) 079/у
В) 089/у
Г) 090/у

ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ЭКОНОМИЧЕСКИЙ РЕЗУЛЬТАТ
А) прибыль
Б) себестоимость
В) прямые затраты
Г) косвенные затраты
НАИБОЛЕЕ РЕСУРСОЕМКИМ ВИДОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ПОМОЩЬ
А) специализированная
Б) первичная медико-санитарная
В) скорая
Г) паллиативная
ЭКСПЕРТИЗУ СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ
А) бюро медико-социальной экспертизы
Б) территориальный фонд ОМС
В) Федеральное медико-биологическое агентство
Г) министерство здравоохранения
НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПАЦИЕНТА НАПРАВЛЯЕТ
А) врачебная комиссия медицинской организации
Б) главный врач
В) лечащий врач
Г) лечащий врач и заведующий отделением
БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГАРАНТИРУЕТ
А) правительство Российской Федерации
Б) договор между страхователем и страховщиком
В) министерство финансов Российской Федерации
Г) органы управления здравоохранением региона
СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖДАЮТСЯ
А) Министерством здравоохранения РФ
Б) Правительством РФ
В) руководством медицинской организации
Г) Российской академией наук
ДЛЯ РАСЧЕТА СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ СЛУЧАЕВ
А) конкретного заболевания и числе случаев всех заболеваний
Б) конкретного заболевания и среднегодовой численности населения
В) всех заболеваний в данном году и числе случаев заболеваний в предыдущие годы
Г) заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр
ИЗ УСЛОВИЙ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ, НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ, СОГЛАСНО ДАННЫМ ВОЗ, ЯВЛЯЕТСЯ
А) образ жизни
Б) здравоохранение
В) наследственность

Г) внешняя среда
К ПЕРВИЧНЫМ ИСТОЧНИКАМ ИНФОРМАЦИИ О ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОТНОСЯТ
А) перепись населения
Б) статистические публикации
В) регистры
Г) картотеки
ЗАСТРАХОВАННОМУ В СИСТЕМЕ ОМС ВЫДАЕТСЯ
А) страховой медицинский полис
Б) справка о том, что он застрахован
В) расписка страховой компании о возмещении расходов на лечение
Г) договор обязательного медицинского страхования
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ
А) специализированной помощи
Б) скорой помощи
В) паллиативной помощи
Г) первичной медико-санитарной помощи
ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСИТСЯ К ФОРМЕ
А) государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности
Б) ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности
В) внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности
Г) вневедомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности
ИЗМЕРИТЕЛЕМ ОБЪЁМА ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) среднее число посещений поликлиники на одного жителя в год
Б) нормы нагрузки врачей, работающих в поликлинике
В) функция врачебной должности
Г) количество посещений поликлиники в день
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ЭТО
А) степень достижения конкретных результатов при оказании медицинской помощи при соответствующих ресурсных затратах
Б) улучшение функционирования организма пациента после проведения лечебных мероприятий
В) степень экономии финансовых, материальных и трудовых ресурсов при оказании медицинской помощи
Г) строгое соблюдение стандартов медицинской помощи
ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) интенсивным показателем
Б) средней величиной
В) стандартизованным показателем
Г) показателем наглядности

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ ЗА КАКОЙ-ЛИБО ПЕРИОД ВРЕМЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ
А) темп прироста
Б) стандартизованный показатель
В) коэффициент достоверности
Г) интенсивный показатель
ДЛЯ НАГЛЯДНОСТИ ИЗОБРАЖЕНИЯ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА _____ ДИАГРАММА
А) секторная
Б) столбиковая
В) линейная
Г) радиальная
ПОКАЗАТЕЛЬ СООТНОШЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТ
А) соотношение двух разнородных совокупностей
Б) распространение целого в части
В) частоту явлений в своей среде
Г) структуру, состав явления
ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ (ОМС) РЕГУЛИРУЕТСЯ
А) государством
Б) медицинскими учреждениями
В) фондами ОМС
Г) страховыми организациями (компаниями)
ОБЪЕКТОМ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) риск наступления страхового случая
Б) здоровье
В) пациент
Г) болезнь
АНАЛИЗ «МИНИМИЗАЦИИ ЗАТРАТ» ПРИМЕНЯЕТСЯ
А) для подтверждения предпочтения более дешевого метода лечения
Б) для определения эффективности проведенных мероприятий
В) при расчете минимального необходимого числа персонала
Г) при расчете минимально необходимых объемов деятельности для достижения цели
ОРГАНИЗАЦИЯ РАЗНЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ
А) порядками оказания медицинской помощи
Б) лицензией
В) программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи
Г) программой обязательного медицинского страхования
ПРАВО НА БЕСПЛАТНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ИМЕЮТ ПАЦИЕНТЫ С
А) орфанными заболеваниями
Б) множественными переломами

В) ожирением
Г) бациллоносительством
ПЕРЕЧЕНЬ, ЧАСТОТА И КРАТНОСТЬ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПАЦИЕНТАМ ПРИ РАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
А) стандартом оказания медицинской помощи при данном заболевании
Б) порядком оказания медицинской помощи при заболевании соответствующего профиля
В) программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи
Г) приказом главного врача медицинской организации
ВЗИМАНИЕ ПЛАТЫ С ПАЦИЕНТА ПРИ ОКАЗАНИИ ЕМУ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
А) не допускается
Б) допускается при оказании экстренной медицинской помощи иногородним пациентам
В) допускается при обращении за экстренной медицинской помощью лиц в состоянии алкогольного опьянения
Г) допускается при оказании экстренной медицинской помощи коммерческими медицинскими организациями
ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АТТЕСТАЦИИ ВРАЧАМ И СРЕДНИМ МЕДРАБОТНИКАМ ПРИСВАИВАЕТСЯ
А) квалификационная категория
Б) сертификат специалиста
В) ученая степень
Г) разряд
ПОДТВЕРЖДАТЬ КВАЛИФИКАЦИОННУЮ КАТЕГОРИЮ НЕОБХОДИМО
А) каждые пять лет
Б) каждые десять лет
В) каждые три года
Г) ежегодно
ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ РАБОТНИКА В ПЕРИОД ОЧЕРЕДНОГО ОПЛАЧИВАЕМОГО ОТПУСКА ОФОРМЛЯЕТСЯ
А) листок нетрудоспособности на весь период временной утраты трудоспособности вследствие заболевания
Б) листок нетрудоспособности со дня предполагаемого выхода на работу
В) листок нетрудоспособности до окончания отпуска
Г) справка установленного образца
ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОФОРМЛЯЕТСЯ НА
А) 140 дней
Б) 194 дня
В) 180 дней
Г) 156 дней

В ЛИСТКЕ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИСПРАВЛЕНИЯ
А) не допускаются
Б) допускается одно исправление
В) допускается не более двух исправлений
Г) допускаются не более трех исправлений по разрешению врачебной комиссии
ЛИЦЕНЗИЯ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕЙСТВУЕТ
А) бессрочно
Б) 5 лет
В) 10 лет
Г) 3 года 1000

ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ДИПЛОМА ВРАЧ ОБЯЗАН ПОВЫШАТЬ КВАЛИФИКАЦИЮ
А) каждые 5 лет
Б) каждые 3 года
В) каждые 10 лет
Г) ежегодно
ПЕРВЫМ ЭТАПОМ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) составление плана и программы
Б) сбор материала
В) обработка собранного материала
Г) анализ полученных данных
ВТОРЫМ ЭТАПОМ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) сбор материала
Б) составление плана и программы
В) обработка собранного материала
Г) анализ полученных данных
ТРЕТЬИМ ЭТАПОМ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) обработка собранного материала
Б) составление плана и программы
В) сбор материала
Г) анализ полученных данных
ЧЕТВЕРТЫМ ЭТАПОМ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) анализ полученных данных
Б) составление плана и программы
В) сбор материала
Г) обработка собранного материала
ПОКАЗАТЕЛИ ЭКСТЕНСИВНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЮТ
А) распределение целого на составные части по их удельному весу
Б) отношение сравниваемой величины к исходному уровню
В) распространенность явления в среде
Г) отношение двух разнородных совокупностей
ПОКАЗАТЕЛИ ИНТЕНСИВНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЮТ
А) распространенность явления в среде
Б) распределение целого на составные части по их удельному весу
В) отношение сравниваемой величины к исходному уровню
Г) отношение двух разнородных совокупностей
ПОКАЗАТЕЛИ СООТНОШЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЮТ
А) отношение двух разнородных совокупностей
Б) распространенность явления в среде
В) распределение целого на составные части по их удельному весу
Г) отношение сравниваемой величины к исходному уровню
СВЯЗЬ МЕЖДУ ЯВЛЕНИЯМИ, ЕСЛИ КОЭФФИЦИЕНТ КОРРЕЛЯЦИИ РАВЕН 0,86
А) прямая сильная

Б) прямая средней силы
В) прямая слабая
Г) обратная слабая
ВАРИАНТА, ИМЕЮЩАЯ НАИБОЛЬШУЮ ЧАСТОТУ В ВАРИАЦИОННОМ РЯДУ – ЭТО
А) мода
Б) интервал
В) медиана
Г) среднее квадратическое отклонение
ВАРИАНТА, ДЕЛЯЩАЯ ВАРИАЦИОННЫЙ РЯД ПОПОЛАМ ПО ЧИСЛУ НАБЛЮДЕНИЙ – ЭТО
А) медиана
Б) мода
В) интервал
Г) среднее квадратическое отклонение
ТИПИЧНОСТЬ СРЕДНЕЙ АРИФМЕТИЧЕСКОЙ ВЕЛИЧИНЫ ОПРЕДЕЛЯЕТ
А) среднее квадратическое отклонение
Б) медиана
В) мода
Г) средняя ошибка средней арифметической
ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ И СОСТАВА НАСЕЛЕНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ МИГРАЦИЯМИ, ХАРАКТЕРИЗУЕТ _____ ДВИЖЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ
А) механическое
Б) естественное
В) социальное
Г) маятниковое
КОМПОНЕНТОМ СТАТИКИ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) состав населения по возрасту
Б) рождаемость
В) смертность
Г) младенческая смертность
КОМПОНЕНТОМ ДИНАМИКИ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А) миграция
Б) состав населения по полу
В) состав населения по возрасту
Г) плотность населения
ПЕРВОЕ МЕСТО В СТРУКТУРЕ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЗАНИМАЮТ
А) болезни системы кровообращения
Б) злокачественные новообразования
В) травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин
Г) болезни органов дыхания
ПРОЦЕСС ДЕПОПУЛЯЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А) сокращением численности населения
Б) ростом численности населения
В) положительным естественным приростом
Г) ростом рождаемости
ТРУДОВОЕ ПОВЕДЕНИЕ, ВЫБРАННОЕ С ЦЕЛЬЮ ПОЛУЧИТЬ МАТЕРИАЛЬНОЕ ИЛИ СОЦИАЛЬНОЕ ВОЗНАГРАЖДЕНИЕ ИЛИ ИЗБЕЖАТЬ НАКАЗАНИЯ, ХАРАКТЕРИЗУЕТ
А) поверхностную мотивацию
Б) глубинную мотивацию
В) организационный тип социально значимого поведения
Г) карьерное продвижение
ПОВЕРХНОСТНАЯ МОТИВАЦИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ТРУДОВОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА
А) выбранное с целью получить материальное или социальное вознаграждение или избежать наказания
Б) которое выбирается ради него самого
В) которое наблюдают окружающие
Г) когда источник мотивации действительно влияет на поведение
ФАКТОР «ВАЛЕНТНОСТЬ», ВЛИЯЮЩИЙ НА МОТИВАЦИЮ СОТРУДНИКОВ В «ТЕОРИИ ОЖИДАНИЙ», ОПРЕДЕЛЯЕТ
А) насколько желателен (ценен) тот или иной результат (вознаграждение за труд)
Б) связь между показателями функционирования и результатом (вознаграждением за труд)
В) связь между усилиями сотрудника и показателями его работы
Г) характер сложившихся взаимоотношений сотрудника и руководителя
ФАКТОР «ТЕОРИИ ОЖИДАНИЙ», ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ СВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И РЕЗУЛЬТАТОМ (ВОЗНАГРАЖДЕНИЕМ ЗА ТРУД), НАЗЫВАЕТСЯ
А) инструментальностью
Б) валентностью
В) ожиданием
Г) благодарностью
ФАКТОР «ТЕОРИИ ОЖИДАНИЙ», ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ СВЯЗЬ МЕЖДУ УСИЛИЯМИ СОТРУДНИКА И ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЕГО РАБОТЫ (ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ), НАЗЫВАЕТСЯ
А) ожиданием
Б) валентностью
В) инструментальностью
Г) благодарностью
МОТИВАЦИОННАЯ «ТЕОРИЯ СПРАВЕДЛИВОСТИ» ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ДОПУЩЕНИИ, ЧТО СОТРУДНИК ВОСПРИНИМАЕТ АТМОСФЕРУ КАК СПРАВЕДЛИВУЮ И ИМЕЕТ БОЛЕЕ ВЫСОКУЮ ТРУДОВУЮ МОТИВАЦИЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ

А) восприятия своего соотношения полученных результатов и приложенных усилий по сравнению с этим соотношением для других людей
Б) фактического вознаграждения за свой труд
В) своих неудовлетворенных потребностей
Г) совпадения ожидаемого и реально полученного вознаграждения

СОГЛАСНО МОТИВАЦИОННОЙ «ТЕОРИИ СПРАВЕДЛИВОСТИ», КОГДА РЕЗУЛЬТАТЫ РАСПРЕДЕЛЯЮТСЯ МЕЖДУ СОТРУДНИКАМИ НА ОСНОВЕ ИХ ВКЛАДА В ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ, В НЕЙ

А) сохраняется атмосфера справедливости и у сотрудников имеется более высокая трудовая мотивация
Б) сохраняется атмосфера несправедливости и у сотрудников снижается трудовая мотивация
В) ничто не оказывает влияния на трудовую мотивацию
Г) повышается текучесть кадров

ПОДХОД К РУКОВОДСТВУ, В ОСНОВЕ КОТОРОГО ПОЛОЖЕНЫ ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ, ОТЛИЧАЮЩИЕ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ОТ ПОСЛЕДОВАТЕЛЕЙ И ЭФФЕКТИВНЫХ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ОТ НЕЭФФЕКТИВНЫХ, НАЗЫВАЕТСЯ

А) подходом на основе характерных особенностей
Б) поведенческим подходом
В) трансформирующим руководством
Г) авторитарным руководством

ТЕОРИЯ РУКОВОДСТВА, КОТОРАЯ ОПИСЫВАЕТ РАЗЛИЧНЫЕ ТИПЫ ОТНОШЕНИЙ, КОТОРЫЕ МОГУТ СКЛАДЫВАТЬСЯ МЕЖДУ РУКОВОДИТЕЛЕМ И ПОДЧИНЕННЫМИ, И ПОКАЗЫВАЕТ, ЧТО РУКОВОДИТЕЛЬ И ПОДЧИНЕННЫЙ ПОЛУЧАЮТ ОТ ТАКОГО ОТНОШЕНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ

А) теорией обмена между руководителем и подчиненными
Б) теорией пути и цели
В) теорией трансформирующего руководства
Г) гендерной теорией

ТРАНСФОРМИРУЮЩЕЕ РУКОВОДСТВО - ЭТО ТАКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ПРИ КОТОРОЙ

А) руководители оказывают значительное влияние на своих последователей и свои организации, фактически трансформируя их
Б) трансформируются сами руководители в процессе своей деятельности
В) трансформируется организационная структура
Г) трансформируется организационная культура

КОГДА ЧЛЕНЫ ОРГАНИЗАЦИИ ВЫБИРАЮТ, КАК РЕАГИРОВАТЬ НА НОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНОСТИ, ОНИ ЗАНИМАЮТСЯ ПРИНЯТИЕМ _____РЕШЕНИЙ

А) непрограммируемых
Б) программируемых
В) коллегиональных
Г) стратегических

МОДЕЛЬ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ, В ОСНОВЕ КОТОРОЙ ЛЕЖАТ ДОПУЩЕНИЯ, ЧТО ЛЮДИ ИМЕЮТ ДОСТУП КО ВСЕЙ ИНФОРМАЦИИ, КОТОРАЯ ИМ НЕОБХОДИМА ДЛЯ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ, И ПРИНИМАЮТ РЕШЕНИЯ, ВЫБИРАЯ НАИЛУЧШИЙ ВАРИАНТ ДЕЙСТВИЙ, - ЭТО

А) классическая модель принятия решений

Б) модель принятия решений административного типа

В) модель принятия групповых решений

Г) модель принятия этических решений

ОСНОВНЫМ УЧЕТНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) листок нетрудоспособности

Б) медицинская карта

В) карта выбывшего из стационара

Г) амбулаторная карта

Ситуационные задачи

<u>Госпитальная педиатрия</u>

Ситуационная задача №1

У ребёнка 10 лет жалобы на сыпь в виде отёчных красных зудящих образований по туловищу и на нижних конечностях. Из анамнеза заболевания: сыпь появилась внезапно, предварительно беспокоил выраженный зуд кожи. Родители ребенка связывают появление сыпи с употреблением в питании морепродуктов. Из анамнеза жизни известно, что у ребёнка на первом году жизни были проявления атопического дерматита на белок коровьего молока. Респираторными инфекциями болеет часто. Антибиотики получает 2-3 раза в год. Одышки не было. Тубконтакты отрицает. Наследственность: у бабушки по линии мамы – бронхиальная астма. Мама не переносит пенициллин.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. На коже туловища, и нижних конечностях – сыпь по типу эритематозных волдырей красного цвета размером от нескольких 5 до 10 сантиметров в диаметре, четко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи, умеренного количества. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Слизистые сухие. В зеве умеренная гиперемия. Пальпируются заднешейные лимфоузлы 1 размера, безболезненные, не спаянные с тканью, эластичные. Голос не осип. Одышки нет. ЧД - 26 в минуту. Перкуторно по всем полям определяется лёгочный звук. При аускультации легких - хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 87 в минуту. Живот несколько, пальпации доступен, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы необходимо назначить ребёнку в качестве основной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. На фоне проводимой терапии к концу суток состояние ребенка улучшилось: новых подсыпаний не было. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

Ответ

1. Острая аллергическая крапивница.

2. Диагноз «аллергическая крапивница» установлен на основании:

- жалоб больного на зудящие высыпания по типу крапивницы в области тела и нижних конечностей, появившиеся после употребления в пищу морепродуктов;
- данных анамнеза жизни: у ребѐнка были проявления атопического дерматита на белок коровьего молока;
- в семейном анамнезе: у бабушки по линии мамы – бронхиальная астма.
- Мама не переносит Пенициллин;
- данных клинического обследования: сыпь по типу эритематозных волдырей красного цвета размером от нескольких 5 до 10 сантиметров в диаметре, чѐтко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи.

3. Аллергопробы.

4. Ребѐнку необходимо назначить Цетиризин в дозе 10 мг (1 таблетка) 1 раз в день на 14 дней. Препарат из группы антигистаминных препаратов II поколения (неседативных).

Гипоаллергенная диета: исключить рыбу и морепродукты, цитрусовые, шоколад, мед, орехи, сою, молоко, яйцо, красного цвета фрукты, овощи, ягоды.

5. Ребѐнка оставляют под наблюдением на 48 часов. Обучают родителей гипоаллергенной диете. Цитиризин оставляют на 14 недели. При неэффективности – через 14 дней удваивают дозу Цитиризина до 1 месяца.

Ситуационная задача №2

Пациент – ребёнок 1,5 месяцев. Мать жалуется на желтушное окрашивание кожи, отказ от груди. Анамнез заболевания: болен в течение трёх дней. У матери ребёнка во время беременности был выявлен HBs-антиген. В родильном доме ребёнок получил прививку БЦЖ. Объективный статус. При осмотре: состояние тяжёлое, рвота кофейной гущей, выражена желтушность кожи и склер, геморрагическая сыпь на коже живота и туловища, сознание спутанное. Печень +1 см. Селезёнка не пальпируется. Стул обесцвечен. Моча интенсивно прокрашивает пелёнку. Результаты анализов.

Общий ан. крови: Нв – 96 г/л, эр. – $3{,}7\times10^{12}$/л, ЦП – 0,8, Л – $12{,}3\times10^{9}$/л, эоз. – 0%, п/яд – 10%, с/яд – 44%, лимфоциты – 37%, мон. – 9%, СОЭ – 2 мм/ч.

Анализ мочи: цвет тёмный, удельный вес – 1018, желчные пигменты +++, уробилин +. Анализ кала: стеркобилин – отрицательно. В крови HBsAg – положительный.

Биохимический анализ крови: билирубин общий – 158 мкмоль/л, прямой – 70 мкмоль/л, непрямой – 88 мкмоль/л, общий белок – 58 г/л, альбумин – 46%, АлАТ – 219 ЕД/л, АсАТ – 230 ЕД/л.

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 12%.

Вопросы:

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

Ответ

1. Злокачественная форма вирусного гепатита В (перинатальная передача).

2. Диагноз «фульминантная форма вирусного гепатита В» поставлен на основании клинических данных: синдрома интоксикации – ребѐнок вялый, отказывается от груди, сознание спутанное; рвота кофейной гущей и геморрагии на коже; синдрома желтухи – выражена желтушность кожи и склер, стул обесцвечен, моча интенсивно тѐмного цвета; гепатомегалии – печень увеличена незначительно; а также результатов анализов: в биохимическом анализе крови – гипербилирубинемия за счѐт прямой и непрямой фракции при относительно невысоком повышении уровня трансаминаз, гипоальбуминемия, желчные пигменты в моче +++; отсутствие стеркобилина в кале; обнаружение HBsAg в крови. С учѐтом возраста ребѐнка (1,5 месяца) и анамнеза – обнаружение HBsAg в крови у матери во время беременности, отсутствие вакцинации от гепатита В в роддоме – предполагается перинатальная передача вируса гепатита В.

3. 1. Госпитализация в реанимационное отделение инфекционной больницы.

2. Дробное кормление.
3. Виферон 150 тыс. по 1 свече 1 раз ректально.
4. Детоксикация: инфузия глюкозо-солевых растворов и коллоидов (5% раствор альбумина 10 мл/кг, реополиглюкин) в соотношении кристаллоидов и коллоидов как 3:1.
5. Преднизолон до10 мг/кг.
6. Ингибиторы протеолиза (контрикал, гордокс).
7. Энтеросорбенты.
8. Переливание свежезамороженной плазмы 10 мл/кг.
9. Экстракорпоральные методы детоксикации (плазмаферрез, гемосорбция).
10. Под контролем антикоагулянты под контролем МНО.

4. 1. Обследование беременных на HBsAg в 1 и 3 триместрах беременности.
2. Беременные с хроническим гепатитом В (ГВ) подлежат наблюдению в областных (городских) перинатальных центрах, специализированных отделениях (палатах) роддомов с обеспечением строгого противоэпидемического режима.
3. Новорождѐнным, родившимся от матерей-носителей HBsAg, больных ГВ или перенѐсших ГВ в третьем триместре беременности, вакцинация против ГВ проводится в соответствии с национальным календарѐм профилактических прививок по схеме 0-1-2-12.
4. Все дети, родившиеся от женщин с вирусным ГВ и ХГВ и носителей ВГВ, подлежат диспансерному наблюдению врачом-педиатром совместно с врачом-инфекционистом в детской поликлинике по месту жительства в течение одного года с биохимическим определением активности АлАТ и исследованием на HBsAg в 3, 6 и 12 месяцев.
5. С целью предупреждения заражения ОГВ от беременных женщин-«носителей» HBsAg, а также больных ХГВ в женских консультациях, родильных домах проводятся: маркировка обменной карты, направлений к специалистам, в лабораторию, процедурный кабинет, пробирок с кровью, взятой для анализа.
5. Подача экстренного извещения не позднее 12 часов с момента выявления больного.

Мероприятия в очаге инфекции: текущая дезинфекция проводится.
Заключительная дезинфекция – не проводится.
Мероприятия в отношении контактных лиц:
1. Разобщение не проводится. Осуществляется медицинское наблюдение за контактными (дети и персонал в границах очага) в течение 6 месяцев с врачебным осмотром детей сразу после изоляции больного, а затем ежемесячно.
2. Эпидемиолог решает вопрос об обследовании детей и персонала в границах очага на наличие HBsAg и активность АлАТ сразу после регистрации больного. Обследование осуществляет территориальная поликлиника при консультации эпидемиолога.

3. Приѐм в группу детей, перенѐсших в период карантина какие-либо заболевания, осуществляется при предъявлении справки о состоянии здоровья и отрицательного результата обследования на HBsAg и активности АлАТ.
4. Эпидемиолог совместно с врачом учреждения решает вопрос о проведении вакцинации против ГВ.
5. В детских учреждениях (особенно закрытого типа) усиливают контроль за индивидуальным использованием предметов личной гигиены (зубные щѐтки, полотенца, носовые платки и др).
Допуск в коллектив: по выздоровлению, без дополнительного обследования.

Ситуационная задача №3

Мать с мальчиком 8 лет (рост – 130 см, вес – 28 кг) обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на отёчность лица, голеней, появление мочи тёмного краснокоричневого цвета у ребёнка. Симптомы родителями выявлены утром в день обращения. За две недели до обращения отмечалось: боль при глотании, повышение температуры до фебрильных цифр, интоксикация; за медицинской помощью не обращались, лечились самостоятельно (жаропонижающие, полоскания) с медленной положительной динамикой.
При осмотре состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отёчность лица, пастозность голеней и стоп. Зев нерезко гиперемирован, миндалины II-III степени, разрыхлены, без наложений. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 140/85 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края рёберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, 4-5 раз в день, небольшими порциями. Стул – оформленный регулярный.
Общий ан. крови: Нв –120 г/л, эр. – $4{,}3\times10^{12}$/л, Л – $10{,}3\times10^{9}$/л, п/яд – 2%, с/яд – 65%, эоз. – 3%, лимфоциты – 24%, моноциты – 6%, СОЭ – 20 мм/час.
Общий ан. мочи: кол-во – 70,0 мл, цвет – красный, реакция – щелочная, относительная плотность – 1023, эпителий – 1-2 в п/зр, цилиндры эритроцитарные – 4-5 в п/зр, белок – 0,9 г/л, эритроциты – изменённые, покрывают все п/зр, лейкоциты – 2-3- в п/зр.
УЗИ: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезёнка без патологии. Почки расположены обычно, размеры не увеличены, паренхима не изменена. Чашечно-лоханочная система имеет обычное строение.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какое исследование необходимо провести для уточнения этиологического фактора?
4. Укажите основные группы лекарственных препаратов для лечения данного заболевания.

5. Укажите прогноз заболевания. Как долго может сохраняться микрогематурия при этом заболевании?

Ответ

1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит.
2. Отѐки, артериальная гипертензия, протеинурия, макрогематурия.
3. Антистрептолизин – О (АСТЛ-О) – характерно повышение антистрептококковых антител.
4. Антибактериальные препараты пенициллинового ряда, диуретики (петлевые), антигипертензивные препараты (блокаторы медленных кальциевых каналов, ингибиторы АПФ).
5. В 90% случаев прогноз благоприятный. Микрогематурия может сохраняться несколько месяцев после завершения курса лечения, что не является критерием хронизации и не требует специфического лечения.

Ситуационная задача №4

У ребенка 12 лет жалобы на отечность в области век, кистей рук и стоп, сыпь в виде отечных, красных, зудящих образований по туловищу и на конечностях. Из анамнеза: сыпь появилась внезапно, предварительно беспокоил выраженный зуд кожи, затем появились отеки. Родители ребенка связывают появление отеков и сыпи с употреблением в питании цитрусовых. Из анамнеза жизни известно, что у ребенка на первом году жизни были проявления крапивницы неоднократно на шоколад, на лекарственные препараты - Нурофен, Ацетилцистеин. Респираторными инфекциями болеет часто. Часто получает антибиотики. Тубконтакты отрицает. Наследственность: у мамы – аллергический ринит, экзема на стиральный порошок.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Отмечается отечность век, отеки кистей и стоп. На коже туловища, верхних и нижних конечностях – сыпь по типу эритематозных волдырей красного цвета размером от нескольких 5 до 10 сантиметров в диаметре, имеющие тенденцию к слиянию четко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Слизистые сухие. В зеве умеренная гиперемия. Носовое дыхание отсутствует. Голос не осип. Одышки нет. ЧД - 26 в минуту. Перкуторно по всем полям определяется легочный звук. При аускультации легких - хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 90 в минуту. Живот безболезненный, пальпации доступен. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы необходимо назначить ребенку в качестве основной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. На фоне проводимой терапии к концу суток состояние ребенка улучшилось: отеков нет, новых подсыпаний нет. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

Ответ

1. Отѐк Квинке. Острая аллергическая крапивница.
2. Диагноз «аллергическая крапивница» установлен на основании:
   - жалоб больного на зудящие высыпания по типу крапивницы в области тела, отѐки век, кистей рук и стоп, появившиеся после употребления в пищу цитрусовых;
   - данных анамнеза жизни: у ребѐнка были проявления крапивницы на шоколад и лекарственные препараты;
   - данных семейного анамнеза: мамы – аллергический ринит и экзема на стиральные порошки;
   - данных клинического обследования: сыпь по типу эритематозных волдырей красного цвета размером от нескольких 5 до 10 сантиметров в диаметре, чѐтко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи. Отѐчность век, кистей рук и стоп.
3. Аллергопробы в период ремиссии.
4. Ребѐнку необходимо назначить Преднизолон в дозе 1-2 мг/кг парентерально, но не более 60 мг в сутки, без учѐта суточного ритма на 5-7 дней в связи с тяжѐлой острой аллергической реакцией и профилактикой анафилаксии.

Для защиты слизистой желудка – блокаторы протонной помпы – Омепразол в дозе 20 мг (1 таблетка) 1 раз в сутки, Цетиризин в дозе 10 мг (1 таблетка) 1 раз в день на 14 дней. Препарат из группы антигистаминных препаратов II поколения (неседативных).

Гипоаллергенная диета: исключить цитрусовые, рыбу и морепродукты, шоколад, мед, орехи, сою, молоко, яйцо, красного цвета фрукты, овощи, ягоды.

5. Ребѐнка оставляют под наблюдением на 5 дней. Обучают родителей и ребѐнка гипоаллергенной диете и обстановке.

Преднизолон отменяют через 5 дней полностью.

Цитиризин оставляют на 14 недели. При неэффективности – через 14 дней удваивают дозу Цитиризина до 1 месяца.

Консультация и наблюдение врача аллерголога-иммунолога.

Ситуационная задача №5

К врачу-педиатру участковому обратилась мама с ребенком12 лет с жалобами на приступы чихания, сопровождающиеся заложенностью носа и обильными водянистыми выделениями из него. Болеет 3 года, ранее обращалась к врачу, который рекомендовал капать в нос раствор Називина. После введения капель состояние улучшилось, однако затем без видимой причины вновь возникали приступы чихания, слезотечение, нарушение носового дыхания и жидкие бесцветные выделения из обеих половин носа.

Обострения болезни нередко возникают при нахождении в одном помещении с домашними животными. Объективно: носовое дыхание затруднено. Передние отделы носовой полости заполнены водянистым секретом, слизистая оболочка набухшая, цианотична, местами на ней видны сизые и бледные участки. После введения в полость носа капель 0,1% раствора Називина носовое дыхание улучшилось, отечность слизистой оболочки уменьшилась.

Общий ан. крови: Эр. – $4{,}1\times10^{12}$/л, Нв – 125 г/л, Л – 6,2×109 /л, эоз. – 10%, нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 25%, моноциты – 5%, СОЭ – 11 мм/час. Риноцитограмма: эозинофилы – 15%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Составьте план лечения пациента.
5. Составьте план обследования пациента.

Ответ

1. Аллергический ринит, интермиттирующая форма. Лѐгкая степень тяжести.
2. Острый ринит, эозинофильный ринит, вазомоторный ринит, вирусный ринит.
3. Диагноз «аллергический ринит» установлен на основании:
- анамнеза (обострения болезни нередко возникают при нахождении в одном помещении с домашними животными, кратковременное улучшение на фоне сосудосуживающий капель),
- жалоб (приступы чихания, сопровождающиеся заложенностью носа и обильными водянистыми выделениями из него),
- осмотра (передние отделы носовой полости заполнены водянистым секретом, слизистая оболочка набухшая, цианотична, местами на ней видны сизые и бледные участки, после введения в полость носа капель 0,1% раствора Називина носовое дыхание улучшилось, набухлость слизистой оболочки уменьшилась),
- лабораторного обследования (эозинофилия 10% в ОАК и 15% в риноцитограмме).

Интермиттирующая форма установлена на основании того, что данные жалобы наблюдаются менее 4 дней в неделю и менее 4 недель в год.

Степень тяжести установлена на основании того, что нет нарушения состояния пациента.

4. 1. Исключить контакт с животными.
2. Интраназальные глюкокортикостероиды.
3. Антигистаминные препараты 2 поколения.
4. Барьерная профилактика (Назаваль, Аквамарис сенс, Превалин).

5. 1. Общий и специфический IgE.

2. Кожные скарификационные пробы.
3. Консультация врача аллерголога-иммуноглога.

Ситуационная задача №6

На приёме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком 6 лет. Жалоб активно не предъявляет. Ребёнок перенес скарлатину, при контрольном исследовании мочи выявлено: белок – 1 г/л, эритроциты – 50-80 в поле зрения. Из анамнеза жизни: мальчик от первой беременности, родился в срок с массой тела 3600 г. Раннее развитие без особенностей. Перенёс несколько раз ангину, ветряную оспу. Наследственность по заболеваниям органов мочевой системы не отягощена. Объективно: состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, чистые. Пастозность голеней и стоп. Температура тела – 36,8°С. Зев умеренно гиперемирован, миндалины II степени, рыхлые, без наложений. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца ритмичные, АД – 125/70 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень не увеличена. Селезёнка не увеличена. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускания безболезненные, моча жёлтая, не пенится.
Общий ан. крови: эр. – $4{,}43\times10^{12}$/л, Нв – 117 г/л, Тр. – $279{,}0\times10^{9}$/л, Л – $12{,}5\times10^{9}$/л, эоз. – 5%, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 24%, мон. – 6%, СОЭ – 42 мм/час.
Общий ан. мочи: относительная плотность – 1025, белок – 1,05 г/л, эр. – 60-80 в п/зр, свежие и измененные, лейкоциты – 3-5 в п/зр.
Вопросы:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите необходимость госпитализации. Какие лабораторно-инструментальные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Укажите группы медикаментозных препаратов для лечения данного заболевания.
5. Какова тактика врача-педиатра участкового по дальнейшему наблюдению ребёнка на педиатрическом участке после выписки из стационара?

Ответ

1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит?
2. Диагноз поставлен на основании мочевого синдрома (протеинурия 1 г/л, гематурия), артериальной гипертензии, воспалительных изменений в общем анализе крови, связь появления указанных синдромов с перенесенной скарлатиной.
3. Показана госпитализация в педиатрическое отделение или специализированное нефрологическое отделение стационара, в стационаре проведение:
- биохимическое исследование крови (общий белок, протеинограмма, АЛТ, АСТ, билирубин, холестерин, мочевина, креатинин, СРБ,

- титр АСЛО,
- гемостазиограмма,
-суточная экскреция белка с мочой,
- клиренс эндогенного креатинина,
- проба Зимницкого,
-УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

4. Антибактериальная терапия (защищѐнные пенициллины или цефалоспорины 2-3 поколения).

Антикоагулянты и дезагреганты (по результатам гемостазиограммы).

Гипотензивные препараты (ингибиторы АПФ, блокаторы кальциевых каналов).

5. 1. Врач-педиатр участковый должен направить ребѐнка к врачу-нефрологу для проведения дальнейшего наблюдения с целью: контроля оценки активности гломерулонефрита, коррекции терапии, оценки функции почек.

2. Реабилитационные мероприятия по заболеванию осуществляет врач-нефролог.

3. Врач-педиатр участковый осуществляет выполнение стандарта наблюдения на педиатрическом участке: комплексная оценка здоровья, включая физическое развитие, определение группы здоровья, определение питания, рекомендации по профилактике заболеваний, определение сроков вакцинации.

Ситуационная задача №7

Мать с мальчиком 5 лет (рост – 100 см, вес – 20 кг) обратилась к врачу-педиатру участковому на третий день заболевания ребёнка с жалобами на отёки в области лица и нижних конечностей. Появлению отёков предшествовала ОРВИ. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 36,5°С, ЧСС – 100 ударов в минуту, АД – 105/60 мм рт.ст. Кожные покровы чистые, обычной окраски, тёплые. Выражены отёки мягких тканей лица, туловища и нижних конечностей. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные. Миндалины не выступают из-за края нёбных дужек, не гиперемированы. Задняя стенка глотки не гиперемирована. Носовое дыхание свободное. Отделяемого из носовых ходов нет. Кашля нет. Аускультативно дыхание в лёгких пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Печень выступает на 2 см ниже рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание – 5-8 раз в сутки по 150-200 мл, свободное. Стул оформленный, регулярный (1 раз в день).

Общий ан. крови: Эр. – 4×10^{12}/л, Нв – 140 г/л, лейкоциты – 8,2×109/л, эозинофилы – 3%, с/яд – 49%, лимфоциты – 43%, моноциты – 5%, СОЭ – 38 мм/час.

Биохимический ан. крови: общий белок – 40 г/л, альбумины – 20 г/л, холестерин – 9,22 ммоль/л, мочевина – 5,2 ммоль/л, креатинин – 0,6 мг/дл; суточная протеинурия – 2,4 грамма/м2/сутки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите препарат, способ дозирования и продолжительность для стандартной терапии этого заболевания.
4. Укажите основные осложнения стандартной терапии.
5. Назовите классификацию заболевания в зависимости от ответа на стандартную терапию заболевания

Ответ

1. Острый гломерулонефрит. Нефротический синдром.
2. Отѐки, протеинурия (более 1 грамма/м2/сутки), гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия, при отсутствии артериальной гипертензии, гематурии и острого повреждения почек.
3. Стандартный курс преднизолонотерапии – пероральный приѐм Преднизолона 60 мг/м2 или 2 мг/кг/день, максимальная доза – 60 мг/сутки, непрерывно в течение 6 недель.
4. Экзогенный гиперкортицизм (Синдром Кушинга), остеопения, остеопороз, катаракта, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, задержка роста, артериальная гипертензия, гипокалиемия.
5. Стероидчувствительный, стероидзависимый, стероидрезистентный.

Ситуационная задача №8

Девочка 11 лет обратилась с жалобами на ноющие боли в эпигастрии, усиливающиеся утром натощак, отрыжку воздухом. Из анамнеза: жалобы беспокоят в течение 1 года. Мать девочки страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, у отца – гастрит. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается хореографией.

Осмотр: рост – 148 см, масса – 34 кг. Кожа бледно-розовая, чистая. Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные. При поверхностной и глубокой пальпации живота небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, синдром Менделя положителен, болезненность в точке Мейо-Робсона. Печень не увеличена. Стул и диурез не нарушены.

В ан. крови: RBC – 4,5x1012/l, Hgb – 128 g/l, MCV – 90 fl, MCH – 30 pg, MCHC – 35 g/l, WBC – 6,9×109/l, RDW – 12,5%, NEU – 51%, EOZ – 3%, LYM – 36%,MON – 7%, BAZ – 3, PLT – 250x109/l, СОЭ – 5 мм/ч.Биохимический ан. крови: общий белок – 75 г/л, АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 38 Ед/л, ЩФ – 140 Ед/л (норма 70-140), амилаза – 100 Ед/л, тимоловая проба – 3 Ед, билирубин общий – 18 мкмоль/л.

В общем ан. мочи: светло-желтая, прозрачная, уд. вес – 1015, реакция кислая, белок (–), сахар (–), лейкоциты – 2-3 п/зр, ацетон (–), слизь ед.
ФЭГДС: слизистая пищевода гиперемирована, кардия смыкается не полностью.Вжелудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы 12-перстной кишки очагово гиперемирована, отечная. Тест на H. pylori отрицательный.
УЗИ органов брюшной полости: контуры печени ровные, паренхима гомогенная, эхогенность не усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена.Желчный пузырь грушевидной формы 65х38 мм (норма 50х30) с перегибом в области дна. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижены.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Оцените изменения при УЗИ и их информативность для постановки диагноза?
3. Оцените лабораторные показатели этой пациентки.
4. Опишите принципы лечения данного больного в поликлинических условиях.
5. Принципы реабилитации ребенка в амбулаторных условиях.

Ответ

1. Основной диагноз: «хронический антральный гастрит, период обострения». Недостаточность кардии, гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (I А). Перегиб желчного пузыря в области тела, дисфункция сфинктера Одди по билиарному и панкреатическому типам. Основной диагноз поставлен с учѐтом данных семейного анамнеза (язвенная болезнь 12-перстной кишки у матери, хронический гастрит у отца, что может указывать на возможную персистенцию хеликобактерной инфекции в семье), жалоб ребѐнка на боли в животе, имеющих характерный для гастрита болевой синдром, локализацию болей – пилородуоденальная область, наличие небольшого мышечного дефанса и (+) симптома Менделя, что свидетельствует о глубоком локальном поражении слизистой оболочки. Хронический антральный гастрит – на основании наличия болевого синдрома, данных ФЭГДС. Учитывая наличие на ФЭГДС множественных разнокалиберных выбуханий требуется исключение хеликобактерной инфекции. Недостаточность кардии и гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (I А) – по данным ФЭГДС. Перегиб желчного пузыря в области тела по данным УЗИ.
2. Перегиб в области дна и увеличение размеров желчного пузыря, что указывает на снижение его сократительной способности наряду с увеличением размеров и изменением эхоструктуры головки и хвоста поджелудочной железы. Метод УЗИ эффективен для проведения дифференциальной диагностики и уточнения диагноза.

3. В общем анализе крови и мочи – отклонений нет, в биохимии крови – верхние границы нормы щѐлочной фосфатазы и билирубина.
4. В условиях поликлиники режим охранительный, стол с учѐтом принципов химического, термического и механического щажения. Показаны антацидные препараты и прокинетики.
5. Реабилитация в амбулаторно-поликлинических условиях: Врач-оториноларинголог и врач-стоматолог проводят по показаниям санацию очагов хронической инфекции 2 раза в год. Противорецидивная терапия проводится также 2 раза в год: антациды, витаминотерапия, физиолечение, специальная А группа физкультуры, далее подготовительная группа физкультуры. Рекомендовано санаторно-курортное лечение.

Ситуационная задача №9

Мать с мальчиком 11 месяцев на приёме у врача-педиатра с жалобами на отставание ребёнка в физическом развитии (масса тела – 7,0 кг), одышку и перорального цианоза при физическом или эмоциональном напряжении. Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с двухмесячного возраста, при кормлении отмечалась быстрая утомляемость вплоть до отказа от груди. Бронхитами и пневмониями не болел. При осмотре: кожные покровы с цианотичным оттенком, периферический цианоз, симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости: левая – по левой средне-ключичной линии, правая – по правой парастернальной линии, верхняя – II межреберье. Тоны сердца звучные. ЧСС – 140 ударов в минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум жёсткого тембра, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД – 40 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см, селезёнка не пальпируется.
В общем ан. крови: Ht – 49% (норма – 31-47%), Hb – 170 г/л, эр. – $5{,}4\times10^{12}$/л, ЦП – 0,91, лейкоциты – 6,1×109/л, п/яд. – 3%, с/яд. – 30%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 60%, моноциты – 6%, СОЭ – 2 мм/час;
В общем ан. мочи: цвет – светло-жёлтый, удельный вес – 1004, белок – отсутствует, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в п/зр, эр. – нет, цилиндры – нет, слизь – нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обеднение какого круга кровообращения характерно для данных пороков сердца?
3. Составьте план дополнительного обследования пациента до госпитализации.
4. Какие изменения возможны на рентгенограмме?
5. Необходимо ли назначение сердечных гликозидов у данного больного до осмотра врачом-кардиологом?

Ответ

1. Врождѐнный порок сердца, по синему типу.
2. Характерно обеднение малого круга кровообращения.
3. 1. Измерение АД: на правой руке и любой ноге;
   2. ЭКГ;
   3. Рентгенография органов грудной клетки;
   4. ЭХО-КГ;
   5. Консультация врача-кардиолога.
4. Рентгенологическое исследование органов грудной полости позволяет выявить характерную для этого порока картину: повышенная прозрачность лѐгочных полей за счѐт обеднения лѐгочного рисунка; форма сердечной тени, не увеличенной в размерах, глубокая талия сердца.
5. Применение сердечных гликозидов до осмотра кардиолога не показано, так как может усиливать одышечно-цианотичные приступы.

Ситуационная задача №10

Девочка 5 лет заболела 2 дня назад, когда после переохлаждения повысилась температура тела до 37,5ºС, появились боли в животе, частые болезненные мочеиспускания. На следующий день температура нормализовалась, однако сохранялись частые болезненные мочеиспускания. Из анамнеза: неделю назад отмечался однократный эпизод жидкого стула. Респираторными инфекциями болеет 3-4 раза в год. Аллергологический, наследственный анамнез не отягощены. Привита по возрасту. Посещает детский сад. Объективно: кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. Слизистая нёбных дужек, миндалин, задней стенки глотки розовая, влажная, язык у корня обложен белым налётом. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 100 в минуту. Живот мягкий, умеренно болезненный в надлобковой области. Печень, селезёнка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускания частые – каждые 2030 минут, болезненные, моча жёлтая, мутная.

Общий ан. крови: Эр. – $4{,}3\times10^{12}$/л, Hb – 128 г/л, лейкоциты – $6{,}4\times10^{9}$/л, эозинофилы – 2%, п/яд – 2%, с/яд – 47%, лимфоциты – 43%, моноциты – 6%, СОЭ – 12 мм/ час.

Общий ан. мочи: цвет – жёлтый, прозрачность – мутная, относительная плотность – 1012 г/л, белок – не обнаружен, лейкоциты – вне п/зр., эритроциты – 35 в п/зр., свежие, слизь – умеренное количество, соли – оксалаты небольшое количество, бактерии – много.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией.
4. Составьте план лечения данного ребёнка.

5. Определите тактику ведения детей с данной патологией.

Ответ

1. Инфекция мочевыводящих путей.

Диагноз «инфекция мочевыводящих путей (ИМВП)» выставлен на основании наличия у ребѐнка дизурического синдрома (поллакиурия, странгурия), развившегося после переохлаждения с минимальными симптомами интоксикации (лихорадка в пределах 37,5° С в течение 1 суток). Локализация болей в животе заставляет думать об остром цистите.

2. 1. Клинический анализ крови для оценки воспалительной активности. Для инфекции мочевыводящих путей, в отличие от пиелонефрита, не характерны изменения в виде лейкоцитоза, нейтрофилѐза, увеличения СОЭ.

2. Клинический анализ мочи с подсчѐтом количества лейкоцитов, эритроцитов и определением нитритов (скринирующее исследование мочи на нитриты, которые образуются в результате восстановления бактериями нитратов в нитриты позволяет подтвердить бактериальную этиологию заболевания). Для инфекции мочевыводящих путей характерна различной степени выраженности лейкоцитурия, гематурия. Обязательно повторное исследование мочи по окончании терапии.

3. Бактериологическое исследование мочи - выделение причинно-значимого инфекционного агента. Наиболее частым возбудителем у детей является Escherichia coli.

4. УЗИ почек, мочевого пузыря - позволяет дать оценку размерам почек, состоянию чашечно-лоханочной системы, объѐму и состоянию стенки мочевого пузыря, заподозрить наличие аномалий строения мочевой системы (расширение чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), стеноз мочеточника, и.др.), камней. Для цистита характерным является обнаружение утолщения слизистой и значительного количества «эхонегативной» взвеси. При остром цистите рентгеноурологическое обследование не показано. Выявление аномалий развития при ультразвуковом обследовании диктует необходимость дальнейшего урологического обследования.

5. Консультация врача-гинеколога - у части детей причиной дизурических расстройств и лейкоцитурии является локальное воспаление гениталий, кроме того наличие вульвовагинита может быть подтверждение восходящего пути инфицирования мочевыводящих путей.

3. 1. Дети раннего возраста (менее 2 лет).

2. Наличие симптомов интоксикации.

3. Отсутствие возможности осуществить оральную регидратацию при наличии признаков обезвоживания.

4. Бактериемия и сепсис.

5. Рецидивирующее течение ИМВП для исключения еѐ вторичного характера и подбора адекватного противорецидивного лечения.

4. 1. Постельный режим на период выраженных дизурических явлений. Показаны общее согревание больного и местные тепловые процедуры.

2. Диета с исключением острых, пряных блюд и специй. Показаны молочно-растительные продукты, фрукты, богатые витаминами. Обильное питье (увеличение суточного объѐма жидкости на 50% от возрастной нормы). Эффективно применение морса из клюквы, брусники.

3. Антибактериальная терапия. Препаратом выбора является Амоксициллин+Клавулановая кислота 50 мг/кг/сут. (по Амоксициллину) продолжительностью 5-7 дней (учитывая первый эпизод ИМВП, при отсутствии данных об аномалии развития почек и мочевыводящих путей и нарушениях уродинамики более длительный приѐм антибактериальных препаратов не показан). При отсутствии выраженной интоксикации и сохранной способности ребѐнка получать препарат через рот целесообразен пероральный приѐм препарата с первых суток лечения. Кроме того, назначают препараты цефалоспоринового ряда II-III поколения (Цефиксим, Цефуроксим аксетил, Цефтибутен).

5. 1. Профилактика рецидивов ИМВП: регулярное опорожнение мочевого пузыря и кишечника, достаточное потребление жидкости, гигиена наружных половых
органов.

2. При повторении эпизодов инфекции МВП (более 2 эпизодов у девочек и более 1 – у мальчиков) рекомендуется проведение рентгенурологического обследования для исключения пузырно-мочеточникового рефлюкса и аномалий развития мочевыделительной системы.

3. Исследование мочи при появлении лихорадки без катаральных изменений со стороны верхних дыхательных путей.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11

К врачу-педиатр участковому доставили девочку 13 лет с жалобами на резкие боли в животе, задержку мочи. Заболевание началось 12 часов назад. Появились боли в животе без определённой локализации, болезненное мочеиспускание, затем – задержка мочи, усиление болей в животе. Направлена в нефрологическое отделение. По данным выписки из истории болезни известно: в анамнезе: 3 месяца назад имелся аналогичный болевой приступ в сочетании с изменениями в моче (микрогематурия), которые выявлены при обследовании у врача-педиатра участкового. Боли исчезли через 2 дня, в анализе мочи отмечались единичные кристаллы солей, большое количество оксалатов кальция. Лечились Канефроном в течение 1 месяца. Контрольное обследование не проводилось. Причину ухудшения состояния пациента не выявили.

При поступлении состояние ребёнка средней тяжести. Рост – 156 см, масса – 42,5 кг. Температура – 37,2°С. Кожные покровы обычной окраски, отёков нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 80 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт.ст. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий,

безболезненный. Печень не пальпируется. При глубокой пальпации живота отмечается умеренная болезненность в проекции нижнего полюса правой почки и резкоположительный симптом Пастернацкого справа и сомнительный слева.
Общий ан. мочи: уд. вес – 1018 г/л, белок – 0,033 г/л, лейкоциты – 35-50 в п/зр., эр. – 8-10 в п/зр., ураты – сплошь, бактериурия. Клинический ан. крови – без патологии. УЗИ почек: в проекции собирательной системы правой почки гиперэхогенное включение 2×5 мм, от которого отходит «акустическая дорожка». В мочевом пузыре симптом «звёздного неба». Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам: рост E. coli, степень бактериурии: 5104/л, чувствительность: Амоксиклав, Фурамаг, Цефтриаксон.

Вопросы:

1. Выделите основной синдром у данного пациента.
2. Поставьте и сформулируйте диагноз и окажите неотложную помощь.
3. Оцените данные лабораторного обследования.
4. Определите организационную (маршрутизация) тактику ведения пациента.
5. Определите диагностическую тактику ведения пациента и назовите комплекс планируемых лечебных мероприятий при данном заболевании.

Ответ

1. Болевой синдром.
2. Предварительный диагноз «мочекаменная болезнь. Ишурия. Хронический вторичный дизметаболический пиелонефрит. Обострение. Почечная колика». Неотложная помощь заключается в следующем: назначение спазмолитических, болеутоляющих средств, например, Ависана (в таблетках по 0,05 г) внутрь по 1-2 таб. 3-4 раза в сутки после еды. Препарат способствует отхождению мелких конкрементов из мочевых путей. Применяется Атропина сульфат подкожно по 0,5-1 мл 0,1% раствора в сочетании с болеутоляющими средствами (Тримепиридин, Пантопон и др.). Показаны тѐплые ванны. Применяется внутрь Метамизол натрия (Баралгин) по 1-2 таб. 3 раза в сутки, детям школьного возраста по 10-20 кап. 3-4 раза в сутки, по 1-2 свечи 3 раза в сутки. При в/м введении эффект наступает через 20-30 мин., при в/в через 5-8 мин. Как спазмолитическое средство назначают Папаверина гидрохлорид – внутрь по 0,02-0,04 г.
После снятия приступа почечной колики ребѐнку показана госпитализация в детское нефрологическое отделение для полного нефроурологического обследования, консультации врача-уролога.
3. ОАМ: протеинурия, лейкоцитурия, гематурия, бактериурия.
4. Направить на третий уровень оказания медицинской помощи (в детское урологическое отделение) или в межрайонный центр для консультации детского врача-уролога, врача педиатра-нефролога для обследования и лечения заболевания.
5. Наблюдение пациента: мониторинг посева мочи, ОАМ, ОАК, УЗИ почек и мочевого пузыря в динамике заболевания; стол № 7, охранительный режим, фитотерапия. Контроль назначений детского уролога, врача-педиатра-

нефролога. Консультация педиатра-нефролога, по показаниям - детского врача-уролога для коррекции лечения в динамике заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12

Мальчик Саша 7 лет поступил в стационар по направлению врача-педиатра участкового с жалобами на головную боль, недомогание, изменение цвета мочи. Из анамнеза известно, что ребенок от 1 беременности, протекавшей без осложнений, родился в срок с массой тела - 3200 г, длиной тела – 52 см, оценкой по Апгар 8/9 баллов. На грудном вскармливании до 1 года. Из перенесенных заболеваний – редко ОРВИ, после 5-летнего возраста – трижды лакунарные ангины, у матери – хр. тонзиллит. Три недели назад перенес лакунарную ангину, последнюю неделю посещал школу. В течение двух последних дней появились недомогание, головная боль, однократно было носовое кровотечение, стал редко мочиться.

При осмотре: выражена бледность кожных покровов, пастозность лица, голеней. Перкуторно над легкими легочной звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 1 см, 1 тон на верхушке ослаблен, тоны сердца учащены, приглушены, усилен 2-ой тон на аорте, АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий,безболезненный, асцита нет. Печень, селезенка не увеличены. За сутки выделил 240 мл мочи.

Общий ан. крови: Hb – 111 г/л, эр. – $4{,}2\times10^{12}$/л, MCV – 80 fl, MCH – 29 pg, MCHC – 32 g/l, анизоцитоз эритроцитов – 9,5%,тромбоциты - 368×10^{9}/л, лейкоциты – $8{,}9\times10^{9}$/л, нейтрофилы –64%, лимфоциты – 22%,эоз. – 4%, моноциты – 8%, СОЭ- 25 мм/час.

Общий ан. мочи: цвет - бурый, прозрачность - мутная, pH – 6,0, плотность - 1024, белок – 1,5 г/л, билирубин - NEG, уробилиноген - NORM, глюкоза – NEG, лейкоциты – 10 в п/зр., эр. – сплошь покрывают все поля зрения, эпителиальные клетки – ед. в п/зр., цилиндры CAST гиалиновые– 5-6 в п/зр., цилиндры CAST – эритроцитарные - 10-15 в п/зр.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз.
4. Составьте план медикаментозного лечения.
5. В каком случае данному больному показано проведение биопсии почек?

Ответ

1. Острый нефритический синдром (постстрептококковый гломерулонефрит).
2. В пользу нефритического синдрома: периферические отѐки; синдром артериальной гипертонии - головная боль, носовое кровотечение, усиление 2 тона на аорте, АД-130/80 мм рт. ст., макрогематурия.

Диагноз «острый постстрептококковый гломерулонефрит» установлен на основании наличия типичной триады (нефритического синдрома, предшествующий заболеванию стрептококковой инфекции (лакунарная

ангина), интервала между инфекцией и гломерулонефритом в 2 недели) и гуморальной активности (ускорение СОЭ-25мм/час).
3. Показано следующее дополнительное обследование: суточная протеинурия для оценки степени тяжести протеинурии, для контроля системы коагуляции (число тромбоцитов, фибриноген, АПТВ, РФМК) для оценки функции почек – суточный диурез, мочевина, креатинин, калий, натрий крови в динамике.
УЗИ почек для оценки размеров, состояния паренхимы почек. Для подтверждения предшествующей стрептококковой инфекции – определение а/т к внутриклеточным продуктам стрептококка (АСЛ-О, антистрептогиалуронидазе, антистрептокиназе). Посев с миндалин на стрептококк. У больного с острым постстрептококковым гломерулонефритом:
суточная протеинурия до 1-2г/сутки, не достигает нефротического уровня (1000мг/м2/сутки), характерно – снижение С3-фракции комплемента, у некоторых больных и С4-фракции комплемента, могут быть признаки гиперкоагуляции (гипертромбоцитоз, гиперфибриногенемия, укорочение АПТВ, повышение РФМК), положительные результаты посевов на стрептококк группы А, наличие антистрептококковых антител. По данным УЗИ характерны – небольшое увеличение почек в размерах, нарушение дифференцировки слоѐв паренхимы, умеренное повышение эхогенности паренхимы, чашечно-лоханочная система без деформации. В острую фазу заболевания за счѐт уменьшения числа функционирующих нефронов, снижения клубочковой фильтрации транзиторно снижается функция почек с развитием олигурии (менее 10-15мл/кг/сутки), нарушением гомеостаза – повышение креатинина, мочевины, гиперкалиемия.
4. Антибактериальная терапия 4-6 недель по схеме: 2 недели препараты пенициллинового ряда (Амоксициллин, Амоксиклав) + 2 недели макролиды II – III поколения (Джозамицин), далее поскольку есть хронический тонзиллит – Бициллин-5 1 раз в месяц в течение 4-5 месяцев.
При гиперкоагуляции (Фибриноген более 4г/л) – антиагреганты (Курантил) и антикоагулянты (Фрагмин). Симптоматическая терапия: диуретики (Фуросемид), гипотензивные препараты (ингибиторы АПФ - Эналаприл, блокаторы кальциевых каналов - Нифедипин).
5. Биопсия почек показана при атипичном течении, длительном отсутствии обратного развития клинических симптомов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13

Больной 8 лет (рост 130 см, вес 28 кг) обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на отечность лица, голеней, появление мочи темного красно-коричневого цвета.Симптомы родителями выявлены утром в день обращения. За две недели до обращения отмечались следующие симптомы: боль при глотании, повышение температуры до фебрильных цифр, интоксикация; за медицинской помощью не обращались, лечились

самостоятельно (жаропонижающие, полоскания) с медленной положительной динамикой.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп. Зев не резко гиперемирован, миндалины II-III степени, разрыхлены, без наложений. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/85 мм рт. ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.Мочеиспускание свободное, 4 - 5 раз в день, небольшими порциями. Стул –оформленный регулярный.

Общий ан. крови: Hb – 120 г/л, эр. – $4{,}3\times10^{12}$/л, L – $10{,}3\times10^{9}$/л, п/яд – 2%, с/яд – 65%,эоз. – 3%, лимф. – 24%, мон. – 6%, СОЭ – 20 мм/час.

Общий ан. мочи: кол-во – 70,0 мл, цвет – красный, реакция – щелочная, относительная плотность –1023, эпителий –1-2 в поле зрения, цилиндры–4-5 в п/зр., белок –0,9 г/л, эр. измененные, на все п/зр., лейкоциты – 2-3 - в п/зр.

УЗИ: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка без патологии. Почки расположены обычно, размеры не увеличены, паренхима не изменена. ЧЛС (чашечно-лоханочная система) имеет обычное строение.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какое исследование необходимо провести для уточнения этиологического фактора?
4. Укажите основные группы лекарственных препаратов для лечения данного заболевания.
5. Укажите прогноз заболевания. Как долго может сохраняться микрогематурия при этом заболевании?

Ответ

1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит.
2. Отѐки, артериальная гипертензия, протеинурия, макрогематурия.
3. Антистрептолизин – О (АСТЛ-О) – характерно повышение антистрептококковых антител.
4. Антибактериальные препараты пенициллинового ряда, диуретики (петлевые), антигипертензивные препараты (блокаторы медленных кальциевых каналов, ингибиторы АПФ).
5. В 90% случаев прогноз благоприятный. Микрогематурия может сохраняться несколько месяцев после завершения курса лечения, что не является критерием хронизации и не требует специфического лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14

Игорь М. 5 лет (рост 100 см, вес 20 кг) обратился к врачу-педиатру участковому на третий день заболевания с жалобами на отеки в области лица и нижних конечностей.Появлению отеков предшествовала ОРВИ.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 36,5 °С, ЧСС – 100 ударов в минуту, АД 105/60 мм рт. ст. Кожные покровы чистые, обычной окраски, теплые.Выражены отеки мягких тканей лица, туловища и нижних конечностей. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные. Миндалины не выступают из-за края небных дужек, не гиперемированы. Задняя стенка глотки не гиперемирована. Носовое дыхание свободное. Отделяемого из носовых ходов нет. Кашля нет. Аускультативно дыхание в легких пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Печень выступает на 2 см ниже реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускания 5-8 раз в сутки по 150-200 мл, свободные. Стул – оформленный, регулярный (1 раз в день).
Общий ан. крови: эр. – 4×10^{12}/л, Нв – 140 г/л, Л – $8{,}2\times10^{9}$/л, эозинофилы – 3%, с/яд – 49%, лимфоциты – 43%,моноциты – 5%, СОЭ – 38 мм/час.
Биохимический ан. крови: общий белок – 40 г/л, альбумины – 20 г/л, холестерин – 9,22 ммоль/л, мочевина – 5,2 ммоль/л, креатинин – 0,6 мг/%.
Суточная протеинурия – 2,4 г/м^2/сут.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите препарат, способ дозирования и продолжительность для стандартной терапии этого заболевания.
4. Укажите основные осложнения стандартной терапии.
5. Назовите классификацию заболевания в зависимости от ответа на стандартную терапию заболевания.

Ответ

1. Острый гломерулонефрит. Нефротический синдром.
2. Отѐки, протеинурия (более 1 грамма/м2/сутки), гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия, при отсутствии артериальной гипертензии, гематурии и острого повреждения почек.
3. Стандартный курс преднизолонотерапии – пероральный приѐм Преднизолона 60 мг/м2 или 2 мг/кг/день, максимальная доза – 60 мг/сутки, непрерывно в течение 6 недель.
4. Экзогенный гиперкортицизм (Синдром Кушинга), остеопения, остеопороз, катаракта, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, задержка роста, артериальная гипертензия, гипокалиемия.
5. Стероидчувствительный, стероидзависимый, стероидрезистентный.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15

На приёме у врача-педиатра участкового мать с ребёнком 2,5 лет с жалобами на быструю утомляемость сына, одышку при минимальной физической нагрузке, сердцебиение и боли в области сердца. Мальчик от 3-й

беременности, протекавшей с обострением хр. пиелонефрита в 4–6 недель. Роды в 38 нед., кесарево сечение. Масса тела 3100 г, длина 50 см. Перенесённые заболевания – частые ОРВИ, пневмония в 6 месяцев и 1,5 года. С 6 месяцев появилось посинение лица, вялость, беспокойство во время кормления. Мальчик стал плохо прибавлять в весе. В 8 месяцев впервые появился эпизод шумного глубокого дыхания, ребёнок посинел. Далее эти приступы стали повторяться 1–2 раза в месяц. На 2 году жизни ребёнок во время приступов одышки и цианоза несколько раз терял сознание, развивались судороги.

Вес – 12,5 кг, рост – 102 см. Кожные покровы бледно-синюшные. Подкожно-жировой слой снижен. Слизистые ротовой полости бледно-цианотичные. Зубы кариозные. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногти напоминают «часовые стёкла». ЧСС – 102 удара в минуту. Границы сердца: правая на 1 см кнаружи от правой пара-стернальной линии, верхняя – верхний край III ребра, левая – на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. При аускультации I тон громкий, выслушивается грубый систолический шум во II межреберье справа, проводится на спину. II тон во втором межреберье слева ослаблен. АД на руках – 90/55 мм рт.ст. АД на ногах – 100/60 мм рт.ст. При перкуссии лёгких звук с коробочным оттенком. ЧД – 26 в минуту. Отёков нет.

В общем ан. крови: эр. – $5,7\times10^{12}$/л; Нв – 158 г/л; Л – $4,11\times10^{9}$/л; эоз.– 3%; п/яд – 3%; с/яд – 48%; моноциты – 9%; лимфоциты – 37%; СОЭ – 12 мм/ч.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента, назовите изменения, выявляемые при инструментальных методах диагностики.
4. Назовите составляющие компоненты выявленного врожденного порока сердца.
5. Определите тактику врача-педиатра участкового при купировании одышечно-цианотического приступа. Назовите препараты, введение которых противопоказано.

Ответ

1. Врождѐнный порок сердца (с цианозом, с обеднением малого круга кровообращения). Тетрада Фалло. Одышечно-цианотические приступы.

2. Диагноз «врожденный порока сердца (ВПС), тетрада Фалло» установлен на основании:

- жалоб на быструю утомляемость, слабость, одышку при минимальной физической нагрузке, сердцебиение и боли в области сердца;
- анамнеза болезни (с 6 месяцев появление одышечно-цианотических приступов);
- клинического обследования (наличия симптомов хронической артериальной гипоксемии, гипоксемических кризов (одышечно-цианотических приступов), симптомов гипотрофии);

 признаков полицитемии в общем анализе крови.
3. Пациенту рекомендовано:
- консультация детского врача-кардиолога (для уточнения диагноза и определения тактики ведения ребѐнка);
- ЭКГ для выявления отклонения электрической оси вправо, признаков гипертрофии правого желудочка, замедления внутрижелудочковой проводимости;
- рентгенограмма органов грудной полости для обнаружения обеднения лѐгочного рисунка и сердца с характерной конфигурацией – в виде «деревянного башмачка»;
- ЭХО-КГ с допплером для выявления характерных признаков порока: большого ДМЖП, декстрапозиции аорты, наличия лѐгочного стеноза и гипертрофии правого желудочка.
4. 1. Подаортальный (высокий мембранозный) дефект межжелудочковой перегородки, создающий условия для выравнивания давления в обоих желудочках.
2. Обструкция выхода из правого желудочка (стеноз лѐгочной артерии).
3. Гипертрофия миокарда правого желудочка вследствие обструкции его выхода.
4. Декстрапозиция аорты (аорта расположена непосредственно над дефектом межжелудочковой перегородки).
5. 1. Успокоить ребѐнка, расстегнуть стесняющую одежду.
2. Провести ингаляцию увлажненного кислорода через маску.
3. Ввести Кордиамин в дозе 0,02 мл/кг подкожно или внутримышечно.
4. Ввести «литическую смесь» (Пипольфен, Аминазин, Анальгин (или Промедол), каждый из препаратов в разовой дозе по 0,1 мл/год жизни больного).
5. При тяжѐлом приступе обеспечить доступ к вене и при отсутствии эффекта от предыдущей терапии ввести 0,1% раствор Анаприлина в дозе 0,1 мг/кг в 10 мл 20% раствора Глюкозы внутривенно медленно.
6. При тяжѐлом приступе - 4% раствор натрия бикарбоната в дозе 4-5 мл/кг в/в медленно в течении 5 минут.
Противопоказаны сердечные гликозиды и диуретики.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 16

На патронаже новорожденная девочка, возраст – 7 сутки жизни. Родилась с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов, с массой тела 3400 г, длиной 52 см. Мать ребенка жалоб не предъявляет. Из анамнеза: матери ребенка 22 года, здорова, беременность первая, протекала на фоне анемии и преэклампсии легкой степени (отечная форма) с 34 недель, роды срочные (39 недель), самостоятельные, без осложнений. Состояние ребенка с рождения удовлетворительное. К груди была приложена в родильном зале. Сосательный рефлекс был активный. На 3 сутки жизни появилась умеренно выраженная желтушность кожного покрова. Ребенок вакцинирован БЦЖ, вакцинация против гепатита В - отказ матери.

На 5 сутки ребенок был выписан под наблюдение участкового педиатра с Ds: здоров. При объективном исследовании: состояние удовлетворительное. При кормлении активна. Спонтанная двигательная активность достаточная. Рефлексы орального и спинального автоматизма выражены хорошо. Кожа желтушная, чистая, пупочное кольцо без воспалительных изменений. Слизистые носа, полости рта розовые, чистые. Склеры субиктеричны, конъюнктивы чистые. Физиологический мышечный гипертонус. ЧД - 48 в минуту, ЧСС - 136 в минуту. Аускультативно дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не определяется. Мочеиспускания частые, моча светлая прозрачная. Стул кашицеобразный, почти после каждого кормления, желтого цвета. По данным выписки из роддома: общий ан. крови: L – $9{,}0\times10^{9}$/л, Эр. – $5{,}0\times10^{12}$/л, Нв – 180 g/L, тромбоциты – 220×10^{9}/л; эозинофилы – 4%, п/яд. нейтрофилы – 2%, с/яд. – 48%, лимфоциты – 41%, моноциты – 5%, СОЭ – 3 мм/час. Биохимическое исследование крови: общий белок – 54 г/л, общий билирубин – 180 ммоль/л, непрямой билирубин – 145 ммоль/л, АЛТ – 20 ммоль/л, АСТ – 18 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, мочевина – 4,2 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Дальнейшее наблюдение данного ребенка на амбулаторном этапе.
4. Какие клинические симптомы будут свидетельствовать о данном заболевании необходимости дальнейшего обследования и лечения в условиях стационара?
5. Составьте план вакцинопрофилактики для данного ребенка на первые 3 месяца.

Ответ

1. Период новорождѐнности. Физиологическая желтуха. Группа здоровья II.
2. Обоснование диагноза:
- манифестация желтухи на 3 сутки жизни,
- удовлетворительное состояние ребѐнка,
- отсутствие гепатомегалии,
- физиологическая окраска мочи и стула,
- преобладание непрямого билирубина,
- группа здоровья II: физиологическая желтуха, отягощѐнный антенатальный период – у матери анемия, преэклампсия.

3. Патронажи врачом на 14, 21 сутки. Оценка течения данного состояния - оценка степени выраженности, нарастания или угасания желтухи.

Если с конца первой недели и к началу второго патронажа желтуха не будет угасать, необходимо сделать контроль билирубина крови, непрямой его фракции, трансаминаз, ЩФ и принять решение о госпитализации ребѐнка.

Если исследуемые показатели не нарастают и/или снижаются, ребѐнок продолжает наблюдаться на участке. Необходимо сохранять грудное вскармливание. Назначаются препараты УДХК из расчѐта 10-15 мг/кг/сутки, энтеросорбенты до нормализации уровня билирубина.
Если исследуемые показатели нарастают, ребѐнок должен быть госпитализирован в отделение патологии новорожденных стационара.
4. Вялость, снижение активности при сосании, снижение спонтанной двигательной активности, отсутствие прибавки в массе тела ежедневно, появление зеленоватого оттенка желтухи, нарастание гепатомегалии, увеличение селезѐнки, появление тѐмной мочи, светлого или обесцвеченного стула, сохранение желтухи после 14 дня жизни.
5. При нормализации уровня билирубина в 1 месяц - первая вакцинация против гепатита В, затем в 2 месяца и в 7 месяцев. В 2 и 3 месяца вакцинация против пневмококковой инфекции.
В 3 месяца вакцинация АКДС+полиомиелит.
В 3 месяца вакцинация против гемофильной палочки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 17

Первичный патронаж новорожденного. Девочка 5 дней родилась от первой беременности, протекавшей на фоне анемии и повторной угрозы прерывания. У матери с детства аутоиммунный тиреоидит. Роды на 43 неделе гестации. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Родилась с массой тела - 4100 г, длиной – 50 см, окружность головы – 34 см, окружность груди – 33 см. С первых суток находилась в палате «Мать и дитя», вскармливание грудное в свободном режиме. Выписана домой на 4 сутки.
При осмотре врач-педиатр участковый отмечает признаки незрелости, низкий и грубый голос при плаче, увеличенный язык, иктеричность кожного покрова 1 степени, отечность лица и тыльных поверхностей кистей и стоп. Пупочный остаток не отпал. Рефлексы вызываются, но снижены. Мышечная гипотония. Форма головы правильная, большой родничок 3×3см, не напряжен. Носовое дыхание свободное. При аускультации дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД - 52 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 110 в минуту. Мама отмечает, что ребенок неохотно и вяло сосет грудь. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Половые органы сформированы правильно. Стул был дважды, не обильный, желтого цвета, слизи не отмечали. Мочится редко, моча светлая, без запаха. Из выписки из родильного дома выяснено, что неонатальный скрининг у ребенка не проведен. Рекомендовано провести в условиях амбулаторного наблюдения.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Обоснуйте и составьте план обследования пациента
4. При обследовании ребенка уровень ТТГ составил 98,0 мЕД/л. Обоснуйте терапию конкретного ребенка.

5. Какова дальнейшая тактика врача-педиатра участкового?

Ответ

1. Период новорождѐнности. Врождѐнный гипотиреоз.
2. Диагноз врождѐнного гипотиреоза поставлен на основании:
- анамнеза – наличие у матери аутоиммунного тиреоидита;
- типичной клинической картины: переношенная беременность, большая масса тела при рождении, снижение рефлексов, отѐчное лицо, увеличенный язык, иктеричность кожного покрова, не отпавший пупочный остаток, отѐки на тыльных поверхностях кистей и стоп, признаки незрелости, низкий и грубый голос при плаче, мышечная гипотония, глухость сердечных тонов.
3. Для окончательной верификации диагноза требуется срочное гормональное обследование – определение в периферической крови уровня ТТГ и свободного Т4, осмотр врачом-эндокринологом, проведение неонатального скрининга в условиях поликлиники.
4. Указанный уровень ТТГ подтверждает Ds: врождѐнный гипотиреоз. Сразу же после установления диагноза детям с врождѐнным гипотиреозом должна быть начата заместительная гормональная терапия L-тироксином, с повторным контрольным гормональным обследованием по назначению врача-эндокринолога.
5. Совместное с врачом-эндокринологом диспансерное наблюдение с целью:
- оценки нервно-психического развития;
- физического развития и динамики роста;
- костного созревания,- контроля уровня гормонов ТТГ и св. Т4.

Врач-педиатр участковый выполняет полный стандарт наблюдения на педиатрическом участке с комплексной оценкой здоровья, определения сроков вакцинации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 18

Мальчик родился от матери 23 лет. Беременность первая, протекала без особенностей. Роды срочные в 40 недель. Околоплодные воды светлые. Родился ребенок с массой 3250 г, ростом 50 см с тугим обвитием пуповины вокруг шеи. Состояние ребенка на первой минуте тяжелое, наблюдается акроцианоз; дыхание нерегулярное, стон; сердцебиение – 120 ударов в минуту, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия. На отсасывание слизи – гримаса неудовольствия. Оценка по шкале Апгар – 6 баллов.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Окажите неотложную помощь новорожденному.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какова тактика ведения новорожденного?

Ответ

1. Асфиксия новорожденного средней степени тяжести.
2. Диагноз поставлен на основании данных течения родов (обвитие пуповины вокруг шеи новорожденного), клинических проявлений (состояние тяжѐлое, акроцианоз; дыхание нерегулярное, стон, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия), оценки по шкале Апгар (6 баллов).
3. Не пережимая пуповину, предотвратить потерю тепла; придать новорожденному положение со слегка запрокинутой головой, «поза для чихания»; освободить дыхательные пути (очистить рот и нос от слизи); провести тактильную стимуляцию дыхания; ИВЛ маской (масочная ИВЛ воздухом); оценить состояние новорожденного. При адекватном дыхании и сердечной деятельности закончить реанимационные мероприятия.
4. Дифференциальная диагностика проводится с острыми кровопотерями, внутричерепными кровоизлияниями, пороками развития мозга, болезнями сердца, лѐгких, диафрагмальной грыжей, внутричерепной родовой и спинальными травмами.
5. После проведения реанимационных мероприятий новорожденного для дальнейшего наблюдения (клинический, аппаратный и лабораторный мониторинг для профилактики ранних осложнений), перевести в ПИТ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 19

У ребенка Е. после рождения констатировали полное отсутствие движения в левой руке, отмечена патологическая подвижность в верхней трети левой плечевой кости, в этом же месте появилась припухлость, крепитация. Ребенок ведет себя крайне беспокойно, особенно беспокойство усиливается во время осмотра. Из анамнеза: мать молодая, первородящая, предлежание ягодичное, ожидался крупный плод. Роды самостоятельные, затяжные. Первый период родов 23 часа, второй период 45 минут, применено ручное акушерское пособие в родах. Оценка по шкале Апгар 5/8 баллов. Проведены реанимационные мероприятия. Масса 3900,0 г; рост 56 см, окружность головы 36 см, окружность грудной клетки 34 см.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
3. Назначьте лечение.
4. Определите исход. Наблюдение каких специалистов показано в поликлинике?
5. Укажите методы лечения болевого синдрома.

Ответет

1. Основной: «родовая травма – перелом левой плечевой кости в верхней трети». Фон: Асфиксия новорожденного средней тяжести.
2. Рентгенография левой плечевой кости, консультация детского врача-хирурга, НСГ, рентгенография шейного отдела позвоночника в 2 проекциях, консультация врача-невролога.

3. Раствор Викасола 1% 0,5 мл в/м, иммобилизация верхней левой конечности сроком на 10 дней. Руку фиксируют гипсовой лонгетой от края здоровой лопатки до кисти в среднефизиологическом положении.
4. После прекращения иммобилизации движения в травмированной конечности восстанавливаются через 7-10 дней. Показано наблюдение детского врача-хирурга, врача-ортопеда, врача-невролога.
5. Покой, фиксация ШОП, 10 капель per os S.Glucosi 40%, Парацетамол – анальгетик I ступени, действует 5 часов. Ректально 75-125 мг доношенным, перорально 10 мг/кг каждые 4 часа в виде сиропа.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 20

Девочка А. родилась от матери 26 лет, соматически здоровой, от 2 беременности, 2 родов. Вредные привычки отрицает. На учете в женской консультации состояла с 9 недель. Беременность протекала с преэклампсией. Роды в 39 недель. На момент рождения состояние ребенка удовлетворительное. Оценка по шкале В. Апгар на первой минуте 8 баллов, на пятой 9 баллов. Масса тела 3100 г, длина тела 51 см. Приложена к груди в родовом зале. Ребенок находился в палате «мать и дитя» с первых суток. На 3 сутки жизни при обходе врача-неонатолога мама обратила внимание на симметричное увеличение молочных желез, кожа над ними была слегка гиперемирована, наблюдались скудные выделения беловато-молочного цвета, кроме того у ребенка отмечался отек больших половых губ и обильное слизистое отделяемое серовато-белового цвета. Температура тела 36,5°С. На осмотр реагирует адекватно, в сознании, крик громкий, эмоциональный, ребенок активный. Находится на грудном вскармливании, сосет активно, грудь захватывает хорошо, питание удерживает. У матери лактация достаточная.
Клинический ан. крови: Hb – 186 г/л, эр. – $5,4\times10^{12}$/л, ЦП – 0,99, тр. – 288×10^{9} /л, Л – $9,2\times10^{9}$ /л, п/яд – 3%, с/яд – 47%, лимф. – 42%, мон. – 8%, СОЭ – 7 мм/час.
Общий ан. мочи: цвет – соломенно-желтый, реакция – кислая, удельный вес – 1003, белок отсутствует, эпителий плоский – 1–2 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – нет, цилиндры – нет.

Вопросы:

1. Опишите возникшее состояние у ребенка.
2. Обоснуйте транзиторное состояние.
3. Требуется ли лечение названного транзиторного состояния? Проведите профилактику мастита у новорожденного.
4. Назначьте питание ребенку, обоснуйте свой выбор.
5. Определите прогноз данного состояния.

Ответет

1. Транзиторное состояние новорожденного: половой криз.
2. Физиологическое транзиторное состояние установлено на основании жалоб матери на симметричное увеличение молочных желез, слегка

гиперемированную кожу над ними, скудные выделения беловато-молочного цвета, отѐк больших половых губ и обильное слизистое отделяемое серовато-белового цвета из половой щели, характерных сроков возникновения симптомов, отсутствия признаков интоксикации, отсутствия патологических изменений в лабораторных исследованиях.
3. Лечение не требуется, но при выраженном нагрубании молочной железы накладывают тѐплую стерильную повязку для предотвращения трения одеждой, гигиенические мероприятия.
4. Грудное вскармливание по требованию, на основании удовлетворительного состояния ребѐнка и матери, достаточной лактации.
5. Прогноз благоприятный.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 21

Мальчик 6 лет поступил в приемное отделение с жалобами на боли в области правого коленного и левого голеностопного суставов преимущественно в утренние часы и после дневного сна, невозможность наступать на пятки, боли в икроножных мышцах, светобоязнь.Анамнез заболевания: два месяца назад с родителями отдыхал на природе. Употреблял в пищу плохо прожаренное мясо, через 6 часов повысилась температура до 39 °С, рвота, жидкий стул до 10 раз в сутки.Госпитализирован в инфекционный стационар, где был установлен диагноз «сальмонеллез». Проводилась инфузионная терапия, антибактериальная терапия. Выписан с улучшением, посевы кала на кишечную группу отрицательные, стул нормализовался. Мать ребенка – здорова, отца ребенка беспокоят боли в поясничной области, которые проходят после физической нагрузки. В пубертатном периоде перенес негонорейный уретрит.
При осмотре состояние средней тяжести, самочувствие страдает за счет болевого синдрома со стороны суставов и стоп. Кожа чистая. Проявления двустороннего конъюктивита. Отмечается болезненная при пальпации припухлость стоп, повышение местной температуры, увеличение в объеме и значительное ограничение движений в правом коленном и левом голеностопном суставах. Пальпация области ахилловых сухожилий резко болезненная. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет. Частота сердечных сокращений 90 ударов в минуту. Живот мягкий; при пальпации безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Стул оформленный.
Общий ан. крови: Нв – 110 г/л, эр. – $4{,}0\times10^{12}$/л; Л – 15,0×109/л, с/яд. - 70%, п/яд. - 4%, лимф. -20%, моноциты - 4%, СОЭ – 35 мм/час.
Общий ан. мочи: уд. вес – 1014, белок – 0,1 г/л, лейкоциты – 10-15 в п/зр., эр. – 2-3 в п/зр.Биохимические ан. крови: общий белок – 83 г/л, билирубин общий – 10,2 мкмоль/л, АСТ – 25 Ед/л, АЛТ – 20 Ед/л, СРБ – 25,0 мг/л, глюкоза – 4,4 ммоль/л, РФ – 4 мг/л, АСТЛО – 200 МЕ/л

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Дайте оценку проведенным лабораторным исследованиям. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы нестероидных противовоспалительных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии?

Ответ

1. Реактивный артрит с энтезитами (постэнтероколитический). Активность 2 ст. Двусторонний конъюктивит. Инфекция мочевыводящих путей.
2. Диагноз установлен на основании следующих данных: 1. Отягощѐнная наследственность со стороны отца (по всей видимости болен воспалительной артропатией ассоциированой с анкилозирующим спондилоартритом). 2. Возникновение суставного синдрома после перенесѐнной кишечной инфекции. 3. Олигоартрит с энтезитами. 4. Внесуставные проявления заболевания (конъюктивит, инфекция мочевыводящих путей).
3. В общем анализе крови лейкоцитоз и нейтрофилѐз, повышение СОЭ. В биохимическом анализе крови: повышение С-реактивного белка, остальные показатели в норме. В общем анализе мочи лейкоцитурия.
4. Пациенту рекомендовано: 1. Исключить туберкулѐзный характер поражения костно-мышечной системы. 2. Поиск триггерной инфекции (серологическая диагностика РПГА, ПЦР). 3. Проведение лучевых методов диагностики – рентгенография суставов, ультразвуковая диагностика (исключение септического артрита, опухолей, остеохондропатий, оценка воспалительного процесса). 4. Молекулярно-генетическое исследование - определение HLA B27 (отягощѐнная наследственность по воспалительным артропатиям). 5. Бактериологическое исследование мочи (лейкоцитурия). 6. Консультация врача-окулиста (конъюктивит, исключить увеит).
5. Диклофенак 2-3 мг/кг, Нимесулид 3-5 мг/кг, разрешены с 6-летнего возраста в течение 3-4 недель.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 22

Мальчик 5 лет 10 дней назад перенес ОРВИ, лечился амбулаторно, получал противовирусную и симптоматическую терапию. Данное заболевание началось два дня назад, когда появились боли в животе, однократная рвота. Осматривался детским хирургом, острая хирургическая патология исключена. В дальнейшем появилась отечность стоп, на коже голеней папулезная геморрагическая сыпь. Направлен поликлиникой в стационар.
При поступлении: состояние ребенка тяжелое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу коленями. Температура 36,6 °С. На коже нижних конечностей, ягодицах симметричная, папулезная, геморрагическая сыпь, местами сливного характера. Сыпь безболезненная, при пальпации не исчезает. Отмечается отечность в области голеностопных суставов, болезненность при пальпации и движении, над ними геморрагическая сливная сыпь. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные,

ясные. ЧСС - 90 в минуту. АД 90/40 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный по ходу кишечника. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень, селезенка не пальпируются. Стул скудный, небольшими порциями, кашицеобразный. Мочится хорошо, моча светлая.
Общий ан. крови: Нв – 130 г/л, эр. – $4{,}5\times10^{12}$/л, Тр. – 435×10^{9}/л, Л – $10{,}5\times10^{9}$/л, с/яд – 58 %, эоз. - 2%, лимфоциты - 33%, моноциты – 7 %, СОЭ - 25 мм/час.
Биохимический ан. крови: общий белок – 71 г/л, глюкоза – 5,0 ммоль/л, мочевина – 3,7ммоль/л, креатинин – 0,7мг%, билирубин общий – 10,2 мкмоль/л, АСТ – 25Ед/л, АЛТ – 20 Ед/л, СРБ – 40 мг/л, фибриноген – 800 мг%.
Общий ан. мочи: цвет – соломенно-желтый, отн. плотность – 1012, белок - отр., эпителий – 0-1 в п/зр., лейкоциты – 0-1 в п/зр., эр., цилиндры отсутствуют.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования пациента и представьте ожидаемые результаты проводимых обследований.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

Ответет

1. Пурпура Шенлейн-Геноха (Иммунокомплексный IgA васкулит) кожно-суставная форма, абдоминальный синдром, тяжѐлое течение, высокая степень активности.
2. Острое начало заболевания после перенесѐнной ОРВИ. Обязательный критерий: симметричные геморрагические высыпания на нижних конечностях. Дополнительные критерии: поражение суставов, абдоминальный синдром.
3. Общий анализ крови, биохимический анализ крови, иммунологические исследования. Общий анализ мочи. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек. ФЭГДС. По показаниям: рентгенография кишечника, КТ брюшной полости, МРТ органов брюшной полости. Колоноскопия. Консультация врача-гастроэнтеролога, врача-хирурга, врача-нефролога по показаниям. Ожидаемые результаты: Общий анализ крови: умеренный лейкоцитоз с нейтрофилѐзом, тромбоцитоз, ускоренное СОЭ. Биохимическое и иммунологическое исследования крови: повышение уровня СРБ, повышение IgA. Общий анализ мочи: при наличии нефрита: гематурия, протеинурия. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек: изменение эхогенности паренхиматозных органов, жидкость в брюшной полости, гепато -и спленомегалия, увеличение размеров поджелудочной железы и почек. ФЭГДС: эритема, отѐк, петехии, язвы в разных отделах желудочно-кишечного тракта. Рентгенография кишечника:

утолщение и распрямление складок слизистой оболочки и краевые лакуны со стороны мезентериального края. Колоноскопия: язвы с преимущественной локализацией в подвздошной и прямой кишке.
4. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с менингококкцемией, тромбоцитопенической пурпурой, лимфопролиферативными заболеваниями, лейкозом, опухолями, системной красной волчанкой, неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона, хроническим гепатитом с внекишечными проявлениями, острым или хроническим гломерулонефритом, IgA-нефропатией.
5. Инвагинация, кишечная непроходимость, перфорация кишечника с развитием перитонита, при нефрите: острая почечная недостаточность или хроническая почечная недостаточность.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 23

Врачом-педиатром участковым осматривается девочка 1,5 лет. Мать жалуется на наличие у ребенка высыпаний на коже, умеренного кожного зуда, нарушение сна. Из беседы с матерью стало известно, что грудью ребенка мать кормила до 3 мес., «для улучшения лактации» пила много чая со сгущенным молоком, медом. С 3 мес. ребенок переведен на искусственное вскармливание смесью «Малютка». В 4 мес. мать стала давать девочке манную кашу на коровьем молоке. Высыпания на коже впервые появились на 4 месяце жизни, связаны с погрешностью в диете (яйцо, коровье, молоко, цитрусовые). В амбулаторных условиях получал мази с глюкокортикоидами. Продолжительность ремиссий заболевания – 2–3 месяца. У матери ребенка имеется аллергическая реакция на цитрусовые и шоколад, она курит с 15 лет, во время беременности продолжала курить.
Объективно: масса девочки – 12500 г, при осмотре возбуждена, осмотреть себя дает трудом, не контактна. Подкожно-жировой слой развит достаточно, кожа сухая. В области лица (за исключением носогубного треугольника), шеи, наружной поверхности верхних и нижних конечностей, локтевых и подколенных ямок, ягодиц отмечаются гиперемия кожи, пятнисто-папулезные элементы сыпи ярко-розового цвета, шелушение. Наблюдаются множественные эрозии и корки. Лимфатические узлы увеличены до размеров «лесного ореха». Язык «географический». В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Стул полуоформленный, 2-3 раз в день.
Общий ан. крови: Нв – 125 г/л, эр. – $3{,}8\times10^{12}$/л, ЦП – 0,98, лейкоциты – $6{,}3\times10^{9}$/л, п/яд – 2%, с/яд – 23%, эоз. – 10%, лимфоциты – 60%, моноциты –4%, СОЭ – 9 мм/час.
Общий ан. мочи: цвет – светло-желтый, удельный вес – 1014, белок – отсутствует, глюкоза – отсутствует, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0–1 в п/зр., эритроциты – нет, слизь – немного.
Вопросы:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту для наружной терапии в составе комбинированной терапии?
5. Возможно ли проведение вакцинации данному ребенку после стихания обострения?

Ответ

1. Атопический дерматит, младенческая форма, эритемато-сквамозная форма, период обострения.
2. Диагноз «атопический дерматит» поставлен на основании жалоб, данных анамнеза; раннее введение в рацион ребѐнка каши на коровьем молоке; наличие наследственной отягощѐнности по аллергическим заболеваниям по материнской линии, данных объективного осмотра ребѐнка.
3. Пациенту рекомендовано: содержание в сыворотке крови общего иммуноглобулина Е и аллерген-специфических иммуноглобулин-Е-антител; УЗИ органов брюшной полости, копрология.
4. Препарат из группы местных глюкокортикостероидов. Местные глюкокортикостероиды являются средствами первой линии для лечения обострений атопического дерматита.
5. Да, данный ребѐнок подлежит вакцинации по мере стихания обострения кожного процесса.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 24

Мальчик 1,5 года госпитализирован с жалобами матери на появившуюся желтушность кожных покровов. Из анамнеза известно, что мальчик родился от первой, нормально протекавшей беременности, срочных родов. При рождении отмечалась выраженная желтушность кожных покровов, по поводу чего проводилось заменное переливание крови. После перенесённой вирусной инфекции, протекавшей в лёгкой форме, у ребёнка появилась желтушность кожи, снизился аппетит. Мать ребёнка страдает гемолитической анемией. При поступлении состояние ребёнка тяжёлое. Мальчик вялый. Кожа и слизистые оболочки бледные с иктеричным оттенком. Обращает на себя внимание деформация черепа: башенный череп, седловидная переносица, готическое нёбо. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. ЧСС – 110 ударов в минуту, выслушивается систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, селезёнка +4 см ниже края рёберной дуги. Стул, моча интенсивно окрашены.

В анализах: Нв – 70 г/л, эр. – $2{,}0\times10^{12}$/л, ЦП – 1,1, ретикулоциты – 16%, лейкоциты – $10{,}2\times10^{9}$/л, п/яд. – 2%, с/яд. – 45%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 37%, моноциты – 13%, СОЭ – 24 мм/час, микросфероциты; билирубин: непрямой – 140 ммоль/л, прямой – 20 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения пациента в период гемолитического криза.
5. Определите показания к оперативному лечению.

Ответ

1. Анемия гемолитическая наследственная, микросфероцитарная, тяжѐлая, период гемолитического криза.
2. Диагноз «анемия» установлен на основании резвившихся после перенесѐнной инфекции анемического (вялость ребѐнка, бледность кожи, тахикардия, систолический шум на верхушке) и желтушного синдромов (иктеричность кожи и видимых слизистых), спленомегалии, изменений в анализах крови (анемия тяжѐлая, микросфероцитарная, гиперрегенераторная; гипербилирубинемия за счѐт повышения преимущественно непрямого билирубина).
Наследственный характер анемии установлен на основании данных анамнеза о заболевании матери.
Тяжесть определена показателями гемоглобина и ретикулоцитов, непрямого билирубина.
Период криза установлен на основании наличия клинических проявлений и лабораторных изменений.
3. - определение осмотической резистентности эритроцитов – для выявления нестабильности мембраны эритроцитов (характерно для мембранопатий);
- анализ мочи на уробилин и желчные пигменты – дифференциальный диагноз с другими видами желтух;
- анализ крови на маркеры гепатита – исключение вирусного гепатита;
- УЗИ печени и селезѐнки – определение степени увеличения органов и проведения дифференциального диагноза с заболеваниями, протекающими с желтухой и анемией;
- электрофорез белков мембраны эритроцитов – для идентификации дефицитного белка в мембране эритроцита.
Определения группы крови и резус–фактора – для проведения трансфузионной терапии.
Обследование матери ребѐнка.
4. Цель терапии в период гемолитического криза – устранение билирубиновой интоксикации, восстановление уровня эритроцитов и гемоглобина.
Учитывая ранний возраст ребѐнка и тяжесть анемии, показана трансфузия эритроцитарной массы 8-10 мл/кг массы однократно.
Дезинтоксикационная терапия – глюкозо-солевыми растворами. Фолиевая кислота 2,5 мг/сут.
5. Спленэктомия является эффективным методом лечения при наследственном микросфероцитозе, приводит к уменьшению гемолиза и увеличению продолжительности жизни эритроцитов.
Показания к спленэктомии:

- тяжѐлая форма в возрасте не ранее 3 лет;
- среднетяжѐлая форма в возрасте 6- 12 лет;
- лѐгкая форма при наличии камней в желчном пузыре в возрасте старше 6 лет (одномоментное выполнение спленэктомии и холицистэктомии).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 25

Мальчик 6 месяцев поступил в детское гематологическое отделение с жалобами матери на «синяки», увеличение в объёме правого локтевого сустава. Анамнез жизни: ребёнок от второй беременности, вторых родов. Вес при рождении - 3800 г, рост - 53 см. Вскармливание грудное, прикорм введён в 5 месяцев – овощное пюре. Голову держит с 1,5 месяцев. Прививки выполнены по графику. Старший брат здоров. Наследственность отягощена по материнской линии: у брата матери частые гемартрозы в детстве, приведшие к инвалидности. Анамнез заболевания: мать заметила появление большого количества синяков на животе у ребёнка после нахождения в ходунках. После проведения венепункции у мальчика появилось увеличение в объёме правого локтевого сустава.

Общее состояние ребёнка средней тяжести. На осмотр реагирует адекватно. Достаточного питания. Кожные покровы бледные, на животе большое количество синяков разной степени давности. Видимые слизистые чистые, розовые. Большой родничок 1×1,5 см. Лимфатические узлы не пальпируются. Правый локтевой сустав отёчный, увеличен в объёме, движения в суставе ограничены, над суставом обширная гематома. Остальные суставы без особенностей. Дыхание в лёгких пуэрильное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Моча светлая, мочеиспускание свободное. Стул регулярный.

В коагулограмме: АПТВ – 86,5 секунд, протромбиновое время – 16,8 секунд, МНО – 1,17, фибриноген – 2,22 г/л, тромбиновое время – 11,5 секунд, β-фибриноген – отрицательно, этаноловый тест – отрицательно, фактор XIII – 25%, фактор VIII – 1%, фибринолитическая активность – 9 минут 30 секунд, агрегация тромбоцитов с ристоцетином 1 мг/мл – 99 % (N – 87-102 %), с АДФ 10 мкмоль/л – 74 % (N – 71-88 %).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какая терапия показана ребёнку? Обоснуйте свой выбор.
4. Назовите показания к назначению профилактической терапии при данном заболевании. Какова схема проведения профилактической терапии?
5. Какие рекомендации по уходу и воспитанию Вы дадите родителям (опекунам) больного ребёнка?

Ответ

1. Гемофилия А наследственная, тяжѐлая.

Гематома мягких тканей в области правого локтевого сустава.

2. Диагноз установлен на основании наличия геморрагического синдрома гематомного типа, отягощѐнной наследственности по линии матери, лабораторных показателей (удлинение АПТВ, снижение уровня фактора VIII); уровень фактора VIII < 1% указывает на тяжѐлую форму заболевания.
3. Показано проведение заместительной терапии концентратами фактора свѐртывания VIII ввиду возникновения кровоизлияния в мягкие ткани.
Доза препарата 30-40 МЕ/кг 2 раза в сутки внутривенно в течение 3 дней.
Концентраты фактора свертывания VIII являются препаратами высокоэффективными, безопасными.
Они имеют высокую концентрацию фактора, прошли два и более этапов вирусинактивации.
4. Показания к проведению профилактической терапии:
 тяжѐлая форма гемофилии А сразу после установления диагноза;
 среднетяжѐлая форма после первого гемартроза или выраженных геморрагических проявлений.
Схема первичной профилактики при гемофилии А - концентраты фактора свертывания VIII 25- 40 МЕ/кг 1 раз в сутки 3 раза в неделю.
5. Дети должны получать медицинскую помощь в специализированных центрах (отделениях);
с раннего детства охранительный режим, избегать травм;
путь введение препаратов внутривенный;
возможны занятия неконтактными видами спорта;
показана вакцинация против вирусных гепатитов А и В;
ежегодная профилактическая санация зубов;
оперативные вмешательства, экстракция зубов, профилактические прививки и внутримышечные инъекции проводить только после адекватного заместительного лечения;
противопоказаны антикоагулянты, дезагреганты, НПВП - по строгим показаниям;
ограничения в выборе профессии (не показаны профессии с риском авматизации);
оформление инвалидности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 26

Юра Ф. 12 лет обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость, частые головные боли в затылочной области.Из анамнеза известно, что родители и родная сестра мальчика полные. В семье употребляют много сладкого, жирного, выпечных изделий. Ребенок от второй беременности, вторых родов в срок, без патологий. Масса тела при рождении 4200 г, длина 52 см.
Осмотр: рост 142 см, масса тела 92 кг, ИМТ - 46 кг/м2, объем талии 96 см. Кожные покровы обычной окраски, в области живота, ягодиц, бедер – ярко-розовые стрии, подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением жира на животе. Тоны сердца несколько

приглушены. ЧСС - 95 уд/минуту, частота дыхания – 19 в 1 минуту. АД - 160/80 мм рт. ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень выступает из-под края реберной дуги на 1см.
Общий ан. крови: Нв – 130 г/л, эр. – 3,9×1012/л, Л – $5,5\times10^9$/л, п/яд. – 1%, с/яд. – 52%,эоз. – 5%, лимфоциты –37%, моноциты – 5%, СОЭ – 4 мм/час.
Общий ан. мочи: цвет желтый, прозрачная, относительная плотность 1015, реакция кислая, белок – нет, сахар – нет, ацетон не определяется.
Биохимический ан. крови: общий белок – 65 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л, триглицериды – 2,5 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, глюкоза натощак– 5,9 ммоль/л, глюкоза при проведении СТТГ через 2 часа 8,9 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Определите и обоснуйте дополнительные инструментальные исследования.
3. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
4. Современное комплексное лечение больного включает:
5. Назовите критерииэффективности терапии ожирения у детей и подростков.

Ответ

1. Ожирение 3-4 степени, конституционально-экзогенное. Метаболический синдром. Диагноз поставлен на основании наличия у рѐбенка избыточной массы тела, по индексу массы тела. Ожирение конституционально-экзогенное, поскольку в семье близкие родственники (первая линия родства) имеют избыточную массу тела, семейные пищевые привычки соответствующие (сладкое, жирное, выпечка в пище в большом количестве). Наличие артериальной гипертензии, объѐм талии, гиперлипидемия, дислипидемия, нарушение толерантности к глюкозе позволяют диагностировать метаболический синдром.
2. РЭГ (исследование состояния сосудов головного мозга), СМАД (динамика артериального давления в течение 24 и более часов), УЗИ надпочечников (дифференциальная диагностика формы ожирения).
3. Эндокринолог, кардиолог.
4. Коррекцию пищевого поведения, диетотерапию и адекватные физические нагрузки – на основе мотивационного обучения с привлечением родителей и семьи.
5. В краткосрочной перспективе – удержание значения ИМТ в течение 6–12 месяцев наблюдения; в долгосрочной перспективе – уменьшение величины ИМТ, и далее – достижение «избыточной массы тела», затем «нормальной массы тела».

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 27

При оформлении в дошкольное образовательное учреждение у Марины 3 лет выявлено отставание в физическом и умственном развитии. Переехала в район обслуживания детской поликлиники около месяца назад. Рост 78 см,

масса тела 15,3 кг. Мать отмечает, что девочка малоподвижна с первого года жизни, развивалась с отставанием от сверстников: сидит с 10 месяцев, ходит с 18 месяцев, начала говорить в 2 года. По предыдущему месту жительства врачи рассматривали все это как проявления рахита, от которого и лечили, но безуспешно.

Девочка говорит вяло, словарный запас ограничен, голос низкий. В контакт вступает плохо, на вопросы отвечает с трудом, память слабая, узнает только членов семьи. Пропорции тела напоминают таковые у новорожденного. Голова относительно крупных размеров, запавшая и широкая переносица. Макроглоссия, постоянное слюнотечение. Кожа суховата, некоторая отечность без четкой локализации. Волосы тусклые, ломкие. Конечности холодные, шелушение локтей и коленей. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца чистые, приглушенные. Пульс 70 уд/минуту, удовлетворительного наполнения. АД – 75/50 мм рт. ст. Живот несколько увеличен в размерах, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул со склонностью к запорам.

Анализ крови: эр. – $3{,}2\times10^{12}$/лНв – 92 г/л, ЦП – 0,9, СОЭ – 12 мм/час, Л – $5{,}5\times10^{9}$/л, эоз. – 2%, п/яд. – 4%, с/яд. – 47%, лимфоциты – 42%, моноциты – 5%, холестерин крови 12 ммоль/л. ТТГ - 42 мкЕд/мл, Т4 свободный 3,1 мкЕд/мл.

Анализ мочи: отн. плотность 1014, сахара, белка нет, эпителий плоский – 3-4 в п/зр, лейкоциты – 1-2 в п/зр, эритроцитов нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования надо назначить?
3. Перечислите основные клинические признаки данного заболевания.
4. Перечислите характерные лабораторные диагностические показатели данного заболевания.
5. Определите дальнейшую тактику ведения ребенка.

Ответ

1. Врождѐнный гипотиреоз.
2. УЗИ щитовидной железы, ЭКГ.
3. Задержка умственного, физического развития, непропорциональность телосложения, макроглоссия, сухая отѐчная кожа, артериальная гипотония, брадикардия, склонность к запорам.
4. Гиперхолестеринемия, анемия, повышение ТТГ, снижение тироксина (Т4).
5. Консультация врача-эндокринолога и контроль за соблюдением рекомендаций врача-эндокринолога. Оценка показателей физического и психического развития ребѐнка соответственно возрасту после назначения лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 28

Мальчик 7 лет доставлен в приёмное отделение с жалобами на кашель, затруднённое дыхание, слышимое на расстоянии. Анамнез: респираторными

инфекциями болеет 3-4 раза в год. В течение предыдущих 3-4 дней у ребёнка отмечается кашель, усиливающийся после игры с котёнком, которого взяли в дом две недели назад. Мать самостоятельно давала ребёнку Лазолван, эффекта не отмечено. Состояние резко ухудшилось сегодня ночью, появилось затруднённое дыхание, возбуждение. Родители вызвали бригаду скорой медицинской помощи. Наследственность: поллиноз у матери.

При осмотре в приёмном отделении: состояние тяжёлое. Физическое развитие соответствует возрасту. Температура тела - 36,5°С. Ребёнок беспокойный. Сидит с опорой руками на край кушетки. Кожа бледная. SaO2 - 91%. Кашель сухой, частый. Дыхание шумное, свистящее, ЧДД - 42 в минуту. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура, отмечается западение межрёберных промежутков, над- и подключичных впадин. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере. При аускультации лёгких на фоне резко удлиненного выдоха определяются рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. Коробочный звук при перкуссии лёгких. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 132 в минуту, АД - 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, печень у края рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Мочеиспускание не нарушено.

Общий ан. крови: эр. - $4{,}3\times10^{12}$/л,Нв - 125 г/л, Л - $8{,}1\times10^{9}$/л, эоз. - 6%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Определите и обоснуйте тактику неотложных мероприятий.
5. Проведите оценку эффективности неотложной терапии и определите показания к госпитализации данного пациента.

Ответ

1. Бронхиальная астма, атопическая форма, дебют, обострение.
2. В приѐмном отделении: проведение спирографии (ОФВ1) или определение пиковой скорости выдоха для оценки характера нарушения вентиляции и степени тяжести обострения; выполнение рентгенографии ОГК для исключения локальных изменений в лѐгких (пневмония, ателектаз), врождѐнных пороков развития бронхолѐгочной системы.

В соматическом отделении или на амбулаторном этапе: обследование для исключения глистной инвазии; ЭКГ, ЭХО-КГ для исключения врождѐнных пороков сердечно-сосудистой системы; осмотр ЛОР-врача для исключения анатомических причин нарушения проходимости верхних дыхательных путей; консультация врача-аллерголога для проведения обследования (определение специфических иммуноглобулинов Е, кожные пробы вне обострения для уточнения причинно значимого аллергена) и определения объѐма базисной терапии.

3. Диагноз «атопическая бронхиальная астма в стадии обострения» установлен на основании данных анамнеза (редкие респираторные заболевания; респираторные нарушения возникли в данное время после

контакта с аллергеном, наличие поллиноза у матери), данных клинического осмотра (возраст ребѐнка на момент дебюта синдрома бронхиальной обструкции, вероятно исключающий наличие врождѐнных наследственных заболеваний в качестве причинного фактора; физическое развитие соответствует возрасту, что вероятно исключает наличие хронических респираторных заболеваний, сопровождающихся гипоксией; отсутствие катаральных явлений, острое ухудшение состояния, обусловленное обструкцией дыхательных путей – шумное, свистящее дыхание, сухие хрипы на выдохе, коробочный перкуторный звук, двусторонний характер поражения; наличие признаков дыхательной недостаточности – беспокойство ребѐнка, тахикардия, тахипноэ, снижение сатурации, положение ортопноэ, симметричное участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания), данных лабораторного обследования (отсутствие воспалительных изменений в анализе крови, эозинофилия).

4. Титруемая кислородотерапия для устранения гипоксемии с контролем сатурации (целевые значения – более 94-98%).

Бронходилятация с помощью бронхолитиков – первая цель терапии обострений: Сальбутамол (Венталин) 1 мл + 2 мл 0,9% раствора Натрия хлорида для ингаляции через небулайзер или Фенотерол + Ипратропия бромид (комбинированный препарат Беродуал) 1 мл + 2 мл 0,9% раствора Натрия хлорида для ингаляции через небулайзер.

Ингаляционные глюкокортикостероиды для купирования отѐка слизистой\подслизистой: Будесонид 1000 мкг + 2 мл 0,9% раствора Натрия хлорида для ингаляции через небулайзер.

5. Оценка эффективности бронхолитической терапии проводится через 20 минут: уменьшение одышки; улучшение проведения дыхания при аускультации; увеличение показателей пиковой скорости выдоха на 15% и более.

Показаниями к госпитализации в данном случае являются: отсутствие или недостаточный эффект после первой ингаляции бронхолитика; ухудшение состояния пациента (нарастание симптомов дыхательной недостаточности, снижение сатурации); отсутствие возможности продолжения плановой терапии дома.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 29

В отделение интенсивной терапии поступил мальчик 5 лет. Ребенок от второй беременности, протекавшей с нефропатией, вторых срочных родов, родился с массой 4000 г, ростом 52 см. Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет острыми респираторными заболеваниями. После перенесенного стресса в течение последних 1,5 месяцев отмечалась слабость, вялость. Ребенок похудел, начал много пить и часто мочиться. На фоне заболевания гриппом состояние ребенка резко ухудшилось, появилась тошнота, переходящая в повторную рвоту, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость.

Мальчик поступил в отделение интенсивной терапии в тяжелом состоянии, без сознания. Дыхание шумное (типа Куссмауля). Кожные и ахилловы рефлексы снижены. Кожные покровы сухие, тургор тканей и тонус глазных яблок снижен, черты лица заострены, выраженная гиперемия кожных покровов в области щек и скуловых дуг. Пульс учащен до 140 ударов в минуту, АД – 75/40 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Живот при пальпации напряжен. Мочеиспускание обильное.

Общий ан. крови: Hb – 135 г/л, эритроциты – $4{,}1\times10^{12}$/л, лейкоциты – $8{,}5\times10^{9}$/л; п/яд. – 4%, с/яд. – 50%; эоз. – 1%, лимф. – 35%, мон – 10%, СОЭ – 10 мм/час.

Биохимический ан. крови: глюкоза – 28,0 ммоль/л, натрий – 132,0 ммоль/л, калий – 5,0 ммоль/л, общий белок – 70,0 г/л, холестерин – 5,0 ммоль/л. КОС: pH – 7,1; pO2 – 92 мм рт. ст.; pCO2 – 33,9 мм рт. ст.

Общий ан. мочи: цвет – желтый, прозрачность – слабо мутная; удельный вес – 1035, реакция – кислая; белок – нет, сахар – 10%, ацетон +++.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте необходимую терапию данному больному.
5. Нуждается ли больной в дальнейшем в гормональной терапии?

Ответ

1. Сахарный диабет 1 типа, впервые выявленный, стадия декомпенсации. Диабетическая кетоацидотическая кома.

2. Дебют заболевания после стресса; декомпенсация на фоне гриппа, типичные клинические симптомы диабета (полиурия, полидипсия, похудание, вялость, слабость), симптомы кетоацидоза (тошнота, рвота, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость). Клиническая картина при поступлении: отсутствие сознания, сниженные кожные и ахилловы рефлексы, шумное дыхание (типа Куссмауля), запах ацетона в выдыхаемом воздухе, сухая кожа, «диабетический рубеоз» на щеках, сниженный тургор тканей и глазных яблок, заострѐнные черты лица, обложенный налѐтом язык, тахикардия (ЧСС до 140 ударов в минуту), гипотония (АД 75/40 мм рт.ст.); напряжение мышц живота; обильное мочеиспускание.

3. В начале неотложной терапии регистрируются масса и рост (площадь поверхности тела), оцениваются пульс, частота дыхания, артериальное давление, неврологический статус, ЭКГ, определяются гликемия, pH крови, pCO2, K, Na, мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, кетонемия, глюкозурия, кетонурия, гемоглобин, гематокрит. Проводится учѐт диуреза. На фоне терапии ежечасно контролируется пульс, ЧД, АД, гликемия, pH крови, pCO2, неврологический статус, ЭКГ. Каждые 3-6 часов определяется K, Na, кетонемия, глюкозурия, кетонурия, гемоглобин, гематокрит.

Консультации врача-хирурга, врача-окулиста, врача-невролога, врача-кардиолога по показаниям.
4. Ввести назогастральный зонд, установить катетер в мочевой пузырь, перевести ребѐнка на ВВЛ.
Регидратацию начинают 0,9% раствором Натрия хлорида (стартовый раствор). В последующем при снижении гликемии до 12-15 ммоль/л назначается 5-10% растворы глюкозы под контролем уровня и скорости снижения гликемии. Для расчѐта объѐма вводимой жидкости учитывают дефицит жидкости, мл = % дегидратации × масса тела (в кг), + физиологическая потребность на кг с учѐтом возраста. Данному пациенту необходимо ввести: (5×20) + (70×20) = 1500 мл инфузионных растворов. В первые 8 часов от начала инфузионной терапии необходимо ввести 50% рассчитанного суточного объѐма, в последующие 16 часов- оставшиеся 50%.
Назначаются инсулины короткого действия в виде внутривенных инфузий. Начальная доза инсулина составляет 0,1 ед/кг в час. При нормализации кислотно-основного состояния больной будет переведѐн на подкожное введение инсулина каждые 2-3 часа. При отсутствии кетоза на 2-3 сутки ребѐнок переводится на 5-6 разовое введение инсулина короткого действия, а затем на обычную базисно-болюсную инсулинотерапию.
5. В дальнейшем больной нуждается в пожизненной заместительной инсулинотерапии в базисно-болюсном режиме с постоянной коррекцией дозы инсулина, с соблюдением диетотерапии, проведением самоконтроля, регулированием физической активности, плановыми госпитализациями 1-2 раза в год.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 30

Пациентка 17,5 лет госпитализирована в стационар с жалобами на избыточный вес, периодическую жажду, сухость во рту. Ожирение диагностировано в возрасте 6 лет. Врачебные рекомендации относительно диеты и режима физических нагрузок не соблюдала, злоупотребляет мучными изделиями, физическая активность недостаточна. С 9 лет – артериальная гипертензия, назначены ингибиторы АПФ. Наследственность отягощена по ожирению и сахарному диабету 2 типа по линии матери. От третьей беременности, протекавшей с осложнениями: при сроке гестации 30 недель диагностирован гестационный диабет, до наступления беременности – ожирение и артериальная гипертензия. Роды вторые при сроке гестации 38 недель, вес при рождении 3800 г, длина 52 см. Находилась на искусственном вскармливании, в развитии от сверстников не отставала. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, острый тонзиллит.
При осмотре состояние средней степени тяжести. Вес 105 кг, рост 169 см. Пропорционального телосложения, избыточного питания с равномерным отложением подкожно-жировой клетчатки. Стрии багрового цвета в области тазового пояса. Зев не гиперемирован. Запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. Перкуторный звук над легкими легочный. Дыхание везикулярное. Перкуторные границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца

ритмичные, чистые, ЧСС – 72 удара в минуту, АД – 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Щитовидная железа не увеличена. Стадия полового развития по Таннер: B5P5. Менструации с 12 лет, регулярные.
Гликемический профиль: 7:00 – 11,4 ммоль/л; 11:00 – 13,4 ммоль/л; 13:00 – 10,4 ммоль/л; 15:00 – 15,0 ммоль/л; 18:00 – 10,4 ммоль/л; 20:00 – 14,4 ммоль/л; 23:00 – 11,3 ммоль/л. HbA1c – 9,3%. С-пептид – 1483 пмоль/л (N=298-2450). Ацетон в моче – 0.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте сформулированный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Укажите возможные осложнения ожирения.
5. Определите тактику лечения и обоснуйте ее.

Ответ

1. Ожирение экзогенно-конституциональное 3 степени, осложнѐнное. Артериальная гипертензия. Сахарный диабет 2 типа.
2. Диагноз «ожирение» установлен на основании антропометрических показателей и данных физикального осмотра, избыток веса более 50%, ИМТ – 36,8 кг/м².

Данные анамнеза свидетельствуют о конституциональной предрасположенности к ожирению, алиментарных погрешностях, гиподинамии.

Артериальная гипертензия является осложнением ожирения. Диагноз «сахарный диабет» установлен на основании жалоб на периодическую жажду, сухость во рту, гипергликемии натощак выше 7,0 ммоль/л, HbA1c выше 6,5%. Учитывая ожирение, отсутствие кетоза, нормальный уровень С-пептида, диагностирован 2 тип диабета.

3. Рекомендовано:

 определение уровня инсулина в крови и индекса HOMA для оценки инсулинорезистентности;

 определение уровня ХС – ЛПВП, ХС – ЛПНП, триглицеридов для оценки гиперлипидемии как компонента метаболического синдрома;

 определение глюкозурии; проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД;

 проведение ЭКГ и эхо-КГ (для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции);

 консультация врача-окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии.

4. Артериальная гипертензия, нарушение толерантности к глюкозе, сахарный диабет 2 типа, дислипидемия, стеатогепатоз, театогепатит, нарушения полового развития, желчнокаменная болезнь, остеоартроз.
5. Диета с ограничением калорийности за счѐт легкоусвояемых углеводов и жиров, питание по принципу «хлебных единиц».

Режим физических нагрузок (ежедневные, умеренные, в течение 1-1,5 часов).

Учитывая высокий уровень гликированного гемоглобина (>7,0%), необходима инсулинотерапия.
Гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ или тиазидных диуретиков.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 31

Мать с мальчиком 10 лет на приёме у врача-педиатра участкового с жалобами на вялость, уменьшение диуреза, изменение цвета мочи у ребёнка. Ребёнок от первой беременности, протекавшей с гипертензией и отёчным синдромом в третьем триместре. Роды в срок. Масса при рождении – 3000 г, длина – 49 см. На естественном вскармливании до 3 месяцев. Прививки по возрасту. Из инфекций перенёс ветряную оспу, дважды лакунарную ангину, 1-2 раза в год болеет ОРВИ. 2 недели назад перенес ангину с повышением температуры до 39°С, лечился Амоксициллином. Настоящее заболевание началось с резкого ухудшения самочувствия, потери аппетита, слабости, повышенной утомляемости, появилась моча цвета «мясных помоев». При осмотре: кожные покровы бледные с мраморным рисунком. Пастозность век и голеней. В лёгких хрипов нет. Тоны сердца умеренно приглушены, систолический шум на верхушке. АД – 130/95 мм рт.ст., ЧСС – 100 ударов в 1 минуту. Живот мягкий. Печень у края рёберной дуги. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. За сутки выделил 300 мл мочи. Количество выпитой жидкости не измерялось.
Общий ан. крови: Нв – 130 г/л, Л – $9{,}2\times10^9$/л, п/яд – 7%, с/яд – 71%, лимф. – 18%, моноциты – 3 %, тромбоциты – 530,0×109/л, СОЭ – 35 мм/час.
Общий ан. мочи: белок – 0,15 г/л, эритроциты – покрывают все п/зр., лейкоциты – 1-2 в п/зр., гиалиновые цилиндры – 1-2 в п/зр., зернистые - 4-8 в п/зр.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Охарактеризуйте принципы диетотерапии при данном заболевании. Как рассчитать объём жидкости?
5. Назовите показания для госпитализации.

Ответ

1. Острый нефритический синдром (постстрептококковый гломерулонефрит), период начальных проявлений.
2. Определение уровня антистрептолизина-О (АСЛ-О характерно повышение), С3 фракции комплемента (характерно снижение), посев на микрофлору из зева и носа, возможен высев β-гемолитического стрептококка группы А (Streptococcus pyogenes). Оценка почечных функций в динамике с определением скорости клубочковой фильтрации (возможно снижение). Исследование морфологии эритроцитов в моче для дифференцирования ренальной (гломерулярной) и экстраренальной гематурии. Используют

световую или фазово-контрастную микроскопию (ФКМ). Наличие дисморфных эритроцитов в количестве более 50% характерно для гломерулярной гематурии.
В дальнейшем при рецидивировании экстраренальной и ренальной клинической симптоматики в сочетании со снижением функции почек решается вопрос о проведении нефробиопсии.
3. Диагноз «постстрептококковый гломерулонефрит» поставлен на основании данных анамнеза: 2 недели назад перенèс ангину с повышением температуры до 39°С, лечился Амоксициллином; сочетания: экстраренальных синдромов: умеренно выраженный отèчный синдром, интоксикация, артериальная гипертензия, и ренальных симптомов: значительная гематурия, умеренная протеинурия, цилиндрурия. Процесс предположительно острый, так как по условию задачи нет указаний на то, что подобная симптоматика отмечена не впервые, но есть связь с перенесèнным инфекционным заболеванием (ангина).
4. Диета:
- с ограничением потребления соли (до 1-2 г/сут) и жидкости в острый период
болезни, особенно при быстром нарастании отèков, олигурии и АГ. Объèм жидкости рассчитывают, исходя из диуреза за предыдущий день с учèтом внепочечных потерь, приèм жидкости не должен превышать диуреза более, чем на 200 мл.
- с ограничением белка до 0,5 г/кг/сут при снижении функции почек менее 60 мл/мин (до нормализации СКФ и уровня креатинина в крови, но не длительнее 2-4 недель).
5. Нарушение функции почек (с и без уменьшения количества выделяемой мочи).
Сохраняющаяся/нарастающая артериальная гипертензия.
Признаки сердечной недостаточности.
Нефротический синдром.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 32

Девочка 8 месяцев поступила в грудное отделение с выраженными тоническими судорогами в конечностях. Из анамнеза известно, что девочка от первой беременности. Беременность осложнилась анемией, преэклампсией. Роды в срок. Масса при рождении 3800 г, длина 53 см. С рождения на искусственном вскармливании (смесь «Малютка»). Прикорм введен с 4 месяцев. В виде манной каши. В настоящее время получает: каши (преимущественно манную), овощное пюре (преимущественно картофельное), коровье молоко, кефир. С 5 месяцев диагностирован рахит. Назначено лечение витамином Д, но мать препарат не давала. Объективно: девочка массой 8900 г, кожа бледная, чистая. Тургор тканей снижен. Выражены лобные и затылочные бугры; большой родничок 2×2 см, края податливы. Грудная клетка килевидной формы, нижняя апертура развернута, пальпируются «четки». Напряжение икроножных мышц, стопы находятся в

состоянии резкого подошвенного сгибания, симптом «руки акушера». Тоны сердца слегка приглушенные, ритмичные. Выслушивается короткий систолический шум. В легких дыхание пуэрильное. Живот распластан. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Сидит с опорой, не стоит.

Общий ан. крови: Нв – 92 г/л, эр. – $3{,}3\times10^{12}$/л, ЦП – 0,8, ретикулоциты – 2%, Л – 7,0×109 /л, п/яд. – 4%, с/яд. – 26%, лимф. – 60%, мон. – 10%, СОЭ – 10 мм/час.

Общий ан. мочи: кол-во – 50,0 мл, цвет – светло-желтый, прозрачная, относительная плотность – 1012, лейкоциты – 2–3 в п/зрения, эритроциты – нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения или уточнения диагноза?
4. Назначьте и обоснуйте лечение.
5. Сформулируйте рекомендации матери по дальнейшему уходу за ребенкомдля профилактики рецидива заболеваний.

Ответ

1. Основной диагноз: «спазмофилия, манифестная форма, карпопедальный спазм».

Сопутствующий диагноз 1: «рахит II степени, период разгара, подострое течение».

Сопутствующий диагноз 2: «гипохромная анемия лѐгкой степени».

2. Диагноз «спазмофилии» установлен на основании данных анамнеза: анемия и преэклампсия у матери во время беременности, ранний перевод на искусственное вскармливание, нерациональное введение прикорма, преобладание в рационе ребѐнка молочно-растительной пищи, продуктов, не предназначенных для данного возраста, диагностика у ребѐка в 5 месяцев рахита и отказ от лечения витамином Д; на основании объективных данных: проявление локальных судорог в виде резкого подошвенного сгибания стоп, наличия симптома «рука акушера», напряжения икроножных мышц.

Диагноз «рахит» выставлен на основании тех же данных анамнеза и объективных данных: характерные костные деформации (лобные и затылочный бугры, деформация грудной клетки, наличие «чѐток»), размягчение краѐв большого родничка, мышечная гипотония, отставание в развитии стато-моторных навыков.

Диагноз «анемия» выставлен на основании тех же данных анамнеза; на основании объективных данных: бледность кожи, приглушѐнность сердечных тонов, наличие систолического шума, увеличение размеров печени; на основании данных лабораторного исследования: снижение уровня гемоглобина, количества эритроцитов, цветного показателя, ускорения СОЭ в общем анализе крови.

3. Для подтверждения диагноза «спазмофилии» и «рахита» необходимы:
биохимический анализ крови (уровень кальция, фосфора, магния, активность щелочной фосфатазы, pH);
биохимический анализ мочи (фосфор, кальций, магний, аминокислоты).
Для уточнения причины анемии необходимы:
биохимический анализ крови (сывороточное железо, ОЖСС, сывороточный ферритин, процент НТЖ, общий билирубин и его фракции, уровень фолатов, уровень витамина В12).
4. Так как судороги при спазмофилии обусловлены чаще всего дефицитом кальция в крови или, реже, дефицитом магния в крови необходимо:
в/в медленно со скоростью 1 мл/мин (угроза развития брадикардии и остановки сердца) ввести 10% раствор Кальция глюконата 9 мл (из расчѐта 1 мл/кг), предварительно растворив в таком же объѐме 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора Натрия хлорида;
при отсутствии эффекта через 15 минут вновь повторить введение Кальция глюконата в той же дозе;
при сохранении симптомов скрытой тетании после введения препаратов кальция ввести раствор Магния сульфата 25% - 2 мл (из расчета 0,2-0,5 мл/кг) внутривенно струйно;
в дальнейшем поддерживать уровень общего кальция в сыворотке крови в пределах 2,2-2,7 ммоль/л; для этого в течение 1-2 суток при необходимости вводить внутривенно капельно каждые 6-8 часов 1% раствор Кальций глюконата ≈ 100 мл (из расчѐта 10-15 мл/кг).
С 3 суток – препараты кальция внутрь с пищей (предпочтительно Кальция карбонат из расчѐта 50 мг/кг/сут. чистого кальция).
Так как дефицит кальция был обусловлен дефицитом витамина Д необходимо:
через 3-4 дня после насыщения организма кальцием и исчезновения судорог назначить витамин Д, начиная с дозы 2000 МЕ в день в течение 3-5 дней, постепенно довести до 5000 МЕ в день (например, Вигантол (в 1 капле – 500 МЕ) начать с 4 капель в день, довести до 10 капель в день) в течение 30-45 дней.
Лечение анемии необходимо проводить после установки еѐ причины. Скорее всего, анемия будет связана с дефицитом железа. Но препараты железа необходимо будет назначить лишь после доказанного железодефицитного характера анемии.
5. Для профилактики рецидива заболеваний необходимо:
 при вскармливании применять адаптированные молочные смеси (формула 2), максимально ограничить содержание коровьего молока (только в блюда), продолжать применять овощной и злаковый прикорм, отменить манную кашу, ввести мясной прикорм, яичный желток, творог;
 организовать правильный режим дня (ограничение световых, звуковых возбудителей, крайне осторожное выполнение неприятных для ребѐнка процедур, достаточный отдых и сон, спокойные игры);

 после стабилизации состояния – массаж, гимнастика, хвойные и солевые ванны;
 прогулки на свежем воздухе;
 профилактический приѐм витамина Д (1000 МЕ) минимум до 2 летнего возраста.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 33

Девочка М. 13 лет поступила в стационар с жалобами матери на слабость, головные боли, «синячки» на коже. Из анамнеза заболевания: заболела неделю назад, когда впервые появились носовое кровотечение и «синячки». По месту жительства проводилась местная гемостатическая терапия, кровотечение было остановлено. Геморрагическая сыпь нарастала. Доставлена в больницу.

Объективно: состояние тяжёлое. Сознание ясное. Аппетит снижен. Кожные покровы бледные, геморрагический синдром на туловище и нижних конечностях в виде петехий и экхимозов различной степени давности. Гемофтальм OS. Зев не гиперемирован. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия до 120 в минуту. Систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка пальпаторно не увеличены. Физиологические отправления не нарушены.

Общий ан. крови: Эр. – $2{,}29\times10^{12}$/л, Hb – 66 г/л, ретикулоциты – 2%, Тр. – 15×10^{9}/л, Л – 2,6×109/л, п/яд – 6%, с/яд – 8%, лимфоциты – 84%, моноциты – 2%, СОЭ – 64 мм/час, время свёртывания – 1 мин. 20 с, длительность кровотечения – 7 мин.

Биохимический ан. крови: общий белок – 72 г/л, мочевина – 4,7 ммоль/л, холестерин – 3,3 ммоль/л, калий – 4,3 ммоль/л, натрий – 138 ммоль/л, железо – 10 мкмоль/л, АЛТ – 23 Ед/л (норма – до 40), АСТ – 19 Ед/л, серомукоид – 0,180.

Миелограмма: пунктат малоклеточный, представлен в основном лимфоцитами, повышено содержание стромального компонента и жировой ткани. Мегакариоциты не обнаружены. Гранулоцитарный росток – 11%, эритроидный росток – 8%. Коагулограмма: АЧТВ – 41 сек, ПТИ – 90%, ТВ – 17 сек, фибриноген – 3 г/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие исследования надо провести для верификации (уточнения) диагноза? Обоснуйте.
4. Что включает в себя лечение данной патологии?
5. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?

Ответ

1. Апластическая анемия, приобретенная, среднетяжѐлая форма. Гемофтальм OS.
2. Диагноз «апластическая анемия» установлен на основании жалоб на слабость, вялость, головные боли, «синячки» на коже.
На основании анамнеза заболевания: заболел неделю назад, когда впервые появились носовое кровотечение и «синячки». Геморрагическая сыпь нарастала.
На основании данных объективного осмотра: состояние тяжѐлое. Сознание ясное. Аппетит снижен. Кожные покровы бледные, геморрагический синдром на туловище и нижних конечностях в виде петехий и экхимозов различной степени давности. Гемофтальм OS. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия до 120 в минуту. Систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезѐнка пальпаторно не увеличены.
На основании данных лабораторных методов исследования:
Общий анализ крови: эр-2,29×1012/л, Нв-66 г/л, рет-2%, тр-15×103/л, лейк-2,6×109/л, СОЭ-64 мм/час, время свѐртывания-1 мин.20 сек., длительность кровотечения-7 минут.
Миелограмма: пунктат малоклеточный, представлен в основном лимфоцитами, повышено содержание стромального компонента и жировой ткани. Мегакариоциты не обнаружены. Количество гранулоцитов и клеток зритроидного ростка снижено.
3. Иммунофенотипирование, цитохимическое, цитогенетическое и молекулярногенетическое исследование клеток костного мозга.
Выполняются только при наличии данных морфологического исследования, позволяющих заподозрить острый лейкоз или миелодиспластический синдром.
Иммунофенотипирование лейкоцитов периферической крови. Является обязательным при повышении уровня лактатдегидрогеназы, билирубина и наличии клинических признаков гемолиза.
В этом случае выполняется исследование маркеров синдрома пароксизмальной ночной гемоглобинурии.
Трепанобиопсия костного мозга. Выполняется из верхнего заднего гребня подвздошной кости одновременно с пункциями костного мозга.
Биохимический анализ крови. Обязательно исследуются уровни мочевины, креатинина, общего билирубина и его фракций, АлАТ, АсАТ, ЛДГ, щелочной фосфатазы, глюкозы, К+, Na+, Са++.
Определение группы крови и Резус-фактора.
Коагулограмма: фибриноген, АЧТВ, ПИ и МНО.
HLA-типирование пациента, сиблингов и родителей (серологическое или молекулярное).
Серологическое исследование маркеров гепатитов гепатитов А, С, В, D (при наличии HBsAg).
Неинвазивная инструментальная диагностика:

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза. Рентгенография грудной клетки в прямой проекции, при необходимости – отдельных участков скелета.
Компьютерная рентгеновская томография грудной клетки (при наличии кашля, тахипноэ, симптомов бронхообструкции и болей в грудной клетке).
Электрокардиография. Эхокардиография.
Специфическая диагностика: проведение пробы на гиперчувствительность лимфоцитов периферической крови с диэпоксибутаном.
Осмотр врача-окулиста.
4. Охранительный режим. Диета щадящая.
Медикаментозное лечение:
1. Антитимоцитарный глобулин лошадиный;
2. Циклоспорин А;
3. Метилпреднизолон;
4. Гранулоцитарный колониестимулирующий фактор;
5. Трансфузионная терапия;
6. Трансплантация гемопоэтических клеток;
7. Профилактика и лечение инфекций.
5. Кровотечения, инфекционные осложнения, гемосидероз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 34

На приёме врача-педиатра участкового мать с девочкой 1 года 4 месяцев. Мать предъявляет жалобы на появление отёков у ребёнка на лице, конечностях, редкие мочеиспускания. При расспросе выявлено, что 2 недели назад девочка перенесла ОРВИ. Из анамнеза жизни: девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом II половины. Родилась в срок, с массой тела 3600 г. Раннее развитие без особенностей, несколько раз болела ОРВИ. У матери – хронический тонзиллит. Наследственность по патологии органов мочевой системы не отягощена. Объективно: состояние средней тяжести, бледная, выраженные отёки на лице, конечностях, туловище. Масса тела – 14 кг, рост – 77 см. Температура тела – 37,5°С. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 104 удара в минуту. АД – 115/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень выступает из-под края рёберной дуги на 3,5 см. Селезёнка не увеличена. Диурез: выпито жидкости накануне – 300 мл, выделено мочи – 150 мл. Моча пенится.
Общий ан. крови: эр. – $4{,}43\times10^{12}$/л, Нв – 117 г/л, тр. – $220{,}0\times10^{9}$/л, Л – $18{,}6\times10^{9}$/л, эоз. – 5%, нейтрофилы – 74%, лимфоциты – 17%, мон. – 4%, СОЭ – 37 мм/ч.
Общий ан. мочи: отн. плотность – 1020, белок – 16,6 г/л, эритроциты – 0-1 в п/зр, лейкоциты – 1-2 в п/зр, цилиндры гиалиновые и зернистые – 2-3 в п/зр.
Вопросы:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Укажите, какие лабораторно-инструментальные исследования необходимы для подтверждения диагноза.
4. Укажите необходимость госпитализации в данной ситуации.
5. Какова тактика врача-педиатра участкового при организации специфической иммунопрофилактики у ребёнка, перенёсшего данное заболевание?

Ответ

1. Острый гломерулонефрит, нефротический синдром.
2. Диагноз поставлен на основании отѐчного синдрома (отѐки на лице, конечностях, туловище; уменьшение диуреза), мочевого синдрома (массивная протеинурия более 3 г/л, цилиндрурия), воспалительных изменений в ОАК.
3. Биохимическое исследование крови: уровень холестерина (характерно повышение), общий белок (гипопротеинемия), белковые фракции (диспротеинемия за счѐт гипоальбуминемии, гипер α2-глобулинемии).
Суточная экскреция белка с мочой (характерна массивная протеинурия).
4. Учитывая острый период заболевания, выраженную клиническую симптоматику (отѐчный синдром), воспалительную активность (лейкоцитоз, увеличение СОЭ), массивную протеинурию (до 16,6 г/л в разовой моче), возраст пациента, данному ребѐнку показана госпитализация в профильное нефрологическое отделение.
5. Вакцинация детей инактивированными вакцинами и анатоксинами - по индивидуальному графику в период полной клинико-лабораторной ремиссии (обязательное исследование клинического, биохимического анализов крови, общего анализа мочи, суточной протеинурии, оценка функции почек).
Вакцинация «живыми» вакцинами – по эпид. показаниям, после консультации врача-иммунолога (решается индивидуально с учѐтом прививочного анамнеза, сроков ремиссии).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 35

Мать девочки 4 лет обратилась к врачу-педиатру участковому. Из анамнеза: заболела 2 дня назад, когда вечером поднялась температура тела до 38,9°С, отмечалась незначительная заложенность носа. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи, врач диагностировал ОРИ. Дан нурофен, ребенок оставлен дома с рекомендацией обратиться к участковому педиатру. Сегодня состояние ребенка ухудшилось, появились жалобы на снижение аппетита, слабость, головную боль, мышечные боли, сухой навязчивый кашель, повторный подъем температуры до 38,8°С. Из анамнеза жизни известно, что ребенок от первой нормально протекавшей беременности. Роды срочные, физиологические. Развитие соответственно возрасту. С 3,5 лет посещает детский сад, стала часто болеть ОРИ, дважды перенесла острый простой бронхит. Последний эпизод ОРИ два месяца назад, по поводу чего получала флемоксин солютаб. Вакцинация в соответствии с возрастом, кроме против пневмококковой инфекции.

При осмотре - состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Зев рыхлый, чистый, небные миндалины гипертрофированы до II степени, налетов нет. При перкуссии справа в нижних отделах грудной клетки отмечается укорочение перкуторного звука, при аускультации - ослабленное везикулярное дыхание, крепитирующие хрипы. ЧД 28 в минуту. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС 112 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул был вчера оформленный. Диурез не снижен.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Показана ли ребенку госпитализация? Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите и обоснуйте группу препаратов, используемых для этиотропной терапии данного заболевания. Какова доза и длительность назначения данного препарата?
5. Через день получены результаты дополнительного обследования: рентгенографии органов грудной клетки описано наличие очагов инфильтрации справа в S6. В ан. крови: Нв 138 г/л, эр.- 4,4 Т/л, тр. - 223 г\л, Л 16,6 Г/л, п/яд. - 7%, с/яд. - 70%, лимф - 17%, моноциты - 6%, эозинофилы - 0%. СОЭ 20 мм/ч. Дайте интерпретацию результатам дополнительного обследования. Поставьте окончательный диагноз. Обоснуйте необходимость повторного обследования.

Ответ

1. Внебольничная пневмония, правосторонняя, средней степени тяжести ДН0.
2. Диагноз «внебольничная пневмония» поставлен на основании жалоб на повышение температуры тела до фебрильных цифр, снижение аппетита, слабость, головную и мышечную боль, сухой кашель; анамнеза заболевания (заболела остро, фебрильная температура сохраняется в течение 3 дней); анамнеза жизни (ребѐнок с момента начала посещения ДОУ часто болеет ОРИ), против пневмококковой инфекции не привита; на основании физикальных данных (бледность кожного покрова, повышенная температура тела, ЧД:ЧСС = 1:4, ассиметричность объективных данных: справа в нижних отделах отмечается укорочение перкутоного звука, при аускультации ослабленное везикулярное дыхание, крепитирующие хрипы.
3. Госпитализация не показана, так как нет клинических (признаки осложнений), социальных (благополучная семья) и эпидемиологических (ребѐнок живет в семье) показаний. Для окончательной постановки диагноза необходимо рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Клинический анализ крови.
4. Препаратом выбора для этиотропной терапии являются антибиотики из группы: защищѐнные пенициллины (Амоксициллина Клавуланат), цефалоспорины 1-2 поколения, так как внебольничная пневмония у ребѐнка 4 лет, как правило, обусловлена пневмококком и ребѐнок два месяца назад уже

получал антибиотик – Флемоксин солютаб (Амоксициллин). Тяжесть состояния не требует парантерального введения антибиотика, поэтому можно назначить формы выпуска для перорального приѐма (суспензия, диспергируемые таблетки).
Так как у ребѐнка нет факторов риска резистентности пневмококка к пенициллину, то необходимо выбрать дозу 40-50 мг/кг/сут (по Амоксициллину) внутрь в три приѐма. Препарат отменяется после трѐх дней нормальной температуры тела, но не ранее 7 дней от начала приѐма.
5. Результаты рентгенологического обследования соответствуют клиническим данным, характерным для правосторонней внебольничной пневмонии средней степени тяжести (инфильтрация в S6 правого лѐгкого), в клиническом анализе крови лейкоцитоз с преобладанием гранулоцитов, умеренно ускоренная СОЭ).
Диагноз окончательный «внебольничная пневмония правосторонняя, средней степени тяжести (S6 сегмент)».
При нормализации температуры тела, улучшении самочувствия, купирования дыхательных расстройств и завершения курса антибактериальной терапии повторного рентгенологического обследования и исследования показателей периферической крови не требуется.
После перенесѐнной острой пневмонии 4-летний ребѐнок должен наблюдаться врачом-педиатром в течение первых 12 мес. 1 раз в 3 месяца, лабораторные анализы, осмотр ЛОР-врачом и стоматологом - 1 раз в 6 месяцев. Затем в течение еще 4 лет активный осмотр 1 раз в 6 месяцев и по показаниям. Общеоздоровительные мероприятия. Плановая вакцинация против пневмококковой инфекции через месяц после перенесѐнного заболевания. Неспецифическая профилактика респираторных инфекций

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 36

У ребёнка 10 лет сыпь в виде отёчных красных зудящих образований по туловищу и на нижних конечностях. Из анамнеза заболевания: сыпь появилась внезапно, предварительно беспокоил выраженный зуд кожи. Родители ребёнка связывают появление сыпи с употреблением в питании морепродуктов. Из анамнеза жизни известно, что у ребёнка на первом году жизни были проявления атопического дерматита на белок коровьего молока. Респираторными инфекциями болеет часто. Антибиотики получает 2-3 раза в год. Одышки не было. Тубконтакты отрицает. Наследственность: у бабушки по линии матери – бронхиальная астма. Мать не переносит Пенициллин. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. На коже туловища и нижних конечностях – сыпь по типу эритематозных волдырей красного цвета размером от 5 до 10 сантиметров в диаметре, чётко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи, умеренного количества. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Слизистые сухие. В зеве умеренная гиперемия. Пальпируются заднешейные лимфоузлы 1 размера, безболезненные, не спаянные с тканью, эластичные. Голос не осип. Одышки нет. ЧД – 26 в минуту. Перкуторно по всем полям определяется

лёгочный звук. При аускультации лёгких хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 87 в минуту. Живот несколько вздут, пальпации доступен, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы необходимо назначить ребёнку в качестве основной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. На фоне проводимой терапии к концу суток состояние ребёнка улучшилось: новых подсыпаний не было. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте.

Ответ

1. Острая аллергическая крапивница.
2. Диагноз «аллергическая крапивница» установлен на основании:

- жалоб больного на зудящие высыпания по типу крапивницы в области тела и нижних конечностей, появившиеся после употребления в пищу морепродуктов;
- данных анамнеза жизни: у ребѐнка были проявления атопического дерматита на белок коровьего молока;
- в семейном анамнезе: у бабушки по линии мамы – бронхиальная астма. Мама не переносит Пенициллин;
- данных клинического обследования: сыпь по типу эритематозных волдырей красного цвета размером от нескольких 5 до 10 сантиметров в диаметре, чѐтко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи.

3. Аллергопробы.
4. Ребѐнку необходимо назначить Цетиризин в дозе 10 мг (1 таблетка) 1 раз в день на 14 дней. Препарат из группы антигистаминных препаратов II поколения (неседативных).

Гипоаллергенная диета: исключить рыбу и морепродукты, цитрусовые, шоколад, мед, орехи, сою, молоко, яйцо, красного цвета фрукты, овощи, ягоды.

5. Ребѐнка оставляют под наблюдением на 48 часов. Обучают родителей гипоаллергенной диете. Цитиризин оставляют на 14 недели. При неэффективности – через 14 дней удваивают дозу Цитиризина до 1 месяца.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 37

У ребёнка 12 лет жалобы на отёчность в области век, кистей рук и стоп, сыпь в виде отёчных, красных, зудящих образований по туловищу и на конечностях. Из анамнеза заболевания: сыпь появилась внезапно, предварительно беспокоил выраженный зуд кожи, затем появились отёки. Родители ребёнка связывают появление отёков и сыпи с употреблением в питании цитрусовых. Из анамнеза жизни известно, что у ребёнка на первом

году жизни были проявления крапивницы неоднократно на шоколад, на лекарственные препараты - Нурофен, Ацетилцистеин. Респираторными инфекциями болеет часто. Часто получает антибиотики. Тубконтакты отрицает. Наследственность: у матери – аллергический ринит, экзема на стиральный порошок.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Отмечается отёчность век, отёки кистей и стоп. На коже туловища, верхних и нижних конечностях – сыпь по типу эритематозных волдырей красного цвета размером от 5 до 10 см в диаметре, имеющие тенденцию к слиянию, чётко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи. Слизистые сухие. В зеве умеренная гиперемия. Носовое дыхание отсутствует. Голос не осип. Одышки нет. ЧД – 26 в минуту. Перкуторно по всем полям определяется лёгочный звук. При аускультации лёгких хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 90 в минуту. Живот несколько вздут, пальпации доступен, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы необходимо назначить ребёнку в качестве основной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. На фоне проводимой терапии к концу суток состояние ребёнка улучшилось: отёков не стало, новых подсыпаний не было. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте.

Ответ

1. Отѐк Квинке. Острая аллергическая крапивница.
2. Диагноз «аллергическая крапивница» установлен на основании:

- жалоб больного на зудящие высыпания по типу крапивницы в области тела, отѐки век, кистей рук и стоп, появившиеся после употребления в пищу цитрусовых;
- данных анамнеза жизни: у ребѐнка были проявления крапивницы на шоколад и лекарственные препараты;
- данных семейного анамнеза: мамы – аллергический ринит и экзема на стиральные порошки;
- данных клинического обследования: сыпь по типу эритематозных волдырей красного цвета размером от нескольких 5 до 10 сантиметров в диаметре, чѐтко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи. Отѐчность век, кистей рук и стоп.

3. Аллергопробы в период ремиссии.
4. Ребѐнку необходимо назначить Преднизолон в дозе 1-2 мг/кг парентерально, но не более 60 мг в сутки, без учѐта суточного ритма на 5-7 дней в связи с тяжѐлой острой аллергической реакцией и профилактикой анафилаксии. Для защиты слизистой желудка – блокаторы протонной помпы

– Омепразол в дозе 20 мг (1 таблетка) 1 раз в сутки, Цетиризин в дозе 10 мг (1 таблетка) 1 раз в день на 14 дней. Препарат из группы антигистаминных препаратов II поколения (неседативных).
Гипоаллергенная диета: исключить цитрусовые, рыбу и морепродукты, шоколад, мед, орехи, сою, молоко, яйцо, красного цвета фрукты, овощи, ягоды.
5. Ребѐнка оставляют под наблюдением на 5 дней. Обучают родителей и ребѐнка гипоаллергенной диете и обстановке.
Преднизолон отменяют через 5 дней полностью.
Цитиризин оставляют на 14 недели. При неэффективности – через 14 дней удваивают дозу Цитиризина до 1 месяца.
Консультация и наблюдение врача аллерголога-иммунолога.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 38

В стационар на обследование поступил ребёнок 3 месяцев. Мать жалуется на периодически появляющуюся одышку у ребёнка, при кормлении делает паузы, вдохи, становится беспокойным, отстаёт в массе тела. При осмотре выявляется бледность, мраморность кожных покровов с небольшим периферическим акроцианозом, гипергидроз кожных покровов. Обращает внимание одышка по типу тахипноэ с участием вспомогательной мускулатуры (ЧД – 54 в минуту), кашель при перемене положения ребёнка. Верхушечный толчок смещён влево, вниз; сердечный толчок усилен, приподнимающийся. При пальпации улавливается систолическое дрожание в 3–4 межреберье слева. Границы сердечной тупости расширены в обе стороны, больше влево. Выслушивается грубый продолжительный систолический шум в 3–4 межреберье слева, одновременно на верхушке сердца определяется мезодиастолический шум. Усиление 2 тона на лёгочной артерии. ЧСС – 150 ударов в минуту. В лёгких жёсткое дыхание, хрипов нет. Отмечается небольшое увеличение печени (+3 см из-под края рёберной дуги), пальпируется край селезёнки. Вопросы:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз, определите стадию недостаточности кровообращения.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какое неотложное состояние может возникнуть у пациента, к какому осложнению оно может привести?
5. Какая группа препаратов используется для лечения данной стадии недостаточности кровообращения путем снижения объёма циркулирующей крови и уменьшения нагрузки на сердце, какой из препаратов этой группы чаще всего используется для неотложной терапии?

Ответ

1. Диагноз: «врождѐнный порок сердца с обогащением малого круга кровообращения, без цианоза». НК-IIА.
2. Гемодинамический диагноз «врождѐнный порок сердца с обогащением малого круга кровообращения, без цианоза» установлен на основании жалоб

на появляющуюся одышку, при кормлении делает паузы, вдохи, становится беспокойным, отстаѐт в массе тела; объективных данных - бледность кожных покровов с небольшим периферическим акроцианозом, одышка по типу тахипноэ с участием вспомогательной мускулатуры (ЧД – 54 в минуту), кашель при перемене положения ребѐнка, верхушечный толчок смещѐн влево, вниз; сердечный толчок усилен, приподнимающийся, систолическое дрожание в 3-4 межреберье слева, границы сердечной тупости расширены в обе стороны, больше влево, грубый продолжительный систолический шум в 3-4 межреберье слева, на верхушке сердца определяется мезодиастолический шум, усиление 2 тона на лѐгочной артерии. ЧСС – 150 в минуту, увеличение печени (+ 3 см из-под края рѐберной дуги).

Недостаточность кровообращения IIA стадии выставлена на основании жалоб на периодически появляющуюся одышку, объективных данных - одышка по типу тахипноэ с участием вспомогательной мускулатуры (ЧД – 54 в минуту), в лѐгких жесткое дыхание, хрипов нет, ЧСС – 150 в минуту, увеличение печени (+ 3 см из под края рѐберной дуги).

3. Пациенту рекомендовано: рентгенография грудной клетки для определения размеров и формы сердечной тени, состояние сосудистого кровотока в лѐгких; ЭКГ для оценки функции сердца, возможной гипертрофии отделов; ЭхоДКГ для определения топики порока, степени лѐгочной гипертензии.

4. Неотложное состояние: отѐк легкого, осложнение: гипоксемическая кома.

5. Диуретики, Фуросемид (Лазикс).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 39

Мать с мальчиком 5 лет обратилась к врачу-педиатру участковому в связи с травмой коленного сустава у ребёнка. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда. Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии. У младшего брата 6 месяцев также отмечаются длительные носовые кровотечения. При осмотре состояние ребёнка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстравазаты. Правый коленный сустав увеличен в объёме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объёма как следствие травмы, перенесённой в 4-летнем возрасте.

Общий ан. крови: Нв - 100 г/л, эр - $3{,}0\times10^{12}$/л, ретикулоциты - 3%, тромбоциты - 300×10^{9}/л, Л - $8{,}3\times10^{9}$/л, п/яд - 3%, с/яд - 63%, эоз. - 3%, лимфоциты - 22%, моноциты - 9%, СОЭ - 12 мм/час.

Длительность кровотечения по Дьюку - 2 мин. 30 секунд. Время свёртывания крови по Ли-Уайту более 15 минут.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Какая терапия должна быть назначена?
5. Почему боль в суставе возникла только через 2 часа после травмы?

Ответ

1. Гемофилия. Гемартроз правого коленного сустава.
2. -Анализ родословной ребѐнка;
-определение VIII и IX факторов;
-время рекальцификации плазмы.
3. Дифференциальную диагностику необходимо провести со следующими заболеваниями: иммунная тромбоцитопеническая пурпура, геморрагический васкулит, реактивный артрит.
4. Заменное переливание VIII фактора 10-20 ЕД/кг, при его отсутствии: криопреципитат 10-15 ЕД/кг внутривенно струйно.
5. По мере развития гематомы, в ней возрастает давление, она сдавливает надкостницу, что вызывает резкие боли.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 40

В стационар на обследование поступил ребёнок 3 месяцев. Мать жалуется на периодически появляющуюся одышку у ребёнка, при кормлении делает паузы, вдохи, становится беспокойным, отстаёт в массе тела.

При осмотре выявляется бледность, мраморность кожных покровов с небольшим периферическим акроцианозом, гипергидроз кожных покровов. Обращает внимание одышка по типу тахипноэ с участием вспомогательной мускулатуры (ЧД – 54 в минуту), кашель при перемене положения ребёнка. Верхушечный толчок смещён влево, вниз; сердечный толчок усилен, приподнимающийся. При пальпации улавливается систолическое дрожание в 3–4 межреберье слева. Границы сердечной тупости расширены в обе стороны, больше влево. Выслушивается грубый продолжительный систолический шум в 3–4 межреберье слева, одновременно на верхушке сердца определяется мезодиастолический шум. Усиление 2 тона на лёгочной артерии. ЧСС – 150 ударов в минуту. В лёгких жёсткое дыхание, хрипов нет. Отмечается небольшое увеличение печени (+3 см из-под края рёберной дуги), пальпируется край селезёнки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз, определите стадию недостаточности кровообращения.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какое неотложное состояние может возникнуть у пациента, к какому осложнению оно может привести?
5. Какая группа препаратов используется для лечения данной стадии недостаточности кровообращения путем снижения объёма циркулирующей крови и уменьшения нагрузки на сердце, какой из препаратов этой группы чаще всего используется для неотложной терапии?

Ответ

1. Диагноз: «врождѐнный порок сердца с обогащением малого круга кровообращения, без цианоза». НК-IIА.
2. Гемодинамический диагноз «врождѐнный порок сердца с обогащением малого круга кровообращения, без цианоза» установлен на основании жалоб на появляющуюся одышку, при кормлении делает паузы, вдохи, становится беспокойным, отстаѐт в массе тела; объективных данных - бледность кожных покровов с небольшим периферическим акроцианозом, одышка по типу тахипноэ с участием вспомогательной мускулатуры (ЧД – 54 в минуту), кашель при перемене положения ребѐнка, верхушечный толчок смещѐн влево, вниз; сердечный толчок усилен, приподнимающийся, систолическое дрожание в 3-4 межреберье слева, границы сердечной тупости расширены в обе стороны, больше влево, грубый продолжительный систолический шум в 3-4 межреберье слева, на верхушке сердца определяется мезодиастолический шум, усиление 2 тона на лѐгочной артерии. ЧСС – 150 в минуту, увеличение печени (+ 3 см из-под края рѐберной дуги).
Недостаточность кровообращения IIА стадии выставлена на основании жалоб на периодически появляющуюся одышку, объективных данных - одышка по типу тахипноэ с участием вспомогательной мускулатуры (ЧД – 54 в минуту), в лѐгких жесткое дыхание, хрипов нет, ЧСС – 150 в минуту, увеличение печени (+ 3 см из под края рѐберной дуги).
3. Пациенту рекомендовано: рентгенография грудной клетки для определения размеров и формы сердечной тени, состояние сосудистого кровотока в лѐгких; ЭКГ для оценки функции сердца, возможной гипертрофии отделов; ЭхоДКГ для определения топики порока, степени лѐгочной гипертензии.
4. Неотложное состояние: отѐк легкого, осложнение: гипоксемическая кома.
5. Диуретики, Фуросемид (Лазикс).

Инфекционные болезни у детей

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

На вызове к больному: мальчик 5 лет с жалобами на сильный кашель до рвоты. Из анамнеза: ребенок от первой беременности, преждевременных родов при сроке 30 недель. На первом-втором году жизни часто болел, перенес ОРЗ 4-5 раз в год, кишечную инфекцию. Привит по индивидуальному календарю (вакцинация начата в 2 года, против дифтерии

АДС). Посещает детский сад. Случаев инфекционных заболеваний в детском коллективе и дома за последние 21 день не зарегистрировано. Семья (родители и ребенок) проживает в удовлетворительных бытовых условиях. Болен вторую неделю. Заболевание началось с редкого сухого кашля. Мама давала отхаркивающую микстуру, проводилось полоскание зева теплым отваром эвкалипта. Постепенно кашель становился более навязчивым, упорным, в последние 2 дня принял приступообразный характер. За сутки отмечается до 20 приступов кашля.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, вокруг орбит глаз, на лице единичные петехиальные элементы. Слизистая рта чистая, зев розовой окраски, миндалины умеренно выступают из-за дужек, чистые. Периферические л/у не увеличены. Приступ кашля возникает внезапно и состоит из серии кашлевых толчков, за которым следует свистящий вдох. Приступ сопровождается набуханием шейных вен, покраснением лица, высовыванием языка, заканчивается откашливанием вязкой, прозрачной мокроты, иногда рвотой. Дыхание через нос свободное. В легких дыхание жесткое. Число дыханий 28 в минуту. Тоны сердца умеренно приглушены. Пульс ритмичный. Частота сердечных сокращений 104 в минуту. Слизистая рта чистая, язвочка на уздечке языка. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул, со слов, регулярный, без патологических примесей.

Общий ан. крови: эр. - $4{,}3x10^{12}$/л, Нв - 120 г/л, тр. - $240{,}0x10^{9}$/л, Л - $20{,}6x10^{9}$/л, п/яд - 2%, с/яд - 19%, лимф. - 72%, мон. - 7%, СОЭ - 12 мм/час.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления этиологии заболевания? Какие результаты ожидаете получить?
4. Назначьте лечение больному ребенку, обоснуйте назначения.
5. Укажите противоэпидемические мероприятия в очаге, если известно, что ребенок в катаральном периоде (7 дней) посещал детский сад.

Ответ

1. Коклюш, типичное течение, средней степени тяжести, период спазматического кашля.

2. Диагноз «типичного течения коклюша» основан на жалобах пациента на сильный кашель до рвоты, данных анамнеза (отсутствие вакцинации против коклюша, заболевание началось с редкого, сухого кашля, который постепенно становился приступообразным, за сутки отмечается до 20 приступов кашля), данных осмотра (бледность кожи, петехиальные высыпания на лице и вокруг глаз, катаральных явлений нет, кашель приступообразный, с репризом, сопровождается набуханием шейных вен, покраснением лица, высовыванием языка, заканчивается откашливанием вязкой, прозрачной мокроты, в лѐгких дыхание жѐсткое, рассеянные сухие и

средне-пузырчатые влажные хрипы, язвочка на уздечке языка), лабораторных данных (лейкоцитоз, лимфоцитоз, нормальное СОЭ).
Средняя степень тяжести определена на основании анамнеза и клиники (до 20 приступов кашля в сутки, кашель до рвоты, продолжительность катарального периода до 7 дней), лабораторных данных (лейкоцитоз до 20×109/л, лимфоцитоз – до 72%).
3. Посев слизи из носоглотки (выделение Bordetella pertussis);
определение IgM, IgG, IgA-антител (в ИФА) к коклюшному токсину (выявление IgM и IgA-антител, (IgG-антитела появляются позже)) или РА антитела к B. pertussis (диагностический титр >1:80) или обнаружение специфического фрагмента генома B. pertussis методом ПЦР.
4. С учѐтом средней тяжести и гладкого течения заболевания лечение ребѐнка можно организовать в домашних условиях.
Щадящий режим: снижение звуко-, световых раздражителей (для уменьшения провоцирующих приступы воздействий);
частое проветривание помещения, увлажнение воздуха (прохладный, влажный воздух, снижает активность бронхов, уменьшает число приступов и их тяжесть);
антибиотикотерапия: макролиды (Рокситромицин 5-8 мг/кг/сут., Мидекамицин 20-40 мг/кг/сут.) – (для санации дыхательных путей от возбудителя) на 5-7 дней;
противокашлевые препараты (Синекод) при неэффективности - кодеинсодержащие препараты, Седуксен, Пипольфен (для снижения возбудимости кашлевого центра).
5. Подать Экстренное извещение об инфекционном заболевании (ф.58/у) в отделение санитарного надзора.
Изолировать больного на 25 дней с момента заболевания (то есть еще 16 дней).
На группу в д/с накладывается карантин на 14 дней с момента изоляции больного (на не болевших ранее).
Ежедневное медицинское наблюдение за контактными детьми и взрослыми.
Однократное бак. обследование контактных (не болевших ранее).
Контактным детям в возрасте до одного года, не привитым против коклюша и не болевшим коклюшем, внутримышечно вводят Гамма-глобулин по 6 мл (по 3 мл через день).
Дезинфекция не проводится, проветривание и влажная уборка помещения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Повторный осмотр на дому девочки 4-х лет. Жалобы на боли в горле, головную боль, слабость. Из анамнеза: родилась от I беременности, нормальных родов. Росла и развивалась соответственно возрасту. Из перенесенных заболеваний: ОРВИ до 4 в год, ветряная оспа. До 3 лет отмечалась аллергическая реакция на цитрусовые, шоколад. Посещает детский сад. Прививочный календарь: БЦЖ – 4 день жизни; гепатит В – 12 ч – 1 мес. – 6 мес.; АКДС – 3 мес. – 4,5 мес.; полиомиелит – 3 мес. – 4,5 мес.;

КПК – 12 мес. Контакт с инфекционным больным за последние 3 недели отрицает. Заболела остро, появились боли в горле при глотании, температура тела повысилась до 37.4ºС. Была осмотрена врачом-педиатром участковым, выявившим умеренную гиперемию зева. Было назначено полоскание зева раствором фурацилина и щелочные ингаляции.

Повторный осмотр на 3 день болезни: состояние средней тяжести, температура – 37,5ºС, вялая, бледная. Зев гиперемирован, на поверхности миндалин плотные пленки сероватого цвета, больше справа, не выходят за пределы миндалин. Пленка снимается с трудом, при попытке снять на миндалине появляется кровь. Подчелюстные лимфоузлы – 1,5 см уплотнены, безболезненны, подвижны, другие группы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, число дыханий 28 в минуту. Тоны сердца громкие, сокращения ритмичные, частота сердечных сокращений 110 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул, диурез - без патологии.

Общий ан. крови: эр. - 4,5х10^{12}/л, Нв - 128 г/л, тр. - 310,0х10^{9}/л, лейкоциты - 16,6х10^{9}/л, п/яд. - 8%, с/яд. - 59%,лимф. - 27%, мон. - 6%, СОЭ - 20 мм/час.

Общий ан. мочи: цвет - желтый, уд. вес – 1,018; белок – нет, сахар – нет, эпителий – ед. в п/зр, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр, бактерии, слизь –нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Назначьте лечение больного.
5. Укажите противоэпидемические мероприятия, если известно, что ребенок посещал детский сад, семья состоит из 3 человек (мама, папа и сам ребенок).

Ответ

1. Локализованная дифтерия ротоглотки плѐнчатая форма, лѐгкое течение.

2. Диагноз «дифтерия» основан на данных анамнеза (нарушение вакцинации по дифтерии: отсутствует третье введение и ревакцинация в 18 месяцев, острое начало заболевания, постепенное развитие клиники с отрицательной динамикой: сначала катаральные изменения в зеве, на 3 день появление плѐнок), данных осмотра (субфебрильная температура тела, вялая, бледная, зев гиперемирован, на поверхности миндалин плотные с трудом снимающиеся плѐнки сероватого цвета. При попытке снять плѐнку на миндалине появляется кровь симптом «кровавой росы», региональный лимфаденит), лабораторных данных (лейкоцитоз, нейтрофилѐз, сдвиг формулы влево, ускоренное СОЭ).

Локализованная дифтерия выставлена на основании клинических данных: налѐты в виде цельной плѐнки не выходят за пределы миндалин.

3. Бактериоскопия мазков из зева, носа (выявление Corynebacterium diphteriae);

посев материала из зева, носа на токсигенные коринебактерии дифтерии;
реакция латекс-агглютинации на дифтерийный токсин;
По показаниям:
определение уровня (титра) антитоксических антител методом РПГА в парных сыворотках (нарастание титра более чем в 4 раза через 14 дней) или ИФА.
4. Госпитализация в боксовое отделение;
введение антитоксической противодифтерийной сыворотки (сыворотка противодифтерийная лошадиная очищенная концентрированная) 15-20 тыс. МЕ по Безредко;
антибиотики: макролиды (Рокситромицин – 5-8 мг/кг/сут., Азитромицин 10 мг/кг/сут.), или цефалоспорины (Цефалексин 25-50 мг/кг/сут.) 7 дней;
местное лечение – полоскание зева.
5. Госпитализация (изоляция больного);
подача экстренного извещения в СЭС;
заключительная дезинфекция.
Для контактных (дети и взрослые в саду, родители):

- карантин на 7 дней с ежедневным медицинским наблюдением;
- однократное исследование слизи из зева и носа на токсигенные коринебактерии дифтерии;
- осмотр ЛОР-врача;
- химиопрофилактика (антибиотики макролиды или Бициллин);
- экстренная активная иммунизация в зависимости от вакцинального статуса:
- вакцинированным, получившим последнюю дозу Анатоксина более 5 лет назад, вводят 1 дозу АДС-М;
- не привитые: АДС-М двукратно с интервалом 45 дней.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Осмотрена на дому девочка 3 лет. Жалобы мамы на повышение температуры тела, слабость, отказ от еды, высыпания на коже.
Из анамнеза: ребенок от II беременности, II срочных родов, росла и развивалась соответственно возрасту, привита по календарю. Из перенесенных заболеваний: кишечная инфекция, ОРЗ – до 3 раз в год, краснуха. Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными не установлен.Больна 3 день, заболевание началось с повышения температуры тела до 38,0ºС,необильного отделяемого из носа, покашливания. На 2-й день болезни на волосистой части головы, лице и туловище появились единичные пятнисто-папулезные элементы сыпи, некоторые из них к концу суток превратились в везикулы. На следующий день появились новые высыпания, сопровождающиеся выраженным кожным зудом.
Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 38,9ºС, ребенок вялый. Кожные покровы бледные. На лице и волосистой части головы,

туловище и конечностях отмечается обильная полиморфная сыпь: пятна, узелки, везикулы. Тоны сердца слегка приглушены, частота сердечных сокращений 120 в минуту. В легких аускультативно – пуэрильное дыхание, хрипов нет. Число дыханий 30 в минуту. На слизистой твердого неба несколько поверхностных эрозий размером
2х3 мм. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Стул без патологических примесей. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Назначьте лечение.
5. Укажите противоэпидемические мероприятия в очаге. Существует ли активная иммунизация при этом заболевании

Ответ

1. Основной: «ветряная оспа типичная форма, период высыпания, средней степени тяжести».
2. Диагноз «ветряная оспа» выставлен на основании жалоб на повышение температуры, слабость, высыпания на коже, данных анамнеза (не болел ветряной оспой ранее, постепенное развитие клиники, сначала повышение температуры, умеренные катаральные проявления, затем появление на волосистой части головы, лице и туловище единичных пятнисто-папулѐзных элементов, которые затем превратились в везикулы, толчкообразное появление сыпи, наличие сильного зуда кожи), данных осмотра (гипертермия, «ложный» полиморфизм сыпи, наличие на слизистой твѐрдого нѐба нескольких поверхностных эрозий).
3. Общий анализ крови; общий анализ мочи. Типичная форма ветряной оспы не требует лабораторного подтверждения. (при нетипичном течении, для подтверждения ветряной оспы применяют исследование мазков жидкости из везикул, окрашенных методом серебрения или иммунофлюорецентный метод, определение Anti-VZV IgM.
4. При средне-тяжѐлом течении ветряной оспы возможно лечение в амбулаторных условиях. Госпитализация показана при осложнѐнном и тяжѐлом течении заболевания или эпидемиологическим показаниям; жаропонижающие средства (Парацетамол 15 мг/кг, Ибупрофен 10 мг/кг); Местная терапия:
    1. обработка везикул на коже 1% спиртовым раствором бриллиантового зелѐного или 2-5% раствором перманганата калия;
    2. полоскание ротовой полости раствором Фурацилина или Риванола; обработка язвочек на слизистой ротовой полости 0,5% оксолиновой, 50% интерфероновой или 5% мазью Ацикловира. Ацикловир внутрь назначается при тяжѐлом и осложнѐнном течении заболевания 20 мг/кг/сут в 4 приѐма.

5. Подать экстренное извещение в СЭС. Изолировать больного до 5 дня с момента появления последних свежих элементов сыпи (в среднем 10-12 дней). На детей до 7 лет, бывших в контакте с больным и не болевших ранее этой инфекцией, накладывается карантин с 11 до 21 дня, считая с момента изоляции. За контактными устанавливают медицинское наблюдение (опрос, осмотр, термометрия один раз в 5-6 дней). Контактировавшим из группы риска (иммунодефицитные состояния, заболевания крови, не болевшим беременным) проводится пассивная иммунизация - специфический (Варицелло-зостерный иммуноглобулин) или нормальный (при возможности - с предварительным определением титра антител к VZV в препарате) Иммуноглобулин в течение 96 часов (предпочтительно в течение 72 часов) после вероятного контакта с больным ветряной оспой. Активная иммунизация (вакцинация) против ветряной оспы проводится детям и взрослым, не имеющим медицинских противопоказаний к введению вакцины, в первые 72-96 часов после вероятного контакта с больным ветряной оспой. Допуск реконвалесцентов ветряной оспы в коллектив разрешается после клинического выздоровления даже при наличии вторичных случаев ветряной оспы в очаге, но не ранее 5 дня со времени появления у реконвалесцента последнего свежего элемента сыпи.

Врач-педиатр контролирует выполнение рекомендаций по срокам посещения врача-кардиолога, врача-кардиохирурга, приѐму назначенных препаратов, соблюдению двигательного режима. При отсутствии противопоказаний, через 6 месяцев после оперативного лечения ВПС начать вакцинацию по индивидуальному графику, в рамках национального календаря профилактических прививок.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Мальчик 6 лет заболел остро с подъема температуры тела до 38,6°С, жалобы на боли в горле, недомогание. Мать самостоятельно дала ребенку нурофен и эргоферон,через час температура снизилась до 37,6 °С. На следующий день температура тела вновь повысилась до фебрильных цифр, сохранялись боли в горле, ребенок отказался от еды. Мать вызвала участкового педиатра.

При осмотре больного состояние оценено как среднетяжелое. Носовое дыхание свободное. Кожный покров чистый, кожа горячая на ощупь, на щеках «румянец», глотание затруднено. Язык у корня обложен серым налетом. При фарингоскопии - небные миндалины гиперемированы, увеличены, отечны. На миндалинах с обеих сторон имеются налеты островчатые, желтого цвета. Пальпируются увеличенные передне-верхне-шейные лимфатические узлы. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 80 уд/мин, ЧД 24/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.Стула не было 2 дня, диурез достаточный.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок привит в соответствии с возрастом. С 3-х лет посещает детское образовательное учреждение, с этого же времени начал часто болеть респираторными инфекциями. Антибактериальную терапию (флемоксин солютаб) последний раз получал 6 месяцев назад. На

фоне приема антибиотика отмечена аллергическая сыпь, купированная антигистаминными лекарственными средствами (супрастин) в течение 3-х дней. Других проблем в состоянии здоровья у ребенка не установлено. Семья социально благополучная. Ребенок в семье один.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз с обоснованием возможной этиологии.
2. Определите и обоснуйте показания для госпитализации.
3. Требуется ли пациенту дополнительное обследование? Обоснуйте.
4. Какие антибактериальные препараты должны быть назначены? Обоснуйте свой выбор. Доза и длительность назначения.
5. Каковы показания для выписки

Ответ

1. Острый тонзиллофарингит, средне-тяжѐлая форма. Вероятнее всего, имеет место бактериальная (стрептококковая) этиология заболевания, так как возраст мальчика 6 лет, отсутствуют яркие катаральные симптомы, отмечается фебрильная лихорадка, несмотря на дачу жаропонижающих средств, выявлена яркая гиперемия слизистых зева, отмечается острая боль в горле, налѐты на миндалинах.
2. Оснований для госпитализации нет, ввиду отсутствия клинических, социальных и эпидемиологических показаний. Госпитализации требуют дети в тяжѐлом состоянии, требующие инфузионной терапии ввиду отказа от еды и жидкости; дети первого года жизни; дети с тяжѐлыми сопутствующими соматическими заболеваниями и иммунодефицитными состояниями. Кроме того, госпитализируются дети, находящиеся в закрытых детских образовательных учреждениях, в случае невозможности организовать уход и лечение в домашних условиях, дети из многодетных семей.
3. Клинический анализ крови в остром периоде позволяет выявить воспалительные изменения, в том числе, указывающие на бактериальную инфекцию. Пациенту требуется обследование в экспресс-тесте на БГСА для решения вопроса о назначении антибактериального препарата, так как в отношении вирусных тонзиллитов антибактериальная терапия не эффективна.
4. Наличие в анамнезе аллергической реакции на Амоксициллин определяет показания к стартовому лечению данного больного цефалоспоринами I-II поколения (Цефалексин 50-70 мг/кг/сутки) или Цефуроксим аксетил 40-60 мг/кг/сутки, поскольку случаи перекрѐстной аллергии пенициллинов и цефалоспоринов достаточно редки. Длительность лечения 10 дней. 5. Нормализация температуры тела, общего самочувствия, отсутствие налѐтов в зеве.

Перед выпиской ребѐнку необходимо сделать исследование общего анализа периферической крови, общего анализа мочи и, по показаниям, ЭКГ, для исключения возможных осложнений.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

Ребенок 2,5 лет заболел остро утром с подъема температуры до 39,9°С, нарушения общего состояния. Пожаловался на выраженную боль в горле. Мать дала ребенку нурофен и провела ингаляцию бародуалом, однако температура тела в течение последующих двух часов снизилась лишь на 0,5°С, состояние ребенка ухудшилось.Появилась одышка с затруднением вдоха, усилилась боль в горле, ребенок с трудом пил воду, предпочитал сидеть, лежа одышка усиливалась. Мать обратилась в скорую помощь. До приезда врача мать еще раз дала нурофен.

При осмотре врачом состояние ребенка тяжелое, температура тела 39,8°С. Ребенок на руках у матери, дышит тяжело, затруднен вдох, из угла рта вытекает слюна, рот открыт. Бледен. Плачет тихо, голос сдавленный, кашель редкий, сухой, болезненный. Кожный покров чистый, при попытке осмотра зева выраженное беспокойство и усиление одышки. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. При попытке уложить ребенка для осмотра живота одышка усилилась. ЧД 40 в минуту, ЧСС 130 в минуту. При проведении пульсоксиметрии SaO2 – 93%.

Из анамнеза жизни известно, что преморбидный фон не отягощен. Привит ребенок по возрасту. Болеет редко. Семья благополучная. Есть старший ребенок 5 лет,в настоящее время здоров, ходит в детский коллектив.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз, какое из них самое основное?
3. Определите показания для госпитализации и обоснуйте их.
4. Какова тактика врача скорой помощи?
5. Является ли целесообразным назначение метамизола натрия у ребенка?

Ответ

1. Эпиглоттит. ДН II. Диагноз поставлен на основании типичных симптомов: острое начало, высокая температура тела и нарушения общего состояния, характерны боль в горле, слюнотечение, открытый рот, быстрое развитие стридора, отсутствие эффекта от ингаляционной терапии.
2. Эпиглоттит необходимо дифференцировать с:
   - вирусным крупом;
   - бактериальным трахеитом;
   - инородным телом гортани;
   - абсцессом глотки;
   - увулитом;
   - ангионевротическим отѐком;
   - дифтерийным (истинный) крупом (развивается медленнее, на фоне интоксикации);

- некоторыми хроническими болезнями гортани (врождѐнный стридор, подскладочная гемангиома/неоплазия, парезы) затруднение вдоха усиливается во время ОРВИ, создавая иллюзию острого стеноза. Наиболее часто эпиглоттит приходится дифференцировать с крупом.

3. Больной эпиглоттитом госпитализируется в экстренном порядке, ему оказывается помощь в палате интенсивной терапии или отделении реанимации и интенсивной терапии, так как имеется опасность асфиксии.
4. Необходимо вызвать реанимационную бригаду. Ввести жаропонижающие препараты. Ввести антибактериальный препарат внутривенно. Осмотр ротоглотки ребѐнка с подозрением на эпиглоттит проводится в полной готовности к интубации или коникотомии в связи с высокой вероятностью развития рефлекторного спазма мышц гортани и, как следствие, асфиксии. Необходимо проведение мониторинга пульсоксиметрии для контроля над сатурацией. Запрещается ингалировать, осуществлять седацию, провоцировать беспокойство.
5. Выбор антипиретика основан на его безопасности и переносимости, поэтому, по международным стандартам, предпочтение отдают двум базовым препаратам – Парацетамолу и Ибупрофену. Учитывая тяжесть состояния ребѐнка и отсутствие эффекта от Ибупрофена, показано парентеральное введение жаропонижающих средств: введение внутривенно медленно раствора Парацетамола из расчѐта разовой инфузии для детей от 1 года и старше по 15 мг/кг. При отсутствии раствора Парацетамола возможно внутримышечное введение 50% раствора Метамизола натрия из расчѐта 0,1 мл на год жизни и 2% раствора Папаверина.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

Ребенок 2,5 лет заболел остро вчера с подъема температуры до 37,6°С,появления насморка и редкого сухого кашля. В семье у отца ребенка в течение 3-х дней отмечаются респираторные симптомы (кашель, насморк). Мать ввела ребенку виферон в свечах и вызвала врача-педиатра участкового.
Из анамнеза жизни известно, что преморбидный фон не отягощен. Привит ребенок по возрасту. Два дня назад сделана прививка против гриппа (гриппол плюс). Болеет редко. Семья благополучная. Есть старший ребенок 5 лет, в настоящее время здоров, ходит в детский коллектив.
При осмотре врачом-педиатром участковым состояние ребенка оценено как среднетяжелое, температура тела 38,0 °С, активен, аппетит не нарушен, кожные покровы чистые, физиологической окраски. Из носа обильное прозрачное жидкое отделяемое, отмечается редкий сухой кашель, склерит, умеренная гиперемия конъюнктив. В зеве умеренная гиперемия слизистых оболочек, миндалины за дужками без налетов, задняя стенка глотки зернистая, стекает прозрачная слизь. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез не изменены.
Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз. Связано ли данное заболевание с вакцинацией против гриппа?
2. Определите и обоснуйте показания для госпитализации.
3. Требуется ли пациенту дополнительное обследование? Обоснуйте свое решение.
4. Назначьте необходимое лечение и обоснуйте его.
5. При каком условии необходим повторный осмотр ребенка

Ответ

1. Диагноз «острый назофарингит, среднетяжѐлая форма». Вакцинальный период вакцинации против гриппа. Острый назофарингит диагностируется при остро возникших насморке и/или кашле, при этом исключают грипп и поражения другой локализации. В семье есть случай заболевания взрослого (отец) респираторной инфекцией. Данное заболевание не связано с вакцинацией против гриппа, имеет место вакцинация против гриппа на фоне инкубационного периода острого назофарнгита.
2. Оснований для госпитализации нет, ввиду отсутствия клинических, социальных и эпидемиологических показаний. Клиническими показаниями для госпитализации являются осложнения, которые у данного пациента отсутствуют.
3. Пациенту не требуется дополнительное обследование, так как отсутствуют клинические признаки бактериальной инфекции, требующие проведения общего анализа периферической крови для определения показаний к назначению антибактериальной терапии.
4. Лечение острого назофарингита средней степени тяжести включает режимные моменты, этиотропную и симптоматическую терапию. В квартире необходимо поддерживать температуру не более 21°С, обеспечить достаточную влажность воздуха (увлажнители), что обеспечивает снижение сухости слизистых оболочек и предотвращение возможности достаточного образования и выведения мокроты. Мать с первого дня болезни применяет для лечения ребѐнка Виферон (интерферон альфа-2b), в качестве этиотропной терапии данный препарат можно продолжить до 5 дней, так как противовирусные препараты уменьшают длительность лихорадки на 1-2 дня, что улучшает качество жизни больного. В качестве симптоматической терапии возможно назначение антипиретиков только при температуре тела выше 39°С, так как у ребѐнка не отягощѐн преморбидный фон, в качестве антипиретика в этом случае допустимо назначение препаратов из группы парацетамола или ибупрофена. В момент осмотра врачом-педиатром необходимо ребѐнка раздеть и обтереть тканью, смоченной водой 25-30 °С. Элиминационная терапия - введение в нос физиологического раствора 2-3 раза в день, что обеспечивает удаление слизи и восстановление работы мерцательного эпителия. Деконгестанты - коротким курсом до 2-3 дней для обеспечения борьбы с заложенностью носа. Ингаляции физиологического раствора для перевода кашля из сухого во влажный.

5. Повторный осмотр необходим при сохранении температуры более 3 дней или ухудшении состояния для исключения бактериального осложнения заболевания и решения вопроса о коррекции терапии или необходимости госпитализации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7

Мальчик 3 лет. Жалобы на повышение температуры до 38°С, шумное дыхание, беспокойство, «лающий» кашель. Болен третий день. Заболевание началось с повышения температуры до 37,8°С, появился сухой кашель, который на следующий день стал грубым, лающим, с болью за грудиной, голос осип. К врачу не обращались, мама подавала парацетамол, поила теплым чаем. Состояние мальчика не улучшалось, на 3 день болезни появилось шумное дыхание. Мама вызвала скорую помощь.Анамнез жизни: мальчик от I нормально протекавшей беременности и родов. Родился в срок с массой 3800 г, ростом 52 см. Из роддома выписан на 5 сутки. Находился на грудном вскармливании до 8 месяцев. В развитии от сверстников не отстает, посещает детский сад в течение 4 месяцев, за это время переболел 4 раза ОРВИ с высокой температурой и длительным насморком. В анамнезе периодически высыпания на лице и ягодичной области.

Осмотр: состояние средней степени тяжести, температура 38°С. Мальчик вяловат. Кожные покровы бледные, чистые, цианоз носогубного треугольника. Пальпируются переднешейные и заднешейные лимфоузлы до 0,5 см, подвижные,безболезненные, мягко-эластической консистенции. В зеве отмечается легкаягиперемия дужек, задней стенки глотки, миндалин, налетов нет. ЧДД – 34 вминуту,инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры (втяжение в эпигастральной области, яремной ямке, межреберных промежутков) на высоте вдоха. В легких дыхание жесткое с удлиненным вдохом, хрипов нет. Перкуторный звук ясный легочный. Тоны сердца ритмичные, чуть приглушены, ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Паренхиматозные органы не увеличены. Стул и диурез в норме.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями надо провести дифференциальную диагностику?
3. Назовите дополнительные методы диагностики.
4. Ваша тактика и догоспитальная помощь. Показаны ли антибиотики ребенку?
5. Когда может быть показана антибактериальная терапия при схожей симптоматике и другой респираторной патологии?

Ответ

1. ОРВИ, острый стенозирующий ларинготрахеит, средней степени тяжести. Стеноз II степени. У ребѐнка ОРВИ проявляется в виде стенозирующего ларинготрахеита, так как имеется шумное дыхание, беспокойство, грубый, «лающий» кашель, с болью за грудиной, осипший голос, объективно -

шумный вдох и одышка инспираторного характера с участием вспомогательной мускулатуры (втяжение в эпигастральной области, ярѐмной ямке, в межрѐберных промежутках) на высоте вдоха, в лѐгких жѐсткое дыхание с удлинѐнным вдохом, цианоз. Стеноз II степени (субкомпенсированный), так как одышка в покое, вяловат, умеренное увеличение ЧДД до 50% от возрастной нормы. Пульс учащѐн, в сознании.
2. Инородные тела гортани: внезапное начало на фоне еды, игры, отсутствие катаральных явлений. Дифтерия гортани: постепенное стадийное начало, отсутствие эффекта от лечения, афония, налѐты в зеве. Папилломатоз гортани: неэффективность терапии. Эпиглоттит (в этиологии: гемофильная палочка, стафилококк): характерно: острое начало, температура 39-40 °С, интоксикация, дисфагия, слюнотечение, голос не изменѐн, кашля нет. Общее тяжѐлое состояние, тяжѐлое дыхание. Аллергический отѐк гортани: отягощѐнный аллергоанамнез, катаральных явлений нет, интоксикация отсутствует, резкое внезапное начало на фоне полного здоровья, часто в дневное время, часто сочетается с отѐком глаз. Бактериальный трахеит: острый воспалительный процесс в трахее, сопровождающийся скоплением гнойной мокроты в подсвязочном пространстве; на фоне ОРВИ состояние ухудшается, нарастает дыхательная недостаточность, навязчивый кашель, резко выражены симптомы интоксикации.
3. Вирусология. Мазок из зева на дифтерию. При ухудшении состояния - ларингоскопия и газы крови: парциальное давление CO2 и O2.
4. Госпитализация в инфекционное отделение. Пульсоксиметрия, кислородотерапия при показателе O2 менее 95%. Ингаляции через небулайзер суспензии Будесонида в дозе 500-1000 мкг на одну ингаляцию, введение Дексаметазона в дозе 0,6 мг/кг в/м или Преднизолона 2,5 мг /кг под контролем уровня АД. Ингаляции Эпинефрина по 0,5 мл/кг (раствор 1 мг/мл) в 3 мл физ. раствора каждые 15-20 минут не более трѐх раз. Через 30 минут при отсутствии эффекта ингаляцию суспензии Будесонида повторить в той же дозе. Сосудосуживающие капли в нос. Антибиотики данному ребѐнку не показаны.
5. Антибактериальная терапия показана при эпиглоттите, дифтерийном крупе, бактериальном трахеите, другой респираторной патологии - средний отит, острый бактериальный риносинусит, острый аденоидит, острый тонзиллит, вызванный БСГА (беттагемолитическим стрептококком группы А), пневмония. А также при следующих клинических показаниях:

- при сохранении фебрильной температуры более трѐх дней;
- асимметрия хрипов;
- лейкоцитозе > 15×109/л и/или нейтрофилѐзе более 10 тыс./мкл, уровень СРБ более 30 мг/мл, прокальцитонин более 2 нг/мл;
- инфекции, вызванной внутриклеточными возбудителями (хламидии, микоплазмы);
- затяжной характер (> 2 недель) заболевания;

- при выраженных признаках интоксикации (вялость, сонливость, потеря аппетита, рвота) более трѐх дней;
- при наличии обильной гнойной мокроты в сочетании с интоксикацией;
- недоношенным детям, детям раннего возраста (до 6 месяцев) с низкими показателями здоровья;
- при неблагоприятном преморбидном фоне (пороки).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8

Ребенок 1 год 3 месяца. Мама вызвала врача-педиатра участкового в связи с жалобами на повышение температуры до 38,5ºС (сохраняющейся в течение 3-х дней), сильный мучительный сухой кашель, нарушение самочувствия.

При осмотре: состояние ребенка средней тяжести, самочувствие нарушено(капризный, не интересуется окружающим, нет интереса к игрушкам, постоянно наруках у матери), слизистое отделяемое из носа, умеренная гиперемия зева, по заднейстенке глотки стекает слизь. Втяжение межреберных промежутков на вдохе.Перкуторно над легкими в симметричных участках звук с коробочным оттенком.Границы относительной сердечной тупости несколько сужены. При аускультациидыхание жесткое, сухие свистящие и крупно-пузырчатые влажные хрипы,удлиненный выдох. Число дыханий 48-52 в 1 минуту. Тоны сердца отчетливые,ритмичные, ЧСС 128 ударов в 1 минуту. Живот доступен пальпации, печень + 2 смиз-под реберного края, мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. О поражении какой системы идет речь?
2. Для какого синдрома характерны имеющиеся симптомы?
3. Каков ведущий патогенетический механизм в развитии бронхиальной обструкции у детей раннего возраста?
4. Какое дыхание выслушивается над легкими у здорового ребенка данного возраста?
5. Назовите особенности строения органов дыхания, обусловливающие наличие пуэрильного дыхания у детей.

Ответ

1. Поражение дыхательной системы воспалительной природы: катаральные явления, кашель, расстройство дыхания (экспираторная одышка), изменение перкуторных данных, наличие хрипов.
2. Синдром бронхиальной обструкции – одышка экспираторная (удлинѐнный, затруднѐнный выдох, втяжение межреберий на вдохе) коробочный оттенок звука при перкуссии, сухие свистящие и крупно-пузырчатые влажные хрипы.
3. В формировании синдрома бронхиальной обструкции у детей раннего возраста ведущими механизмами являются отѐк слизистой и гиперсекреция.
4. Дыхание пуэрильное – дыхательный шум более громкий и продолжительный в течение обеих фаз дыхания.

5. Короткое расстояние от голосовой щели до места аускультации из-за малых размеров грудной клетки, что приводит частичному выслушиванию шумов гортани.
Узкий просвет бронхов. Большая эластичность и малая толщина стенки грудной клетки, увеличивающие еѐ вибрацию.
Значительное развитие интерстициальной ткани, уменьшающей воздушность ткани лѐгких.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9

Девочка 11 лет поступила в стационар по направлению врача-педиатраучасткового по поводу болей и припухлости левого коленного сустава, лихорадки до 39°С, общей слабости. Со слов мамы, 2 недели назад было повышение температуры, боли в горле при глотании.Анамнез: ребенок из села, употребляет в пищу некипяченое коровье и козье молоко.
Объективный статус: масса - 19 кг, рост - 125 см. По другим органам без патологии.
Общий ан. крови: Нв – 104 г/л, эр. – $3{,}5\times10^{12}$/л, Л – $8{,}1\times10^{9}$/л, ЦП – 0,8, нейтрофилы – 38%, лимфоциты – 51%, моноциты –11%, СОЭ – 38 мм/час.
Общий ан. мочи: цвет – соломенно-желтый, удельный вес – 1022, белок – нет, лейкоциты – 1-2 в п/зр, эпителий плоский – 2-3 в п/зр.
Копрограмма: детрит – значительное количество, полуоформленный, слизь – нет, лейкоциты – нет, эритроциты – нет.
Серологические реакции: реакция Райта и Хеддельсона в разведении 1/800 +++. РПГА с бруцеллезным диагностикумом - 1/400.
Бактериологический посев крови: отрицательный результат.
Бактериологические посевы кала: на дизгруппу и сальмонеллы отрицательные.

Вопросы:

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

Ответ

1. Бруцеллѐз, типичный, острая форма, средней степени тяжести. Серологически подтверждѐнный.
2. Диагноз «бруцеллѐз» установлен на основании жалоб больного на болезненность и припухлость левого коленного сустава, лихорадку до 39 °С, общую слабость, анамнеза заболевания: острое начало с синдрома интоксикации и ангины, эпидемиологического анамнеза: употребляет в пищу некипячѐное коровье и козье молоко, данных лабораторных исследований: в ОАК – умеренная гипохромная анемия, СОЭ – 38 мм/час, реакция Райта и Хеддельсона в разведении 1/800 +++, РПГА с бруцеллѐзным диагностикумом 1/400. Острая форма – так как давность заболевания не более 3 месяцев,

ведущие синдромы – интоксикация, болевой синдром в костно-мышечной системе, увеличение СОЭ.
3. 1. Антибиотикотерапия: схема из 2 препаратов – фторхинолоны, цефалоспорины на 10–15 дней.
2. Противовоспалительная терапия НПВС.
3. Гастропротекторы на время приѐма противовоспалительных препаратов.
4. 1. Профилактика пищевых заражений: употребление термически обработанных молочных продуктов (при температуре 70 °С в течение 30 минут).
2. Охранение водоисточников от загрязнения, употребление только кипячѐной воды.
3. Специфическая профилактика – вакцинация при наличии эпизоотических показаний детям с 7 лет.
5. Подача экстренного извещения не позже 12 часов после выявления больного. Госпитализация или изоляция больного. Изоляция контактных: не проводится. Текущая дезинфекция: уничтожаются продукты питания животного происхождения, заподозренные в передаче. Заключительная дезинфекция – не проводится. Мероприятия в отношении контактных лиц: карантин не накладывается. Лица, соприкасавшиеся с больными животными, подлежат клинико-лабораторному обследованию (реакция Райта, Хеддельсона), которое повторяют через 3 месяца. Выписка больных проводится после клинического выздоровления. Допуск в коллектив: по выздоровлению.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10

Ребенка 6 лет в течение трех последних дней беспокоят кашель, насморк, повышение температуры до 39°С. Мать заметила подкожные кровоизлияния на коже груди, конечностях, дважды было носовое кровотечение.
Анамнез: мальчик из детского сада, где регистрируются массовые заболевания гриппом.
Общий ан. крови: Нв – 132 г/л, эр. – $4{,}2\times10^{12}$/л, ЦП – 0,9, Л – 3,2×109 /л, эр. - 1%, п/яд -7%, с/яд - 28%, лимф. - 62%, мон. 2%, тромбоциты– 180 000; СОЭ – 5 мм/ч.
Время свертывания крови – начало - 6 минут, конец – 8 минут.
Общий ан. мочи: цвет – соломенно-желтый, удельный вес – 1020, белок – нет, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий – 1-2 в поле зрения.
Копрограмма: детрит – значительное количество, лейкоциты – нет, эритроциты – нет.
Иммунофлюоресценция: выявлены РНК-содержащие вирусы.
Серологические реакции: РСК с диагностикумом к вирусу гриппа В – 1/32, через две недели – РСК - 1/164.
Вопросы:
1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.

4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ответ

1. Грипп В. Типичный. Тяжѐлой степени тяжести. Геморрагический синдром.
2. Диагноз «грипп В» поставлен на основании данных анамнеза: заболевание началось с синдрома интоксикации (повышение температуры до 39 °С), катарального синдрома (кашель, насморк) с присоединением геморрагического синдрома (носовые кровотечения, подкожные кровоизлияния); данных эпидемиологического анамнеза – в детском саду массовые заболевания гриппом; на основании результатов анализов: в ОАК – лейкопения, лимфоцитоз, замедлено время свѐртывания крови; в РСК методом парных сывороток – нарастание титра антител к вирусу гриппа в 5 раз. Критериями степени тяжести является выраженность синдрома интоксикации, наличие геморрагического синдрома.
3. 1. Госпитализация в инфекционную больницу.
2. Обильное тѐплое питьѐ.
3. Диета по возрасту механически, химически, термически щадящая.
4. Этиотропное лечение: Осельтамивир 45 мг 2 раза в сутки 5 дней или Умифеновир 100 мг 4 раза в сутки 5 дней.
5. Патогенетическая терапия: дезинтоксикация (глюкозо-солевые растворы внутривенно капельно с учѐтом физиологической потребности в жидкости и потерь на интоксикацию).
6. Витамин С 100 мг 2 раза в сутки.
7. Симптоматическая терапия: капли в нос – по показаниям – сосудосуживающие препараты (Називин, Назол-беби и др.).
8. При повышении температуры выше 38,5 °С – Ибупрофен 10 мг/кг (с интервалом 8 часов) или Парацетамол 15 мг/кг (с интервалом 4–6 часов).
Лечение геморрагического синдрома:
1. Свежезамороженная плазма 10 мл/кг внутривенно капельно.
2. Аминокапроновая кислота.
3. Этамзилат.
4. 1. Вакцинопрофилактика – Ваксигрипп, Гриппол плюс, Инфлювак, Ультрикс. Ослабленным детям и детям первого года жизни – иммуноглобулин человеческий нормальный 2 дозы (3,0 мл) в/м, однократно.
2. Неспецифическая профилактика – препараты интерферона (Альфа-интерферон интраназально).
5. 1. Госпитализация:
По клиническим показаниям: все больные с тяжѐлыми и осложнѐнными формами; дети до 3 лет в состоянии средней тяжести.
По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых коллективов (школы-интернаты, санатории, дома ребѐнка).

2. Мероприятия в очаге инфекции: заключительная дезинфекция не проводится. Осуществляется частое проветривание помещений, влажная уборка.
3. Мероприятия в отношении контактных лиц: изоляция и обследование не проводится. В период подъѐма заболеваемости проводят мероприятия по ограничению общения (отмена массовых мероприятий и т.д.).
4. Допуск в коллектив: по выздоровлению.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11

Девочка 9 лет, со слов мамы, жалуется на быструю утомляемость, головокружение, чувство тяжести в правом подреберье, периодически приступообразные боли в животе,желтушность кожи и склер.
При осмотре: кожа и склеры желтушные, на лице и на груди несколько элементов сыпи – телеангиоэктазии. Живот увеличен в объеме, печень + 3,0 см от края реберной дуги, селезенка + 2,0 см. Печень плотная, край закруглен. Моча темного цвета. Кал обесцвечен.
Общий ан. крови: Нв – 92 г/л, эр. – 2,8×1012/л, ЦП – 0,8; лейкоциты – 12,3×109/л, эоз. - 3%, п/яд - 7%, с/яд - 52%, лимфоциты - 36%, мон. - 2%, СОЭ – 5 мм/ч.
Общий анализ мочи: желчные пигменты – положительные +++, уробилин +.
Копрограмма: кал обесцвечен, стеркобилин – отриц., жирные кислоты ++, лейкоциты – 0-1 в поле зрения.
Биохимический анализ крови: билирубин общий – 96 мкмоль/л, прямой – 74 мкмоль/л, непрямой – 22 мкмоль/л, общий белок – 68 г/л, альбумины – 32 г/л, глобулины – 36 г/л, щелочная фосфатаза – 38,4 Ед/л, холестерин–3,6 ммоль/л, сулемовая проба – 1,0мл, тимоловая проба – 14 ед., АлАТ – 128 Ед/л, АсАТ 200Ед/л. Иммуноферментный анализ крови: обнаружены HBsAg, анти HBcor класса IgG и IgM, анти HCV.
УЗИ печени: увеличение обеих долей, повышение эхосигналов диффузного характера.

Вопросы:

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

Ответ

1. Хронический гепатит В, обострение, гепатит С. Гипохромная анемия.
2. Диагноз «гепатит» поставлен на основании астено-вегетативного, болевого, желтушного, гепатолиенального синдромов; лабораторно: наличие желчных пигментов в моче, в кале – отсутствие стеркобилина, жирные кислоты +++, в биохимическом анализе крови – гипербилирубинемия за счѐт прямой фракции, повышение активности Алт и Аст в 3 раза, снижение сулемовой пробы, повышением тимоловой пробы. Хронический – на

основании объективных данных: наличия телеангиоэктазий, печень плотная, край закруглѐн. Лабораторно – выявлены маркеры обострения хронического гепатита В (HBsAg, анти HBcor IgM и IgG) и антитела к HCV. Обнаружение антител к вирусу гепатита С требует уточнения активности процесса, необходимо определить РНК HCV.

3. 1. Госпитализация в инфекционную больницу.

2. Щадящая диета для пищеварительного тракта с исключением экстраактивных веществ. Обильное тѐплое питьѐ.

3. Этиотропное лечение препаратами интерферонового ряда.

4. Симптоматическая терапия.

4. Специфическая профилактика осуществляется генно-инженерной вакциной. Вакцинацию начинают в роддоме (1 сутки), R1 – 1 месяц, R2 – 6 месяцев. Дети, рождѐнные от HBsAg-позитивных матерей, вакцинируются по схеме 0-1-2-12 и подлежат диспансерному наблюдению врачом-педиатром по месту жительства в течение года с обязательным исследованием крови на HbsAg в возрасте 2, 3, 6 и 12 месяцев, активность АлАТ в 3 и 6 месяцев. Снятие с учѐта – при наличии 5 отрицательных анализов крови на HbsAg. Профилактика гепатита С – только неспецифическая.

5. Подача экстренного извещения не позднее 12 часов с момента выявления больного. Госпитализация больного. Изоляция контактных – не проводится. Мероприятия в очаге инфекции: текущая дезинфекция, заключительная дезинфекция – не проводится. Мероприятия в отношении контактных лиц: осуществляется медицинский осмотр (для уточнения источника инфицирования) и наблюдение за контактными в течение 6 месяцев.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12

Ребенок М. 8 месяцев поступил в стационар с приема в поликлинике с жалобами, со слов мамы, на одышку, мучительный кашель, беспокойство. При осмотре ребенка отмечается цианоз носогубного треугольника, беспокоен, плачет, бледный. Ребенок болен в течение недели, стал кашлять, температура не повышалась. В последние 2 дня кашель участился, особенно в ночное время, стал приступообразным. Во время приступа лицо краснеет, затруднен вдох во время приступа кашля. Приступ заканчивается отхождением густой, вязкой мокроты. За сутки отмечается до 15 приступов кашля.Родители ребенка с рождения отказывались от вакцинации.

Общий ан. крови: Нв – 126 г/л, эр. – $4{,}2\times10^{12}$/л, ЦП – 0,9; Л – $33{,}0\times10^{9}$/л, п/яд - 4%, с/яд - 28%, лимфоциты - 66%, моноциты - 2%; СОЭ – 7 мм/ч.

Общий ан. мочи: цвет – соломенно-желтый, удельный вес – 1018, белок – нет, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – нет.

Иммуноферментный анализ крови: обнаружены IgM АТ к Bordetella pertussis.

R-графия органов грудной клетки – усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышенная воздушность легочной ткани, очаговых теней нет.

Вопросы:

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

Ответ

1. Коклюш. Типичный. Период спазматического кашля. Средней степени тяжести. Серологически подтверждѐнный.
2. Диагноз «коклюш» поставлен на основании данных анамнеза – постепенное начало заболевания с катарального синдрома с усилением кашля, который стал носить приступообразный характер преимущественно в ночные часы, а также с учѐтом результатов анализов – в ОАК – гиперлейкоцитоз, лимфоцитоз, методом ИФА IgM АТ к возбудителю коклюша, на рентгенограмме – повышенная воздушность лѐгочной ткани и усиление лѐгочного рисунка.
3. 1. Госпитализация в боксированное отделение.
2. Обильное тѐплое питьѐ.
3. Этиотропное лечение: антибиотикотерапия – макролиды и защищѐнные аминопенициллины.
4. Патогенетическая терапия: в периоде приступообразного кашля – препараты, подавляющие кашель (Синекод, Тусупрекс, Либексин), вплоть до кодеинсодержащих. В периоде появления мокроты – муколитики, отхаркивающие препараты.
4. Специфическая профилактика проводится вакциной АКДС (возможно Пентаксим и Инфанрикс) в 3, 4, 5 и 6 месяцев жизни с последующей ревакцинацией в 18 месяцев.
5. Подача экстренного извещения не позднее 12 часов после выявления больного. Госпитализация. По клиническим показаниям: госпитализируются дети раннего возраста, среднетяжѐлые и тяжѐлые формы коклюша. По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых детских учреждений, а также при отсутствии возможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного. Изоляция контактных: дети первых 7 лет, контактировавшие с больным, подлежат изоляции на 14 дней; на группу ДДУ накладывается карантин на 14 дней. Дети старше 7 лет разобщению не подлежат. Мероприятия в очаге инфекции: текущая и заключительная дезинфекция не проводятся. Осуществляется влажная уборка, проветривание и кварцевание помещений. Мероприятия в отношении контактных лиц: контактировавшие с больным дети и взрослые обследуются на коклюш бактериологически двухкратно с интервалом в 1–2 дня. Дети с упорным кашлем (в течение 5–7 дней) изолируются на дому и обследуются в поликлинике (двухкратно). Условия выписки: по выздоровлению. Допуск в коллектив: по выздоровлению, но не ранее, чем через 25 дней от начала заболевания. Если кашель прекратился раньше, то ребѐнка можно принять в

ДДУ при наличии двух отрицательных бак. анализов на коклюш. Бактерионосителей коклюшной палочки изолируют и допускают в коллектив при наличии двух отрицательных бак. анализов, но не ранее, чем через 14 дней после первичного выделения возбудителя.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13

У ребенка 6 лет, со слов мамы, повышение температуры, вялость, недомогание, кожные высыпания, кашель. Анамнез: ребенок болен около недели, когда впервые повысилась температура до 38,5°С и появились катаральные явления: насморк, кашель, которые ежедневно нарастали;кашель стал грубым, хриплым; из носа обильное серозное отделяемое; развился конъюнктивит.

При осмотре: обращает на себя внимание фебрильная лихорадка, одутловатость лица, веки слегка гиперемированы, припухшие, слезотечение, светобоязнь, серозные выделения из носа. На слизистой оболочке мягкого неба видны красные неправильной формы пятна. На коже лица, в заушных областях, на туловище и конечностях - розовая сыпь пятнисто-папулезного характера.

Общий ан. крови: Нв – 126 г/л, Эр. – $4{,}2\times10^{12}$/л, ЦП – 0,9; Л – $3{,}0\times10^{9}$/л, п/яд - 4%, с/яд - 34%, лимфоциты - 60%, моноциты - 2%; СОЭ – 17 мм/ч.

Общий ан. мочи: цвет – соломенно-желтый, удельный вес – 1018, белок – нет, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – нет.

R-графия органов грудной клетки – усиление бронхо-сосудистого рисунка, очаговых теней нет.

Вопросы:

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

Ответ

1. Корь. Типичная. Средней степени тяжести.

2. Диагноз «корь» поставлен на основании данных анамнеза: заболевание началось с синдрома интоксикации (повышение температуры до 38,5 °С), катарального синдрома (кашель, насморк), сохраняющихся в течение 4–5 дней, с присоединением явлений конъюнктивита, синдрома экзантемы (пятнисто-папулѐзные высыпания на лице и в заушных областях и туловище); на основании результатов анализов: в ОАК – лейкопения, лимфоцитоз. Критериями степени тяжести является выраженность синдрома интоксикации и экзантемы.

3. 1. Госпитализация в боксированное отделение.
2. Обильное тѐплое питьѐ.
3. Молочно-растительная диета.

4. Симптоматическая терапия: дезинтоксикация, антигистаминные и антипиретические препараты, сосудосуживающие капли в нос при необходимости.
5. Глазные капли – Офтальмоферон.
4. Специфическая профилактика: осуществляется живой коревой вакциной в 12 месяцев и 6 лет. Постэкспозиционная профилактика: детей, старше 12 месяцев, не болевших и не привитых ранее, немедленно (не позднее 5 дней от момента контакта) привить. Детям в возрасте от 3 до 12 месяцев вводят человеческий иммуноглобулин (3 мл – 2 дозы).
5. Подача экстренного извещения не позднее 12 часов после выявления больного. Госпитализация: По клиническим показаниям: госпитализируются дети раннего возраста, больные со среднетяжѐлыми и тяжѐлыми формами заболевания. По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых детских учреждений, а также при отсутствии возможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного. Изоляция контактных: не проводится. Мероприятия в очаге инфекции: дезинфекция не проводится. Осуществляется частое проветривание помещений, влажная уборка. Мероприятия в отношении контактных лиц: разобщению и медицинскому наблюдению подлежат дети дошкольного возраста, не болевшие и не вакцинированные против кори, в течение 17 дней; дети, получавшие по контакту Иммуноглобулин, в течение 21 дня. На ДДУ накладывается карантин на 21 день с момента изоляции больного. Контактные дети не переводятся в другие группы. В детские учреждения можно принимать детей, переболевших корью и привитых. Условия выписки: по выздоровлению. Допуск в коллектив: не ранее 5 дня с момента появления сыпи при гладком течении заболевания, при осложнѐнных формах – через 10 дней.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14

Ребенок 5 лет поступил с жалобами, со слов мамы, на повышение температуры, заложенность носа, боли в горле.
Анамнез: болен 2-й день, наблюдаются катаральные явления (насморк, чихание, кашель) и покраснение глаз, отечность век.
При осмотре: температура 38,9°С, в зеве разлитая гиперемия, на задней стенкеглотки зернистость, миндалины увеличены, налетов нет. Пальпируютсяподчелюстные,шейные лимфоузлы в диаметре до 1,5 см, мягкоэластичные. Влегких: аускультативно –жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердцазвучные, тахикардия.Физиологические отправления в норме.
Общий ан. крови: Нв – 112 г/л, Эр. – $3,8\times10^{12}$/л, ЦП – 0,9; Л – $3,2\times10^{9}$/л, п/яд - 2%; с/яд - 38%, лимфоциты - 47%, моноциты - 13%; СОЭ – 6 мм/ч.
Общий ан. мочи: цвет – желтый, белок – следы, удельный вес – 1020, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – 1-2 в п/зр, цилиндры – 1-2 в п/зр. Вирусологическое исследование: из носоглотки выделен аденовирус.
Вопросы:

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

Ответ

1. Аденовирусная инфекция. Типичная. Средней степени тяжести.
2. Диагноз «аденовирусная инфекция» поставлен на основании данных анамнеза: заболевание началось с синдрома интоксикации (повышение температуры до 38,9 °С), катарального синдрома (заложенность носа, боли в горле), синдрома лимфаденопатии (пальпируются подчелюстные и шейные лимфоузлы в диаметре до 1,5 см, мягкоэластичные, не спаяны); данных вирусологического обследования. На основании результатов анализов: в ОАК – лейкопения, лимфо- и моноцитоз; Критериями степени тяжести является выраженность синдромов интоксикации, катарального и лимфаденопатии.
3. 1. Обильное тѐплое питьѐ.
2. Молочно-растительная диета.
3. Глазные капли – Офтальмоферрон.
4. Местно – полоскание зева антисептиками.
5. Симптоматическая терапия по показаниям – сосудосуживающие капли в нос, при повышении температуры выше 38,5 °С – антипиретики.
4. Специфическая профилактика не разработана.
5. Госпитализация: По клиническим показаниям: госпитализируются дети раннего возраста, больные со среднетяжѐлыми и тяжѐлыми формами заболевания. По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых детских учреждений, а также при отсутствии возможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного. Изоляция контактных: не проводится. Мероприятия в очаге инфекции: дезинфекция не проводится. Осуществляется частое проветривание помещений, влажная уборка. Карантин не накладывается. Условия выписки: по выздоровлению.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15

Ребенок 4-х лет заболел остро, появились кашель, заложенность носа, повысилась температура до 38,0°С. Врач-педиатр участковый обнаружил увеличение шейных и подчелюстных лимфатических узлов, гепатоспленомегалию.
Объективные данные: масса - 16 кг, рост - 108 см. При осмотре увеличены шейныеподчелюстные лимфатические узлы в виде пакетов с двух сторон, спаянные с подлежащей тканью, в зеве яркая гиперемия, на миндалинах беловато-сероватые налеты, плохо снимаются, не растираются шпателем, при снятии их поверхность кровоточит. Дыхание затруднено, храпящее. Печень + 5 см. Селезенка + 3 см.

Общий ан. крови: Нв – 115 г/л, Эр. – $4{,}2\times10^{12}$/л, ЦП – 0,9, Л – $11{,}2\times10^{9}$/л, эоз. - 1%, п/яд- 7%, с/яд - 24%, лимфоциты - 57%, моноциты - 11%, СОЭ – 16мм/ч; 20% лимфоцитов – атипичные мононуклеары.
Общий ан. мочи: цвет – соломенно-желтый, удельный вес – 1019, белок – нет,
эпителий плоский – 2-3 в п/зр, лейкоциты – 0-1 в п/зр, эритроциты – нет.
Бак. исследование мазка из носоглотки на дифтерийную палочку: не обнаружена.
Микроскопия мазка из ротоглотки: кокковая флора в виде цепочек.
Кровь на ИФА: определены антитела класса IgM к вирусу Эпштейн-Барра.

Вопросы:

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

Ответ

1. Инфекционный мононуклеоз. Типичный. Средней степени тяжести. Серологически подтверждѐнный.
2. Диагноз «инфекционный мононуклеоз» поставлен на основании данных анамнеза и осмотра: заболевание началось с синдрома интоксикации (повышение температуры до 38 °С), лифопролиферативного синдрома (увеличены шейные и подчелюстные лимфатические узлы в виде пакетов с двух сторон, спаянные с подлежащей тканью), гепатолиенального синдрома, наличия синдрома ангины (в зеве яркая гиперемия, на миндалинах беловато-сероватые налѐты), затруднение носового дыхания; на основании результатов анализов: в ОАК – лимфо- и моноцитоз, атипичные мононуклеары – 20%; подтвеждением диагноза является обнаружение антител класса IgM к вирусу Эпштейн-Барра.
Критериями степени тяжести является выраженность синдромов интоксикации, ангины и лимфаденопатии. Отрицательный мазок из зева на BL исключает диагноз дифтерии зева.
3. 1. Госпитализация по показаниям в боксированное отделение.
2. Постельный режим.
3. Обильное тѐплое питьѐ.
4. Термически и механически щадящая диета.
5. Противовирусная терапия.
6. С учѐтом присоединения бактериальной инфекции (при бак. исследовании мазка из ротоглотки – кокковая флора в виде цепочек) показано назначение антибиотикотерапии (за исключением препаратов ампициллинового ряда).
7. Симптоматическая терапия – по показаниям антипиретики, сосудосуживающие препараты и местная обработка полости рта антисептиками.

4. Специфическая профилактика не разработана.
5. Подача экстренного извещения не позднее 12 часов после выявления больного.
Госпитализация: по клиническим показаниям:
1. Все больные с тяжѐлыми и осложнѐнными формами.
2. Дети до 3 лет в состоянии средней тяжести.
По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых коллективов (школы-интернаты, санатории, дом ребѐнка).
Изоляция контактных: не проводится.
Мероприятия в очаге инфекции: дезинфекция не проводится. Осуществляется частое проветривание помещений, влажная уборка.
Мероприятия в отношении контактных лиц: разобщение детей не проводится, карантин не накладывается.
Условия выписки: сроки выписки из стационара и восстановление трудоспособности, а у детей – посещение ДДУ и школы, определяются клиническими показаниями (нормализация температуры тела, исчезновение налѐтов на миндалинах, сокращение размеров печени и селезѐнки). Сохранение полиаденопатии и мононуклеаров в крови не являются противопоказанием к выписке из стационара.
Допуск в коллектив: по выздоровлению.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 16

Ребенок 3-х лет заболел остро, появились кашель, насморк, повысилась температура до 38,0°С. Вызванный врач-педиатр участковый обнаружил увеличение шейных и подчелюстных лимфатических узлов, гепатоспленомегалию. Со слов мамы, повышение температуры отмечается в течение недели с постепенным нарастанием.
Объективный статус: рост – 104 см, вес – 18 кг, увеличены шейные, подчелюстные лимфоузлы в виде пакетов с двух сторон, не спаяны с подлежащей тканью, в зеве – яркая гиперемия. Печень + 5,0 см. Селезенка +3,0 см. Результаты анализов.
Общий ан. крови: Нв – 115 г/л, Эр. – $4{,}2\times10^{12}$/л, ЦП – 0,9, лейкоциты – $11{,}2\times10^{9}$/л, эозинофилы - 1%, п/яд- 12%, с/яд - 32%, лимфоциты - 49%, моноциты - 6%; СОЭ – 16мм/ч; 20% лимфоцитов – атипичные мононуклеары.
Общий ан. мочи: цвет – соломенно-желтый, удельный вес – 1021, белок – нет, эпителий плоский – 0-1 в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – нет.
Обнаружена ДНК ЦМВ в моче и слюне.
Кровь на ИФА: анти-ЦМВ класса IgM. Бак. исследование мазка из носоглотки на дифтерийную палочку: не обнаружена.
Вопросы:
1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.

4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ответ

1. Цитомегаловирусный мононуклеоз, средней тяжести. ИФА и ПЦР подтверждѐнный.
2. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза и осмотра: заболевание началось с синдрома интоксикации (повышение температуры до 38 °С), заложенность носа, лифопролиферативного синдрома (увеличены шейные и подчелюстные лимфатические узлы в виде пакетов с двух сторон, неспаянные с подлежащей тканью), гепатолиенального синдрома, наличия синдрома ангины, обнаружения антител класса IgM к цитомегаловирусу и обнаружения ДНК вируса в слюне и моче; на основании результатов анализов: в ОАК – лимфо- и моноцитоз, атипичные мононуклеары – 20%. Отрицательный мазок из зева на BL исключает диагноз дифтерии зева. Критериями степени тяжести является выраженность синдромов интоксикации, ангины и лимфаденопатии, гепатоспленомегалии.
3. 1. Госпитализация в боксированное отделение.
2. Постельный режим.
3. Обильное тѐплое питьѐ.
4. Термически и механически щадящая диета.
5. Этиотропное лечение: противовирусная терапия (Ацикловир).
6. Симптоматическая терапия – по показаниям антипиретики, сосудосуживающие препараты, местно – полоскание зева растворами антисептиков.
4. Специфическая профилактика не разработана.
5. Подача экстренного извещения не позднее 12 часов после выявления больного.
Госпитализация: по клиническим показаниям:
1. Все больные с тяжѐлыми и осложнѐнными формами.
2. Дети до 3 лет в состоянии средней тяжести.
Изоляция контактных: не проводится.
Мероприятия в очаге инфекции: дезинфекция не проводится. Осуществляется частое проветривание помещений, влажная уборка.
Мероприятия в отношении контактных лиц: разобщение детей не проводится, карантин не накладывается. Посещение ДДУ и школы определяется клиническими показаниями (нормализация температуры тела, исчезновение налѐтов на миндалинах, сокращение размеров печени и селезѐнки). Сохранение полиаденопатии и мононуклеаров в крови не являются противопоказанием к выписке из стационара.
Допуск в коллектив: по выздоровлению.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 17

Девочка 5 лет заболела тяжелой ангиной. Назначено лечение Амоксиклавом, взят мазок из зева и носа на коринебактерии дифтерии.

Эпидемиологический анамнез: ребенок из группы часто болеющих, не вакцинирована.

Объективный статус при осмотре – бледная, вялая, температура 37,2°С, ЧДД - 30 в минуту; АД - 80/50 мм рт. ст. Пленчатые наложения выходят за пределы миндалин,отмечается отек шейной клетчатки до середины шеи. Изо рта приторно-сладковатый запах. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2,0 см от края реберной дуги, безболезненная. Мочится регулярно. Масса - 19 кг.

Общий ан. крови: Нв – 120 г/л, Эр. – $3{,}9\times10^{12}$/л, ЦП – 0,9, лейкоциты – $14{,}2\times10^{9}$/л, п/яд - 12%, с/яд - 53%, лимфоциты - 28%, моноциты - 7%, СОЭ - 38 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, удельный вес – 1018, белка нет, эпителий пл. – 2-3 в поле зрения.

Получены результаты бак. посева отделяемого из носа и ротоглотки: выделена токсигенная коринебактерия дифтерии тип gravis.

Вопросы:

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

Ответ

1. Дифтерия ротоглотки, типичная, токсическая форма, 1 степени.

2. Диагноз «дифтерия ротоглотки» поставлен на основании данных анамнеза и осмотра: заболевание началось с синдрома интоксикации (повышение температуры до 38 °С) и синдрома ангины (боли в горле, гиперемия зева, миндалины отѐчные с плѐнчатыми наложениями, выходящими за пределы миндалин, отѐком шейной клетчатки, выделением коринебактерии дифтерии. Критериями токсической формы являются отѐк подкожно-жировой клетчатки, выраженность синдромов интоксикации, наличие осложнения. Осложнение – миокардит – на основании жалоб (рвота, слабость, сердцебиение, одышка), объективных данных (расширение границ относительной сердечной тупости, тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, увеличение печени), результатов анализов (ЭКГ: низкий вольтаж зубцов, нарушение проводимости, атриовентрикулярная блокада 1 степени, ФКГ: систолический шум, занимает всю систолу, ЭХО КС: снижение сократительной способности миокарда).

3. 1. Госпитализация в инфекционную больницу.

2.Строгий постельный режим.

3. Этиотропное лечение: ведение противодифтерийной антитоксической сыворотки.

4. Патогенетическая терапия: дезинтоксикация (Реополиглюкин и глюкозо-солевые растворы в соотношении коллоидов и кристаллоидов 1:2 внутривенно капельно с учѐтом физиологической потребности в жидкости и потерь на интоксикацию).
5. Гормонотерапия (Преднизолон 1–2 мг/кг.).
6. Местно: полоскание зева антисептиками.
4. Специфическая профилактика осуществляется вакцинацией АКДС-вакциной (АДС анатоксином) в 3, 4, 5 и 6 месяцев, R1 – в 18 месяцев, R2 – в 7 лет (АДС-м), R3 – в 14 лет (АДС-м). Взрослые ревакцинируются каждые 10 лет (АДС-м) до 56-летнего возраста. Постэкспозиционная профилактика: не привитые ранее дети и взрослые подлежат немедленной иммунизации.
5. Подача экстренного извещения не позднее 12 часов после выявления больного.
Госпитализация: все формы заболевания, включая носительство токсигенных коринебактерий.
Изоляция контактных: не проводится.
Мероприятия в очаге инфекции: проводится текущая и заключительная дезинфекция.
Мероприятия в отношении контактных лиц: при выявлении больного дифтерией в детском учреждении устанавливается карантин на 7 дней. Все контактные, в том числе персонал, одномоментно обследуются на носительство дифтерийной палочки и наблюдаются в течение 7 дней с ежедневной термометрией.
Всех детей осматривает врач-оториноларинголог. При выявлении в очаге носителей токсигенных коринебактерий, все контактные обследуются еще раз и так до получения у всех отрицательного результата. Выявленные носители токсигенных коринебактерий изолируются и лечатся в стационаре.
Условия выписки: больные, перенѐсшие дифтерию, выписываются после клинического выздоровления и двух отрицательных бак. анализов, взятых с интервалом в 1–2 дня, но не ранее чем через 3 дня после отмены антибиотиков.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 18

Ребенок С. 3 лет болен третий день, заболел остро, стал беспокоить кашель, насморк, температура повысилась до 37,2°С. Развился приступ затрудненного дыхания.
При осмотре врачом-педиатром участковым состояние оценено как тяжелое за счет дыхательной недостаточности. Одышка с затруднением вдоха при беспокойстве. Кашель лающий, ребенок беспокойный, голос осипший.Наблюдается втяжение межреберных промежутков, яремной ямки, цианоз носогубного треугольника.Масса ребенка - 15 кг,ЧДД - 52 в минуту, ЧСС - 101 в минуту.Мать ребенка от госпитализации отказалась.
Общий ан. крови: Нв – 122 г/л, эритроциты – $4{,}7\times10^{12}$/л, ЦП – 0,8, лейкоциты – $4{,}3\times10^{9}$/л, п/яд - 4%, с/яд - 34%, лимфоциты - 57%, моноциты - 5%, СОЭ - 5 мм/ч.

Общий ан. мочи: удельный вес – 1015, белок – нет, лейкоциты – 0-1 в поле зрения.
Рентгенологическое исследование органов грудной клетки - усиление сосудистого рисунка.
Вирусологическое исследование: выделен вирус парагриппа типа 3 из носоглоточного смыва.

Вопросы:

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

Ответ

1. Парагрипп, тяжѐлая форма. Острый стенозирующий ларинготрахеит, стеноз гортани II степени.
2. Диагноз «парагрипп» поставлен на основании данных анамнеза: острое начало заболевания с катарального синдрома (кашель, насморк), интоксикации (повышение температуры до 37,2 °С), поражение гортани с развитием стенозирующего ларингита (осиплость голоса, «лающий» кашель, шумное стенотическое дыхание) и стеноза гортани 2 степени (инспираторная одышка с ЧД 52 в минуту, втяжением межрѐберных промежутков, ярѐмной ямки, цианозом носогубного треугольника в покое, ребѐнок беспокойный), а также на основании результатов анализов: в ОАК – лейкопения, лимфоцитоз, РСК с диагностикумом вируса парагриппа типа 3 методом парных сывороток – нарастание титра антител в 4 раза, вирусологически: выделен вирус парагриппа типа 3 из носоглоточного смыва.
3. 1. Ингаляции через небулайзер с Пульмикортом и Беродуалом, щелочные ингаляции.
2. Обильное тѐплое щелочное питьѐ.
3. Термически и механически щадящая диета.
4. Антигистаминные препараты.
5. При присоединении бактериальных осложнений – антибиотикотерапия.
4. Специфическая профилактика не разработана.
5. Информация в ЦГСЭН: не подаѐтся.

Госпитализация: по клиническим показаниям: госпитализируются дети раннего возраста, больные со среднетяжѐлыми и тяжѐлыми формами заболевания.
По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых детских учреждений, а также при отсутствии возможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного.
Изоляция контактных: не проводится.
Мероприятия в очаге инфекции: дезинфекция не проводится. Осуществляется частое проветривание помещений, влажная уборка.

Мероприятия в отношении контактных лиц: обследование не проводится. Медицинское наблюдение за контактными 7 дней с обязательной термометрией 2 раза в день. Условия выписки: по выздоровлению.
Допуск в коллектив: по выздоровлению.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 19

Ребенок М. 10 месяцев поступил с жалобами на слабость, вялость, снижение аппетита, рвоту 4 раза в сутки, жидкий обильный стул 10 раз в сутки, потерю массы тела,повышение температуры до 39°С.
Анамнез жизни: ребенок на искусственном вскармливании с рождения, из группы часто болеющих детей, с 2-х месяцев беспокоили запоры.
Анамнез заболевания: настоящее заболевание началось 5 дней назад, когда на фоне субфебрильной температуры и снижения аппетита участился стул, который в течение 2-3 дней стал водянистым, «брызжущим», отмечается вздутие живота. Родители самостоятельно сдали анализы в лабораторию.
Общий ан. крови: Нв – 91 г/л, Эр. – $3{,}63\times10^{12}$/л, ЦП – 0,75; гематокрит – 41%, лейкоциты – 16,2×109/л, эоз. - 2%,п/яд - 7%, с/яд - 53%, лимфоциты -30%, моноциты - 8%, СОЭ – 10 мм/ч.
Общий ан. мочи: цвет – соломенно-желтый, удельный вес – 1016, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, белок – нет, эритроциты – нет, эпителий плоский – 3-4 в п/зр.
Копрограмма: желтый, жидкий, крахмал – зерна, нейтральный жир – в большом количестве.
Бактериологическое исследование кала: выделена энтеропатогенная кишечная палочка – О111.

Вопросы:

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

Ответ

1. Энтеропатогенный эшерихиоз (бактериологически подтверждѐнный ЭПКП – О111), типичный, средней тяжести. Острый гастроэнтерит. Гипохромная анемия I степени тяжести.
2. Диагноз «энтеропатогенный эшерихиоз» поставлен на основании жалоб и данных анамнеза: постепенное начало заболевания с кишечного синдрома (водянистый стул, брызжущий, с непереваренными частицами пищи), интоксикации (повышение температуры до 39 °С), результатов анализов: в ОАК – нейтрофильный лейкоцитоз, со сдвигом формулы влево, в копрограмме: амило- и стеаторея, при бактериологическом исследовании кала: выделена ЭПКП – О111. Критериями степени тяжести является

выраженность кишечного синдрома и интоксикации. Гипохромная анемия I ст. на основании показателей анализа крови – гемоглобин – 96 г/л, ЦП – 0,75.
3. 1. Госпитализация в инфекционную больницу.
2. Оральная регидратация.
3. Дробное питание с уменьшением суточного количества пищи на 20% в остром периоде с исключением фруктов и овощей.
4. Этиотропное лечение: цефалоспорины II–III поколения внутримышечно. 5. Дезинтоксикационная терапия: глюкозо-солевые растворы внутривенно капельно с учѐтом физиологической потребности в жидкости и потерь на диарею и интоксикацию.
6. Энтеросорбенты: Диоктаэдрический смектит по 1/3 пакета 3 раза в сутки.
7. Ферменты: Панкреатин (Креон) 10 тыс. ЕД по 1/3 капсулы 3 раза во время еды.
8. При повышении температуры выше 38,5 °С – Ибупрофен 10 мг/кг (интервал 8 часов) или Парацетамол 15 мг/кг (интервал не менее 4 часов). 7. Биопрепараты (бифидум-, лактобактерии).
4. Специфическая и неспецифическая профилактика – не регламентирована. Постэкспозиционная профилактика: детям, подвергшимся риску заражения в очаге, а также лицам, посещающим неблагополучные по эшерихиозу регионы, может быть проведѐн курс антибиотикотерапии.
5. 1. Информация в Роспотребнадзор (эпидотдел) – экстренное извещение в течение 12 часов после выявления больного.
2. Госпитализация. По клиническим показаниям: все тяжѐлые и среднетяжѐлые формы у детей до года, с отягощѐнным преморбидным фоном; острый эшерихиоз у резко ослабленных и отягощѐнных сопутствующими заболеваниями лиц.
По эпидемиологическим показаниям: невозможность соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного; работники пищевых предприятий и лица к ним приравненные, подлежат госпитализации во всех случаях, когда требуется уточнение диагноза.
3. Мероприятия в отношении контактных лиц: за контактными осуществляется медицинское наблюдение в течение 7 дней. Контактные дети обследуются 3-кратно бактериологически. Изоляция контактных – не проводится. Карантин не накладывается.
4. Мероприятия в очаге инфекции: проводится текущая и заключительная дезинфекция.
5. Допуск в коллектив – с тремя отрицательными бак. посевами на эшерихиоз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 20

Пациент ребенок 1,5 месяцев. Мать жалуется на желтушное окрашивание кожи ребенка, отказ от груди.
Анамнез заболевания: болен в течение трех дней. У матери ребенка во время беременности был выявлен HBs-антиген. В родильном доме ребенок получил прививку БЦЖ.

При осмотре: состояние тяжелое, рвота кофейной гущей, выражена желтушность кожи и склер, геморрагическая сыпь на коже живота и туловища, сознание спутанное.Печень +1 см. Селезенка не пальпируется. Стул обесцвечен. Моча интенсивнопрокрашивает пеленку.
Общий ан. крови: Нв – 96 г/л, Эр. – $3,7\times10^{12}$/л, ЦП – 0,8, лейкоциты – $12,3\times10^{9}$/л, эоз. - 0%, п/яд- 10%, с/яд - 44%, лимфоциты - 37%, моноциты - 9%, СОЭ – 2 мм/ч.
Анализ мочи: цвет темный, удельный вес – 1018, желчные пигменты +++,уробилин +.
Анализ кала: стеркобилин – отрицательно. В крови HBsAg – положительный.
Биохимический анализ крови: билирубин общий – 158 мкмоль/л, прямой – 70 мкмоль/л, непрямой – 88 мкмоль/л, общий белок – 58 г/л, альбумин – 46%, АлАТ – 219 ЕД/л, АсАТ - 230 ЕД/л.
Коагулограмма: протромбиновый индекс - 12%.

Вопросы:

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

Ответ

1. Злокачественная форма вирусного гепатита В (перинатальная передача).
2. Диагноз «фульминантная форма вирусного гепатита В» поставлен на основании клинических данных: синдрома интоксикации – ребѐнок вялый, отказывается от груди, сознание спутанное; рвота кофейной гущей и геморрагии на коже; синдрома желтухи – выражена желтушность кожи и склер, стул обесцвечен, моча интенсивно тѐмного цвета; гепатомегалии – печень увеличена незначительно; а также результатов анализов: в биохимическом анализе крови – гипербилирубинемия за счѐт прямой и непрямой фракции при относительно невысоком повышении уровня трансаминаз, гипоальбуминемия, желчные пигменты в моче +++; отсутствие стеркобилина в кале; обнаружение HBsAg в крови. С учѐтом возраста ребѐнка (1,5 месяца) и анамнеза – обнаружение HBsAg в крови у матери во время беременности, отсутствие вакцинации от гепатита В в роддоме – предполагается перинатальная передача вируса гепатита В.
3. 1. Госпитализация в реанимационное отделение инфекционной больницы.
2. Дробное кормление.
3. Виферон 150 тыс. по 1 свече 1 раз ректально.
4. Детоксикация: инфузия глюкозо-солевых растворов и коллоидов (5% раствор альбумина 10 мл/кг, реополиглюкин) в соотношении кристаллоидов и коллоидов как 3:1.
5. Преднизолон до10 мг/кг.
6. Ингибиторы протеолиза (контрикал, гордокс).
7. Энтеросорбенты.

8. Переливание свежезамороженной плазмы 10 мл/кг.
9. Экстракорпоральные методы детоксикации (плазмаферрез, гемосорбция).
10. Под контролем антикоагулянты под контролем МНО.
4. 1. Обследование беременных на HBsAg в 1 и 3 триместрах беременности.
2. Беременные с хроническим гепатитом В (ГВ) подлежат наблюдению в областных (городских) перинатальных центрах, специализированных отделениях (палатах) роддомов с обеспечением строгого противоэпидемического режима.
3. Новорождѐнным, родившимся от матерей-носителей HBsAg, больных ГВ или перенѐсших ГВ в третьем триместре беременности, вакцинация против ГВ проводится в соответствии с национальным календарѐм профилактических прививок по схеме 0-1-2-12.
4. Все дети, родившиеся от женщин с вирусным ГВ и ХГВ и носителей ВГВ, подлежат диспансерному наблюдению врачом-педиатром совместно с врачом-инфекционистом в детской поликлинике по месту жительства в течение одного года с биохимическим определением активности АлАТ и исследованием на HBsAg в 3, 6 и 12 месяцев.
5. С целью предупреждения заражения ОГВ от беременных женщин-«носителей» HBsAg, а также больных ХГВ в женских консультациях, родильных домах проводятся: маркировка обменной карты, направлений к специалистам, в лабораторию, процедурный кабинет, пробирок с кровью, взятой для анализа.
5. Подача экстренного извещения не позднее 12 часов с момента выявления больного.
Мероприятия в очаге инфекции: текущая дезинфекция проводится. Заключительная дезинфекция – не проводится.
Мероприятия в отношении контактных лиц:
1. Разобщение не проводится. Осуществляется медицинское наблюдение за контактными (дети и персонал в границах очага) в течение 6 месяцев с врачебным осмотром детей сразу после изоляции больного, а затем ежемесячно.
2. Эпидемиолог решает вопрос об обследовании детей и персонала в границах очага на наличие HBsAg и активность АлАТ сразу после регистрации больного. Обследование осуществляет территориальная поликлиника при консультации эпидемиолога.
3. Приѐм в группу детей, перенѐсших в период карантина какие-либо заболевания, осуществляется при предъявлении справки о состоянии здоровья и отрицательного результата обследования на HBsAg и активности АлАТ.
4. Эпидемиолог совместно с врачом учреждения решает вопрос о проведении вакцинации против ГВ.
5. В детских учреждениях (особенно закрытого типа) усиливают контроль за индивидуальным использованием предметов личной гигиены (зубные щѐтки, полотенца, носовые платки и др).
Допуск в коллектив: по выздоровлению, без дополнительного обследования.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 21

Девочку М. 2 лет 7 месяцев, со слов мамы, беспокоят боли в животе, коленных суставах, высокая температура, тошнота, рвота 1-2 раза в сутки.

Анамнез: у ребенка жидкий стул до 3-6 раз за сутки в течение недели, заболевание связывают с приемом в пищу салата из капусты. Родители к врачу не обращались, лечились самостоятельно народными средствами, сдали анализы.

При осмотре врача-педиатра участкового: температура 38,7°С, вялая, беспокойная, не может встать на ножки, масса - 19 кг, АД - 90/60 мм рт. ст., ЧДД - 28 в минуту, ЧСС -104 в минуту. Кожные покровы бледные. Пальпаторно отмечается урчание иумеренная болезненность в правой подвздошной области, печень +2,0 см, селезенка края реберной дуги. По другим органам без патологии.

Общий ан. крови: Нв – 104 г/л, эр. – $3{,}2\times10^{12}$/л, ЦП – 0,9, лейкоциты – $16{,}8\times10^{9}$/л, эоз. – 2%, п/яд– 7%, с/яд – 56%, лимфоциты – 27%, мон. – 8%, СОЭ – 42мм/ч.

Общий ан. мочи: белок – не обнаружен, лейкоциты – 8-10 в п/зр, эр. – 1-2 в п/зр, цилиндры – 0-1 в п/зр.

Копрограмма: детрит в большом количестве, крахмал, нейтральный жир – значительное количество, слизь – значительное количество, лейкоциты – 20-30 в поле зрения, эпителий плоский – 6-8 в поле зрения.

РПГА с иерсиниозным диагностикумом в титре 1:800 ++.

Бактериологическое исследование кала - посев роста не дал.

Вопросы:

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

Ответ

1. Кишечный иерсиниоз, типичный, средней степени тяжести, желудочно-кишечная форма. Серологически подтверждѐнный. Анемия лѐгкой степени тяжести. Нормохромная.

2. Диагноз «иерсиниоз» поставлен на основании объективных данных и анамнеза: острое начало заболевания с кишечного синдрома (в течение недели у ребѐнка жидкий стул 3–6 раз в сутки, пальпаторно – урчание и умеренная болезненность в правой подвздошной области), синдрома интоксикации (повышение температуры до 38,7 °С, вялость, слабость), суставного синдрома в виде артралгий, на фоне усиления синдрома интоксикации; умеренный гепатолиенальный синдром; связь заболевания с приѐмом в пищу салата из капусты; а также на основании результатов анализов: в ОАК – нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускорена СОЭ до 42 мм/час; в копрограмме – признаки воспаления (слизь +++; лейкоциты 20–30 в поле зрения, амило- и стеаторея), подтверждением

диагноза являются данные РПГА с иерсиниозным диагностикумом – обнаружены антитела в титре 1:800+++. Желудочно-кишечная форма – так как ведущим по тяжести является поражение ЖКТ. Нормохромная анемия I ст. на основании показателей крови – гемоглобин 104 г/л, ЦП - 0,9.
3. 1. Госпитализация в инфекционную больницу.
2. Оральная регидратация.
3. Дробное питание с исключением растительной, молочной пищи и экстрактивных веществ.
4. Этиотропное лечение: антибиотикотерапия – цефалоспорины 3 поколения (Цефтриаксон 50 мг/кг/сутки) или аминогликозиды – амикацин 10-15 мг/кг/сут.
5. Патогенетическая терапия: дезинтоксикация (глюкозо-солевые растворы внутривенно капельно с учѐтом физиологической потребности в жидкости и потерь на интоксикацию).
6. Энтеросорбенты – Лактофильтрум, Полисорб, диоктаэдрический смектит и др.
7. Антигистаминные препараты.
8. При повышении температуры выше 38,5 °С – Ибупрофен 10 мг/кг (интервал 8 часов) или Парацетамол 15 мг/кг (интервал не менее 4 часов).
4. 1. Организация правильного хранения продуктов питания.
2. Бактериологический контроль за продуктами питания (салаты, винегреты, фрукты и др.).
3. Систематическая дератизация.
4. Специфическая профилактика не разработана.
5. 1. Подача экстренного извещения не позднее 12 часов после выявления больного.
2. Госпитализация: по клиническим показаниям: все больные с тяжѐлыми и осложнѐнными формами, дети до 3 лет в состоянии средней тяжести.
По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых коллективов (школы-интернаты, санатории, дом ребѐнка).
3. Мероприятия в отношении контактных лиц: разобщение детей не проводится, карантин не накладывается. Изоляция контактных: не проводится.
4. Мероприятия в очаге инфекции: текущая дезинфекция: осуществляется частое проветривание помещений, влажная уборка, заключительная дезинфекция проводится после госпитализации больного.
5. Допуск в коллектив: по выздоровлению.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 22

Ребенок 3 лет 10 месяцев заболел остро, поднялась температура до 39,5°С. Стал беспокойным, отказался от еды, через несколько часов появилась сыпь. Анамнез: мама ребенка неделю назад перенесла ангину.
При осмотре: температура 38,5°С. Глаза блестящие, лицо яркое, слегка отечное, «пылающие» щеки, бледный носогубный треугольник. На коже лица, боковых поверхностях туловища, конечностях - розовая мелкоточечная

сыпь на гиперемированном фоне, более насыщенная в естественных складках. Стойкий белый дермографизм.Увеличение тонзиллярных и переднешейных лимфоузлов до 1,0 см. Яркая, отграниченная гиперемия зева. На небных миндалинах, в лакунах беловато-желтый налет с двух сторон, легко снимается. Язык густо обложен белым налетом с рельефно выступающими,набухшими сосочками. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, умеренная тахикардия. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,0 см, селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание не нарушены. Очаговой, менингеальной симптоматики нет. Стрептотест - положительный.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Перечислите возможные осложнения заболевания. Как проводится диспансеризация детей, перенесших такое заболевание?
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ответ

1. Скарлатина, типичная форма.
2. Диагноз «скарлатина» поставлен на основании типичной клинической картины заболевания: острое начало с синдрома интоксикации, присоединения синдрома ангины (на миндалинах определяется налѐт беловато-жѐлтого цвета с двух сторон) и экзантемы (розовая мелкоточечная сыпь на гиперемированном фоне на лице, шее, боковых поверхностях туловища, конечностях, с концентрацией в естественных складках), характерных изменений языка (обложенный, сосочковый на 1 сутки заболевания), данных эпидемиологического анамнеза: мама ребѐнка неделю назад перенесла ангину, а также результатов анализов: положительный результат экспресс-анализа на стрептококк.
3. 1. Постельный режим на период лихорадки.
2. Термически, химически, механически щадящая диета по возрасту.
3. Обильное дробное, тѐплое питьѐ.
4. Этиотропное лечение: Феноксиметилпенициллин 50 мг/кг/сутки в 4 приѐма или макролиды – Азитромицин 10 мг/кг или цефалоспорины 1 поколения – Цефалексин 50 мг/кг/сут в 2 приѐма. Курс – 10 дней.
5. Десенсибилизирующие препараты.
6. Местно – орошение зева антисептическими растворами.
7. При повышении температуры выше 38,5 °С – Ибупрофен 10 мг/кг (с интервалом не менее 8 часов) или Парацетамол 15 мг/кг (с интервалом не менее 4 часов).
4. Ранние осложнения скарлатины: лимфаденит, отит, синусит, мастоидит и др. Инфекционно-аллергические: гломерулонефрит, артрит, острая ревматическая лихорадка, миокардит.

Диспансеризация осуществляется в течение 1 месяца после клинического выздоровления. Через 7–10 дней после выписки проводят клиническое обследование: общий анализ крови и мочи, по показаниям – ЭКГ. Повторное обследование проводится через 3 недели. При отсутствии осложнений – снятие с учѐта.

5. 1. Экстренное извещение в Роспотребнадзор (эпидотдел): извещение не позднее 12 часов после выявления больного.

2. Изоляция больного на 10 дней от начала заболевания.

3. Госпитализация. По клиническим показаниям: среднетяжѐлые и тяжѐлые формы заболевания.

По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых детских учреждений, а также при отсутствии возможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного.

4. Мероприятия в отношении контактных лиц: в группе ДДУ устанавливается карантин на 7 дней (не принимают новых детей, не переводят детей из группы в группу) контактные дети, не болевшие скарлатиной, посещающие ДДУ и первые два класса школы, не допускаются в эти учреждения в течение 7 дней с момента изоляции больного.

5. Мероприятия в очаге инфекции: заключительная дезинфекция не проводится, текущей дезинфекции в очагах скарлатины подлежат: посуда, игрушки и предметы личной гигиены с применением дезинфекционных средств, разрешѐнных в установленном порядке, в соответствии с инструкциями по их применению. Запрещается проведение профилактических прививок на время карантина. Весь персонал осматривается с целью выявления других форм стрептококковой инфекции.

6. Допуск в коллектив: не ранее, чем через 22 дня от начала заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 23

Ребенок 1 года 10 месяцев болен в течение 2 дней: температура тела до 37,5°С, легкий насморк, небольшой кашель, но самочувствие не страдает, к концу 2 суток появилась сыпь.

При осмотре на 3-й день: на коже лица, шеи, туловища, преимущественно разгибательных поверхностях конечностей розовая, необильная, мелко-пятнистая сыпь,без склонности к слиянию, на неизмененном фоне. Пальпируются заднешейные,затылочные лимфоузлы. Слизистая небных дужек, миндалин умеренно гиперемирована.Из носа скудное слизистое отделяемое. Со стороны внутренних органов без патологии.Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

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

Ответ

1. Краснуха, типичная, лѐгкая форма.
2. Диагноз «краснуха» поставлен на основании типичной клиничекой картины: острое начало заболевания с умеренно выраженного синдрома интоксикации (повышение температуры до 37,5 °С,), присоединения катарального синдрома (лѐгкий насморк, небольшой кашель) и экзантемы (розовая, необильная, мелко-пятнистая сыпь, без склонности к слиянию, на неизменѐнном фоне на лице, шее, по всему телу, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей), лимфаденопатии специфической локализации (увеличение заднешейных, затылочных лимфатических узлов).
3. 1. Домашний режим.
2. Обильное дробное питьѐ.
3. Диета по возрасту.
4. Этиотропного лечения не существует.
5. Симптоматическое лечение: при затруднении носового дыхания – сосудосуживающие средства (Назол-беби, Називин и др.), при повышении температуры выше 38,5 °С – жаропонижающие средства (Парацетамол, Ибупрофен).
4. Специфическая профилактика осуществляется живой вакциной в 12 месяцев, ревакцинация – в 6 лет. Девочки получают дополнительную ревакцинацию в 13 лет.
5. 1. Подача экстренного извещения не позже 12 часов после выявления больного.
2. Изоляция больного на 5 дней с момента высыпаний.
3. Госпитализация: по клиническим показаниям: среднетяжѐлые и тяжѐлые формы заболевания, в том числе с поражением ЦНС.
По эпидемическим показаниям: дети из закрытых детских учреждений, а также при отсутствии возможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного.
4. Мероприятия в отношении контактных лиц: карантин не накладывается, но за контактными осуществляется медицинское наблюдение в течение 21 дня с ежедневным осмотром и термометрией. Женщины первых трѐх месяцев беременности изолируются от больных краснухой до 10 дня от начала заболевания. При контакте беременной с больным краснухой необходимо повторное серологическое обследование с интервалом 10–20 дней для выявления бессимптомной инфекции.
5. Мероприятия в очаге инфекции: дезинфекция не проводится. Условия выписки: по выздоровлению.
6. Допуск в коллектив: по выздоровлению, но не ранее 4–6 дней от момента появления сыпи.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 24

Ребенок 2 лет заболел остро, поднялась температура до 38,5°С. Стал беспокойным, появилась сыпь.

Анамнез: со слов матери, высыпания на коже у ребенка появились одновременно с подъемом температуры.
Объективный статус: при осмотре кожных покровов обнаружен полиморфизм сыпи– пятна, папулы, везикулы округлой формы, расположены поверхностно, на не инфильтрированном основании, окружены венчиком гиперемии, с напряженной стенкой, прозрачным содержимым. Аналогичные высыпания наблюдаются на волосистой части головы, слизистых оболочках ротовой полости, половых органов. Отмечается кожный зуд.Со стороны внутренних органов без патологии. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

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

Ответ

1. Ветряная оспа, типичная, средней степени тяжести.
2. Диагноз ветряной оспы поставлен на основании типичной клинической картины: острого начала заболевания с одновременного появления интоксикационного синдрома (повышение температуры до 38,5 °С) и типичной экзантемы (на кожных покровах, волосистой части головы, слизистых ротовой полости и половых органов обнаружены элементы сыпи: пятна, папулы, пузырьки, отмечается зуд). Тяжесть заболевания обусловлена выраженностью интоксикационного синдрома и экзантемы, наличием высыпаний на слизистых оболочках (средняя степень).
3. 1. Домашний режим.
2. Обильное теплое дробное питьѐ.
3.Диета по возрасту (механически, термически и химически щадящее питание).
4. Гигиенические мероприятия: чистое нательное и постельное бельѐ, общие ванны со слабым раствором перманганата калия, орошение полости рта и слизистых наружных половых органов дезинфицирующими растворами.
5. Этиотропное лечение: не показано (только при тяжѐлых формах заболевания).
6. Местно – туширование элементов сыпи растворами анилиновых красителей.
7. При повышении температуры выше 38,5 °С – жаропонижающие средства (Парацетамол, Ибупрофен).
4. Специфическая профилактика осуществляется живыми вакцинами. В РФ зарегистрированы Варилрикс, Окавакс. Вакцинируются дети из группы риска, с перинатальным контактом по ВИЧ, в закрытых детских учреждениях.
5. 1. Подача экстренного извещения не позднее 12 часов после выявления больного.

2. Госпитализация: по клиническим показаниям: дети раннего возраста, больные со среднетяжѐлыми и тяжѐлыми формами заболевания.
По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых детских учреждений, а также при отсутствии возможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного.
3. Больной изолируется на срок до 5 дней после появления последних высыпаний.
4. Мероприятия в очаге инфекции: заключительная дезинфекция не проводится. Осуществляется проветривание помещений, влажная уборка.
5. Мероприятия в отношении контактных лиц: Карантинным мероприятиям подлежат дети до 7 лет. Все контактные осматриваются на предмет выявления HVZ-инфекции. На группу накладывается карантин сроком с 11 по 21 день с момента изоляции последнего больного. В карантинной группе ежедневно проводят термометрию и осмотр детей, не проводятся профилактические прививки, запрещѐн перевод детей в другие детские учреждения.
6. Допуск в коллектив: по выздоровлению, но не ранее 9 дня от момента появления высыпаний.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 25

Пациент ребенок 11-ти месяцев. Мать предъявляет жалобы на беспокойство мальчика, частый жидкий стул, повторную рвоту.
Анамнез: мама связывает заболевание с употреблением в пищу желтка куриного яйца, сваренного всмятку. Заболел остро, повысилась температура до 39,5°С, отмечалась рвота 6 раз, присоединился жидкий водянистый стул 7 раз, который затем стал скудным, с примесью большого количества слизи темно-зеленого цвета до 10 раз.
Объективный статус: вес - 9 кг 600 г, рост - 71 см. Температура тела 38,7°С. Ребенок вялый. Аппетит значительно снижен. Кожа и видимые слизистые чистые, бледные. Тургор тканей снижен на животе, бедрах. Потеря веса – 8%. Периферические лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены, безболезненны. Зев спокоен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны звучные, ритмичные. АД - 80/50 мм рт. ст. ЧСС - 124 в минуту. Живот умеренно вздут, отмечается диффузная болезненность, пальпируется спазмированная сигмовидная кишка. Печень +3 см из-под правого края реберной дуги, селезенка по краю левой реберной дуги. Мочеиспускание не нарушено. Стул по типу «болотной тины».
Вопросы:
1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ответ

1. Острый гастроэнтероколит (сальмонеллѐзной этиологии) средней степени тяжести. Токсикоз с эксикозом 2 степени.
2. Диагноз поставлен на основании клинических данных: острое начало заболевания с синдрома интоксикации (повышение температуры до 39,5 °С, вялость, слабость), присоединение клиники гастроэнтероколита с первых дней болезни (многократная рвота – 6 раз съеденной пищей, водянистый обильный непереваренный стул 7 раз, затем – по типу «болотной тины»; вздутие и диффузная болезненность живота при пальпации, спазмированная сигмовидная кишка), данных эпид. анамнеза (связь заболевания с употреблением в пищу желтка яйца, сваренного всмятку). Критерии степени тяжести – выраженность кишечного синдрома (частота стула, рвоты), интоксикации, наличие токсикоза с эксикозом. Токсикоз с эксикозом 2 степени поставлен на основании данных осмотра: ребѐнок вялый, кожа бледная, тургор тканей снижен на животе и бѐдрах, потеря веса 8%.
3. 1. Госпитализация в инфекционное отделение.
2. Диета по возрасту, питание дробное, с уменьшением суточного количества пищи в острый период.
3. Строгий постельный режим в остром периоде.
4. Этиотропное лечение: цефалоспорины 2 поколения. Комплексный иммунный препарат (КИП).
5. Дезинтоксикационная терапия: Инфузионная терапия с учѐтом физиологической потребности и потери жидкости. Оральная регидратация: дробно, часто, малыми порциями.
6. Энтеросорбенты: Диэктаэдрический смектит.
7. Ферментные препараты, биопрепараты.
8. Симптоматическая терапия.
4. Неспецифическая профилактика – соблюдение технологии приготовления пищи, соблюдение правил личной гигиены, надзор за качеством продуктов питания. Постэкспозиционная профилактика – не проводится.
5. 1. Экстренное извещение подаѐтся в течение 12 часов после выявления больного.
2. Госпитализация по клиническим показаниям: все тяжѐлые и среднетяжѐлые формы у детей до 1 года, с отягощѐнным преморбидным фоном; острый сальмонеллѐз у резко ослабленных и отягощѐнных сопутствующими заболеваниями лиц. По эпидемиологическим показаниям: невозможность соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного; работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, подлежат госпитализации во всех случаях, когда требуется уточнение диагноза.
3. Изоляция контактных: не проводится.
4. Мероприятия в очаге инфекции: проводится текущая и заключительная дезинфекция.

5. Мероприятия в отношении контактных лиц: карантин не накладывается. Медицинское наблюдение за контактными осуществляется в течение 7 дней с ежедневной термометрией и осмотром стула. Дети из ДДУ и закрытых детских учреждений обследуются бактериологически 1 раз (посев испражнений).
6. Допуск в коллектив – с двумя отрицательными бак. посевами на сальмонеллѐз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 26

Пациент ребенок 5 месяцев, вес – 7 кг. Обратились на третий день болезни с жалобами на отказ от еды, рвоту до 4 раз в сутки, вялость, подъем температуры до 37,6°С.Из анамнеза известно, что мальчик родился в срок 40 недель с весом 3200 г. С трехмесячного возраста находился на искусственном вскармливании, в весе прибавлял хорошо, перенес ОРВИ в 2 месяца.Заболевание началось с подъема температуры до 37,3°С, рвоты съеденной пищей. На вторые сутки появился жидкий стул, который вскоре принял водянистый характер с примесью слизи (до 6 раз в сутки). В течение заболевания отмечалась периодически повторяющаяся рвота - 2-3 раза в сутки.
При осмотре состояние было расценено как среднетяжелое. Температура - 37,4°С. Ребенок вяловат, бледен, периодически беспокоен. Пьет неохотно. Кожа чистая, сухая.Расправление кожной складки замедленно. Язык обложен, сухой. Большой родничок не западает. Сердечные тоны звучные, ритмичные, ЧСС – 146 в минуту. Живот умеренно вздут, при пальпации определяется урчание по ходу тонкого кишечника, печень и селезенка не увеличены. Анус сомкнут. Стул жидкий, водянистый, с незначительным количеством слизи. Диурез в норме.
В ан. крови: эр. – $5{,}0\times10^{12}$/л, Нв – 126 г/л, ЦП – 0,9, лейкоциты – $8{,}4\times10^{9}$/л, п/яд– 5%,с/яд –42%, лимфоциты – 48%, моноциты – 5%, СОЭ – 15 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. Какие исследования следует провести для уточнения этиологии заболевания?
3. Определите тяжесть заболевания.
4. Оцените тяжесть обезвоживания у больного.
5. Выберите метод и составьте план проведения регидратационной терапии для данного больного.

Ответ

1. Острая кишечная инфекция, гастроэнтерит, средней степени тяжести. Эксикоз 1 степени.
2. Бактериологическое и вирусологическое исследование кала.
Серологическое исследование в парных сыворотках (нарастание титра антител).

3. Средняя степень тяжести выставлена на основании выраженности симптомов интоксикации (температура 37,4 °С, вялость, бледность, периодическое беспокойство, отсутствие аппетита); кратности стула (до 6 раз в сутки); данных лабораторных анализов (в общем анализе крови: эритроциты – $5,0\times10^{12}$, гемоглобин – 126 г/л, ЦП – 0,9, лейкоциты – 8,4×109, п/я – 5%, с/я –42%, лимфоциты – 48%, моноциты – 5%, СОЭ – 15 мм/ч).
4. Первая степень обезвоживания. Установлена на основании клинических симптомов (выраженная жажда, слизистые оболочки губ и язык подсохшие, большой родничок не западает, расправление кожной складки замедленно), диурез в норме.
5. Для лечения обезвоживания 1 степени используется метод оральной регидратации. Она проводится в 2 этапа. Первый этап – 4 часа, объѐм жидкости 50 мл/кг – 350 мл. Второй этап – 20 часов, объѐм жидкости на этап 100 мл/кг – 700 мл. Всего на сутки – 1050 мл. Состав жидкости – Регидрон (Оралит, Цитроглюкосолан), кипячѐной водой.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 27

У ребенка 3 лет заболевание началось остро, с повышения температуры тела до 38,5ºС, рвоты, разжиженного стула. Был вызван врач-педиатр участковый, который назначил лечение Нифуроксазидом. В течение последующих 2-х дней состояние ребенка было без динамики, сохранялась субфебрильная температура и разжиженный стул до 4-5 раз в сутки, стойкая тошнота, периодическая рвота (2-3 раза в сутки), умеренные боли в животе. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что мама ребенка связывает заболевание с употреблением плохо прожаренной яичницы.
При осмотре температура тела - 38,2°С, ЧСС – 140 в минуту, ЧД – 40 в минуту. Кожные покровы чистые, бледные. Эластичность и тургор тканей сохранен. Отмечается сухость слизистых оболочек ротовой полости, жажда. Язык сухой, обложен белым налетом. В легких – везикулярное дыхание. Сердечные тоны приглушены, ритмичны. Живот несколько вздут, все отделы доступны пальпации, выраженное урчание по ходу толстого кишечника. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги по среднеключичной линии, селезенка – на 0,5 см. Стул за сутки 5 раз, жидкий, зловонный, непереваренный, типа «болотной тины» со слизью.
Мочеиспускание не нарушено. При осмотре была однократная необильная рвота.
Менингеальные знаки – отрицательные.
В ан. крови: эр. – $3,8\times10^{12}$/л, Нв – 120 г/л, ЦП – 0,9, лейкоциты – $16,6\times10^{9}$/л, п/яд – 8%, с/яд – 42%, лимфоциты – 36%, моноциты – 12%, эоз. – 2%, СОЭ – 18 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите тяжесть заболевания у ребенка.

3. Определите наиболее вероятную причину развития заболевания у ребенка и обоснуйте свой ответ.
4. Составьте план обследования для уточнения этиологии заболевания.
5. Составьте план лечения больного.

Ответ

1. Острая кишечная инфекция, гастроэнтерит. Сальмонеллѐз (клинически), средней степени тяжести. Эксикоз 1 степени.
2. Средняя степень тяжести. Выставлена на основании выраженности симптомов интоксикации (температура тела 38,2 ºС, ЧСС – 140 в минуту, ЧД – 40 в минуту); кратности стула (5 раз в сутки); данных лабораторных анализов (лейкоциты – 16,6×109, п/я – 8%, с/я – 42%, лимфоциты – 36%, моноциты – 12%, эозинофилы – 2%, СОЭ – 18 мм/ч).
3. Этиология заболевания – сальмонеллы. Поставлена на основании эпидемиологического анамнеза (употребление непрожаренной яичницы); клинических симптомов (вздутие живота, урчание по ходу кишечника); характеристики стула (жидкий, зловонный, непереваренный, типа «болотной тины»); лейкопении в общем анализе крови (лейкоциты – 16,6×109);
4. 1. Бактериологическое исследование испражнений (посев на кишечную группу).
2. При отрицательном результате посева – серологическое обследование (определения нарастания титра антител в реакции РПГА с комплексным сальмонеллѐзным диагностикумом в динамике).
5. 1. Диета с исключением экстрааактивных веществ, молока и продуктов усиливающих перестальтику кишечника и вызывающих повышенное газообразование.
2. Оральная регидратация.
3. Комплексный иммунный препарат или Сальмонеллѐзный комплексный бактериофаг, курс 5 дней.
4. Энтеросорбенты, в течение 3 дней.
5. Ферменты (Креон 10 тыс. ЕД), в течение 5 дней.
6. Пробиотики, курс 7 дней.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 28

Ребенок 3 лет заболел остро, когда появилась температура 38,0ºС, недомогание, слизистое отделяемое из носа, покашливание. В течение суток лихорадил до 39,5°С, жаловался на боли в животе. К концу первых суток появился жидкий стул, сначала кашицеобразный калового характера, затем водянистый, обильный, без патологических примесей.
При осмотре на 2 сутки заболевания: температура - 37,4ºС, вялый, бледный. От еды и питья отказывается. Слизистые оболочки ротовой полости и язык сухие. В зеве: гиперемия дужек, задней стенки глотки, из носа необильное слизистое отделяемое. Со стороны сердца и легких без патологии. Пульс – 120 в минуту, АД – 95/60 мм рт. ст., ЧДД – 26 в минуту. Живот сильно вздут,

болезненный при пальпации в эпигастрии и околопупочной области, при пальпации отмечается громкое урчание, шум «плеска», слышимые на расстоянии. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Стул за прошедшие сутки 5 раз, жидкий, желтый, водянистый, пенистый,обильный, неприятного запаха без патологических примесей, 2 раза была рвота. Мочится обычно. Менингеальные знаки – отрицательные.
Из эпидемиологического анамнеза: выяснено, что в детском саду, который посещает ребенок, есть еще 2 случая подобного заболевания.
В ан. крови: эр. – 3,8×1012/л, Нв – 128 г/л, ЦП – 0,9, лейкоциты – $4,7\times10^9$/л, п/яд – 1%, с/яд – 38%, лимфоциты – 53%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Определите тяжесть заболевания у ребенка.
3. Определите наиболее вероятную причину развития заболевания у ребенка, обоснуйте свой ответ и назовите метод для подтверждения этиологии.
4. Составьте план лечения больного.
5. Укажите меры профилактики заболевания.

Ответ

1. Ротавирусный гастроэнтерит, средней степени тяжести. Токсикоз с эксикозом 1 степени.
2. Средняя степень тяжести выставлена на основании выраженности симптомов интоксикации (фебрильная, через сутки – субфебрильная температура, отказ от еды); кратности стула (5 раз в сутки) и рвоты (2 раза в день); выраженности степени эксикоза (1 степень) – сухость слизистых оболочек.
3. Для подтверждения диагноза используют обнаружение РНК вируса в кале методом ПЦР или обнаружение антител в крови методами ИФА, РСК и др. реакции.
4. 1. Лечение в амбулаторных условиях.
2. Дробное питание с исключением молочных продуктов, овощей и фруктов.
3. Оральная регидратация – Регидрон (Оралит, Цитроглюкосолан) в комбинации с рисовым отваром, кипячѐной водой, минеральной водой без газа, Хумана-Электролит и т.д.
4. Энтеросорбенты (Диоктаэдрический смектит 1 пакет 3 раза в день, курс 3–5 дней).
5. Ферменты.
6. Пробиотики (курс 7–10 дней).
5. Специфическая профилактика – вакцинация против ротавирусного гастроэнтерита живой ослабленной оральной вакциной (в РФ в национальный прививочный календарь не входит).
Неспецифическая профилактика складывается из: изоляции больного; наблюдения за контактными в течение 7 дней (с осмотром, опросом,

термометрией и контролем стула); раннее выявление, изоляция и лечение больных; соблюдение мер личной гигиены.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 29

Ребенок 6 лет посещает детский сад. Заболел остро с подъема температуры тела до 39°С, появления боли в околоушной области справа, усиливающейся при глотании и жевании. На следующий день мама отметила слегка болезненную припухлость в околоушной области справа, затем слева. На 4 день болезни вновь повысилась температура тела до 38,7°С, утром появилась сильная головная боль, повторная рвота.

При осмотре состояние ребенка средней тяжести за счет явлений интоксикации. Вялый. Температура тела - 39,1°С. Жалуется на резкую головную боль в лобной и теменной областях. При осмотре кожные покровы чистые, обычной окраски. Слизистые ротовой полости слабо гиперемированы, налетов нет. В околоушной,

подчелюстной областях с обеих сторон отмечается легкая припухлость и болезненность при пальпации. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 28 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС - 128 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и диурез в норме. Неврологический статус: в сознании, но заторможен, на вопросы отвечает с задержкой, неохотно. Отмечается выраженная ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига и Брудзинского. Очаговых симптомов поражения нервной системы не выявлено. Ребенок не вакцинирован в связи с отказом матери.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Тактика ведения больного, включая план обследования.
4. Разработайте план лечения.
5. Разработайте план противоэпидемических и профилактических мероприятий в детском саду.

Ответ

1. Эпидемический паротит, смешанная нервно-железистая форма: паротит, серозный менингит.
2. Диагноз «эпидемический паротит» выставлен на основании данных анамнеза заболевания (заболел остро, температура до 39 °С, с появления болей в околоушной области), данных объективного осмотра (симметричная припухлость в околоушных областях). Диагноз «серозный менингит» поставлен на основании клинических данных (повторный подъѐм температуры на 4 день болезни, головной боли, повторной рвоты, положительных менингеальных знаков).
3. 1. Госпитализация в инфекционное боксированное отделение.
2. Клинический анализ крови и мочи.

3. Спинномозговая пункция с анализом спинномозговой жидкости для подтверждения менингита.
4. Анализ крови и мочи на амилазу (для исключения панкреатита).
5. Кровь на парные сыворотки (РПГА с паротитным диагностикумом в динамике) для подтверждения паротитной инфекции.
4. 1. Постельный режим.
2. Этиотропная терапия – не разработана.
3. Дегидратация при повышении внутричерепного давления.
4. Симптоматическая терапия - жаропонижающие - Парацетамол 10 мг/кг per os при температуре свыше 38,5 °С, для снятия болевого симптома анальгетики и спазмолитики, для улучшения пищеварения - ферментные препараты.
5. 1. Изоляция больного.
2. Экстренное извещение в органы Роспотребнадзора в течение 12 часов с момента выявления больного.
3. Заключительная дезинфекция не проводится.
4. Медицинское наблюдение за контактными детьми в детском саду на 21 день с момента изоляции больного с ежедневным осмотром и термометрией.
5. Детей старше 18 месяцев, бывших в контакте, не привитых и не болевших, в течение первых 72 часов после контакта прививают живой паротитной вакциной. При наличии противопоказаний к вакцинации возможно введение Иммуноглобулина человеческого 3 мл в/м.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 30

Ребенок 5 лет (вес - 25 кг) заболел остро в 5 часов утра, когда внезапно появилась обильная рвота и водянистый стул. В течение нескольких часов стул повторился 4 раза,был обильный. Появились судороги в икроножных мышцах, обморочное состояние.Из анамнеза было выяснено, что ребенок накануне заболевания вернулся из туристической поездки в Индию, где находился с родителями в течение 7 дней.
При осмотре ребенок заторможен, на вопросы отвечает медленно. Температура 36,1°С, руки и ноги холодные на ощупь. Кожные покровы бледные с серым оттенком, цианоз губ, акроцианоз. Глаза запавшие. Слизистые рта сухие, гиперемированы. Язык обложен белым налетом, сухой. Тургор мягких тканей и эластичность кожи снижены.Дыхание поверхностное, до 30 в минуту, в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. Тоны сердца очень глухие, ритмичные. На верхушке сердца выслушивается мягкий систолический шум. ЧСС – 140 в минуту. Пульс слабого наполнения и напряжения, АД – 80/40 мм рт. ст. Живот втянут, при пальпации умеренно болезненный в околопупочной области. Печень, селезенка не пальпируются. При осмотре была обильная рвота «фонтаном» и жидкий водянистый обильный стул по типу «рисового отвара» без патологических примесей. Диурез снижен.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Проведите обоснование клинического диагноза.
3. Ваша тактика по ведению больного.
4. Укажите методы исследования для подтверждения диагноза.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в семье больного.

Ответ

1. Холера. Токсикоз с эксикозом 2 степени.
2. Диагноз «холера» выставлен на основании эпидемиологического анамнеза (поездка в эндемичную по заболеванию страну – Индию); клинических данных (острое начало заболевания с отсутствием температурной реакции, рвота фонтаном, водянистый характер диареи, наличие признаков обезвоживания и дисэлектролитемии (судороги), характера стула (водянистый, типа «рисового отвара»); данных копрограммы (стул жидкий, бело-жѐлтого цвета, лейкоциты – нет, эритроциты – нет, слизь – нет); Токсикоз с эксикозом 2 степени выставлен на основании клинических признаков (температура тела субнормальная - 36,1 °С, нарушение периферической микроциркуляции, выраженная сухость слизистых оболочек, снижение тургора тканей, снижение диуреза, снижение АД до 80/40 мм рт. ст., тахикардия 140 в минуту).
3. Госпитализация в инфекционное отделение для больных с особо опасными инфекциями.
Лечение обезвоживания 2 степени при холере должно начинаться с оральной регидратации и при поступлении в стационар инфузионную терапию начинают немедленно. Для в/в инфузии используют только полиионные солевые растворы типа р-р Рингера, Трисоль. Назначение полиионных солевых растворов диктуется потерей воды и электролитов.
4. 1. Бактериологический метод (микроскопия препаратов биоматериала (испражнения, рвотные массы и др.) и посев на среду накопления).
2. Серологический метод: реакция агглютинации с обнаружением антител IgM.
3. Экспресс-методы имеют только ориентировочное значение.
5. 1. Экстренное извещение в Госсанэпиднадзор о выявленном случае заболевания в течение 12 часов.
2. Изоляция всех контактных на 5 дней в провизорное отделение инфекционного отделения.
3. Трѐхкратное обследование испражнений всех контактных на холерный вибрион в первые сутки наблюдения. Выписка осуществляется после получения трѐх отрицательных результатов бак. посева.
4. Заключительная дезинфекция в доме больного.
5. Вакцинопрофилактика по эпид. показаниям.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 31

Ребенок 2 лет (масса тела - 12 кг) заболел остро: повысилась температура тела до 39,4°С, появилась рвота 1 раз, боли в животе. Через три часа

появился обильный стул,сначала 3-кратно жидкий, затем к концу суток стул стал скудным, жидким, в виде«плевка» со слизью и прожилками крови. На второй день температура 37,8°С, рвота 2раза, стул 8 раз, необильный с прожилками крови, гноя. Мальчик весь день жаловался на боль в животе.
При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела – 38,0°С. Вялый, жалуется на периодические боли в животе. Часто просится на горшок. Аппетит снижен,пьет охотно. Кожные покровы бледные, чистые. Тургор тканей сохранен. Слизистые оболочки полости рта розовые, влажные, налетов нет. Язык сухой, обложен белым налетом в центре. В легких перкуторно определяется ясный легочный звук.Аускультативно дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 30 в минуту. Тоны сердца ясные, приглушены, патологических шумов нет, ЧСС – 136 в минуту. Пульс хорошего наполнения, ритмичный. Живот участвует в акте дыхания, слегка втянут, при пальпации мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Пальпируется сигмовидная кишка, спазмированная, болезненная. Отмечается урчание по ходу толстого кишечника. Симптомов раздражения брюшины нет. Анус податлив. Печень, селезенка не пальпируются.Во время осмотра ребенок вновь попросился на горшок. Стул осмотрен - скудный, с большим количеством слизи и прожилками крови. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Проведите обоснование клинического диагноза.
3. Составьте план обследования больного для подтверждения этиологии заболевания.
4. Предложите препарат для этиотропной терапии и обоснуйте его выбор.
5. Составьте план лечения больного.

Ответ

1. Шигеллез, средней степени тяжести.
2. Диагноз «шигеллез» выставлен клинически на основании следующих данных (острое начало заболевания с высокой температурной реакции, болевым синдромом, типичным колитическим характером стула с тенезмами (позывами на горшок), спазмированной сигмовидной кишкой; характера стула (скудный, с большим количеством слизи и прожилками крови); Средняя степень тяжести установлена на основании умеренной выраженности симптомов интоксикации (температура от 39 °С до 38 °С), кратности стула (8 раз в сутки), отсутствия осложнений.
3. Бактериологическое исследование испражнений больного до начала этиотропной терапии (бак. посев).

В случае отрицательного бак. посева верификация этиологии осуществляется методом выявления антител к шигеллам в крови больного (РПГА с комплексным дизинтерийным диагностикумом) в парных сыворотках.

4. Дизентерия является инвазивной бактериальной кишечной инфекцией и требует назначения антибактериальных препаратов. Учитывая среднюю

степень тяжести состояния, отсутствие рвоты показана терапия оральными прапаратами. Препаратами выбора являются нитрофурановые препараты через рот, курс лечения – 5-7 дней.

5. 1. Домашний режим.

2. Диета с исключением экстраактивных веществ, цельного молока, продуктов, приводящих к газообразованию и усиливающих перистальтику кишечника. Пища должна быть механически обработана.

3. Оральная регидратация.

4. Антибактериальная терапия (нитрофуранового ряда, курс 5-7 дней).

5. Энтеросорбенты (курс 3 дня).

6. Спазмолитики при выраженном болевом синдроме, до купирования болевого синдрома.

7. Ферменты.

8. Пробиотики (курс 7 дней).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 32

Ребенок в возрасте полутора лет. Заболел остро, когда утром повысилась температура до 39°С. После приема Парацетамола температура снизилась до 38,7°Ссохранялась на субфебрильных цифрах в течение суток. Отмечалась слабость, вялость,отказ от еды. Ребенок был очень сонлив, заторможен, постоянно спал. На второй день утром температура тела повысилась до 40°С. Мать заметила необильную розовую сыпь на коже бедер, ягодиц и вызвала скорую помощь. Ребенок осмотрен врачом скорой помощи,который ввел внутримышечно литическую смесь.

При осмотре: состояние ребенка расценено как тяжелое. Температура - 38,5°С, ЧДД – 50 в минуту, ЧСС – 155 в минуту. АД – 90/50 мм рт. ст.В сознании, но очень вялый, на осмотр реагирует негативно, плачет. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком, усиливающимся при беспокойстве. На ягодицах, задних поверхностях бедер, голеней имеется необильная геморрагическая «звездчатая» сыпь с некрозом в центре, размером от 0,5 до 1,5 см, не исчезает при надавливании. В ротоглотке отмечается гиперемия небных дужек, миндалин, зернистость задней стенки глотки, налетов нет. В легких дыхание учащено, жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, безболезненный.Печень и селезенка не пальпируются. Последний раз мочился час назад. Стула не было.Менингеальных знаков нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Тактика ведения больного.
4. Специфическая профилактика данного заболевания.
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

Ответ

1. Менингококковая инфекция, генерализованная форма, менингококцемия.
2. Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания с выраженных явлений интоксикации; жалоб на высокую температуру, сонливость, слабость; данных объективного осмотра (геморрагическая звѐздчатая сыпь с некрозом в центре).
3. 1. Госпитализация в инфекционное боксированное отделение (стационар с наличием ОРИТ).
2. Жаропонижающая терапия.
4. Вакцинопрофилактика (вакцина менингококковой группы А полисахаридная сухая (Менинго-А) и Менинго А+С.
Рекомендуют детям старше года в очагах инфекции, а также для массовой вакцинации во время эпидемии. Курс вакцинации - 1 инъекция.
5. 1. Изоляция больного или бактерионосителя.
2. Экстренное извещение в Роспотребнадзор.
3. Бактериологическое обследование контактных лиц с интервалом от 3 до 7 дней.
4. Заключительная дезинфекция.
5. Выписка из стационара после двукратно отрицательного бактериологического анализа.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 33

У девочки 3 лет отмечаются слабость, снижение аппетита, тошнота, боли в правом подреберье, темная моча, обесцвеченный кал.
Из анамнеза известно, что заболела 5 дней назад, когда повысилась температура до 37,8ºС, появилась тошнота, рвота, разжиженный стул. К врачу не обращались, мама лечила ребенка сама: давала Парацетамол, Фуразолидон. На 4-й день болезни температура снизилась до 37,0ºС, но мама заметила темную мочу и обесцвеченный кал. Обратились к врачу-педиатру участковому.
Объективно при осмотре состояние средней тяжести. Температура тела - 36,8ºС. Отмечается иктеричность кожи и склер. В зеве без патологии. Язык обложен белым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 106 в минуту. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье. Печень выступает на 2,5 см из-под реберной дуги по среднеключичной линии, болезненная при пальпации. Селезенка не увеличена. Мочатемно-желтого цвета.
Из эпидемиологического анамнеза известно, что в детском саду, который посещает ребенок, были случаи подобного заболевания. Привита по возрасту. Со слов мамы, никаким хирургическим вмешательствам ребенок не подвергался, кровь плазму не переливали, за пределы города в течение последних 3 месяцев не выезжала.
В ан. крови: эритроциты - $4{,}5\times10^{12}$/л, Нв – 120 г/л, ЦП – 0,9, Л- $5{,}1\times10^{9}$/л, эоз. – 1%, п/яд –1%, с/яд – 47%, лимфоциты – 42%, моноциты – 9%, СОЭ – 5мм/ч.

Биохимический ан. крови: билирубин – 126 мкмоль/л, прямой – 86 мкмоль/л, непрямой – 40 мкмоль/л, активность АЛТ – 402 Ед/л, тимоловая проба – 12 ЕД.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз и определите стационар для госпитализации больной.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Разработайте план обследования больного.
4. Какой механизм передачи инфекции наиболее вероятен в данной клинической ситуации? Обоснуйте свое решение.
5. Разработайте план противоэпидемических и профилактических мероприятий.

Ответ

1. Вирусный гепатит, желтушная форма, средней степени тяжести.
2. Диагноз поставлен на основании

 жалоб (субфебрильная температура, снижение аппетита, боль в правом подреберье, тѐмная моча, обесцвеченный стул);

 данных эпидемиологического анамнеза (наличие в детском саду подобных случаев заболевания); данных анамнеза заболевания (заболела остро с повышения температуры до 37,8 °С, тошноты, рвоты, разжиженного стула);

 данных объективного осмотра (иктеричность кожи и склер, увеличение и болезненность печени при пальпации) и данных лабораторных анализов (повышение билирубина и ферментов цитолиза - билирубин – 126 мкмоль/литр, АЛТ – 402 Ед/литр).

3. 1. Обнаружение в сыворотке крови РНК вируса гепатита А методом ПЦР.
2. Обнаружение специфических антител анти–HAV IgM методом ИФА или нарастание в динамике титра антител класса G.
4. Гепатит с фекально-оральным механизмом передачи - вирусный гепатит А. Учитывая возраст больной (3 года); социальную организацию (посещает детский сад); эпидемиологический анамнез (наличие в детском саду случаев вирусного гепатита, отсутствие указаний на парентеральные вмешательства, наличие у ребѐнка прививки против гепатита В) можно думать о вирусном гепатите с фекально-оральным механизмом передачи – гепатите А.
5. 1. Экстренное извещение в Роспотребнадзор в течение 12 часов с момента выявления больного.
2. Изоляция больного.
3. Карантин в группе детского сада на 35 дней, в течение этого периода ежедневный осмотр всех контактных с термометрией, осмотром стула, биохимический анализ крови однократно. Введение Иммуноглобулина 1,5 мл (1/2 дозы) в/м. Вакцинация против гепатита А по эпидпоказаниям.
4. Соблюдение общественной и личной гигиены, контроль за общественным питанием и качеством питьевой воды.
6. В очаге проводится текущая и заключительная дезинфекция.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 34

Ребенок 6,5 лет заболел остро в период эпидемии гриппа с подъема температуры тела до 39°С, озноба. Присоединились слабость, головная боль, боль в мышцах, чихание.Мама вызвала участкового врача-педиатра на дом.

При осмотре: кожные покровы бледные, сухие. Слизистые ротоглотки гиперемированы, небольшая зернистость задней стенки глотки. Из носа – скудное серозное отделяемое. В легких: перкуторно по всем легочным полям – легочный звук, аускультативно - дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД – 36 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС –118 в минуту, АД – 90/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Диурез сохранен, мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул оформленный. Менингеальные симптомы отрицательные. Ребенок от гриппа не привит (со слов мамы, у него медицинский отвод от вакцинации – аллергия на белок куриного яйца).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Разработайте план обследования больного.
4. Определите место лечения больного и обоснуйте Ваш выбор.
5. Разработайте план лечения.

Ответ

1. Грипп, типичная форма, средней степени тяжести.
2. Диагноз поставлен на основании жалоб (на высокую температуру, головную и мышечные боли); данных эпидемиологического анамнеза (заболел в период эпидемии гриппа, от гриппа не привит); данных объективного осмотра (выраженные симптомы интоксикации при минимальных катаральных проявлениях).
3. Общий анализ крови, мочи. Смывы со слизистых ротоглотки для постановки реакции ПЦР с респираторными вирусами (для определения этиологии).
4. Учитывая возраст (6,5 лет), тяжесть заболевания (средней степени тяжести) при возможности организации лечения и ухода в семье – лечение на дому.
5. Изоляция больного в отдельной комнате. Режим полупостельный. Обильное тѐплое питьѐ. Противовирусные препараты - Осельтамивир в течение 5 дней. Симптоматическая терапия: при высокой температуре (свыше 38,5 °С) жаропонижающие препараты.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 35

Ребенок 2 лет заболел остро с повышения температуры тела до 37,5°С, появления сухого кашля, насморка. Среди ночи проснулся от шумного, затрудненного дыхания.Беспокоен, мечется в кроватке. Кашель сухой, «лающий». Мать вызвала скорую помощь.

При осмотре врач отметил заложенность носа (ребенок дышит ртом), бледность кожных покровов, цианоз вокруг рта, втяжение межреберий, яремной и надключичной ямок при вдохе. Число дыханий – 42 в минуту. Голос осипший, вдох шумный. Кашель грубый, сухой. При осмотре ротоглотки врач отметил яркую гиперемию дужек, небных миндалин, мягкого неба, зернистость задней стенки глотки. Налетов нет. Аускультативно дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, ЧСС – 142 в минуту. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул (со слов мамы) был оформленным. Мочится обычно. Моча светлая. Пульсоксиметрия – насыщение крови кислородом 92%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Выделите ведущий клинический синдром, обусловливающий тяжесть состояния ребенка.
3. Определите место для лечения больного и обоснуйте свое решение.
4. Каким методом Вы планируете подтвердить этиологию данного заболевания?
5. Составьте план лечения больного.

Ответ

1. ОРВИ (предположительно, парагриппозной этиологии). Острый стенозирующий ларингит, стеноз гортани I-II степени.
2. Синдром вирусного стенозирующего ларингита (круп) 1-2 степени. Диагноз поставлен на основании: жалоб (острое возникновение крупа, осиплость голоса, лающий кашель, затруднѐнное, шумное дыхание в покое); клинической картины (бледность кожных покровов, цианоз вокруг рта, инспираторный стридор, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры в покое - втяжение межреберий, ярѐмной и надключичной ямок при вдохе, одышка в покое – ЧДД 42 в минуту); пульсоксиметрия – насыщение крови кислородом 92%.
3. Учитывая тяжесть состояния и скорость развития – госпитализация в инфекционное респираторное отделение.
4. ПЦР диагностика – определение РНК вируса парагриппа из носоглоточных смывов, метод флюоресцирующих антител (РИФ) - основан на выявлении вирусных антигенов в клетках эпителия носовых ходов, конъюнктивы.
5. Госпитализация в стационар. Режим полупостельный. Обильное тѐплое питьѐ. Этиотропная терапия парагриппа не разработана. Ингаляции с Будесонидом (через небулайзер) 2 раза в день, курс 1-2 дня. Глюкокортикоиды - по показаниям. Симптоматическая терапия: жаропонижающая терапия при температуре выше 38,5 °С.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 36

Ребенок 7 месяцев болен в течение 3 дней. Температура - 38-39°С, беспокойный, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа.Врач-педиатр участковый при осмотре на 4 день болезни расценил состояние ребенка как средне-тяжелое. Температура - 38,3°С. Веки отечны, конъюнктива гиперемирована. На нижнем веке справа небольшая белая пленка, снимающаяся свободно,поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1-2 см, безболезненные,эластичные. Зев гиперемирован, миндалины и фолликулы задней стенки глоткиувеличены. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа.

В легких аускультативно жесткое дыхание, проводные влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 132 ударов в минуту. Печень +3,5 см, селезенка +1,5 см из-под реберной дуги. Стул оформленный.

Клинический ан. крови: Нв - 133 г/л, эр. - $4{,}3\times10^{12}$/л, ЦП - 0,9, Л - $7{,}9\times10^{9}$/л; п/яд - 3%, с/яд - 38%, базофилы - 1%, эоз. - 2%, лимф. 52%,мон. - 4%, СОЭ - 4 мм/час.

Ан. мочи: цвет - соломенно-желтый; прозрачность - прозрачная; относительная плотность - 1021; белок - нет, глюкоза - нет; лейкоциты - 1-3 в п/зр. Биохимический анализ крови: общий белок - 74 г/л, мочевина - 5,2 ммоль/л, АЛТ – 32 Ед/л, АСТ - 30 Ед/л.

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.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назовите предположительную этиологию данной патологии, обоснуйте.
3. Обоснуйте необходимость назначения антибактериальной терапии данному больному.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите меры профилактики заболевания.

Ответ

1. Основной: «ОРВИ», вероятно аденовирусной этиологии: фарингит, плѐнчатый конъюнктивит, средней степени тяжести.

2. Аденовирусная этиология ОРВИ. Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания с выраженной температурной реакцией, наличия у ребѐнка катара верхних дыхательных путей, лимфоаденопатии, фарингита, плѐнчатого конъюнктивита, гепатоспленомегалии.

3. Учитывая ранний возраст больного (7 месяцев) и слизисто-гнойное отделяемое (присоединение бактериальной инфекции) из носа могут быть показаниями к назначению антибактериальной терапии.

4. 1. Антибактериальная терапия - Амоксициллин (125 мг в табл.) по ½ т. 3 раза в день, курс 5 дней.

2. Препараты рекомбинантного интерферона в виде ректальных суппозиториев (Генферон 125 тыс.ЕД 2 раза в день), курс 5 дней.
3. Офтальмоферон (глазные капли) по 1-2 капли закапывать в конъюнктивальный мешок 5 раз в день.
4. Промывание носовых ходов физиологическим раствором.
5. Противовоспалительная терапия – Фенспирид сироп – 1 чайная ложка 3 раза в день, курс 5 дней.
5. Специфической активной профилактики нет. Проводится ранняя изоляция больного, проветривание, УФ облучение помещений, текущая дезинфекция.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 37

Девочка 8 лет больна в течение недели. Отмечается заложенность носа, повышение температуры тела до 38°С. С 3 дня заболевания появились боли при глотании. Врач-педиатр участковый диагностировал лакунарную ангину. Был назначен Азитромицин. Эффекта от проводимой терапии не было. Сохранялась высокая температура, сохранялись наложения на миндалинах, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон.
При повторном осмотре температура - 38,3°С. Лицо одутловатое, веки пастозны, носом не дышит, голос с гнусавым оттенком. Кожа бледная, чистая. В области шеи с обеих сторон, больше слева, видны на глаз увеличенные переднешейные и заднешейные лимфоузлы с некоторой отечностью тканей вокруг них. Пальпируются передне-, заднешейные лимфоузлы (до 3,0 см в диаметре), чувствительные при пальпации, плотно-эластической консистенции, подчелюстные, подмышечные, паховые до 1,5 см в диаметре.
Яркая гиперемия зева, на увеличенных небных миндалинах - в лакунах наложения беловато-желтого цвета. Язык густо обложен белым налетом. Дыхание везикулярное,хрипов нет. ЧД - 24 в минуту. ЧСС - 100 в минуту. Сердечные тоны звучные, ритмичные.Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на +3 см, селезенка +1 см из-под реберной дуги. Стул, мочеиспускание не нарушены.
Общий ан. крови: Нв - 130 г/л, эр. - $3,8\times10^{12}$/л, ЦП - 0,8, Л - 12×10^{9}/л; п/яд - 8%, с/яд - 13%, эоз. - 1%, лимф. - 40%, мон. -13%; атипичные мононуклеары - 25%, СОЭ - 25 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз.
2. На основании каких симптомов поставлен диагноз?
3. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Составьте план медикаментозного лечения.
5. Составьте план диспансерного наблюдения за больным, перенесшим заболевание.

Ответ

1. Инфекционный мононуклеоз, типичная форма, средней степени тяжести.

2. Длительная лихорадка; лимфопролиферативный синдром (увеличение периферических лимфоузлов, особенно шейной группы, с некоторой отѐчностью тканей вокруг них); поражение носоглоточной миндалины (затруднение носового дыхания, гнусавость голоса): синдром ангины; гепатоспленомегалия, количественные и качественные изменения в крови (лимфоцитарный лейкоцитоз, атипичные мононуклеары); отсутствие эффекта от антибактериальной терапии.
3. 1. Методом ПЦР выявляется ДНК вирусов (Эпштей-Барр, цитомегаловирус) в сыворотке крови, смывах с носоглотки.
2. Методом ИФА: специфические антитела к капсидному (VCA) и раннему (EA) антигену ЭБВ классов IgM и IgG.
3. Определение в сыворотке крови гетерофильных антител в реакции Пауля-Буннелля (агглютинация бараньих эритроцитов).
4. 1. Специфическая этиотропная терапия инфекционного мононуклеоза не разработана.
2. Диета химически, термически механически щадящая.
3. Обильное дробное, тѐплое питьѐ.
4. Симптоматическая и патогенетическая терапия: жаропонижающие препараты, десенсибилизирующие средства, антисептики для курирования местного процесса, витаминотерапия, деконгестанты в нос.
5. Антибактериальная терапия не показана, назначается в случае присоединения бактериальной инфекции.
5. Реконвалесценты инфекционного мононуклеоза находятся на диспансерном учѐте в течение 12 месяцев. Ребѐнок наблюдается участковым врачом-педиатром и врачом-инфекционистом, по показаниям к консультациям привлекаются специалисты:
ЛОР-врач, врач-иммунолог, врач-гематолог, врач-онколог. Клинико-лабораторное наблюдение проводится 1 раз в 3 месяца и включает клинический осмотр, лабораторное обследование (общий анализ крови, АЛТ, двукратный тест на ВИЧ-инфекцию). Допуск ребѐнка в школу – по клиническому выздоровлению. Медицинский отвод от вакцинации - 3 месяца. Медицинский отвод от занятий физической культурой - 3 месяца. Ограничение инсоляции - до 12 месяцев.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 38

Ребенок 6 лет заболел остро с повышения температуры тела до 38,5°С, заложенности носа, недомогания. На следующий день мать заметила сыпь на лице, туловище, конечностях.
При осмотре врачом-педиатром участковым: температура тела - 37,8°С, увеличение болезненность шейных, затылочных лимфоузлов. Сыпь располагается на неизмененной коже, розовая, мелкая, пятнисто-папулезная на всем теле, кроме ладоней и стоп, с преимущественным расположением на разгибательных поверхностях конечностей, без склонности к слиянию.
При осмотре ротоглотки выявлена энантема в виде мелких красных пятен на небе и небных дужках. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 25 в

минуту. Тоны сердца отчетливые, ритмичные. ЧСС - 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка - не увеличены. Стул, мочеиспускание без особенностей. Неврологический статус без патологии.
Общий ан. крови: Нв - 135 г/л, Эр. - $4{,}1\times10^{12}$/л, Л - $6{,}3\times10^{9}$/л; п/яд - 1%, с/яд - 25%,эоз. - 5%, лимф. - 58%, мон. - 3%, плазматические клетки - 8%, СОЭ - 12 мм/час.
Ребенок привит только от дифтерии, столбняка, полиомиелита.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз.
2. На основании каких типичных симптомов поставлен диагноз?
3. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Составьте план лечения ребенка.
5. Назовите методы специфической профилактики заболевания.

Ответ

1. Краснуха, типичная форма, период высыпаний, средней степени тяжести.
2. Фебрильная температура тела до 38,5-38 °С, увеличение лимфоузлов в области затылка и на шее. Признаки небольшого катара верхних дыхательных путей. Характер высыпаний: отсутствие этапности (появилась в первый день заболевания сразу на всей поверхности тела), морфологический элемент (мелкая, пятнисто-папулѐзная на неизменѐнном фоне кожи), излюбленность локализации (преимущественное расположение на разгибательных поверхностях конечностей), наличие энантемы на слизистых оболочках ротоглотки. Данных общего анализа крови (нормальное или уменьшенное количество лейкоцитов, лимфоцитоз, плазматические клетки). Ребѐнок не привит.
3. Для диагностики краснухи в настоящее время используют, серологический метод определение антител класса IgM к вирусу краснухи методом ИФА или нарастание титра АТ в РПГА.
4. Специфического лечения краснухи не разработано. Симптоматическая терапия включает жаропонижающие (Парацетамол 0,5 через рот) (при температуре свыше 38,5 °С), обильное тѐплое питьѐ.
5. Специфическая вакцинопрофилактика (согласно Национальному календарю прививок) проводится в возрасте 12 месяцев. Ревакцинация проводится в 6 лет. Если ребѐнок ранее не был привит, то его прививают в любом возрасте от 1 года до 18 лет. Прививкам подлежат девушки в возрасте от 18 до 25 лет, не болевшие и не привитые ранее.

Ответ

1. Скарлатина, типичная форма, период высыпаний, средней степени тяжести.
2. Диагноз поставлен на основании наличия интоксикационного синдрома (температура тела 39,0 °С, головная боль); характерных изменений в ротоглотке (отграниченная гиперемия, гнойные наложения на миндалинах, региональный лимфаденит); характера сыпи (мелкоточечная на

гиперемированном фоне, со сгущением в естественных складках тела); данных лабораторных исследований (в крови нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренная СОЭ).
3. Септические осложнения: лимфаденит, отит, аденоидит, паратонзиллярный абсцесс, синуситы. Инфекционно-аллергические осложнения скарлатины - инфекционно-аллергический миокардит, постстрептококковый гломерулонефрит, острая ревматическая лихорадка, синовит.
4. 1. Амбулаторное лечение (изоляция на дому), госпитализация по эпидемиологическим и социальным показаниям.
2. Обильное тѐплое питьѐ, термически и механически щадящая диета.
3. Антибактериальная терапия – препараты аминопенициллинового ряда 50-100 тыс. Ед/кг веса в сутки, в 4 приѐма, курс лечения 7-10 дней или макролиды (10 дней).
4. Антигистаминные препараты.
5. Симптоматическая терапия – при температуре свыше 38,5 °С, местная обработка слизистой ротовой полости антисептическими растворами.
5. Наблюдение в течение 1 месяца с обязательным исследованием 1 раз в 2 недели общего анализа крови, мочи. Выписка в коллектив не ранее 22 дня от начала заболевания при отсутствии изменений в анализах крови и мочи, ЭКГ. По показаниям проводят консультации врача-отоларинголога, врача-ревматолога и других специалистов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 39

Ребенок 4 лет заболел остро с повышения температуры тела до 38,5°С, недомогания, снижения аппетита, повторной рвоты, болей в горле при глотании, появления сыпи на лице, туловище и конечностях.
При осмотре: состояние больного средней степени тяжести, температура тела 39,0°С. Жалуется на головную боль и боль в горле. На щеках яркий румянец, при этом носогубный треугольник бледный. Кожные покровы сухие, гиперемированы, на лице,туловище, конечностях обильная мелкоточечная сыпь, со сгущением в естественных складках кожи. Отмечается белый дермографизм.Слизистые оболочки ротовой полости влажные. В ротоглотке яркая отграниченная гиперемия. Миндалины увеличены, в лакунах наложения бело-желтого цвета, легко снимаются. Тонзиллярные лимфатические узлы до 1 см в диаметре, болезненны. Рот открывает свободно.Дыхание через нос свободное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 28 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия до 100 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочится свободно. Стул оформленный.
Клинический ан. крови: Нв - 125 г/л, эр. - $3{,}4\times10^{12}$/л, Л - 13,5×109/л; эоз. - 3%, п/яд - 10%, с/яд - 65%, лимфоциты - 17%, моноциты - 5%, СОЭ - 25 мм/час.
Общий анализ мочи: без патологии.
Вопросы:
1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.

2. Дайте обоснование клинического диагноза.
3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
4. Составьте план лечения больного.
5. Составьте план наблюдения ребенка после выписки из стационара.

Ответ

1. Краснуха, типичная, средней тяжести.
2. Опорные диагностические клинические симптомы: пятнистая мелкая сыпь с типичным расположением с одномоментностью распространения, отсутствие этапности высыпаний, увеличение затылочных лимфоузлов. В ОАК - плазматические клетки.
Проведена неполная вакцинация против краснухи.
3. Дифференциальный диагноз:
 с корью (этапность периодов болезни, этапность высыпаний; выраженность катарального синдрома и еще более значимая интоксикация; в ОАК плазмоциты отсутствуют);
 со скарлатиной - мелкоточечная сыпь на гиперемированном фоне со сгущением в естественных складках кожи, острый тонзиллит, отграниченная гиперемия в зеве. В ОАК - лейкоцитоз, нейтрофиллѐз.
4. Амбулаторное лечение. Постельный режим на лихорадочный период. Оральная дезинтоксикация: вода 100 мл/кг/сут. дробно.
Симптоматическая терапия: жаропонижающая терапия при температуре тела выше 38,5 °С.
5. Для подтверждения диагноза необходимо:
ПЦР из крови и/или с задней стенки глотки на РНК вируса краснухи,
ИФА: IgM, IgG к вирусу краснухи.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 40

Ребенок 1 год 6 месяцев (масса - 12 кг) заболел остро с повышения температуры тела до 38,8°С, насморка, малопродуктивного кашля. Родители лечили ребенка самостоятельно (Бромгексин, Парацетамол, чай с медом, сок редьки). Ночью осиплый голос, «лающий кашель», в покое и при беспокойстве шумное дыхание.
При осмотре ребенок беспокоится, плачет: температура тела - 38,9°С, ЧД – 32 в минуту, ЧСС – 120 в минуту; при дыхании удлинен вдох, дыхание с втяжением яремной ямки; кожа бледная, чистая; дыхание жесткое, хрипов нет, тоны сердца ясные.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите методы исследования с целью верификации этиологического фактора заболевания.
4. Составьте план лечения.
5. Укажите возможные осложнения заболевания.

Ответ

1. Острый обструктивный ларингит, стеноз гортани I-II.
2. Диагноз «острый обструктивный ларингит, стеноз гортани I-II степени» установлен на основании жалоб - острое начало, наличие симптомов интоксикации, осиплого голоса, «лающего кашля», шумного дыхания при беспокойстве и в покое.
3. 1. В качестве экспресс-диагностики применяют иммунофлюоресцентный метод исследования с меченными сыворотками против респираторных вирусов.
2. Серологические методы исследования (нарастание титра антител в парных сыворотках) в динамике заболевания.
4. Госпитализация в стационар.
Постельный режим на период лихорадки.
Дезинтоксикационная терапия – обильное дробное тѐплое щѐлочное питьѐ.
При пульсометрии меньше 92% – увлажнѐнный кислород.
Через небулайзерный ингалятор – ингаляционные кортикостероиды.
Жаропонижающая терапия при температуре тела выше 38,5 °С.
5. 1. Присоединение бактериальной инфекции.
2. Дальнейшее прогрессирование стеноза, асфиксия.

Поликлиническая педиатрия

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Врачом-педиатром участковым осматривается девочка 1,5 лет. Мать жалуется на наличие у ребенка высыпаний на коже, умеренного кожного зуда, нарушение сна. Из беседы с матерью стало известно, что грудью ребенка мать кормила до 3 месяцев, «для улучшения лактации» пила много чая со сгущенным молоком, медом. С 3 месяцев ребенок переведен на искусственное вскармливание смесью «Малютка». В 4 месяца мать стала давать девочке манную кашу на коровьем молоке. Высыпания на коже впервые появились на 4 месяце жизни, связаны с погрешностью в диете (яйцо, коровье молоко, цитрусовые). Ребенок постоянно получает лечение. В амбулаторных условиях получал мази с глюкокортикоидами. Продолжительность ремиссий заболевания – 2–3 месяца. У матери аллергическая реакция на цитрусовые и шоколад. Она курит с 15 лет, во время беременности продолжала курить.
Объективно: масса девочки – 12500 г, при осмотре возбуждена, осмотреть себя дает с трудом, не контактна. Кожа сухая, в области лица (за исключением носогубного треугольника), шеи, наружной поверхности верхних и нижних конечностей, локтевых и подколенных ямок, ягодиц отмечаются гиперемия кожи, пятнисто-папулезные элементы сыпи ярко-розового цвета, шелушение, множественные эрозии и корки. Лимфатические узлы увеличены до размеров «лесного ореха». Язык «географический». В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные.

Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Стул полуоформленный, 2-3 раз в день.
Общий ан. крови: Нв – 125 г/л, Эр. – $3,8\times10^{12}$/л, ЦП – 0,98, Л – $6,3\times10^{9}$/л, п/яд – 2%, с/яд - 23%, эоз. – 10%, лимф. – 60%, моноциты – 4%, СОЭ – 9 мм/час.
Общий ан. мочи: цвет – светло-желтый, уд. вес – 1014, белок – отр., глюкоза – отр., эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0–1 в п/зр, эр. – нет, слизь – немного.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту для наружной терапии в составе комбинированной терапии?
5. Возможно ли проведение вакцинации данному ребенку после стихания обострения?

Ответ к ситуационной задаче № 1

1. Атопический дерматит, младенческая форма, эритемато-сквамозная форма,период обострения.
2. Диагноз «атопический дерматит» поставлен на основании жалоб, данных анамнеза; раннее введение в рацион ребѐнка каши на коровьем молоке; наличие наследственной отягощѐнности по аллергическим заболеваниям по материнской линии, данных объективного осмотра ребѐнка.
3. Пациенту рекомендовано: содержание в сыворотке крови общего иммуноглобулина Е и аллерген-специфических иммуноглобулин-Е-антител; УЗИ органов брюшной полости, копрология.
4. Препарат из группы местных глюкокортикостероидов. Местные глюкокортикостероиды являются средствами первой линии для лечения обострений атопического дерматита.
5. Да, данный ребѐнок подлежит вакцинации по мере стихания обострения кожного процесса.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

При визите врача-педиатра участкового к ребенку 5,5 месяцев мама сообщила, что у ребенка появились зудящие высыпания на коже тела и головы.
Anamnesis morbi: Данные проявления появились впервые 2 дня назад. Мама связывает заболевание с введением по рекомендации врача-педиатра участкового молочной каши. Ребенок с рождения до настоящего времени на грудном вскармливании. Безмолочные каши ребенку введены 2 недели назад, высыпаний не вызывали.
У мамы в детстве были упорные кожные высыпания, из-за чего до настоящего времени (20 лет) не употребляла в пищу рыбу, яйца, молочные продукты, хотя высыпаний в течение 7 лет не было, оставалась сухость кожи.
При объективном исследовании врач-педиатр участковый выявил беспокойство ребенка, на теле распространенную эритематозную

мелкопапулезную сыпь, единичные экскориации, умеренное вздутие живота, следы кала на подгузнике темно-зеленого цвета, слизь.
На основании полученных данных врачом-педиатром участковым выставлен диагноз «атопический дерматит, впервые выявленный, младенческий, эритематозно-скамозная форма, распространенный, средней тяжести, экзогенный, с пищевой сенсибилизацией (молоко)».

Вопросы:

1. Определите последовательность этапов реабилитации ребенка и критерии перевода с этапа на этап.
2. Определите реабилитационный прогноз, укажите факторы, его обусловливающие.
3. Определите реабилитационный потенциал и обоснуйте его.
4. Определите виды физической реабилитации (двигательный режим, ЛФК, массаж, спорт), показанные пациентке.
5. Определите показания к физиотерапевтическим и физическим методам восстановления на санаторно-курортном этапе медицинской реабилитации.

Ответ к ситуационной задаче № 2

1. Ребѐнку показан постоянный II амбулаторно-поликлинический этап реабилитации, на котором назначается элиминационная диета, семью обучают правилам ухода за кожей, правильному использованию питательных и увлажняющих средств, местных ГКС и других препаратов. Ограничению контакта с неблагоприятными факторами внешней среды. Показанием к переводу на I стационарный этап реабилитации будет тяжѐлое обострение (с выраженной экссудацией, зудом, инфекционным осложнением, оценка по SCORAT более 40). Показанием к переводу на III санаторнокурортный этап реабилитации будет ремиссия заболевания.
2. Реабилитационный прогноз ребѐнка относительно благоприятный. Благоприятность обусловлена возможностью купирования настоящих проявлений и профилактики последующих высыпаний при выявлении и элиминации причинного фактора (аллергена – молока), купированием проявлений после 1-2 лет. Относительность благоприятности обусловлена наличием отягощѐнной аллергической наследственности, что предрасполагает к сохранению сенсибилизации, появлению аллергенов других групп или трансформации кожных в респираторные проявления (бронхиальная астма, аллергический ринит).
3. Реабилитационный потенциал ребѐнка высокий, что обусловлено отсутствием необратимых изменений в коже и организме ребѐнка в целом.
4. Двигательный режим при атопическом дерматите – возрастной. Комплексы ЛФК показаны на всех этапах реабилитации, так как способствуют активации микроциркуляции и трофики кожи, что обусловливает регенерацию и достижение ремиссии, улучшение восстановительных процессов. Общий массаж и массаж вегетативных зон показаны в период ремиссии. Противопоказаны в период

высыпаний.
5. Показаниями к применению физиотерапевтических процедур при атопическом дерматите является выраженный зуд, который можно купировать применением на воротниковую и паравертебральную зоны токов Д`арсенваля, электроволновых электропроцедур, парафинотерапии. Для купирования кожных проявлений могут быть использованы световые физиопроцедуры зонально на область высыпаний (биоптрон, фототерапия). В младенческом возрасте воздействия проводят селективно на ограниченные участки поражѐнной кожи при условии отсутствия острых проявлений. Противопоказанием к назначению распространѐнных фотопроцедур будет возраст до 3 лет. Санаторно-курортная реабилитация может включать естественную инсоляцию для активации регенераторных процессов, солевые ванны или купания в морской воде, воздушные и углекислые ванны для купирования зуда, улучшения очищения кожи и улучшения дыхательной функции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

На амбулаторном приеме девочка В. 6 месяцев. Жалобы родителей на приступ судорог, сопровождающийся остановкой дыхания и цианозом.
Из анамнеза известно, что семья месяц назад переехала из Мурманской области. Беременность протекала гладко, роды в 34 недели. Витамин Д ребенку стали давать 2 недели назад (по 5 капель), по рекомендации врача мама с ребенком гуляют на свежем воздухе около 2 часов. На искусственном вскармливании с рождения, получает адаптированную молочную смесь, безмолочные манную и рисовую каши.
При осмотре: девочка в сознании, активно сопротивляется, кричит. Температура тела 36,6°С, кожа и видимые слизистые бледные, чистые. Выраженная влажность головки. Большой родничок 2,5×3,5 см, не выбухает, края податливые, выраженные лобные бугры. Увеличение передне-заднего размера грудной клетки, выражена гаррисонова борозда. Мышечный тонус снижен. Кисти рук и стопы холодные, влажные. Симптомы Хвостека, Труссо - положительные. ЧД – 36 в минуту. Над легкими аускультативно дыхание пуэрильное. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 110 в минуту. Живот мягкий, увеличен в размере, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень на 2,0 см ниже реберного края. Менингеальных, общемозговых и очаговых симптомов не выявляется. Стул и мочеиспускание не нарушены.
При осмотре наступила остановка дыхания, потеря сознания, затем возникли судороги тонического характера с распространением их сверху вниз: лицевой мускулатуры, затем рук и ног. Тонические судороги сменились клоническими, дыхание стало храпящим. Через 2 минуты судороги спонтанно прекратились, ребенок пришел в сознание и уснул.
В общем ан. крови: Нв - 119 г/л, Эр. – $3{,}9\times10^{12}$/л, ЦП - 0,91, Л - $7{,}1\times10^{9}$/л, п/яд - 3%, с/яд - 22%, эоз. - 4%, лимфоциты - 63%, моноциты - 8%, СОЭ - 15 мм/час.

В биохимическом ан. крови: общий белок - 64 г/л, мочевина - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,5 ммоль/л, калий - 4,1 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л, кальций ионизированный - 0,6 ммоль/л, кальций общий - 1,7 ммоль/л, фосфор - 0,6 ммоль/л, ЩФ – 620 Ед/л, АлТ - 25 Ед/л, АсТ - 29 Ед/л, серомукоид - 0,180.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие неотложные мероприятия необходимо провести этому ребенку при судорогах?
4. Ваши рекомендации по вскармливанию этого ребенка.
5. План диспансерного наблюдения на участке.

Ответ к ситуационной задаче № 3

1. Явная спазмофилия. Эклампсия. Рахит, период разгара, острое течение, средней (II) тяжести.
2. Диагноз «спазмофилия (эклампсия)» выставлен на основании жалоб родителей на приступ судорог, сопровождающийся остановкой дыхания и цианозом, данных анамнеза (последние 2 недели ребѐнок стал получать 2000 МЕд витамина Д, активно гулять на свежем воздухе (фактор инсоляции), получает неполноценное вскармливание), данных объективного осмотра (клинические признаки активного рахита, судороги тонического характера с распространением их сверху вниз, сменяющиеся клоническими судорогами, спонтанное прекращение судорожного синдрома через несколько минут, положительные симптомы Хвостека, Труссо), лабораторных данных (снижение ионизированного кальция). Диагноз «рахит» выставлен на основании данных анамнеза (беременность матери и первые 5 месяцев жизни ребѐнка протекали в условиях сниженной инсоляции (проживание в Северном регионе), профилактика рахита во время беременности не проводилась (мама ребѐнка поздно встала на диспансерный учѐт), профилактически витамин Д ребѐнок не получал, ранний перевод на искусственное вскармливание, позднее введение прикорма, использование крупяного прикорма), данных объективного осмотра (размягчение краѐв родничка, выраженные лобные бугры, «килевидная» грудная клетка, гаррисонова борозда, мышечная гипотония, гипергидроз), данных лабораторного исследования (гипокальциемия, гипофосфатемия, повышение щѐлочной фосфотазы).
3. На фоне судорожного синдрома: в/м Седуксен 0,5% р-р – 0,1 мл/кг; ингаляции увлажнѐнного кислорода. После окончания приступа судорог: в/в Кальция глюконат 10% – 1-1,5 мл/кг, развести в 50 мл 0,9% раствора Натрия хлорида или 5% раствора Глюкозы; Магния сульфат 25% – 0,4 мл/кг; госпитализация.
4. Включить в меню: кисломолочные продукты (творог 50 г, кефир 150 г); продукты, имеющие щелочные валентности (овощные пюре); желток. Уменьшить в рационе объѐм злаковых продуктов и исключить манную крупу.

5. Длительность диспансерного наблюдения – 3 года. Учитывая развитие спазмофилии у ребѐнка с рахитом – в периоде разгара осмотр врача-педиатра участкового – 1 раз в 2 недели, в периоде реконвалесценции врачапедиатра участкового – 1 раз в месяц, остальные специалисты – в декретированные сроки. Общий анализ крови и мочи – ежеквартально, биохимия крови (кальций, фосфор, ЩФ) – 2 раза в год.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

На амбулаторном приеме мальчик 1 год 6 месяцев, рожденный от первой беременности, протекавшей с гестозом I половины. Роды срочные, без осложнений. Масса при рождении 3 500 г, длина тела 52 см. Закричал сразу, к груди приложен в родильном зале, привит по календарю. Семья полная. Индекс отягощенности наследственного анамнеза - 0,6. Мальчик с 6 месяцев жизни находится на искусственном вскармливании по причине гипогалактии матери. На первом году жизни однократно перенес ОРВИ, в 8 месяцев О. пневмонию. На момент осмотра соматический статус без патологии. Масса - 10500 г (4), длина – 80 см (4). Сон спокойный. Аппетит хороший. Зубов 14 (8 верхних и 6 нижних).

Психометрия: С – из предметов разной формы по предлагаемому образцу и слову подбирает предметы такой же формы; О. – движения более координированы – перешагивает через препятствие приставным шагом; И. – умеет воспроизводить часто наблюдаемые в жизни действия (причесывает, умывает); Р. а. – в момент заинтересованности называет предметы; Р. п. – находит по слову среди нескольких сходных предметов по цвету, размеру и пр.; Н – самостоятельно ест густую пищу ложкой, просится на горшок.

Вопросы:

1. Оцените критерии здоровья.
2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
3. Дайте рекомендации законному представителю ребенка по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям с указанием номера и их характеристик.
4. Проведите профилактику пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок.
5. В какой следующий возрастной период должен быть осмотрен данный ребенок, и какие обследования и консультации в возрасте 1год 6 месяцев должен получить ребенок в рамках приказа МЗ РФ № 514н?

Ответ к ситуационной задаче № 4

1.критерий не отягощѐн.

2. критерий не отягощѐн, так как масса и рост находятся в 4 коридоре (в норме масса от 3 до 6 коридора, а рост от 3 до 7 коридора).

3. критерий не отягощѐн НПР 1 группа 3 степень.

4. критерий не отягощѐн, так как на первом году жизни ребѐнок переболел дважды простудным заболеванием.

5. критерий не отягощѐн, так как нет указаний на наличие отклонений в функционировании органов и систем.

6. критерий не отягощѐн, так как в задаче нет указаний на наличие у ребѐнка врождѐнных пороков развития и наличия хронического заболевания.
2. Диагноз «здоров».
Группа здоровья: I.
3. Режим для данного возраста (от 1 года 6 месяцев до 2 лет) № 6 включает:
-кормление -5 раз через 3,5-4,5 часа по 20-30 минут;
-бодрствование по 5-5,5 часа;
-сон ночной 10-11 часов;
-сон дневной 1 период по 2,5-3 часа.
Питание сут. V 1200 мл, раз. V 240 мл на 5 разовое кормление. Используется 3 основных кормления (завтрак - 8.00, обед - 13.00, ужин - 18.00) и два дополнительных (второй завтрак или полдник, или смесь 3 уровня на ночь).
Завтрак: каша молочная 150, фрукты 30, хлеб 5 гр., сливочное масло 5 гр., фруктовый чай 90 мл.
Обед: салат овощной с зеленью и растительным маслом 50,0, суп-пюре овощной 120,0, мясное суфле 50,0, картофельное пюре 80,0, компот 120 мл.
Ужин: овощное рагу с рисом 150, куриная отварная котлета 70,0, хлеб чѐрный 5,0, компот 120 мл.
Полдник: запеканка творожная 130, фрукты 80,0, фруктовый чай 120,0 мл.
Перед сном кефир 150,0 мл. Вв – воспитательные воздействия – на 1 год 9 месяцев жизни и заключаются в стимулировании следующих линий НПР: О – движения по доске без помощи взрослого; И – ребѐнок должен уметь строить из подручных материалов (кубики, лего и пр.) здания; Ра – в момент игры ребѐнок должен комментировать, что он делает и обыгрывать какие-то жизненные ситуации; Рп – ребѐнок должен комментировать, что делает герой на картинке;
Н – формировать навыки опрятности, самостоятельно одеваться.
Фв – физические воздействия – гимнастический комплекс № 7 назначается с периода 18 месяцев жизни до 2 лет и направлен на воспитание правильной ходьбы, воспитание чувства равновесия, координации движений, профилактика плоскостопия, воспитание правильной осанки.
4. ППС – профилактика пограничных состояний – в возрасте 1года 9 месяцев включают: соблюдение гигиенических мероприятий, прогулки на свежем воздухе, солнечные и воздушные ванны. В период исключая летние месяцы назначаем Vit D3 в дозе 500 МЕ 1 раз в сутки.
Проводим закаливающие мероприятия в период эпидемического подъѐма заболеваемости. ПП - в возрасте 1 года 6 мес. в рамках национального календаря профилактических прививок участковым врачом-педиатром обязательна должна быть проведена первая ревакцинация (RV1) от полиомиелита, коклюша, дифтерии, столбняка с предварительным взятием информированного добровольного согласия. RV1-ОПВ+ RV1 АКДС разрешена, так как ребѐнок здоров и медицинских противопоказаний нет.

5. Следующий профилактический осмотр будет в возрасте 1 года 9 месяцев жизни. В возрасте 1 года 6 месяцев жизни ребѐнок должен пройти только следующие
обследования: ОАК, ОАМ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

На амбулаторном приеме девочка 4-х месяцев жизни, рожденная от V беременности II срочных родов, первая беременность закончилась выкидышем, последующие беременности – мед. аборты, IV беременность закончилась срочными родами - мальчик 1,5 года. Данная беременность протекала с гестозом I и II половины. Роды срочные, без патологии. Масса при рождении 3150 г, длина тела 49 см. Ребенок из неполной семьи. Имеются вредные привычки. Индекс отягощенности наследственного анамнеза - 0,5. С 1 месяца ребенок находится на искусственном вскармливании по причине гипогалактии у матери. Перенесенные заболевания ОРВИ - в 2 месяца жизни. Привита по календарю.

При осмотре: отмечается бледность кожных покровов, повышенная потливость, небольшая мышечная гипотония, облысение затылка, краниотабес. Мама отмечает беспокойный сон. По другим внутренним органам и системам - без видимой патологии. Зубов нет. Большой родничок 2,5 х 2,5 см, края податливы. Масса тела - 5000 г (4), длина - 59 см (3).

Психометрия: Аз - узнает близкого человека (радуется); Ас - ищет источник звука, поворачивает голову в его сторону; Э - появляется комплекс оживления в ответ на разговор с ним, смеется в ответ на речевое общение с ним; Д.р. - рассматривает, не захватывает игрушки, низко висящие над ней; Д.о. – не удерживает голову в вертикальном положении, при поддержке за подмышки ноги не упираются о твердую опору; Ра - гулит; Н - во время кормления перестал поддерживать бутылочку руками.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и группу здоровья.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Дайте рекомендации по питанию и физическим воздействиям данному ребенку.
5. Проведите профилактику пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок.

Ответ к ситуационной задаче № 5

1. Диагноз «рахит I, период разгара, острое течение», группа социального риска, риска анемии, гипотрофии, хронических расстройств питания. Группа здоровья II.
2. Диагноз «рахит I» выставлен на основании клинических проявлений (отмечается бледность кожных покровов, повышенная потливость, небольшая мышечная гипотония, облысение затылка. Мама отмечает беспокойный сон. Большой родничок 2,5×2,5 см, края податливы).

На основании отягощѐнного биологического анамнеза (ребѐнок от V беременности II срочных родов, первая беременность закончилась выкидышем, последующие беременности – мед. аборты, IV беременность закончилась срочными родами - мальчик1,5 года. Данная беременность протекала с гестозом I и II половины. В женской консультации на учѐте с 36 недели беременности), а также с одного месяца ребѐнок находится на искусственном вскармливании по причине гипогалактии у матери, имеются перенесѐнные заболевания ОРВИ - в 2 месяца жизни выставляется группа риска по анемии и гипотрофии.
На основании отягощѐнного социального анамнеза (ребѐнок из неполной семьи). Мать с детьми проживает в однокомнатной квартире, материальное обеспечение семьи неудовлетворительное, имеются вредные привычки, выставляется группа социального риска.
3. Ребѐнку рекомендовано: проведение лабораторного исследования – ОАК(для оценки признаков анемии), биохимия крови с определением Са, Р, щѐлочной фосфатазы (для определения активности процесса).
Питание сут. V 1/7 от массы тела (5000) – 714 мл, раз. V 714 мл на 6 раз кормлений составляет 120 мл. смеси. В связи с гипогалактией у матери и ребѐнка из группы социального риска, врач педиатр участковый должен решить вопрос льготного обеспечения молочными адаптированными смесями 1 поколения. Прикормы не вводятся, так как ребѐнок не здоров и имеет фоновое заболевание. Фв – физические воздействия – назначается гимнастический комплекс № 9 для детей с анемией, рахитом и гипотрофией, направлен на нормализацию нервнорефлекторной возбудимости, улучшения тургора тканей и мышечного тонуса.
5. Соблюдение гигиенических мероприятий, прогулки на свежем воздухе, солнечные и воздушные ванны, гимнастика, массаж. Контроль динамики прибавки веса. При необходимости контрольное кормление. ПП - в возрасте 4,5 мес. в рамках национального календаря профилактических прививок врачом-педиатром участковым обязательно должна быть проведена вакцинацият (V2) от полиомиелита (ИПВ), коклюша, дифтерии, столбняка, пневмококковая инфекция.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

На амбулаторном приеме мальчик 7 месяцев, от второй беременности, протекавшей с анемией, вторых физиологических родов. Мама ребенка по поводу анемии не лечилась. К груди приложен в родильном зале. Масса при рождении 3200 г, длина тела 52 см, привит по календарю. Семья полная, материально обеспеченная. Индекс отягощенности наследственного анамнеза 0,5. В ОАК в возрасте 6-ти месяцев Hb-115 г/л. В 6 месяцев мама стала замечать чувство нехватки молока и самостоятельно ввела в рацион питания ребенка козье молоко. Ребенок находится на смешанном неадаптированном вскармливании (мама докармливает после кормленью грудью козьем молоком до 100 мл).

При осмотре кожные покровы обычной окраски. Сон - спокойный. Аппетит хороший. По другим внутренним органам без патологии. Масса - 8700 г (5), длина - 70 см (6). Большой родничок 1,0х0,8 см, зубов 4 (2 верхних и 2 нижних).

Психометрия: Д. р. - длительно занимается игрушками, по-разному действует с предметами, подражая действиям взрослого (стучит, вынимает, толкает мяч); Д. о. - сам садится, сидит и ложится, пытается самостоятельно встать, держась за барьер; Р. а. – подолгу лепечет; Р. п. - на вопрос «где?» находит взглядом несколько знакомых предметов в разных местах, по слову взрослого выполняет разученные действия («ладушки», «дай ручку»); Н - ест корочку хлеба, которую сам держит в руке, пьет из чашки.

Вопросы:

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

Ответ к ситуационной задаче № 6

1. 1 критерий отягощѐн за счѐт биологического анамнеза (от второй беременности, протекавшей с краевым предлежанием плаценты, анемией с недель, вторых физиологических родов. Мама ребѐнка по поводу анемии не лечилась). 2 критерий не отягощѐн, так как масса находится в 5 коридоре, а рост в 6 (в норме масса от 3 до 6 коридора, а рост от 3 до 7 коридора). 3 критерий не отягощѐн НПР 1 группа 3 степень. 4 критерий не отягощѐн, так как за истѐкший промежуток времени ребѐнок не болел простудными заболеваниями. 5 критерий не отягощѐн, так как нет указаний на наличие отклонений в функционировании органов и систем. 6 критерий не отягощѐн, так как в задаче нет указаний на наличие у ребѐнка врождѐнных пороков развития и наличия хронического заболевания.
2. Диагноз «здоров, группа риска по анемии». Группа здоровья: II. Режим для данного возраста (от 5 до 9 месяцев) № 3 включает: кормление -5 раз через 4 часа по 15-20 минут, бодрствование по 2-2,5 часа, сон ночной 10-11 часов, сон дневной 3 периода по 2-1,5 часа. питание сут. V 1/8 от массы тела (8700) – 1087 мл, раз. V 1087 мл на 5 раз кормлений составляет 217 (200) мл. Ребѐнок находится на смешанном вскармливании, около 100 мл докорм козьем молоком. На 8 месяц рекомендовано вводить третий прикорм. Первый прикорм (10.00) состоит из 150 гр. рисовой каши на воде, 50 гр. фруктового яблочного пюре, 5 гр. сливочного масла. Второй прикорм (14.00) кабачковое пюре 150 гр., мясной фарш 50 гр., растительное масло 3 гр., желток 1/2 часть желтка. Третий прикорм (18.00) кефир 150 мл, творог 30 мл, печенье 10,0. Утреннее и вечернее кормление 100 мл грудное молоко и 100 мл

искусственной адаптированной смеси 2 ступени.
Вв – воспитательные воздействия – на 8 месяце жизни и заключается в стимулировании следующих линий НПР:
Др – подолгу играть с игрушкой, бросать, перекладывать, размахивать;
До – хорошо ползать, уметь с поддержкой вставать, держась за барьер;
Ра – чѐтко произносит слоги;
Рп – на вопрос «где?», находит взглядом предмет.
Н – самостоятельно пьѐт из кружки, которую держит взрослый.
Фв – физические воздействия – гимнастический комплекс № 4 назначается с 6 месяцев до 10 месяцев, направлен на укрепление крупных мышц спины, живота, ног обеспечивающие статическую функцию, воспитание координации движений. Упражнения комплекса № 4 включают: Скрещивание рук, охватывающие движения руками с кольцами сидя. Присаживание, держась за кольца. Поднятие выпрямленных ног. Приподнимание туловища из положения на животе. Круговые движения руками.
4. Ппс – профилактика пограничных состояний – в возрасте 7 месяцев включают: соблюдение гигиенических мероприятий, прогулки на свежем воздухе, солнечные и воздушные ванны. Назначение Vit D3 в дозе 500 МЕ 1 раз в сутки будет решаться от результата реакции Сулковича, так как в питание введены прикормы и адаптированная смесь. Необходимо провести профилактику анемии, так как в 80% случаев у детей первого года жизни по этиологии чаще всего встречается железодефицитная анемия, будут назначены препараты железа (Fe +++) в дозе 3 мг/кг/сут. ПП - в возрасте 7 и 8 месяцев жизни в рамках национального календаря профилактических прививок не предусмотрена вакцинация.
5. Следующий профилактический осмотр будет в возрасте 8 месяцев жизни. В рамках приказа 1346н не предусмотрены консультации узких специалистов и обследования. По состоянию здоровья ребѐнка необходимо провести диагностику на латентный дефицит железа с определением уровня железа в крови, трансферрина, ОЖСС, КАК, ЦП, ретикулоцитов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7

На амбулаторном приеме девочка 8-ми месяцев жизни, родившаяся от 2-й беременности, протекавшей без патологии. Мать ребенка состоит на диспансерном учете у аллерголога по поводу аллергического ринита, отец страдает пищевой аллергией на цитрусовые. Роды в 39 недель, срочные. Масса при рождении 3500 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 7/7 баллов. К груди девочка приложена через 2 часа. Пуповинный остаток отпал на 5 сутки. Привита по возрасту. Неонатальный и аудиологический скрининги проведены в родильном доме. Семья полная, жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность семьи хорошие. Индекс наследственной отягощенности - 0,6. Находится на естественном вскармливании.

На осмотре участковый педиатр диагностировал пятнисто-папулезную сыпь на неизмененном фоне кожи передней грудной клетки и живота, зудящего характера, без тенденции к слиянию. По внутренним органом без патологии. Со слов мамы, она ввела в рацион питания ребенка домашнюю клубнику.
Масса тела - 9000г, длина – 72 см. Большой родничок 0,5,0х0,5 см, не выбухает.
Психометрия: Э – смотрит на действия другого ребенка и смеется его действиям.
Д.о. – самостоятельно садится, ложится, встает, держась за барьер. Др. – подолгу занимается игрушками, перекладывает их, подражает действиям взрослого. Ра. – громко произносит различные слоги. Рп. - на вопрос «где?» находит несколько предметов на постоянных местах. Н. – ест самостоятельно корочку хлеба, пьет из чашки, которую придерживает взрослый.

Вопросы:

1. Оцените критерии здоровья.
2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
3. Дайте рекомендации по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям.
4. Проведите профилактику пограничных состояний.
5. Перечислите профилактические прививки, которые должен иметь ребенок к 8 месячному возрасту?

Ответ к ситуационной задаче № 7

1. 1 критерий отягощѐн за счѐт генеалогического анамнеза (мать ребѐнка состоит на диспансерном учѐте у аллерголога по поводу аллергического ринита, папа страдает пищевой аллергией на цитрусовые).
2 критерий не отягощѐн, так как масса находится в 5 коридоре, а рост в 6 (в норме масса от 3 до 6 коридора, а рост от 3 до 7 коридора). 3 критерий не отягощѐн НПР 1 группа 3 степень. 4 критерий не отягощѐн, так как за истѐкший промежуток времени ребѐнок не болел простудными заболеваниями. 5 критерий не отягощѐн, так как нет указаний на наличие отклонений в функционировании органов и систем.
6 критерий отягощѐн, так как имеется указание на мелкоточечную сыпь на неизменѐнном фоне кожи передней грудной клетки и живота, зудящего характера, без тенденции к слиянию.
2. Диагноз «пищевая аллергия (клубника), аллергическая сыпь».
Группа здоровья: II.
3. Режим для данного возраста (от 5 до 9 мес.) № 3 включает:
- кормление - 5 раз через 4 часа по 15-20 мин;
- бодрствование по 2-2,5 часа;
- сон ночной 10-11 часов;
- сон дневной 3 периода по 2-1,5 часа.

Питание сут. V для данного возраста принимается 1 литр, раз. V – 200 мл. Ребѐнок находится на естественном вскармливании. На 9 месяце введено три прикорма. Первый прикорм (10.00) состоит из 150 гр. рисовой каши на воде, 50 гр. фруктового яблочного пюре, 5 гр. сливочного масла. Второй прикорм

(14.00) кабачковое пюре 150 гр., мясной фарш 50 гр., растительное масло 3 гр., желток 1/2 часть желтка. Третий прикорм (18.00) кисломолочная смесь (формула 2) 150 мл, творог 30 мл, печенье 10,0. Утреннее и вечернее кормление 200 мл грудного молока. Воспитательные воздействия – на 9 месяце жизни и заключаются в стимулировании следующих линий НПР:
Др – подолгу играть с игрушкой, бросать, перекладывать, размахивать;
До – переходить от предмета к предмету, держась за барьер;
Ра – подражает интонации взрослого, повторяет за ним;
Рп – на вопрос:«где?», находит взглядом предмет. Знает своѐ имя.
Н – формирование навыков опрятности.
Физические воздействия – гимнастический комплекс № 4 назначается с 6 месяцев до 10 месяцев направлен на укрепление крупных мышц спины, живота, ног обеспечивающие статическую функцию, воспитание координации движений. Упражнения комплекса № 4 включают: Скрещивание рук, охватывающие движения руками с кольцами сидя. Присаживание, держась за кольца. Поднятие выпрямленных ног. Приподнимание туловища из положения на животе. Круговые движения руками.
4. Ппс – профилактика пограничных состояний – в возрасте 9 месяцев включают: соблюдение гигиенических мероприятий, формирование навыков опрятности, прогулки на свежем воздухе, солнечные и воздушные ванны. Назначение Vit D3 в дозе 500 МЕ 1 раз в сутки с октября по март.
5. полиомиелит БЦЖ М, V3 гепатит В, V2 пневмококковая инфекция, V3 АКДС, V3

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8

Врач-педиатр участковый пришел на патронаж к новорожденному ребенку. Мальчику 5 дней жизни. Беременность I, протекала с гестозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия). 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 3600 г, длина - 51 см. Желтушное окрашивание кожи появилось в начале вторых суток. Группа крови матери и ребенка 0(1), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови на 2-й день жизни: непрямой - 180 мкмоль/л, прямой - 3,4 мкмоль/л. Выписан из роддома на 5 сутки с уровнем билирубина 120 мкмоль/л. Неонатальный и аудиологический скрининги проведены.
При осмотре: мать жалуется на недостаток молока. Самостоятельно докармливает адаптированной молочной смесью (формула 1). Ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка. Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Кожа лица и склеры субиктеричные. Слизистые чистые. Пупочная ранка чистая, сухая, отделяемого нет. Большой родничок 2,5х2,5 см, не выбухает. В легких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Перкуторно - звук легочный. Тоны сердца громкие, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см, селезенка - у края реберной дуги.

Стул разжиженный, 3 раза в сутки. Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
2. Укажите факторы, которые повлияли на возникновение данной группы риска.
3. Дайте рекомендации маме по режиму и питанию на первый месяц жизни.
4. Составьте план наблюдения на 1 месяц жизни за ребенком на участке.
5. Обоснуйте календарь проведения профилактических прививок данному ребенку.

Ответ к ситуационной задаче № 8

1. Диагноз «здоров». Физиологическая желтуха новорождѐнного, группа риска по патологии ЦНС. Группа здоровья: II.
2. На группу риска по ППНС повлияли следующие факторы в отягощѐнном биологическом анамнезе: беременность I, протекавшая на фоне токсикоза 1 и 2 половины беременности, во время родов наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи, ребѐнок закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка, по оценке шкалы Апгар - 5/8 баллов после родов уровень билирубина непрямого - 280 мкмоль/л, прямой - 3,4 мкмоль/л.
3. Режим для данного возраста не предусматривает строгое соблюдение временных интервалов. Кормление – по требованию. Мама предъявляет жалобы на чувство нехватки молока и самостоятельно докармливает смесью. По данному поводу необходимо маме указать на частое прикладывание к груди, дополнительный питьевой режим, проведение контрольного взвешивания. Рекомендации по профилактике гипогалактии (лактогонные чаи, контрастный душ, психологический комфорт, соблюдение режима сна).
4. Ребѐнок относится ко II группе здоровья. Осмотр врача-педиатра участкового 2 и более раз (по состоянию) и в 1 месяц первый профилактический осмотр амбулаторно. В связи с высоким уровнем билирубина в крови необходимо следить за уровнем желтушности кожных покровов и провести биохимический анализ крови с определением общего, прямого и непрямого билирубина в динамике по показаниям или использование Билитеста.
5. Профилактические прививки данному ребѐнку будут проводиться по календарю, медицинских показаний для индивидуального календаря нет.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9

На амбулаторном приеме мама с сыном 1 месяца жизни. Ребенок от первой беременности, которая протекала на фоне многоводия. С 20 недели беременности - угроза прерывания, находилась на стационарном лечении. Ребенок родился в срок, масса при рождении 2800 г, длина тела 48 см. Привит по календарю. Жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность семьи удовлетворительные. Мама по специальности лаборант газодобывающего комплекса. Индекс наследственной

отягощенности - 0,5. Ребенок находится на грудном вскармливании. На осмотре имеется правосторонний дефект губы (расщелина) длиной 2 см и шириной 0,5см.
При осмотре ротоглотки также имеется односторонний дефект твердого и мягкого неба (расщелина до 2,0 см в длину и 0,5 см в ширину). По другим внутренним органам и системам без патологии. Большой родничок 2,0х2,5 см. Масса - 3600 г, длина - 53 см. Сон - беспокойный. Аппетит - нарушен.
Психометрия: Аз - плавное слежение за движущимся предметом; сосредотачивает взгляд на неподвижном предмете; Ас – длительно прислушивается к голосу взрослого, звуку игрушки; Э - первая улыбка в ответ на разговор взрослого; До - лежа на животе, пытается поднимать и удерживать голову до 5 сек.

Вопросы:

1. Оцените критерии здоровья.
2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
3. Дайте рекомендации законному представителю ребенка по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям с указанием номера и их характеристик.
4. Проведите профилактику пограничных состояний.
5. Назовите, какую специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок надо проводить ребенку в возрасте до 2 месяцев.

Ответ к ситуационной задаче № 9

1. 1 критерий отягощѐн за счѐт биологического анамнеза (ребѐнок от первой беременности, которая протекала на фоне многоводия. С 20 недели беременности – угроза прерывания, мама находилась на стационарном лечении). 2 критерий не отягощѐн, так как масса и рост находятся в 3 коридоре (в норме масса от 3 до 6 коридора, а рост в 3 до 7 коридоре). 3 критерий не отягощѐн НПР 1 группа 3 степень. 4 критерий не отягощѐн, так как за 1 месяц жизни ребѐнок не болел простудными заболеваниями. 5 критерий не отягощѐн, так как нет указаний на наличие отклонений в функционировании органов и систем. 6 критерий отягощѐн, так как в задаче имеется указание на наличие у ребѐнка врождѐнных пороков развития (имеется дефект губы (расщелина) длиной 2 см и шириной 0,5 см). При осмотре ротоглотки также имеется дефект твѐрдого и мягкого нѐба (расщелина до 1,0 см в длину и 0,5 см в ширину).
2. Диагноз «ВПР, односторонняя (справа) полная расщелина твѐрдого и мягкого нѐба, расщелина губы справа», группа риска по ППНС и гипотрофии. Группа здоровья: IV.
3. Режим для данного возраста (от 0 до 3 месяцев) № 1 включает: кормление - 7 раз через 3 часа по 20-30 минут, бодрствование по 1-1,5 часа, сон ночной 10-11 часов, сон дневной 4 периода по 2-1,5 часа. питание сут. V 1/5 от массы тела (3600) – 720 мл, раз. V 740 мл на 7 раз кормлений составляет 103 мл. грудного молока. В связи с наличием дефекта каждое кормление должно

осуществляться через обтуратор.
Вв – воспитательные воздействия – на 2 месяце жизни и заключается в стимулировании следующих линий НПР:
Аз – длительно следить за движущимся предметом – подвесить игрушку над кроваткой ребѐнка;
Ас – ищущие повороты головы при длительном звуке, игрушку над кроваткой можно вешать с музыкой;
Э – разговаривать с ребѐнком с проявлением различных эмоций (положительных вопросительных и т.д.) формировать улыбку в ответ на разговор взрослого;
До – выкладывать на живот и стараться длительно удерживать голову.
Фв – физические воздействия – гимнастический комплекс № 1 назначается с периода 1,5 месяцев жизни и направлен на снижение тонуса сгибателей. Упражнения комплекса № 1 включают: Поглаживающий массаж рук, ног. Выкладывание на живот. Поглаживающий массаж спины. Массаж живота по часовой стрелке. Рефлекторное ползание.
4. Профилактика пограничных состояний – на 2 месяца жизни включают: соблюдение гигиенических мероприятий, прогулки на свежем воздухе, солнечные и воздушные ванны, гигиенический уход за молочной железой матери. Назначаем Vit D3 в дозе 500 МЕ 1 раз в сутки.
Маме: рекомендации по поддержке грудного вскармливания. Так как масса и рост ребѐнка находятся на нижней границе нормы провести контроль прибавки веса ребѐнка и контрольное взвешивание (контроль за группой риска по белково-энергетической недостаточности). Рекомендуем маме частое прикладывание к груди, пяти разовый приѐм пищи, психологический комфорт в семье.
5. БЦЖ М, первая вакцинация гепатит В, пневмококковая инфекция.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10

На амбулаторном приеме мальчик 12 месяцев, рожденный от IV беременности, II срочных родов. Предыдущие: один выкидыш, один мед. аборт, одни - срочные роды. Матери 42 года. Настоящая беременность протекала на фоне гестоза I половины, перенесенного гриппа на сроке 8 недель. Масса при рождении 3200 г, длина тела 51 см. К груди приложен в родзале. Привит по календарю. Выписан из роддома на 5 сутки жизни. Семья полная, старшей сестре - 11 лет. Индекс отягощенности наследственного анамнеза - 0,6. При проведении УЗИ сердца в возрасте 1 месяца жизни диагностирован стеноз клапана аорты. Ребенок находится на искусственном вскармливании. До года перенес 3 раза ОРВИ. Состоит на диспансерном учете у кардиолога.
На осмотре масса – 8,5 кг, длина 73 см, отмечается бледность кожных покровов. Область сердца не изменена. Аускультативно выслушивается грубый систолический шум над аортой и в точке Боткина, который проводится за пределы сердца, ослабление II тона на аорте. ЧСС –120 в минуту. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД – 33 в минуту. Печень пальпируется на 1 см ниже правой реберной дуги. Селезенка не

пальпируется. Сон - беспокойный. Аппетит снижен. Зубов 4 (2 нижних и 2 верхних).
Психометрия: Др - самостоятельно выполняет действия с игрушками (катает, возит, кормит); До - стоит самостоятельно (без опоры), ходит с поддержкой; Рп - понимает слово "нельзя", понимает название нескольких предметов, действий; выполняет отдельные поручения ("найди", "отдай"); Ра - произносит 5 облегченных слов; Н - самостоятельно пьет из чашки, ест жидкую пищу из бутылочки.

Вопросы:

1. Оцените критерии здоровья.
2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
3. Дайте рекомендации по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям.
4. Проведите профилактику пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок.
5. В какой следующий возрастной период должен быть осмотрен данный ребенок, и какие обследования и консультации в возрасте 12 месяцев должен получить ребенок в рамках приказа МЗ РФ № 514н?

Ответ к ситуационной задаче № 10

1. 1 критерий отягощѐн за счѐт биологического анамнеза (мальчик от IV беременности, II срочных родов. Предыдущие беременности закончились: один выкидыш, один медаборт, одни - срочные роды. Матери 42 года. Настоящая беременность протекала на фоне гестоза I половины, перенесѐнного гриппа на сроке 8 недель). 2 критерий не отягощѐн, так как масса и рост находятся в 3 коридоре (в норме масса от 3 до 6 коридора, а рост от 3 до 7 коридора). 3 критерий не отягощѐн, нервно-психическое развитие 1 группа 3 степень. 4 критерий умеренно отягощѐн, так как на первом году жизни перенѐс 3 раза ОРВИ. 5 критерий отягощѐн, так как при проведении УЗИ сердца в возрасте 1 месяца жизни у ребѐнка диагностирован стеноз клапана аорты. 6 критерий отягощѐн, так как ребѐнок состоит на диспансерном учѐте у врача-кардиолога по поводу стеноза клапана аорты.
2. Диагноз «ВПС стеноз клапана аорты, НК0».
Группа здоровья: III. Режим для данного возраста (от 12 до 1 года 6 месяцев) № 5 включает: кормление - 5 раз через 3,5-4,5 часа по 20-30 минут, объѐм разового кормления составляет 200-230 мл;
3. бодрствование по 3,5-4,0 часа; сон ночной 10-11 часов, сон дневной 2 периода по 2-2,5 часа. Так как ребѐнок с 1,5 месяцев находится на искусственном вскармливании в утреннее и вечернее кормление идѐт адаптированная смесь 3 ступени (для детей старше 1 года). Введены 3 прикорма: первый прикорм в 10.00 в виде двух/трѐхкомпонентных каш на воде 180 гр., 50 гр. фруктов кусочками, сливочное масло 5 гр. Второй прикорм в 14.00 - овощное рагу (кабачки, брокколи, картошка) 180 гр., отварное мясо 60 гр., желток целый, растительное масло. Третий прикорм в 18.00 - творог 70 гр., кисломолочная

смесь 160 гр. Воспитательные воздействия – на 1 год 3 месяца жизни и заключается в стимулировании следующих линий нервно-психического развития:
Ра – родитель должен контролировать использование в речи облегчѐнных слов «авав», «кис-кис» и пр.;
Рп – должен выполнять задания по действию с предметами: покорми куклу, помой руки, умойся и пр.;
Н – должен самостоятельно есть густую пищу, формирование навыков опрятности;
И – должен уметь нанизывать на стержень кольца, строить из кирпичиков дом и прочее.
Ср – уметь вкладывать в куб по форме мелкие детали. Гимнастический комплекс направлен на подготовку к ходьбе, воспитание связи движения со словом. Упражнения включают:
Сгибание и разгибание рук.
Наклоны и выпрямление туловища.
Присаживание, держась за кольца.
Доставание палочки прямыми ногами.
Приподнимание туловища из положения лѐжа на животе.
Ппс – профилактика пограничных состояний – на возраст 1 год 3 месяца включают: соблюдение гигиенических мероприятий, прогулки на свежем воздухе, солнечные и воздушные ванны. Vit D3 не назначается так как он есть в адаптированных смесях.
Назначаем рекомендации по закаливанию в виде воздушных ванн перед купанием, обтирание махровым полотенцами с контрастной температурой (тѐплой и прохладной) и прочее. ПП – в возрасте 12 месяцев в рамках национального календаря профилактических прививок участковым врачом-педиатром обязательно должна быть проведена туберкулинодиагностика, а через 72 часа возможно проведение первой вакцинации (V1) от кори, краснухи и эпидемического паротита с предварительным взятием информированного добровольного согласия. V1- ЖКВ+ V1 ЖПВ+ V1 ЖКрВ – разрешена, так как ребѐнок здоров и медицинских противопоказаний нет. Дети, имеющие порок развития, находятся в группе риска по развитию простудных заболеваний, поэтому данному ребѐнку обязательно проведение следующей вакцинации от пневмококковой, гемофильной инфекции и гриппа.
5. Следующий профилактический осмотр будет в возрасте 1 года 3 месяцев жизни. В возрасте 12 месяцев ребѐнок должен получить консультации: врача-невролога, детского врача-хирурга, врача-офтальмолога, детского врача-стоматолога, детского врачапсихиатра, врача-оториноларинголога и пройти следующие обследования: ЭКГ, ОАК, ОАМ, глюкоза в крови. Дополнительно по наличию основного заболевания ребѐнок обязательно консультируется врачом-кардиологом и врачом-кардиохирургом для решения вопроса дальнейшего хирургического лечения.

Из инструментального исследования дополнительно назначается УЗИ сердца с доплером и определением градиента на лѐгочном стволе.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11

На амбулаторном приеме мама с дочерью 4,5 месяцев. Ребенок от I беременности, I срочных родов без осложнений. Масса при рождении 3100 г, длина тела 50 см. Привита по календарю. Наследственный анамнез не отягощен – 0,5 индекс отягощенности наследственного анамнеза. Мама обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на повышение температуры тела до 38°С, беспокойство, появление покраснения, болезненность и уплотнение в месте введения вакцины АКДС. Из анамнеза день назад ребенку на фоне полного здоровья проведены V2 АКДС + V2 ИПВ+V2 пневмококковая инфекция. Предыдущую вакцинацию в возрасте 3-х месяцев девочка перенесла хорошо. Реакций не наблюдалось.

При осмотре: температура тела 37,0°С. Видимые слизистые чистые. По внутренним органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный, без патологических примесей. В месте введения вакцины АКДС пальпируется инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отек мягких тканей диаметром 3 см.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и группу здоровья.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Дайте рекомендации по дальнейшей тактике иммунизации ребенка.
4. Перечислите клинические проявления при поствакцинальных осложнениях.
5. В каких ситуациях необходимо подать экстренное извещение при проведении вакцинопрофилактики?

Ответ к ситуационной задаче № 11

1. Диагноз «здоров». «Нормальная поствакцинальная реакция на введение АКДС». Группа здоровья: I.
2. К нормальным проявлениям на введение (укол) вакцин являются местные и общие проявления. К местным реакциям относят все проявления, возникшие в месте введения препарата. Неспецифические местные реакции появляются в течение первых суток после прививки в виде гиперемии, не превышающей 8 см в диаметре, отѐка, иногда – болезненностью в месте инъекции. При введении адсорбированных препаратов, особенно подкожном, в месте введения может образоваться инфильтрат. Местные реакции держатся не более 2-3 суток и, как правило, не требуют назначения лечения. К общим реакциям относят изменение состояния и поведения ребѐнка, как правило, сопровождающееся повышением температуры до 38 °С и могут сопровождаться беспокойством, нарушением сна, анорексией, миалгией.
3. Ребѐнок будет привит по календарю с соблюдением сроков и вакцин. Замена на другой вакцинальный препарат не предусмотрена. Возможно

превентивное назначение Парацетамола 15 мг/кг/сут. или использование ацеллюлярной вакцины.

4. Поствакцинальные осложнения– это патологическое явление не свойственное обычному вакцинальному процессу, сопровождающееся длительным нарушением состояния. Чрезмерно сильные реакции – общие: гипертермия 40 ºС и выше, местные: плотные инфильтраты более 8 см в диаметре, резкая гиперемия мягких тканей в месте инъекции (иногда отѐк захватывает всю ягодицу и распространяется на бедро и поясницу). Поствакцинальные осложнения делятся на местные и общие. К местным поствакцинальным осложнениям относят: абсцесс на месте введения, гнойный лимфаденит, тяжѐлая местная реакция (плотные инфильтраты более 8 см в диаметре, резкая гиперемия мягких тканей в месте инъекции (иногда отѐк захватывает всю ягодицу и распространяется на бедро и поясницу). К общим поствакцинальным осложнениям относят: со стороны нервной системы: острый паралич, энцефалопатия, энцефалит, менингит, судороги и аллергические реакции, анафилактический шок, коллаптоидный эпизод, остеомиелит, упорный пронзительный крик, сепсис, синдром токсического шока.

5. Экстренное извещение на поствакцинальное осложнение подаѐтся в следующих случаях: анафилактический шок и другие аллергические реакции немедленного типа; синдром сывороточной болезни; энцефалит, энцефаломиелит, миелит, моно(поли)неврит, полирадикулоневрит, энцефалопатия, серозный менингит, афебрильные судороги, отсутствовавшие до прививки и повторяющиеся в течение 12 месяцев после прививки; острый миокардит, острый нефрит, тромбоцитопеническая пурпура, агранулоцитоз, гипопластическая анемия, системные заболевания соединительной ткани, хронический артрит; различные формы генерализованной БЦЖ-инфекции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12

На приеме мальчик в возрасте 1 года. Ребенок от II беременности; II срочных родов, молодых здоровых родителей. Масса при рождении 3600; рост 55 см. Находится на естественном вскармливании. Нервно-психическое развитие: отзывается на имя, пьет из кружки, отличает кубик от кирпичика, говорит 5-6 облегченных слов, игрушками играет долго в зависимости от их свойств, ходит за одну ручку, стоит самостоятельно. До года привит по календарю. Респираторными заболеваниями болел 2 раза за год. Зубов – 8, зубная формула правильная. В анализе крови: гемоглобин 106 г/л.

Вопросы:

1. Оцените нервно-психическое развитие.
2. Составьте план вакцинации на 2-ом году жизни.
3. Оцените резистентность у данного ребенка.
4. Оцените уровень гемоглобина. Обоснуйте свой ответ. Назначьте при необходимости лечение (перечислите два препарата).

5. Оцените группу здоровья. Обоснуйте свой ответ.

Ответ к ситуационной задаче № 12

1. НПР: ЗА – 12 мес., РП – 12 мес., РА – 12 мес., Н – 12мес., ДР – 12 мес., ДО – 11 мес., НПР 2 группа 1 степень.
2. План вакцинации на 2 году жизни согласно национальному календарю прививок: 12месяцев - вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита; 15 месяцев - ревакцинация против пневмококковой инфекции; 18 месяцев - первая ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, первая ревакцинация против полиомиелита; 20 месяцев - вторая ревакцинация против полиомиелита.
3. Уровень резистентности высокий.
4. Отмечается снижение гемоглобина, что свидетельствует об анемии 1степени.
5. Группа здоровья 2, так как у ребѐнка есть функциональные отклонения (снижение гемоглобина), НПР – 2 группа 1 степень.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13

В детскую поликлинику обратилась мать 1,5-годовалого ребенка. Примерно час назад во время плача у него появился затрудненный вдох, далее прекратилось дыхание, ребенок «посинел», наступила потеря сознания. Через несколько секунд появился шумный вздох, напоминающий «петушиный крик», дыхание восстановилось.

Из анамнеза известно, что ребенок родился недоношенным, с месяца – на искусственном вскармливании, получал в основном коровье молоко. Начал сидеть с 8 месяцев, ходить с 1 года 4 месяцев, зубы прорезались в 12 месяцев. При осмотре у ребенка выражены теменные и лобные бугры, отмечается О-образное искривление нижних конечностей. Грудная клетка сдавлена с боков, развернута нижняя апертура грудной клетки, выражена гаррисонова борозда. Перкуторно над легкими легочный звук, дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот увеличен в размере, безболезненный при пальпации. При осмотре аналогичный приступ повторился.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Вы - участковый педиатр. Ваш алгоритм действий.
3. Какие симптомы характерны для скрытой формы данного состояния?
4. Дальнейшая тактика ведения ребенка.
5. Каков прогноз заболевания?

Ответ к ситуационной задаче № 13

1. Спазмофилия, явная форма - Ларингоспазм. Рахит II, подострое течение, период разгара. У ребѐнка выражены проявления рахита: теменные и лобные бугры, О-образное искривление нижних конечностей, деформация грудной клетки. Подострое течение рахита, так как преобладают процессы избыточного отложения остеоидной ткани. Весной на фоне образования

небольших количеств витамина Д под влиянием солнечных лучей отложение кальция в кости повышается, а всасывание его в кишечнике невелико. Уровень ионизированного кальция понижается и при изменении pH в сторону алкалоза при рахите в весеннее время могут возникнуть тонические и тонико-клонические судороги или другие проявления повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.

2. Обеспечить ребѐнку доступ свежего воздуха, расстегнуть стесняющую одежду; снять ларингоспазм ребѐнку рефлекторно: лицо и тело ребѐнка обрызгать холодной водой; при отсутствии эффекта нажать шпателем на корень языка до появления рвотного рефлекса, попробовать ватной турундой раздражать носовые ходы до появления чихания; Диазепам не показан для купирования ларингоспазма, так как состояние связано с гипокальциемией; ввести внутривенно струйно раствор Глюконата Кальция 10% 1,0-2,0 мл, разведѐнный в 2 раза 20% раствором Декстрозы, под контролем пульса; госпитализировать.

3. Для скрытой формы спазмофилии характерны: симптом Хвостека– при поколачивании перед ухом в области. Распространения ветвей лицевого нерва появляются молниеносные сокращения лицевой мускулатуры в области рта, носа, нижнего, иногда верхнего века; симптом Труссо – при сдавливании плеча эластическим жгутом возникает судорожное сведение пальцев руки в виде руки акушера; симптом Маслова – при лѐгком уколе кожи отмечается остановка дыхания на высоте вдоха (у здорового ребѐнка такое раздражение вызывает учащение и углубление дыхательных движений).

4. Максимально ограничить или выполнять очень осторожно все неприятные процедуры для ребѐнка.
Максимально ограничить содержание коровьего молока в рационе ребѐнка из-за большого количества фосфатов и увеличить количество овощного прикорма. После купирования ларингоспазма назначают препараты кальция и фосфора внутрь в суточной дозе (400-500 мг).
Терапию препаратами кальция необходимо продолжать до полного исчезновения симптомов скрытой спазмофилии.
Через 3-5 дней лечения препаратами кальция – витамин Д (Эргокальциферол водный) в дозе 2000-4000 МЕ/сут.

5. Благоприятный. Очень редко тяжѐлый приступ ларингоспазма, если не оказана неотложная помощь, заканчивается летально. Сильно затянувшееся эклампсическое состояние может отрицательно отразиться на ЦНС – может быть задержка психического развития.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14

Мальчику 1 год. Ребенок на профилактическом осмотре. Жалоб нет.
Анамнез жизни: мальчик от I-ой беременности, роды и период новорожденности без особенностей. У матери хронический тонзиллит, у отца хронический ринит, у деда ребенка – бронхиальная астма. Маме 30 лет, домохозяйка, папе 35 лет, частный предприниматель. Живут в 3-комнатной

квартире, доход достаточный, муж курит. Мальчик 3 раза перенес ОРВИ (1 раз с явлениями обструкции), лечился амбулаторно, три раза в течение года появлялись элементы необильной сыпи на лице и туловище, которые 2 раза мать связывала с употреблением ею шоколада. В настоящее время на грудном вскармливании, прикорм введен по возрасту. Прививки против гепатита по схеме 0-1-6, БЦЖ-М в роддоме, АКДС + полиомиелит 3-х кратно, последняя прививка в 10,5 месяцев, имеет 2 вакцинации против пневмококковой инфекции.

Осмотр: мальчик спокойный, хорошо вступает в контакт, начал ходить самостоятельно, разнообразно действует с игрушками, произносит 5 слов, понимает запрет, самостоятельно пьет из чашки. Длина – 75 см, масса тела 11800 г, окружность груди – 51 см. При осмотре выявлены единичные пятна и шероховатости щек и ягодичной области, единичные папулезные элементы на ногах, «географический» язык. Питание - повышенное. Видимые слизистые чистые. Перкуторный звук легочный с коробочным оттенком. Дыхание пуэрильное. ЧДД – 30 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 122 в минуту. Живот мягкий, печень +1 см из-под реберной дуги. Ребенок направлен на прививку против кори, краснухи и паротита.

Анализ крови: RBC– 4,6х1012/л, HGB – 118 г/л, MCV- 81 фл., MCH – 29 пг., MCHC – 32 г/дл, RDW – 10%. WBC – 10,8х109/л, IMM – 2%, GRA – 34%, LYM – 50%, MON– 10%, EO– 4%, СОЭ – 8 мм/час.

Анализ мочи: соломенно-желтый цвет, РН – слабо кислая, лейкоциты 2-3 в п/зр.

Копрология – кал желтый, кашицей, непереваренная клетчатка 3-4 в поле зрения.

Вопросы:

1. Дайте заключение по комплексной оценке состояния здоровья ребенка.
2. Обоснуйте диагноз. Какая запись оформляется в форме 112/у?
3. Рекомендации участкового врача-педиатра участкового.
4. Составьте план наблюдения этого ребенка.
5. Тактика врача-педиатра участкового в отношении вакцинации этого ребенка в 1 год.

Ответ к ситуационной задаче № 14

1. Заключение: социальный анамнез низкой отягощѐнности, генеалогический и биологический анамнез умеренной отягощѐнности. Физическое развитие среднее, дисгармоничное за счѐт избытка массы тела 1 степени. Нервно-психическое развитие I группа 3 подгруппа. Резистентность хорошая. Диагноз «атопический дерматит, младенческая форма, лѐгкой степени тяжести, период неполной ремиссии». Паратрофия с избытком массы тела 1 степени (12%). Риск по хроническим расстройствам питания, анемии, рахиту. Группа II А.

2. Атопический дерматит на основании анамнеза заболевания (три раза в течение года сыпь, связь с приѐмом шоколада матерью), клиники (для младенческой формы характерна сыпь и шелушение на лице и ягодичной области, сыпь на конечностях), период неполной ремиссии на основании

отсутствия жалоб и наличия единичных элементов. Паратрофия на основании дисгармоничности физического развития и объективных признаков дистрофии. Запись в форме 112 – диспансерный эпикриз с рекомендациями и планом наблюдения на год.
3. Рекомендации: а) режим 5; б) кормить 5 раз через 4 часа, оставить грудное кормление утром и вечером. Наблюдать и исключать индивидуальные аллергены в меню матери и ребѐнка; в) регулярное закаливание ребѐнка; г) регулярно комплекс физических упражнений и массажа по возрасту (№5), д) купание с частотой не реже чем раз в 2 дня, увлажняющие средства на кожу 3-5 раз в день, е) прогулки ежедневные.
4. План наблюдения на год:
а) ежеквартально осмотр врача-педиатра участкового, анализы крови, мочи, кал на яйца гельминтов;
б) при обострении кожного процесса – консультация врача-аллерголога - общий и специфические IgE к белку и желтку куриного яйца, коровьего молока;
в) профилактика рахита витамином Д3 в осенне-зимне-весенний период до 3 лет;
г) профилактика ОРВИ.
5. Если в анамнезе нет указаний на аллергическую реакцию немедленного типа на белок куриного яйца и аминогликозиды. Ребѐнок относится к группе риска на поствакцинальные осложнения, в период вакцинации-гипоаллергенная диета, профилактика ОРВИ, антигистаминные препараты, контроль реакции первые 30 минут. Реакция Манту в1 г., через 72 часа вакцинировать от краснухи, кори, эпидемического паротита.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15

Мальчику 3 месяца. На профилактическом приеме мать жалуется, что ребенок беспокойный, чутко спит, в связи с чем чаще прикладывается к груди (примерно через 1-2 часа), дают воду через соску. Анамнез жизни: ребенок от V-ой беременности, протекавшей с токсикозом II половины, артериальной дистонии, анемии; на 20 неделе лечилась Джозамицином от хламидиоза и острого риносинусита. В анамнезе 2 родов, дети здоровы, аборт и выкидыш на ранних сроках. Роды в срок 38 недель путем кесарева сечения. Масса тела 3200 г, длина – 50 см, оценка по Апгар 7-8 баллов. Болел в возрасте 2-х недель острым ринитом легкой степени, был катаральный омфалит. В 1 месяц ребенок осмотрен невропатологом и педиатром, отклонений не найдено. В последние 2 месяца жили по другому адресу, на прием не являлись. Профилактику рахита проводили водным раствором витамина Д в дозе 500 МЕ регулярно. Прививки от гепатита В – отказ в роддоме, БЦЖ поставлен в поликлинике в 1 мес.
Осмотр: в кабинете мальчик беспокойный, плачет, хорошо удерживает голову, переворачивается со спины на живот, стоит, не подгибая ног, со слов матери контактирует иногда улыбкой и комплексом оживления, не смеется, гулит, игрушки еще не хватает. Физиологические рефлексы вызываются, шаговый с перекрестом, опора на цыпочки, сухожильные оживлены.

Незначительный симптом Грефе и спонтанный р. Бабинского с обеих сторон. Большой родничок 3х2,5 см, несколько напряжен, пульсирует. Незначительная мраморность кожи. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно на туловище и конечностях, складка на уровне пупка 1,2 см. Тургор несколько снижен. Дыхание пуэрильное. ЧДД – 42 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 128 в минуту. Живот мягкий, небольшое вздутие кишечника. Печень +1,5 см ниже края реберной дуги. Мочится часто, маленькими объемами. Стул 1 раз в 1-2 дня, кашицеобразный. Длина 59 см, масса тела 5050 г, за 2 месяца прибавил 800 г.

Вопросы:

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

Ответ к ситуационной задаче № 15

1. Физическое развитие - пониженное, гармоничное. НПР II.2 (II - дети с задержкой в развитии на 1 эпикризный срок, 2 - с нетипичным негармоничным развитием). Резистентность хорошая. Диагноз «последствия перинатального поражения ЦНС, гипертензионный синдром. Вторичная гипогалактия». Группа риска по анемии, рахиту, дистрофиям. Группа здоровья – IIБ.
2. ПП ЦНС на основании анамнеза (гестоз второй половины беременности, приѐм антибиотика, кесарево сечение, лѐгкая асфиксия при рождении); жалоб на возбудимость, плохой сон; объективных данных (признаки гипертонуса сгибателей на руках и ногах, отстаѐт в движениях рук, опережает в общих движениях, особенности рефлексов, глазные симптомы, спонтанный рефлекс Бабинского, признаки вегетативной дистонии на коже и в кишечнике. Гипогалактия в связи с недостаточной прибавкой в весе, жалобами, частыми прикладываниями к груди, редким стулом и мочеиспусканием.
3. а) осмотр врача-невропатолога;
б) анализ крови, анализ мочи, осмотр врача-ортопеда;
в) в течение 2 дней взвешивание до и после кормления (дать весы на дом);
г) при подтверждении гипогалактии стимуляция лактации и назначение докорма гипоаллергенной смесью в необходимом количестве через систему SNS;
д) охранительный режим, лечение положением, прогулки, купание в тѐплой воде ежедневно, сухая иммерсия, комплекс массажа № 1, через неделю № 2;
е) патронаж медсестры через 1 неделю, осмотр врача-педиатра через 2 недели;
ж) закаливание щадящее. Профилактика анемии, рахита (рецепты).
4. Первый приѐм врача-невролога состоялся в 1 месяц, на оценку остроты процесса отводится месяц, при отсутствии прогрессирования

неврологической симптоматики вакцинация не противопоказана. V 1-2-3 ВГВ по схеме 0-1-6 мес.; V 1-2 ПКВ - 2 - 4,5 мес., RV1 ПКВ - 15 мес., в год реакция Манту, вакцинация от кори, паротита, краснухи, ревакцинация от пневмококковой инфекции в 15 мес., АКДС и ОПВ в 18 мес., ОПВ в 20 мес.
5. Расчѐт питания: 115 ккал/кг=580 ккал=830 мл суточный объѐм. 6-7 разовое кормление по 140-120 мл, докорм гипоаллергенной смесью № 1 через систему SNS при снижении лактации на 25% в суточном объѐме 210 мл, то есть по 30-35 мл после каждого кормления грудью.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 16

Мать с мальчиком 6 месяцев обратилась к врача-педиатра участкового в муниципальную городскую поликлинику на плановый диспансерный осмотр. Известно, что ребенок родился в срок, физическое и нервно-психическое развитие соответствуют возрасту, находится на грудном вскармливании, в качестве прикорма получает кабачковое пюре. Ранее ребенок был привит в соответствии с национальным календарем.
После проведения комплексного обследования установлено, что ребенок здоров, группа здоровья I.

Вопросы:

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

Ответ к ситуационной задаче № 16

1. Ребѐнка в 6 месяцев в поликлинике осматривает только врач-педиатр участковый. Необходимо проведение общего анализа крови и общего анализа мочи. Инструментальные исследования не показаны. При необходимости, определяемой врачом-педиатром участковым, возможен консультативный осмотр врачом-неврологом и врачом-хирургом.
2. В 6 месяцев необходимо продолжить вакцинацию ребѐнка. При отсутствии противопоказаний проводится третья вакцинация АКДС, третья вакцинация против гепатита В, третья вакцинация против полиомиелита и третья вакцинация против гемофильной инфекции группам риска.
3. Долженствующая масса ребѐнка в 6 месяцев - 8200-8400 гр. Объѐм суточного кормления – 1000 мл. Режим кормления – 5 раз через 4 часа с 8 часовым ночным перерывом. Объѐм разового кормления – 200 мл.
5. Меню на один день: Прикорм - немолочная пища более густой консистенции, чем грудное молоко, с постепенно усложняющимся составом, которая дополняет рацион ребѐнка, обогащая его энергией, нутриентами,

минеральными веществами, клетчаткой, витаминами и микроэлементами. Введение прикорма связано с необходимостью:
- обеспечить возросшие потребности ребѐнка в энергии, основных пищевых веществах, минералах, клетчатке при сохранении прежних объѐмов питания;
- адаптировать ребѐнка к разнообразной по составу пище путѐм развития путей метаболизма, ферментативного обеспечения новых пищевых ингредиентов, создания новых вкусовых ощущений.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 17

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

Вопросы:

1. Рассчитайте долженствующую массу (Мд) для данного ребенка на момент осмотра и в 2 месяца. Сделайте заключение.
2. Определите необходимый суточный объем молока калорийным методом и назовите другие методы расчета суточного количества молока.
3. Укажите режимы кормления здорового ребенка от рождения до года.
4. Укажите последовательность введения продуктов прикорма, виды продуктов и время назначения продуктов прикорма.
5. Дайте рекомендации по профилактике и лечению вторичной гипогалактии.

Ответ к ситуационной задаче № 17

1. Мд в 1 мес. = 3400 + 600 = 4000 гр. (прибавка за первый месяц - 600 гр.); Мд в 2 мес. = 3400 + 600 +800 = 4800 гр. (прибавка за второй месяц, в среднем, -800 гр.). Таким образом, на момент осмотра ребѐнка в возрасте 1 месяца фактическая масса тела соответствует долженствующей. Ожидаемая масса тела ребѐнка при следующем профилактическом осмотре врачомпедиатром участковым в 2 месяца должна составлять, в среднем, - 4800 гр., с учѐтом прибавки в массе – в среднем, 800 гр.
2. Суточный объѐм пищи рассчитывается, исходя из потребности ребѐнка в энергии и содержания калорий в продуктах питания. Метод удобен для расчѐта объѐма питания в первые 6 месяцев жизни, когда ребѐнок получает грудное молоко. Потребность в энергии (ккал) в 1 месяц - 115 ккал на 1 кг массы тела. В сутки ребѐнок должен получить 115 ккал×4 кг = 460 ккал. Зная, что 1 литр получаемого грудного молока в среднем содержит 750 ккал, можно рассчитать, сколько ребѐнок должен получить питания в сутки. Составляем пропорцию:
1000 мл – 750 ккал
x мл – 460 ккал
x = 1000×460/750 = 613 мл.
Таким образом, необходимое количество молока в сутки для ребѐнка 1 месяца с учѐтом потребности в калориях, составляет 613 мл. Дополнительными методами определения суточного объѐма пищи являются

белковый и объѐмный методы.
3. До 1 месяца режим кормления ребѐнка - по требованию.
С 1 месяца до 5 месяцев рекомендуется кормление 6 раз через 3,5 часа с 6 часовым ночным перерывом. С 5 месяцев до 12 месяцев - 5 раз через 4 часа с 8 часовым ночным перерывом.
4. С 5 мес. – овощное пюре в 14.00 (начинаем с кабачкового, капуста брокколи, цветная капуста).
С 5,5 мес. – фруктовое пюре в 10.00. С 6 месяцев:
1).10% молочная каша (начинаем с безглютеновых – рисовой, гречневой, кукурузной) в 10.00. (с 9 мес. – глютенсодержащие каши – пшеничная, овсяная).
2). Фруктовые соки в 14.00, начинаем с монокомпонентных осветлѐнных.
3). Мясное пюре в 14.00 (мясо кролика, говядина, телятина, нежирная свинина).
С 6,5 мес. – детский творожок в 18.00.
С 7 мес. – желток в 14.00.
С 8 месяцев:
1. Кисломолочный продукт в 18.00.
2. Детское печенье в 18.00.
3. Рыбное пюре в 14.00 (вместо мясного пюре) различные сорта морской рыбы – треску, камбалу, хек, лосось, минтай; из жирных сортов допускается использование лосося и форели.
С 10 месяцев вместо мясного пюре можно рекомендовать паровые котлеты.
5. Для профилактики гипогалактии необходимо выполнять следующие правила кормления:
- кормить малыша в тихом, спокойном, удобном месте. Внешние раздражители - телевизор, яркий свет, посторонние рядом, - всѐ это отвлекает от общения с ребѐнком;
- прикладывать малыша в периоды недостатка молока к груди ещѐ чаще, чем раньше;
- не ограничивать время пребывания малыша у груди;
- ребѐнок не должен сосать ничего, кроме груди - ни бутылку, ни пустышку;
- не допаивать ребѐнка водой и чаями;
- очень важно, чтобы ребѐнок правильно захватывал грудь. Он должен захватывать не только сосок, но и весь околососковый кружок;
- непосредственно перед кормлением пить горячий свежезаваренный зелѐный чай с молоком, любой гипоаллергенный сок, кисломолочные напитки. Эффективным является применение специализированных белково-витаминных продуктов для кормящих женщин. После кормления, грудь обмыть водой с температурой 44-45 °С, разминать еѐ круговыми движениями от центра к периферии и сверху вниз. Эта процедура должна проводиться не менее 4 раз в день по 10 минут.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 18

Мать с ребенком 10 месяцев пришла на осмотр врачом-педиатром участковым. В последние 4 дня мать отмечает беспокойство ребенка, особенно в ночное время, повышенное газообразование, вздутие живота, слизь в кале. Отмечается задержка стула в течение 3 дней. Из анамнеза известно, что ребенок от II срочных родов, рос и развивался соответственно возрасту. Уже получает все необходимые продукты прикорма и молочную смесь, поскольку у матери с 5 месяцев нет грудного молока. До пятого месяца стул был 4-5 раз в сутки, кашицеобразный без патологических примесей. С момента введения в рацион молочной смеси стул 1 раз в 2-3 дня, оформленный, салатового цвета, периодически со слизью. В 7 месяцев ребенок перенес острую кишечную инфекцию, со слов матери, «в легкой форме», к врачу с жалобами не обращались, лечение не получали.

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

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте необходимость в дополнительных лабораторных и инструментальных методах исследования ребенка.
2. Необходимо ли провести коррекцию питания ребенка с учетом жалоб? Определите объем суточного кормления, режим кормления и объем разового кормления ребенка в 10 месяцев.
3. Составьте меню на 1 день.
4. Приведите эмпирические формулы для первичной оценки значений длины и массы тела здорового ребенка первого года жизни.
5. Укажите ведущие линии нервно-психического развития ребенка в 10 мес.

Ответ к ситуационной задаче № 18

1. Предположительный диагноз «функциональные нарушения кишечника. Вторичная лактазная недостаточность». Необходимо проведение общего анализа крови, общего анализа мочи, копрологическое исследование, кал на яйца гельминтов, кал на дисбактериоз, УЗИабдоминальное, определение лактозы в кале. Рекомендуется консультация гастроэнтеролога.
2. Учитывая жалобы мамы, при нормальных значениях массы тела ребѐнка в соответствии с возрастом 10 месяцев, объѐм суточного кормления следует сохранить, ввести в рацион адаптированную молочную смесь, обогащѐнную бифидо- и лактобактериями, назначить безмолочные каши. Для стимуляции моторики кишечника и улучшения отхождения газов и стула следует временно отказаться от соков и пюре из яблок, банана и винограда, картофельного пюре, употребление которых усиливает метеоризм.

1. Объѐм суточного кормления – 1000 мл.
2. Режим кормления – 5 раз через 4 часа с 8 часовым ночным перерывом.

3. Объѐм разового кормления – 200 мл.
3. 6.00 – молочная смесь адаптированная формула 2 – 200 мл;
10.00 – 10 % безмолочная каша 150 мл;
сливовое пюре 50 мл молочная смесь адаптированная формула 2 – 50 мл;
14.00 – кабачковое пюре 120 мл;
паровая котлета 30 гр;
желток 1/2 шт.;
персиковый сок 50 мл;
молочная смесь адаптированная формула 2 – 50 мл;
18.00 – смесь кисломолочная 165 мл;
детское печенье 5 гр.;
детский творожок 30 гр.;
молочная смесь адаптированная формула 2 – 35 мл;
22.00 – молочная смесь адаптированная формула 2 – 200 мл.
4. Рост детей первых 6 мес. (см):
Рост при рождении + 3n, где n – число месяцев жизни.
Рост детей 7-12 мес. жизни (см):
64 + n, где n – число месяцев жизни (граница допустимых колебаний ± 4 см)
Масса тела детей первого года жизни:
8200 (8400) – масса тела ребѐнка 6 мес.; на каждый недостающий месяц вычесть 800 г, на каждый последующий месяц прибавить 400 г,
то есть для первых 6 мес.: масса тела при рождении + 800n,
для детей 7-12 мес.: 5800 г (6000 г) + 400n, где n – возраст в месяцах.
Граница допустимых колебаний в 3-6 мес. – 1000 г, в 7-12 мес. –1500 г.
5. До – влезает и входит на невысокую поверхность и затем спускается оттуда.
Др – открывает, закрывает, вынимает, вкладывает.
Ра – подражает взрослым, повторяя за ними слоги, которых ещѐ не было в его лепете.
Рп – знает название частей тела, даѐт предмет по просьбе.
Н – закрепляются умения 9 месяца: пьѐт из чашки с поддержкой, спокойно относится к высаживанию на горшок.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 19

Профилактический осмотр в детской поликлинике ребенка в 1 месяц. Мать кормит ребенка грудью, жалуется, что в последние дни ребенок стал беспокойным, часто плачет, плохо спит, во время кормления бросает сосать, кричит. Стул водянистый, с кислым запахом, пенистый. Во время кормления у ребенка урчит в животе. Ребенок не температурил. Контакт с инфекционными больными мать исключает.

При объективном обследовании живот вздут, при пальпации урчит, ребенок реагирует на осмотр негативно. Обращает внимание покраснение перианальной области.

Перинатальный анамнез: ребенок недоношенный, 37 недель; оценка по шкале Апгар 6/8 баллов.

Вопросы:
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Какие простые методы исследования на начальном этапе позволят подтвердить предварительный диагноз?. Опишите ожидаемые результаты.
4. Сформулируйте рекомендации по лечению.
5.Какие рекомендации необходимо дать маме по ее питанию?

Ответ к ситуационной задаче № 19

1. Первичная транзиторная лактазная недостаточность.
2. Диагноз установлен по следующим основаниям: Ребѐнок относится к группе риска по развитию транзиторной лактазной недостаточности: недоношенность, интранатальная асфиксия. Дебют заболевания в 1 месяц (период накопления лактозы в грудном молоке). Приступы кишечной колики и метеоризма, связанные с кормлением. Разжиженный пенистый стул с кислым запахом. Перианальный дерматит (раздражающее действие органических кислот стула).
3. Копрограмма: кислая реакция кала (<5,5). Анализ углеводов кала (проба Бенедикта): накопление углеводов в кале (>0,25%).
4. Сохранение и продолжение грудного кормления. Заместительная терапия препаратами лактазы. Энтеросорбенты на первые 3-4 дня. Антифлатуленты (препараты семитикона). Местное лечение перианального дерматита.
5. Индивидуальный подбор дозы путѐм постепенного увеличения с 1 до 2-5 капсул на каждое кормление под контролем клиники и копрограммы. Используется при каждом кормлении. Применяется перед кормлением в форме ферментированного сцеженного грудного молока в количестве 10-15 мл, ферментация сцеженного молока происходит в течение 10 минут.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 20

На осмотр к врачу-педиатру участковому пришла мама с девочкой в возрасте 3 мес. На приеме были в возрасте 1,5 месяца. Жалобы на урежение мочеиспусканий, беспокойное поведение, особенно после кормления. Из анамнеза: за последние 2 недели девочка стала беспокойной, не выдерживает перерывы между кормлениями. В дальнейшем у ребенка снизился аппетит, мочеиспускания стали редкими. В форме 112/у ранее зафиксирована низкая прибавка в весе. У матери – гипогалактия. Девочка от 4-й беременности, 3 срочных родов с массой 3000 г, длина 49,0 см. Семья социально-неблагополучная. Ребенок на исключительно грудном вскармливании. Получает профилактическую дозу витамина Д.

Объективно: состояние удовлетворительное. Беспокойная, капризная. Головку держит хорошо. Пытается переворачиваться со спины на живот. Рефлексы Моро, Бауэра, автоматической ходьбы не вызываются. Тонический шейный и поисковый рефлексы угасают. Хватательный и подошвенный рефлексы вызываются хорошо. Большой родничок не напряжен. Дефицит массы 16,2%. Кожа бледная, сухая, эластичность сохранена. Заеды в углах рта. Волосы тусклые, ломкие. Подкожный жировой слой истончен на животе

и конечностях. В зеве и носоглотке катаральных явлений нет. Периферические лимфоузлы интактные. ЧДД 38 в 1 минуту. Аускультативно в легких дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипов нет. Перкуторно легочный звук. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 142 в 1 минуту. Живот мягкий, пальпация не вызывает беспокойства ребенка. Печень и селезенка не увеличена. Стул без патологических примесей, 2-3 раза в день. Мочеиспускания свободные.

В ан. крови: Hb 98 г/л, Er $3,8x10^{12}$/л, L $7,3x10^{9}$/л, СОЭ 3 мм/ч. В ан. мочи: удельный вес 1005, белок и сахар отрицательные, L 0-2-1 в п.зр. В копрограмме: увеличение жирных кислот, мыл, непереваренной клетчатки, вне- и внутриклеточного крахмала, при добавлении йода – голубая окраска. В биохимическом ан. крови: кальций 2,58 ммоль/л, фосфор 1,8 ммоль/л, активность щелочной фосфотазы в норме, сахар крови 3,7 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Укажите факторы, способствующие формированию заболевания.
3. Тактика врача-педиатра участкового при данном патологическом состоянии у ребенка. Каковы сроки наблюдения?
4. Перечислите критерии эффективности лечения при данной патологии.
5. Назовите правила введения докорма.

Ответ к ситуационной задаче № 20

1. Белково-энергетическая недостаточность алиментарного генеза (или хроническое расстройство питания по типу гипотрофии I степени тяжести). Анемия лѐгкой степени тяжести, алиментарного генеза.
2. Гипогалактия у матери, несбалансированное питание ребѐнка, социальнонеблагополучная семья.
3. Осмотр врачом-педиатром участковым 2 раза в месяц до нормализации массы тела, а затем ежемесячно до года. Осмотр специалистов: в декретированные сроки – врач-эндокринолог, врачгастроэнтеролог – по показаниям. Лабораторно-диагностическое обследование: общие анализы крови и мочи – при взятии на учѐт, в дальнейшем – не реже 1 раза в 6 месяцев, по показаниям – чаще; копрограмма – при взятии на учѐт, контроль в динамике – по показаниям; кал на яйца гельминтов (во 2 полугодии жизни) – при взятии на учѐт, контроль в динамике – по показаниям; исследование кала на дисбактериоз – по показаниям. Сроки наблюдения: дети данной группы состоят на диспансерном учѐте до года и при условии нормализации показателей массы в 1 год могут быть сняты с учѐта.
4. Нормализация аппетита, возрастное увеличение массы тела, улучшение показателей нервно-психического развития, восстановление показателей копрограммы.
5. При введении докорма используются адаптированные молочные смеси, увеличение объѐма докорма постепенное (3–5 дней), докорм даѐтся всегда в конце кормления, после кормления грудью.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 21

Мама девочки 7 месяцев обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на вздрагивания ребенка и повышенное потоотделение.
Анамнез: девочка от третьей беременности, протекавшей на фоне гестоза 2 половины. Срочных родов. Масса тела 3580 г, рост - 53 см, оценка по Апгар 8 баллов. На естественном вскармливании до 6 месяцев, затем молочная смесь. Профилактика рахита не проводилась. В 3 месяца сделана прививка АКДС и против полиомиелита. Прогулки у ребенка нерегулярные до 1-2 часов в день. Прикорм не введен. В течение последнего месяца мать обратила внимание, что ребенок стал сильно потеть, вздрагивает во сне.
При осмотре: рост 63 см, масса тела 7500 г, окружность головы 42 см, окружность груди 43 см. Поворачивается со спины на живот, свободно берет игрушку из разных положений, гулит. Имеет место обнаружено уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу швов, размягчение краев большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развернута, пальпируются реберные четки. Большой родничок - 3×3 см. Мышечная гипотония. Ребенок плохо опирается на ноги. Легкие и сердце – без особенностей. Живот мягкий, распластанный. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется.
Общий ан. крови: Нв - 110 г/л, Эр. - $3{,}9\times10^{12}$/л, ЦП - 0,9; Л - $7{,}9\times10^{9}$/л, эоз. - 4%, п/яд - 2%, гранулоциты - 33%, лимфоциты - 60%, моноциты - 4%, СОЭ - 12мм/ч.
Общий ан. мочи: цвет желтый, удельный вес - 1016 г/л, pH-кислый, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - 0-1 в п/зр, лейкоциты - 0-1 в п/зр.
Концентрация кальция в плазме крови - 2,1 ммоль/л (норма-2,3-2,8ммоль/л).
Концентрация фосфатов в плазме крови - 1,3 ммоль/л (норма-1,3-1,8 ммоль/л).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Назовите причины, которые привели к развитию выявленной патологии у ребенка.
4. Какой курс лечения Вы назначите? Назовите дозы лекарственного средства.
5. Назовите виды профилактики выявленной патологии.

Ответ к ситуационной задаче № 21

1. Рахит период разгара, средней тяжести, острое течение.
2. На основании жалоб: в течение последнего месяца мать обратила внимание, что ребѐнок стал сильно потеть, вздрагивает во сне.
На основании осмотра ребѐнка: уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стрело- и лямбовидного швов, размягчение краѐв большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развѐрнута, пальпируются реберные «четки». Большой родничок-3×3 см. Мышечная гипотония. Ребѐнок плохо опирается на ноги. Лѐгкие и сердце – без особенностей. Живот мягкий, распластанный. На основании лабораторных данных: концентрация кальция в плазме крови-2,1

ммоль/л (норма-2,3-2,8 ммоль/л). Концентрация фосфатов в плазме крови-1,3 моль/л (норма-1,3-1,8 ммоль/л). Период разгара- одновременное наличие выраженных признаков остеомаляции, расстройства нервной системы, мышечной гипотонии, анемии.
3. Не проводилась профилактика рахита. Недостаточное время прогулок. Не своевременное введение прикорма.
4. Рациональное вскармливание по возрасту, постепенное введение прикормов.
2. Прогулки от 2 до 6 часов в сутки в зависимости от времени года.
3. Водный раствор витамина D в дозе 3000 – 4000 МЕ/сутки (для средней степени тяжести) в течение 30 – 45 дней с последующим переходом на профилактическую дозу. Через 2 недели от начала медикаментозной терапии лечебная гимнастика, массаж.
5. Различают антенатальную и постнатальную профилактику рахита. Которые делятся на специфическую и не специфическую.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 22

Мать с ребенком 7 месяцев находится на приеме у врача-педиатра участкового, жалуется на повышенную потливость у дочери, плохой сон, вздрагивание во сне.

Из анамнеза известно, что ребенок от первых родов, протекавших без патологии. Матери 30 лет. Отец с семьей не живет, материальную помощь не оказывает. Девочка получала грудное молоко до 2 месяцев жизни. Затем из-за того, что мать была вынуждена выйти на работу, переведена на искусственное вскармливание: получала смесь «Нестажен» и коровье молоко. С 4 месяцев в питание введена манная каша, которую ребенок ест до 2–3 раз в день. С 6 месяцев мать попыталась давать овощи, но девочка ела их плохо, и поэтому мать дает их ребенку нерегулярно. В отсутствие матери с ребенком находится соседка. Массаж, гимнастику ребенку не проводят. Гуляет девочка не каждый день. Витамин Д ребенку дают нерегулярно.

При осмотре: масса – 8500 г, кожа чистая, повышенной влажности. Выраженный красный дермографизм. Голова правильной формы, затылок лысый, выраженные лобные и теменные бугры. Пальпируются реберные «четки», борозда Гаррисона, «браслетки» в области лучезапястного сустава. Мышечный тонус снижен. Самостоятельно не сидит. Печень на 2,5 см выступает из-под реберной дуги. Со стороны легких и сердца отклонений не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие лабораторные методы обследования необходимо назначить ребенку для уточнения диагноза?
4. Назначьте и обоснуйте лечение.
5. Назначьте профилактические мероприятия.

Ответ к ситуационной задаче № 22

1. Рахит II, период разгара, подострое течение.
2. Диагноз установлен на основании жалоб матери ребѐнка на повышенную потливость, плохой сон, вздрагивание во сне; на основании анамнеза: неправильное вскармливание и неправильный уход за ребѐнком, не регулярный приѐм витамина Д; на основании объективных данных – повышенная потливость, выраженный красный дермографизм, облысение затылка, мышечная гипотония, характерные изменения в костях (рѐберные «четки», гаррисонова борозда, «браслетки», выраженные лобные и теменные бугры). Учитывая, что изменения отмечаются и со стороны нервной системы, и со стороны костной системы, причѐм отмечается поражение уже нескольких отделов костной системы (голова, грудная клетка, конечности), выставляется 2 степень тяжести заболевания, период разгара. Учитывая, что заболевание развилось во втором полугодии жизни, среди костных изменений преобладают признаки остеоидной гиперплазии, витамин Д ребѐнок получал, но нерегулярно, можно предположить подострое течение заболевания.
3. Необходимые обследования:
Общий анализ крови (так как при рахите часто развивается анемия).
Биохимический анализ крови: уровень кальция общего и ионизированного, уровень фосфора, щелочной фосфатазы кислотно-щелочное равновесие (так как при рахите происходит нарушение фосфорно-кальциевого обмена и развивается ацидоз).
4. Сбалансированное и адаптированное питание (адаптированные молочные смеси, замена манной каши на другие каши по возрасту, достаточное количество овощей, постепенное введение мясного прикорма, творога, яичного желтка) для обеспечения поступления в организм необходимых минералов и витаминов.
Витамин Д - 5000 МЕ (например, Аквадетрим - 10 кап.) в день в течение 30-45 дней, так как основной причиной рахита является дефицит витамина Д.
Препараты кальция (например, Кальций Д3 Никомед Форте (в 1 таб. - 500 мг кальция + 200 МЕ вит Д) – ½ таб. в день в течение 3 недель)), так как при рахите развивается гипокальциемия.
Правильный режим дня: пребывание на свежем воздухе не менее 2-3 часов, достаточный сон (выработка витамина Д в коже при пребывании на солнце, улучшение снабжения организма кислородом и нормализация обменных процессов). Хвойные ванны по 10 минут в день, курс 10-15 ванн (обладают успокаивающим
действием).
5. Витамин Д (Аквадетрим) – 500-1000 МЕ (1-2 кап) 1 раз в день в течение 2 лет, кроме летних месяцев. Гигиенические ванны и обтирания, обливания, массаж, физкультура, диета по возрасту.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 23

На приёме мать с ребёнком 8 месяцев. Ребёнок от шестой беременности, вторых родов. Настоящая беременность протекала на фоне угрозы

прерывания второй половины и анемии, по поводу которой женщина получала Фенюльс по 1 капсуле в течение последних 1,5 месяцев, эффективность лечения не оценивалась. Роды на 38-39 неделе беременности, масса тела при рождении - 3100 г, длина тела – 50 см. Ребёнок с 3 месяцев на искусственном вскармливании коровьим молоком, картофельное пюре с 5 месяцев, каша манная на цельном коровьем молоке с 6 месяцев, мясо не получает. Объективно: масса тела - 9 кг 300 г, рост - 70 см. Аппетит снижен. Кожа бледная, сухая, видимые слизистые бледные. Сухие и ломкие волосы, ногти ломкие с койлонихиями, ангулярный стоматит. При аускультации области сердца: тоны несколько приглушены, выслушивается систолический шум, не связанный с I тоном, мягкого тембра. ЧСС - 130 в минуту. Печень + 2 см, селезёнка - у края рёберной дуги, мягкие, эластичные. Стул ежедневно, моча жёлтая.

Анализ крови: RBC - 3,1×1012/л, Hb - 75 г/л, MCH - 21 пг, MCHC – 310 г/л, MCV - 76 фл, RDW - 23%, Ret -10%, PLT - 210×10^9/л, СОЭ - 13 мм/ч, WBC - $7{,}7\times10^9$/л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 31%, лимфоциты - 55%, моноциты - 8%.

Вопросы:

1. Оцените анамнез, выделите неблагоприятные факторы риска (причины развития данной патологии).
2. Выделите клинические синдромы. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте его.
3. Составьте план дополнительного лабораторного обследования. Укажите наиболее вероятные результаты лабораторных данных, подтверждающие Ваш диагноз.
4. Какова Ваша лечебная тактика?
5. Укажите критерии эффективности лечения данного заболевания.

Ответ к ситуационной задаче № 23

1. К неблагоприятным факторам риска относятся:
- антенатальные: высокий номер беременности у матери, угроза прерывания беременности, наличие у матери во время беременности дефицита железа, неадекватная коррекция дефицита железа у беременной («Фенюльс» содержит в 1 капсуле 45 мг Fe2+, что не соответствует минимальной терапевтической дозе для коррекции железодефицита);
- постнатальные: недостаточное поступление железа с пищей (ранний перевод на искусственное вскармливание коровьим молоком, нерациональное и неадекватное введение прикормов, отсутствие в рационе ребёнка мясных продуктов).

2. Сидеропенический синдром (дистрофические изменения кожи и ее придатков в виде сухости кожи, ломкости ногтей, колонихей, атрофии слизистой с развитием ангулярного стоматита). Анемический синдром(бледность кожи и слизистых, снижение аппетита, сердечно-сосудистые нарушения в виде приглушенности сердечных тонов и функционального систолического шума). Диагноз: «железодефицитная анемия, средней тяжести».

Диагноз выставлен на основании наличия факторов риска, клинически наличия сидеропенического и анемического синдромов, лабораторных данных (снижение уровня гемоглобина до 75 г/л, снижение содержания гемоглобина в эритроците менее 27 пг, снижение насыщения эритроцита гемоглобином менее 320 г/л, снижение среднего объѐма эритроцитов менее 80 фл., повышена выраженность анизоцитоза более 14,5%).
3. Биохимический анализ крови: снижение уровня сывороточного железа (менее 12,5 мкмоль/л), повышение общей железосвязывающей способности сыворотки (более 69 мкмоль/л), снижение коэффициента насыщения трансферина железом (менее 17%), снижение концентрации сывороточного ферритина (менее 30 мкг/л).
4. В питании исключить из рациона ребѐнка цельное коровье молоко, заменить его на адаптированные смеси, содержащие железо не менее 0,9-1,3 мг/100 мл. Ввести мясной прикорм (говяжья печень, мясо кролика, конина, говядина, индейка), давать мясо с овощными или фруктовыми пюре. Исключить из рациона манную кашу. Показано назначение препаратов железа (III) на основе гидроксид полимальтозного комплекса - Мальтофер по 5 мг/кг/сутки = 45 мг в сутки (по 9 капель × 1 раз в сутки) на 4,5 месяца.
5. Критериями эффективности лечения железодефицитной анемии препаратами железа являются:
- ретикулоцитарная реакция (на 7-10 день от начала лечения препаратами железа
количество ретикулоцитов повышается на 20-30%0 по сравнению с их количеством до начала лечения);
- повышение концентрации Нв к концу 4 недели лечения препаратами железа на 10 г/л и гематокрита на 3% по отношению к изначальным значениям до лечения;
- исчезновение клинических проявлений заболевания через 1-1,5 месяца от начала лечения препаратами железа;
- нормализация концентрации сывороточного ферритина более 30 мкг/л через 3-6 месяцев (в зависимости от степени тяжести анемии), что свидетельствует о восполнении депо железа.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 24

На приеме повторно мама с девочкой 3 недель с жалобами на жидкий стул с кислым запахом, снижение темпов прибавки массы тела. Из анамнеза заболевания: частый водянистый стул, иногда с пеной, слизью, зеленью, наблюдается с возраста 2 недель жизни. Бактериологический посев кала - отрицательный. Отец ребенка плохо переносит молоко. Из анамнеза жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне анемии легкой степени, угрозы прерывания, ОРВИ в 22 недели. Роды вторые, срочные. Масса при рождении 3100 г, длина 52 см оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. На грудном вскармливании. Прививки по возрасту. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективно: состояние средней тяжести, масса тела 3500, длина 53 см. Эмоциональный тонус сохранен. Отеков нет. Большой родничок 1,0×1,0 см, не напряжен. Кожа бледная, чистая, умеренной влажности. Саливация сохранена. Снижен тургор тканей, умеренная мышечная гипотония. Подкожно-жировой слой умеренно снижен на животе. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 40 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 130 ударов в минуту. Живот вздут, безболезненный при пальпации. Печень +1,0 см из-под края реберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускания безболезненные, диурез сохранен. Стул от 2 до 5 раз в сутки, жидкий, водянистый, с примесью слизи и кислым запахом. Наружные половые органы сформированы по женскому типу.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Перечислите план и цель дополнительных методов исследования у пациента.
4. Какова Ваша тактика ведения пациента при сохранении грудного вскармливания? Дайте родителям подробные указания.
5. Укажите тактику вакцинопрофилактики у данного пациента с лактазной недостаточностью.

Ответ к ситуационной задаче № 24

1. Первичная лактазная недостаточность.
2. Диагноз установлен на основании: жалоб родителей на неустойчивый стул, отставание в физическом развитии; данных анамнеза (с первых дней жизни у ребѐнка частый водянистый стул, иногда с пеной, слизью, зеленью; вскармливание до 2 месяцев грудное, затем в питание добавлена смесь «НАН», после чего стул улучшился; отец ребѐнка плохо переносит молоко); наличия клинических проявлений синдрома мальабсорбции, белково-знергетической недостаточности - дефицит массы тела 15%, анемический, диспепсический, умеренный миатонический синдром.
3. - Общий анализ крови (эритроциты, гемоглобин, лейкоциты, тромбоциты, СОЭ);
- биохимический анализ крови (о. белок, альбумин, глюкоза, показатели обмена
железа);
- определение уровня экскреции углеводов с калом;
- копрологическое исследование;
- водородный дыхательный тест;
- анализа кала на микрофлору;
- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства;
- консультация врачом-генетиком.
4. 1) Лактазная недостаточность не является показанием для перевода ребѐнка на искусственное вскармливание.
2) Обеспечение ферментации 100 мл молока (в каждое кормление грудным

молоком): «Лактаза Бэби» (1 капсула =7 мг = 700 ед. лактазы), «Лактазар». 3) Сцедить 20-30 мл молока. Добавить в молоко фермент (от 1 до 4 капсул в зависимости от состояния ребѐнка, уровня углеводов в кале). Оставить молоко при комнатной температуре на 10 минут. Дать ребѐнку ферментированное молоко. Приложить ребѐнка к груди.
5. Вакцинация проводится согласно календарю прививок, но в периоде клинико-лабораторной ремиссии, или по эпидемическим показаниям.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 25

На патронаже новорожденная девочка, возраст – 7 сутки жизни. Родилась с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов, с массой тела 3400 г, длиной 52 см. Мать ребенка жалоб не предъявляет. Из анамнеза: матери ребенка 22 года, здорова, беременность первая, протекала на фоне анемии и преэклампсии легкой степени (отечная форма), роды срочные, без осложнений. Состояние ребенка с рождения удовлетворительное. К груди была приложена в родильном зале. На 3 сутки жизни появилась умеренно выраженная желтушность кожного покрова. На 5 сутки ребенок был выписан под наблюдение участкового педиатра с Ds: здоров.

При объективном исследовании: состояние удовлетворительное. При кормлении активна. Спонтанная двигательная активность достаточная. Рефлексы орального и спинального автоматизма выражены хорошо. Кожа желтушная, чистая, пупочное кольцо без воспалительных изменений. Слизистые розовые, чистые. Склеры субиктеричны. Физиологический мышечный гипертонус. Костно-суставная система сформирована правильно. ЧД - 48 в минуту, ЧСС - 136 в минуту. Аускультативно дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не определяется. Мочеиспускания частые, моча светлая прозрачная. Стул кашицеобразный, почти после каждого кормления, желтого цвета.

Общий ан. крови: Л – $9{,}0\times10^{9}$/л, эр. – $5{,}0\times10^{12}$/л, Нв – 180 g/L, тр. – 220×10^{9}/л; эоз. – 4%, п/яд – 2%, с/яд – 48%, лимфоциты – 41%, моноциты – 5%, СОЭ – 3 мм/час.

Биохимический ан. крови: общий белок – 54 г/л, общий билирубин – 180 ммоль/л, непрямой билирубин – 145 ммоль/л, АЛТ – 20 ммоль/л, АСТ – 18 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, мочевина – 4,2 ммоль/л, К – 5,1 ммоль/л, Na – 140 ммоль/л.

Ребенок БЦЖ - вакцинирован, отказ матери от вакцинации против гепатита В.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Дальнейшее наблюдение данного ребенка на амбулаторном этапе.

4. Какие клинические симптомы будут свидетельствовать о данном заболевании необходимости дальнейшего обследования и лечения в условиях стационара?
5. Составьте план вакцинопрофилактики для данного ребенка на первые 3 месяца.

Ответ к ситуационной задаче № 25

1. Период новорождѐнности. Физиологическая желтуха. Группа здоровья II.
2. Обоснование диагноза:
- манифестация желтухи на 3 сутки жизни,
- удовлетворительное состояние ребѐнка,
- отсутствие гепатомегалии,
- физиологическая окраска мочи и стула,
- преобладание непрямого билирубина,
- группа здоровья II: физиологическая желтуха, отягощѐнный антенатальный период – у матери анемия, преэклампсия.
3. Патронажи врачом на 14, 21 сутки. Оценка течения данного состояния - оценка степени выраженности, нарастания или угасания желтухи. Если с конца первой недели и к началу второго патронажа желтуха не будет угасать, необходимо сделать контроль билирубина крови, непрямой его фракции, трансаминаз, ЩФ и принять решение о госпитализации ребѐнка. Если исследуемые показатели не нарастают и/или снижаются, ребѐнок продолжает наблюдаться на участке. Необходимо сохранять грудное вскармливание. Назначаются препараты УДХК из расчѐта 10-15 мг/кг/сутки, энтеросорбенты до нормализации уровня билирубина. Если исследуемые показатели нарастают, ребѐнок должен быть госпитализирован в отделение патологии новорожденных стационара.
4. Вялость, снижение активности при сосании, снижение спонтанной двигательной активности, отсутствие прибавки в массе тела ежедневно, появление зеленоватого оттенка желтухи, нарастание гепатомегалии, увеличение селезѐнки, появление тѐмной мочи, светлого или обесцвеченного стула, сохранение желтухи после 14 дня жизни.
5. При нормализации уровня билирубина в 1 месяц - первая вакцинация против гепатита В, затем в 2 месяца и в 7 месяцев. В 2 и 3 месяца вакцинация против пневмококковой инфекции. В 3 месяца вакцинация АКДС+полиомиелит. В 3 месяца вакцинация против гемофильной палочки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 26

Мать с ребенком 4 месяцев на приеме у врача-педиатра участкового по поводу выраженных приступов кишечной колики, срыгиваний после каждого кормления.

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

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекающей с угрозой прерывания в 12 недель, гестоз второй половины беременности. Роды

первые, срочные, масса тела – 3900 г, длина – 54 см. Осмотрен врачом-неврологом – поставлен диагноз «перинатальное поражение ЦНС», выписан на 4 сутки. С рождения находится на искусственном вскармливании, смесь «Малютка 1». Проживают в сельской местности, у врача-педиатра участкового ранее не наблюдался, не привит.

Объективно: масса тела – 5060 г, длина – 57 см, ЧСС – 120 ударов в минуту, ЧД – 36 в минуту. Состояние средней тяжести, двигательная активность сохранена. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые, влажные. Дыхание через нос свободное, периферические лимфатические узлы не увеличены. Над легкими перкуторно – легочной звук, аускультативно – пуэрильное дыхание. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны сердца звучные, ритмичные, на верхушке выслушивается негрубый систолический шум. Живот округлой формы, вздут, при пальпации «урчание» по ходу кишечника. Стул сегодня 2 раза жидкий, пенистый с кислым запахом. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования пациента.
4. Какие рекомендации по питанию нужно дать этому ребенку?
5. Медикаментозная коррекция выявленного заболевания.

Ответ к ситуационной задаче № 26

1. Лактазная недостаточность.
2. Диагноз «лактазная недостаточность» поставлен на основании:
- жалоб на приступы кишечной колики, срыгивания после каждого кормления, наличие жидкого, пенистого стула;
- данных анамнеза заболевания – ребѐнок с рождения получает адаптированную смесь «Малютка 1», в это же время появляются жалобы на водянистый, пенистый стул с кислым запахом, примесью слизи и зелени, беспокоят приступы кишечной колики, которые носят интенсивный характер, срыгивания, возникающие после каждого кормления;
- данных объективного осмотра – на фоне отсутствия признаков интоксикации отмечается вздутие живота, при пальпации «урчание» по ходу кишечника.
3. Для диагностики лактазной недостаточности необходимо следующее обследование – копроскопия (копрограмма) с определением pH кала, либо определение общего содержания углеводов в кале (инвазивная методика), либо нагрузочный тест с лактозой, либо водородный тест. Учитывая что ребѐнок не наблюдается врачом-педиатром с рождения – показано обследование ребѐнка по приказу 1346н: ОАК, ОАМ, УЗИ внутренних органов, ЭХОКГ, осмотр врача-невролога, врача-детского хирурга, врача-офтальмолога , врача-ортопеда, врача-педиатра.
4. Учитывая, что ребѐнок находится на искусственном вскармливании следует назначить лечебную смесь с таким количеством лактозы, которое

переносит пациент. Начинаем с низколактозных смесей (Нестожен низколактозный, Нутрилон низколактозный, Хумана-ЛП), которую вводят постепенно, заменяя предшествующую смесь. Если на полном объѐме низколактозной смеси сохраняется клиника, тогда меняем еѐ на безлактозную смесь (НАН безлактозный, Нутрилак безлактозный, Энфамил лактофри). Ведение прикорма происходит в те же сроки, что и для здоровых детей, но их готовят не на молоке, а на низко- или безлактозной смеси, которую получает ребѐнок. Не используют молочные продукты (молоко, кисломолочные продукты), либо применяют их вместе с назначением лактазы. При невозможности кормить ребѐнка лечебной смесью допускается кормления адаптированной смесью параллельно назначив медицинскую коррекцию лактазной недостаточности.
5. Лактазная недостаточность не является показанием для перевода ребѐнка на искусственно вскармливание, поэтому дети на грудном вскармливании должны получать фермент – лактаза (Лактаза Бэби, Лактозар для детей) 700 ед - 1 капсула, дозировка 1 капсулу (на 100,0 мл молока) разводят в предварительно сцеженное молоко 20,0 мл, данную смесь выпаивают из ложки, продолжают кормление грудью. Лактазу необходимо применять абсолютно в каждое кормление.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 27

На приеме у врача-педиатра участкового мама с 6-месячным мальчиком предъявляет жалобы на свистящий звонкий шум («петушиный крик»), который возникает во время вдоха при плаче ребенка, в покое дыхание свободное, тихое, голос звонкий.
Из анамнеза известно, что ребенок родился в срок, вес 3300 г, рост 56 см. Беременность и роды у матери 26 лет протекали без осложнений. Мальчик нормально развивается и набирает вес. Настоящие жалобы появились с рождения, неделю назад на фоне подъема температуры до 37,5°С, со слов мамы, у ребенка резались зубы, на высоте плача было затруднение вдоха с синюшным окрашиванием кожных покровов и западением мягких тканей в межреберных промежутках грудной клетки при вдохе.
Объективно: состояние ребенка удовлетворительное, температура тела 36,6°С, кожа розовая, дыхание свободное, в покое бесшумное, ЧД – 32 в минуту, пульс – 110 в минуту, голос звонкий. В момент плача появилось шумное дыхание на вдохе. При фарингоскопии: задняя стенка глотки розового цвета, небные миндалины I степени, в лакунах патологическое содержимое отсутствует. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Выберите тактику лечения ребенка при такой патологии.

5. Назовите наиболее вероятные развития данной врожденной патологии.

Ответ к ситуационной задаче № 27

1. Врожденный стридор. Ларингоспазм.
2. Диагноз «врожденный стридор» установлен на основании жалоб на свистящий звонкий шум («петушиный крик»), который возникает во время вдоха при плаче ребѐнка, в покое дыхание свободное, тихое, голос звонкий; анамнеза (настоящие жалобы появились с рождения); объективных данных (состояние ребѐнка удовлетворительное, температура тела 36,6 °С, кожа розовая, дыхание свободное, в покое бесшумное, ЧД 40 в 1 минуту, ЧСС 120 в 1 минуту, голос звонкий, в момент плача появилось шумное дыхание на вдохе). Диагноз «ларингоспазм» установлен на основании анамнеза: неделю назад на фоне подъѐма температуры до 37,5 °С, со слов мамы, у ребѐнка резались зубы, на высоте плача было затруднение вдоха с синюшным окрашиванием кожных покровов и западением мягких тканей в межрѐберных промежутках грудной клетки при вдохе.
3.Консультация врача-оториноларинголога для установки диагноза и выбора тактики лечения. Ларингоскопия с помощью ларингоскопа с целю обнаружения патологии гортани. Трахеобронхоскопия с целью обнаружения патологии трахеи и крупных бронхов. Выбор метода лечения врождѐнного стридора зависит от причины, которая вызвала заболевание. При ларингомаляции (чрезмерная мягкость хрящей гортани) в большинстве случаев явления врождѐнного стридора уменьшаются к 6 месяцу жизни ребѐнка, а исчезают полностью к 3 годам. Рекомендуется периодическое наблюдение у врача-оториноларинголога, специального лечения не проводится. В тяжѐлых случаях и при наличии подскладкового сужения гортани, гемангиомы, папилломатоза приходится прибегать к оперативному лечению с использованием лазера.
4. Наиболее частая причина - ларингомаляция, которая часто встречается у недоношенных детей, у детей с гипотрофией, рахитом. Врождѐнный стридор возможен при врождѐнном параличе голосовых складок, подскладковом стенозе и врождѐнной рубцовой мембране гортани. А также: кисты гортани, подскладковая гемангиома, папилломатоз гортани, трахеомаляция. Врождѐнный стеноз трахеи. Сосудистое кольцо – аномальное расположение больших сосудов, которые могут вызывать сдавление трахеи.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 28

Мальчик С. 12 лет пришел на прием к врачу-педиатру участковому с жалобами на «кислую» отрыжку, изжогу, чувство тяжести после приема пищи, осиплость голоса по утрам и ощущения «кома в горле».

Рос и развивался в соответствии с возрастом. Привит по национальному календарю. Мама: 36 лет, хронический гастродуоденит. Отец: 38 лет, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Родители курят.

Мальчик помимо школы дополнительно занимается иностранным языком, увлекается боулингом. Вредных привычек нет. 4-5 раз в неделю питается в пунктах быстрого питания. Первые симптомы: отрыжка воздухом или

кислым, изжога появилась 4 месяца назад; последние 3-4 недели изжога после каждого приема пищи, усиливающаяся при наклонах, особенно во время игры в боулинг; утром на подушке отмечает следы мокрых пятен.
При осмотре: кожа чистая, питание удовлетворительное. Язык обложен белым налетом. В легких без патологии. Тоны сердца звучные, экстрасистолия. Живот доступен пальпации. Болезненность при глубокой пальпации в пилородуоденальной зоне. Симптом Мендаля отрицательный. Печень и селезенка не пальпируется. Толстый кишечник не спазмирован. Стул со склонностью к задержке до 36 часов. Дизурических симптомов нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты какой группы антисекреторных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии?
5. Составьте план лечения больного.

Ответ к ситуационной задаче № 28

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рефлюкс-эзофагит. Хронический гастродуоденит, обострение.
2. Диагноз «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь» поставлен на основании типичных эзофагеальных (пищеводных) симптомов: отрыжка «кислым», изжога, усиливающаяся при физических нагрузках, наклонах, симптом «мокрого пятна», внепищеводных (экстраэзофагеальных): осиплость голоса по утрам и ощущения «кома в горле»; «хронический гастродуоденит» на основании жалоб на чувство тошноты после еды, нарушения качества и режима приѐма пищи, отягощѐнной наследственности по хронической гастродуоденальной патологии у курящих родителей.
3. Пациенту рекомендовано: ЭФГДС. Обследование на HP-инфекцию. при возможности 24-час pH метрия. ЭКГ.
4. Предпочтительны ингибиторы протонного насоса, рассматривающиеся как средства первой линии, при невозможности назначить ИПН можно назначить H2-антигистаминные средства.
5. Рекомендации по назначению стиля жизни. После приѐма пищи не ложиться в течение часа. Последний прием пищи за 2-3 часа до сна. Спать с приподнятым головным концом кровати на 15 см. Снизить объѐм принимаемой пищи и жиров, увеличить долю белков. Антисекреторные препараты, антацидные препараты.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 29

Девочке 4,5 месяцев с неотягощенным анамнезом проведена вторая вакцинация против коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита и пневмококковой инфекции отдельными шприцами в разные участки тела. Вакцина АКДС введена внутримышечно в среднюю треть правого бедра. Предыдущую вакцинацию в возрасте трех месяцев перенесла хорошо. На 2-й день после вакцинации мать обратилась в поликлинику с жалобами на

повышение температуры тела до 38,7°С, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины АКДС (в средней трети правого бедра). Расценивая указанные симптомы, как осложнение после прививки, она обратилась с жалобой в администрацию поликлиники.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела 38,0°С. Кожный покров розовый, горячий, сухой. Видимые слизистые розовые, чистые. Носовое дыхание свободное. В легких при сравнительной перкуссии легочный звук, одинаковый на симметричных участках.

Аускультативно дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет. ЧДД 48 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 132 в минуту. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 1 см от края реберной дуги, край ровный, безболезненный. Селезенка не пальпируется.

Стул кашицеобразный до 4 раз в день. Мочеиспускание безболезненное, не учащено. Локально: в месте введения вакцины в средней трети правого бедра – инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отек мягких тканей диаметром 3 см.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, проведите его обоснование.
2. Какие лечебные мероприятия следует назначить?
3. Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС.
4. Выдержаны ли сроки введения вакцины АКДС, полиомиелита и пневмококковой инфекции?
5. Следует ли в данном случае подать экстренное извещение в региональный центр Роспотребнадзора? В каком случае подается экстренное извещение в региональный центр Роспотребнадзора?

Ответ к ситуационной задаче № 29

1. Диагноз «реакция на прививку АКДС: гипертермический синдром, инфильтрат средней трети правого бедра». Поствакцинальная реакция отражает нормальное течение вакцинального процесса, не угрожает жизни и здоровью, не оставляет последствий. Возникает в течение первых двух суток после вакцинации. Может быть местной и общей. Проявления общей реакции на вакцину: температура тела до 39° С; местная реакция: гиперемия диаметром до 8 см, инфильтрат диаметром до 5 см.
2. 1. Ибупрофен 8-10 мг/кг в виде ректальной свечи в случае повышения температуры тела выше 38,5 °С. Возможно назначение Парацетамола в дозе 15 мг/кг в виде ректальной свечи в случае повторного повышения температуры тела выше 38,5 °С. Максимальная суточная доза Парацетамола не должна превышать 60 мг/кг массы тела.
2. Наблюдение участковой медицинской сестрой в течение 2 суток.
3. Поствакцинальное осложнение – это симптомокомплекс, развивающийся в результате нарушения техники вакцинации, введения некачественной вакцины или индивидуальных особенностей организма ребѐнка. Требуют лечебных мероприятий и расследования причин.

Местные осложнения – гиперемия более 8 см в диаметре, инфильтрат более 5 см в диаметре, абсцесс, флегмона. Общие – общие чрезмерные реакции – температура более 39,5 °С; неврологические осложнения – пронзительный мозговой крик в течение нескольких часов, афебрильные судороги; энцефалит; аллергические осложнения – крапивница, отѐк Квинке, анафилактический шок.
4. Сроки вакцинации против коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита и пневмококковой инфекции соблюдены. 3 месяца Первая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка Первая вакцинация против полиомиелита Первая вакцинация против гемофильной инфекции (группы риска). 4,5 месяца Вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка. Вторая вакцинация против полиомиелита. Вторая вакцинация против пневмококковой инфекции. Вторая вакцинация против гемофильной инфекции (группы риска).
5. В данной ситуации подача экстренного извещения не требуется. Экстренное извещение в региональный центр Роспотребнадзора подаѐтся в случае возникновения осложнения при проведении любой вакцинации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 30

Девочке 4,5 месяцев с неотягощенным биологическим анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит инактивированной вакциной+пневмококковая (конъюгированная). Предыдущие прививки АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенесла хорошо. На 2 день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°С, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы как осложнение после прививки, она обвинила врача и медсестру в «непрофессионализме».
При осмотре температура тела 37,8°С. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины – инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отек мягких тканей диаметром 2 см.

Вопросы:

1. Дайте заключение по данному случаю.
2. Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС.
3. Подлежит ли ребенок медицинскому отводу от дальнейших прививок против дифтерии, коклюша, столбняка?
4. Каковы абсолютные противопоказания для вакцинации ребенка против дифтерии, коклюша, столбняка.
5. Тактика врача-педиатра участкового.

Ответ к ситуационной задаче № 30

1. Обычная (допустимая) общая и местная поствакцинальная реакция на АКДС. Вакцина против полиомиелита и пневмококковой инфекции не вызывает подобных реакций.
2. Осложнения на вакцину АКДС: местные реакции (отѐк и гиперемия мягких тканей), аллергические сыпи, аллергические отѐки (отѐк Квинке),

астматический синдром, синдром крупа, геморрагический синдром, токсико-аллергическое состояние, коллаптоидное состояние, анафилактически шок.
3. Ребѐнок не подлежит медицинскому отводу от дальнейших прививок. Дальнейшая вакцинация проводится согласно национальному календарю прививок: третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка в 6 месяцев, I ревакцинация в 18 месяцев вакциной АКДС. Из-за реактогенности вакцины АКДС можно рекомендовать использование для прививок ребѐнку ацелюллярной вакцины (с бесклеточным коклюшным компонентом).
4. Сильная реакция или осложнение на предыдущее введение вакцины. Прогрессирующие заболевания ЦНС. Афебрильные судороги в анамнезе.
5. Врач-педиатр участковый должен:информировать родителей о возможных допустимых реакциях у ребѐнка на вакцинацию АКДС; информировать родителей о разнице между нормальной поствакцинальной реакцией и поствакцинальным осложнением; документировать в амбулаторной карте ребѐнка (форма 112/у) добровольное согласие родителей на профилактические прививки в порядке, установленном законодательством РФ(форма019н– добровольное согласие).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 31

На профилактическом приеме в детской поликлинике у врача-педиатра участкового мать с ребенком 8 месяцев. Ребенок находится на естественном вскармливании. Жалоб нет. Из анамнеза известно, что мальчик от второй беременности, вторых родов. Настоящая беременность протекала на фоне анемии, угрозы прерывания. Роды в сроке 39 недель, оперативные. Масса при рождении 3300 г, длина тела 53 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Выписан из роддома на 4 сутки.
Объективно: состояние удовлетворительное. Масса 9500 г, длина тела 72 см. Ребенок встает у опоры, произносит слоги с разными интонациями, по просьбе делает «ладушки». Кожа бледно-розовая, эластичная, конъюнктивы, слизистые полости рта, красной каймы губ чистые, розовые. Подкожно-жировой слой развит достаточно, тургор упругий. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Мышечный тонус физиологический. Большой родничок 1,0×1,0 см. зубов – 4. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот овальной формы, не вздут, мягкий. Печень по краю правой реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета, кашицеобразный, без патологических примесей 1–2 раза в сутки.
Общий ан. крови: RBC – $4{,}5\times10^{12}$/л, HGB – 126 г/л, WBC – $7{,}8\times10^{9}$/л, EOS – 2%, NEU – 35%, LYM – 59%, MON – 4%, СОЭ – 4 мм/час. Общий ан. мочи: цвет – светло-желтая, прозрачная; отн. плотность – 1008; белок – отр.; глюкоза – отр.; эпителий – 1–2 в п/зр; Le – 2–3 в п/зр; эритроциты – 0–0; цилиндры – 0–0; слизь – отр.; соли – отр. Копрограмма: соединительная ткань (-), мышечные волокна (-), нейтральный жир (-), жирные кислоты (-), мыла (-), перевариваемая клетчатка (+), крахмал (-), йодофильные бактерии (-), слизь (-), Le – 0–1, эритроциты – 0–0, эпителий – 0–1, простейшие – не обнаружено, яйца глист – не обнаружено.

Вопросы:

1. Оцените физическое развитие ребенка.
2. Оцените нервно-психическое развитие ребенка.
3. Укажите неблагоприятные факторы из анамнеза жизни, которые могут оказать влияние на состояние здоровья. Оцените данные объективного исследования и результаты лабораторных исследований.
4. Составьте индивидуальное питание ребенку на один день. Укажите потребности в белках, жирах, углеводах и энергии на кг массы тела.
5. Назначьте профилактическую дозу витамина Д.

Ответ к ситуационной задаче № 31

1. Длина тела = 72 см (среднее значение). Масса тела = 9500 г. (среднее значение). Окружность грудной клетки = 46 см (среднее значение). Окружность головы = 45 см (среднее значение). Физическое развитие соответствует возрасту (Физическое развитие по уровню биологической зрелости соответствует паспортному возрасту. Морфофункциональный статус гармоничный).
2. Нервно-психическое развитие:
Ра – 8 месяцев.
Рп – 8 месяцев.
До – 8 месяцев.
Др – 8 месяцев.
Н – 8 месяцев.
Заключение: I группа НПР.
3. Неблагоприятное течение беременности: анемия, угроза прерывания, оперативное родоразрешение. Патологических изменений в результатах объективного исследования и результатах лабораторных исследований нет.
4. Режим № 3. Естественное вскармливание. Vсут. = 1000 мл. Vраз. = 200 мл через 4 часа. Индивидуальное питание на один день:
6.00: грудное молоко 200,0;
10.00: каша 180,0 + ½ яичного желтка + фруктовое пюре 80,0;
14.00: мясное пюре 50,0 + овощное пюре 180,0 + фруктовый сок 80,0;
18.00: творог 50,0 + кефир 200,0 + печенье 1 шт.;
22.00: грудное молоко 200,0;
Потребность в белках – 2,9 г/кг, в жирах – 5,5 г/кг, углеводах – 13 г/кг, энергии – 110 ккал/кг.
5. Холекальциферол 500 МЕ в сутки (Аквадетрим или Вигантол).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 32

Педиатр на патронаже у новорожденной девочки 5 дней. Ребенок от 1-й беременности, срочных родов. Масса тела при рождении – 3100 г, длина – 51 см. Закричала сразу, к груди приложена в течение 10 минут после рождения. На 5 сутки жизни появилось нагрубание молочных желёз.
Состояние ребёнка удовлетворительное, сосёт хорошо, активна, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, 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. В лёгких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчётливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезёнка не пальпируется. Стул с непереваренными комочками, прожилками слизи, примесью жидкости, учащён до 7–8 раз.

В общем ан. крови: Нв – 186 г/л, эр. – $5{,}6\times10^{12}$/л, Л – $6{,}4\times10^{9}$/л, п/яд – 5%, с/яд – 42%, эоз. – 1%, лимфоциты – 45%, моноциты – 7%, СОЭ – 2 мм/час.

Общий ан. мочи: цвет – соломенно-жёлтый, реакция кислая, удельный вес – 1004, эпителий плоский – много, лейкоциты – 2–3 в поле зрения, эритроциты – 4–5 в поле зрения, соли – кристаллы мочевой кислоты, белок – отрицателен.

Вопросы:

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребёнка?
2. С чем связана физиологическая убыль массы тела ребёнка?
3. Оцените результаты общего анализа крови и общего анализа мочи. Необходима ли консультация врача-нефролога?
4. С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция?
5. Чем объяснить увеличение молочных желёз? Необходима ли консультация врачахирурга?

Ответ к ситуационной задаче № 32

1. Физиологическая убыль массы тела, милиа, половой криз в форме нагрубания молочных желез, транзиторный катар кишечника, транзиторное шелушение кожных покровов, мочекислый инфаркт.
2. Физиологическая потеря массы тела связана с недостаточным поступлением молока в первые дни жизни, что обусловлено становлением лактации на 3-4 день после родов и связано с гормональной активностью гипофизарной системы, потерей жидкости, с переходом на аэробный тип дыхания и потерей жидкости через кожу. Физиологическая убыль массы тела не должна превышать 6 – 8 % от первоначальной массы при рождении.
3. В анализе крови отмечается транзиторная полицитемия (повышенное содержание гемоглобина и эритроцитов), характерная для новорожденных детей. Формула крови отражает перекрест с равным количеством нейтрофилов и лимфоцитов, который отмечается на 4-5 день жизни. Изменения в анализах мочи характерны для мочекислого инфаркта и связаны с катаболической направленностью обменных процессов у новорожденных в первые дни жизни. Эти изменения проходят к концу 1 недели жизни и не требуют консультации врача-нефролога, так как являются парафизиологическим состоянием.
4. Изменение стула характеризует транзиторный катар кишечника, который связан с изменением характера питания, переходом на лактотрофный тип питания и раздражение кишечника жирами и белками молозива, заселением кишечника условно патогенной флорой, низкой кислотность желудочно-

кишечного тракта. Данное состояние коррекции не требует. Стул становится гомогенным и однородным к концу 1-2 недели жизни.

5. Увеличение молочных желез отражает половой криз как у девочек, так и у мальчиков. Появление полового криза связано с освобождением организма новорожденного ребѐнка от материнских эстрогенов. Обратное развитие наступает спустя1-2 недели, специального лечения данное состояние не требует. Запрещается выдавливание секрета из молочных желез и обработка дезинфицирующими требуется средствами.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 33

Родители ребёнка (девочка 14 лет) обратились к врачу-педиатру участковому с жалобами на снижение её успеваемости в школе, частую головную боль по утрам, избирательный аппетит, утомляемость.

При осмотре девочки обращает на себя внимание астеничность больной, бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Отмечается истончение и ломкость ногтей и волос, заеды в углах рта. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 20 в минуту. При аускультации на верхушке выслушивается лёгкий систолический шум. ЧСС - 80 в минуту. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Стул регулярный 1 раз в день, оформленный, диурез достаточный.

В общем ан. крови: эр. - $3{,}6\times10^{12}$/л, Нв - 88 г/л, ЦП - 0,73, MCV - 75 fL, MCH - 24 pg, MCHC - 300 г/л.

В мазках эритроциты бледной окраски, микроанизоцитоз ++.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Сформулируйте план лечения данной пациентки.
5. Назовите клинические проявления передозировки препаратами железа и методы детоксикации.

Ответ к ситуационной задаче № 33

1. Железодефицитная анемия средней степени тяжести. 2. Диагноз «железодефицитная анемия» установлен на основании данных объективного осмотра (наличие анемического и сидеропенического синдромов) и результатов анализа крови и морфологии эритроцитов(гипохромная анемия с микроанизоцитозом).

3. Биохимический анализ крови: сывороточное железо, общая железосвязывающая способность сыворотки, ферритин, АЛТ, АСТ, билирубин и его фракции, мочевина, креатинин, глюкоза, общий белок. Для подтверждения дефицита железа и выявления заболеваний, которые могут сопровождаться хронической кровопотерей или приводить к нарушению усвоения железа. Общий анализ мочи, копрограмма. Анализ кала на яйца гельминтов, кал на скрытую кровь. УЗИ органов брюшной полости, почек, мочевого пузыря, малого таза.

4. Лечение железодефицитной анемии. В настоящее время все препараты железа разделяют на две группы: ионные железосодержащие препараты (солевые, полисахаридные соединения железа) – Гемофер, Ферронат, Сорбифер-дурулес, Ферроплекс и др.; неионные соединения (гидроксид-полимальтозный комплекс трѐхвалентного железа) – Мальтофер, Феррум лек. Неионные соединения железа, представленные гидроксид-полимальтозным комплексом Fe (III): структура комплекса состоит из многоядерных центров гидроксида – Fe (III), окружѐнных нековалентно связанными молекулами полимальтозы. Химическая структура данного комплекса максимально приближена к структуре естественных соединений железа с ферритином. Данные особенности гидроксид-полимальтозного комплекса Fe (III) обеспечивают поступление трѐхвалентного железа из кишечника в кровь путем активного всасывания. Это объясняет невозможность передозировки препаратов в отличие от солевых соединений железа, всасывание которых происходит по градиенту концентрации. Рекомендуемая доза препаратов Fe (III) на основе гидроксид-полимальтозный комплекса трѐхвалентного железа в детской практике должна составлять 5 мг/кг массы тела в сутки независимо от возраста. Назначение препаратов неионного Fe (III) не требует постепенного увеличения дозы до терапевтической и лечение начинается с полной дозы. При необходимости может быть использована так называемая «трапециевидная» методика расчѐта лечебной дозы препарата железа, которая применяется при проведении ферротерапии только солевыми препаратами железа. Солевые препараты железа целесообразно назначать за 1–2 часа до или после еды. При плохой переносимости можно применять данные лекарственные средства и во время еды, но биодоступность медикаментозного железа при этом будет значительно снижаться. Полную терапевтическую дозу препарата пациент должен принимать в течение 6 недель. Ферротерапию целесообразно продолжать после достижения нормальных уровней гемоглобина еще в течение 2–3 месяцев в зависимости от количества факторов риска развития ЖДА. Суточная доза элементарного железа при этом должна соответствовать 1/2 терапевтической дозы.

5. При назначении препаратов железа у больных со сниженным уровнем трансферрина в крови возникает отравление из-за увеличения уровня свободного железа в крови. Свободное железо является капиллярным ядом. В первые 6–8 часов у больного наблюдаются покраснение кожи лица, шеи, прилив крови к голове, грудной клетке, снижается артериальное давление, появляется тахикардия, возникают эпигастральные боли, тошнота, рвота (в том числе кровью), диарея, сонливость. Нарушение кровотока в кишечнике и других тканях приводит к освобождению из них ферритина – мощного гипотензивного вещества, подавляющего реакцию сосудов на норадреналин и ангиотензин. В течение 12–24 часов возникают метаболический ацидоз, лейкоцитоз, конвульсии, шок, кома, через 2–4 дня появляются почечные и печѐночные некрозы. Возможен летальный исход.

Для купирования начальных симптомов передозировки применяют промывание желудка, дают в пищу вещества, связывающие препарат (молоко с яичным белком). В дальнейшем применяется специфическая терапия – Дефероксамин (Десферал) – и симптоматическая терапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 34

Ребенок 2,5 лет заболел остро вчера с подъема температуры до 37,6 °С, появления насморка и редкого сухого кашля. В семье у отца ребенка в течение 3-х дней отмечаются респираторные симптомы (кашель, насморк). Мать ввела ребенку виферон в свечах и вызвала врача-педиатра участкового.

При осмотре врачом-педиатром участковым состояние ребенка оценено как среднетяжелое, температура тела 38,0°С, активен, аппетит не нарушен, кожные покровы чистые, физиологической окраски. Из носа обильное прозрачное жидкое отделяемое, отмечается редкий сухой кашель, склерит, умеренная гиперемия конъюнктив. В зеве умеренная гиперемия слизистых оболочек, миндалины за дужками без налетов, задняя стенка глотки зернистая, стекает прозрачная слизь. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез не изменены.

Из анамнеза жизни известно, что преморбидный фон не отягощен. Привит ребенок по возрасту. Два дня назад сделана прививка против гриппа (гриппол плюс). Болеет редко. Семья благополучная. Есть старший ребенок 5 лет, в настоящее время здоров, ходит в детский коллектив.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз. Связано ли данное заболевание с вакцинацией против гриппа?
2. Определите и обоснуйте показания для госпитализации.
3. Требуется ли пациенту дополнительное обследование? Обоснуйте свое решение.
4. Назначьте необходимое лечение и обоснуйте его.
5. При каком условии необходим повторный осмотр ребенка?

Ответ к ситуационной задаче № 34

1. Диагноз «острый назофарингит, среднетяжѐлая форма». Вакцинальный период вакцинации против гриппа. Острый назофарингит диагностируется при остро возникших насморке и/или кашле, при этом исключают грипп и поражения другой локализации. В семье есть случай заболевания взрослого (отец) респираторной инфекцией. Данное заболевание не связано с вакцинацией против гриппа, имеет место вакцинация против гриппа на фоне инкубационного периода острого назофарнгита.
2. Оснований для госпитализации нет, ввиду отсутствия клинических, и социальных эпидемиологических показаний. Клиническими показаниями для госпитализации являются осложнения, которые у данного пациента отсутствуют.
3. Пациенту не требуется дополнительное обследование, так как отсутствуют

клинические признаки бактериальной инфекции, требующие проведения общего анализа периферической крови для определения показаний к назначению антибактериальной терапии.
4. Лечение острого назофарингита средней степени тяжести включает режимные моменты, этиотропную и симптоматическую терапию.
В квартире необходимо поддерживать температуру не более 21 °С, обеспечить достаточную влажность воздуха (увлажнители), что обеспечивает снижение сухости слизистых оболочек и предотвращение возможности достаточного образования и выведения мокроты. Мать с первого дня болезни применяет для лечения ребѐнка Виферон (интерферон альфа-2b), в качестве этиотропной терапии данный препарат можно продолжить до 5 дней, так как противовирусные препараты уменьшают длительность лихорадки на 1-2 дня, что улучшает качество жизни больного.
В качестве симптоматической терапии возможно назначение антипиретиков только при температуре тела выше 39 °С, так как у ребѐнка не отягощѐн преморбидный фон, в качестве антипиретика в этом случае допустимо назначение препаратов из группы парацетамола или ибупрофена. В момент осмотра врачом-педиатром необходимо ребѐнка раздеть и обтереть тканью, смоченной водой 25-30 °С. Элиминационная терапия - введение в нос физиологического раствора 2-3 раза в день, что обеспечивает удаление слизи и восстановление работы мерцательного эпителия. Деконгестанты - коротким курсом до 2-3 дней для обеспечения борьбы с заложенностью носа. Ингаляции физиологического раствора для перевода кашля из сухого во влажный.
5. Повторный осмотр необходим при сохранении температуры более 3 дней или ухудшении состояния для исключения бактериального осложнения заболевания и решения вопроса о коррекции терапии или необходимости госпитализации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 35

Во время профосмотра ребёнка 1 года жизни врач-педиатр участковый обратила внимание на бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Мать студентка 19 лет; ребёнок быстро утомляется, раздражителен, не активен, мать отмечает потерю аппетита. Питание ребёнка: молочная манная каша дважды в день, картофельное пюре, молоко, из мясных продуктов курица 1–2 раза в неделю. Гуляют редко. Из анамнеза: ребёнок от 1-й беременности, протекавшей на фоне анемии лёгкой степени тяжести, первых физиологических родов, искусственное вскармливание с 2 мес. – смесь «Малютка 1», с 6 мес. – цельное коровье молоко, злаковый прикорм - с 5 мес., мясные продукты и овощи получает с 8 месяцев. В настоящее время в сутки употребляет до 600 мл молока и кефира. На первом году мальчик 6 раз болел ОРВИ.
При осмотре: состояние у мальчика удовлетворительное. Рост – 78 см, масса – 12 кг. Бледность кожных покровов и видимых слизистых, ушных раковин, подкожножировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно,

периферические лимфатические узлы не увеличены, мышечная гипотония. Отмечается истончение и ломкость ногтей и волос, заеды в углах рта. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД – 30 в минуту. Со стороны сердца: тоны приглушены, выслушивается систолический шум, границы сердца не расширены. ЧСС – 128 ударов в минуту. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из подреберья. Стул регулярный 1 раз в день, оформленный, диурез достаточный.

В общем ан. крови: Эр. – $3{,}5\times10^{12}$/л, Нв – 89 г/л, ЦП – 0,76. В мазках: Эр. бледной окраски, микро-анизоцитоз.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение и обоснуйте его.
5. Через 3 недели приёма лекарственного препарата Er – $4{,}0\times10^{12}$/л, Hb – 118 г/л, ретикулоциты – 3%. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

Ответ к ситуационной задаче № 35

1. Железодефицитная анемия средней степени тяжести. Избыток массы 2 степени. Нормосомия. 2. Диагноз «железодефицитная анемия» установлен на основании данных объективного осмотра (наличие анемического и сидеропенического синдромов) и результатов анализа крови и морфологии эритроцитов. Оценка физического развития произведена с учѐтом возраста ребѐнка и показателей роста и массы тела.

3. Для подтверждения железодефицитной анемии и дифференциальной диагностики с другими видами анемий пациенту необходимо провести: Клинический анализ крови, с определением числа ретикулоцитов, эритрометрических индексов (MCV, MCH, MCHC), морфологии эритроцитов. Биохимический анализ крови: сывороточное железо, ОЖСС, ферритин, АЛТ, АСТ, билирубин и его фракции, мочевина, креатинин, глюкоза, общий белок. Для выявления заболеваний, которые могут сопровождаться хронической кровопотерей или приводить к нарушению усвоения железа. Общий анализ мочи, копрограмма. Анализ кала на яйца гельминтов, кал на скрытую кровь. УЗИ органов брюшной полости, почек, мочевого пузыря, малого таза.

4. Организовать для ребѐнка правильный режим дня: ежедневные прогулки на свежем воздухе не менее 1-1,5 ч, профилактический массаж и гимнастика. Провести коррекцию диеты: сключить цельное молоко, количество кисломолочных напитков не более 200 мл, включить продукты, содержащие железо и другие микроэлементы: мясные продукты, творог, желток, фрукты, овощи. Препараты железа перорально из расчѐта 3-5 мг/кг в сутки в 2-3 приѐма на 4 недели, с последующим контролем гематологических показателей через 10-14 дней.

5. Продолжить терапию препаратами железа в прежней дозе еще в течение 2 недель, с дальнейшим переходом на поддерживающую дозу (0,5 от лечебной

– 2,5 мг/кг в сутки) еще в течение 4 недель, продолжить диетотерапию и динамическое наблюдение с контролем гематологических показателей.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 36

На приеме у врача-педиатра участкового мама с ребенком 3 лет с жалобами на боль в горле, слюнотечение, нарушение глотания и затрудненное дыхание. Из анамнеза известно, что ребенок заболел внезапно, на фоне полного здоровья, появилась лихорадка и боли в горле. Температура тела фебрильная (до 40°С). Через 2 часа присоединилось затруднение дыхания.

Объективно: состояние ребенка средней тяжести, температура тела 38,8°С. Ребенок капризен и возбужден. Кожные покровы бледные, отмечается акроцианоз. Отмечается слюнотечение, ребенок отказывается от еды и питья. Голос приглушенный (как будто больной разговаривает «с положенным в рот горячим картофелем»). Легкое покашливание. Болезненная пальпация остова гортани. Дыхание затруднено, инспираторная одышка, частота дыхания - 40 в минуту, определяется втяжением над- и подключичных ямок, межреберных промежутков, частота сердечных сокращений – 140 ударов в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. При фарингоскопии: умеренная гиперемия задней стенки глотки, виден ярко гиперемированный увеличенный в размерах, инфильтрированный надгортанник.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите наиболее вероятную этиологию данного заболевания.
4. Определите тактику лечения пациента. Препарат какой группы Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте выбор.
5. У ребенка при бактериологическом анализе мазка из глотки определили гемофильную палочку типа – Б (Haemophilus influenzae тип b (Hib)). Ребенок не привит от гемофильной инфекции. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ответ к ситуационной задаче № 36

1. Эпиглоттит. Стеноз гортани (стадия субкомпенсации). 2. Диагноз «эпиглоттит» установлен на основании жалоб: боль в горле, слюнотечение, нарушение глотания и затруднѐнное дыхание; анамнестических данных: внезапное начало заболевания, температура тела фебрильная до 40 °С, через 2 часа присоединилось затруднение дыхания; объективных данных: состояние ребѐнка средней тяжести, температура тела 38,8 °С, кожные покровы бледные, отмечается акроцианоз, отмечается слюнотечение, голос приглушѐнный, лѐгкий кашель, болезненная пальпация остова гортани, дыхание затруднено, инспираторная одышка; при фарингоскопии: умеренная гиперемия задней стенки глотки, виден ярко гиперемированный надгортанник, увеличенный в размерах, инфильтрированный. Диагноз «стеноз гортани» (стадия субкомпенсации) установлен на основании жалоб: на затруднѐнное дыхание; объективных данных: кожные покровы бледные,

отмечается акроцианоз, дыхание затруднено, инспираторная одышка, частота дыхания 40 в 1 минуту, определяется втяжением над- и подключичных ямок, межрѐберных промежутков, частота сердечных сокращений – 140 в 1 минуту, АД 100/60 мм рт. ст.

3. Наиболее частым возбудителем эпиглоттита является гемофильная палочка типа – Б (Haemophilus influenzae тип b (Hib)). Реже причиной болезни бывают бетагемолитические стрептококки групп А, В и С (Streptococcus pyogenes), пневмококки (Streptococcus pneumoniae), клебсиеллы (Klebsiella pneumoniae), псевдомоны, золотистый стафилококк (Staphylococcus aureus), Haemophilus parainfluenzae, Neisseria meningitidis, Mycobacterium, а также вирусы простого герпеса (1 типа) и парагриппа. У пациентов с иммунодефицитными состояниями различного генеза заболевание вызывается чаще всего грибами вида кандида (Candida albicans).

4. Госпитализация больного в стационар. Медикаментозное лечение следует начинать только после восстановления проходимости дыхательных путей, а также в отсутствие признаков затруднения дыхания или при их слабой выраженности (стеноз гортани 1-2 стадии). Антибиотики до идентификации инфекционного агента назначаются эмпирически. При выборе противомикробного препарата следует учитывать весь спектр возможных микроорганизмов. Однако предпочтение следует отдавать антимикробным средствам, наиболее эффективным против гемофильной палочки типа b. Препаратами выбора для терапии эпиглоттита считаются цефалоспорины, бетта-лактамы, макролиды.

5. Необходима вакцинация против гемофильной инфекции. Прививка от гемофильной инфекции в настоящее время считается надѐжным и безопасным средством профилактики заболевания. Вакцинации от гемофильной инфекции подлежат дети от 3 месяцев до 5 лет, дети старше 5 лет в вакцинации не нуждаются, т.к. обладают достаточно стойким иммунитетом. В России прививка проводится вакцинами: Акт-Хиб (Франция), Хиберикс (Англия).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 38

Первичный патронаж новорожденного. Девочка 5 дней родилась от первой беременности, протекавшей на фоне анемии и повторной угрозы прерывания. У матери с детства аутоиммунный тиреоидит. Роды на 43 неделе гестации. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Родилась с массой тела - 4100 г, длиной – 50 см, окружность головы – 34 см, окружность груди – 33 см. С первых суток находилась в палате «Мать и дитя», вскармливание грудное в свободном режиме. Выписана домой на 4 сутки.

При осмотре врач-педиатр участковый отмечает признаки незрелости, низкий и грубый голос при плаче, увеличенный язык, иктеричность кожного покрова 1 степени, отечность лица и тыльных поверхностей кистей и стоп. Пупочный остаток не отпал. Рефлексы вызываются, но снижены. Мышечная

гипотония. Форма головы правильная, большой родничок 3×3см, не напряжен. Носовое дыхание свободное. При аускультации дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД - 52 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 110 в минуту. Мама отмечает, что ребенок неохотно и вяло сосет грудь. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Половые органы сформированы правильно. Стул был дважды, не обильный, желтого цвета, слизи не отмечали. Мочится редко, моча светлая, без запаха.

Из выписки из родильного дома выяснено, что неонатальный скрининг у ребенка не проведен. Рекомендовано провести в условиях амбулаторного наблюдения.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Обоснуйте и составьте план обследования пациента
4. При обследовании ребенка уровень ТТГ составил 98,0 мЕД/л. Обоснуйте терапию конкретного ребенка.
5. Какова дальнейшая тактика врача-педиатра участкового?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 37

Профилактический осмотр в детской поликлинике ребенка в 1 месяц. Мать кормит ребѐнка грудью, жалуется, что в последние дни ребѐнок стал беспокойным, часто плачет, плохо спит, во время кормления бросает сосать, кричит. Стул водянистый, с кислым запахом, пенистый. Во время кормления у ребенка урчит в животе. Ребѐнок не температурил. Контакт с инфекционными больными мать исключает.

При объективном обследовании живот вздут, при пальпации урчит, ребѐнок реагирует на осмотр негативно. Обращает внимание покраснение перианальной области.

Перинатальный анамнез: ребенок недоношенный, 37 недель; оценка по шкале Апгар 6/8 баллов.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Какие простые методы исследования на начальном этапе позволят подтвердить предварительный диагноз?. Опишите ожидаемые результаты.
4. Сформулируйте рекомендации по лечению.
5. Какие рекомендации необходимо дать маме по ее питанию?

Ответ

1. Первичная транзиторная лактазная недостаточность.
2. Диагноз установлен по следующим основаниям:

Ребѐнок относится к группе риска по развитию транзиторной лактазной недостаточности: недоношенность, интранатальная асфиксия.

Дебют заболевания в 1 месяц (период накопления лактозы в грудном молоке).
Приступы кишечной колики и метеоризма, связанные с кормлением. Разжиженный пенистый стул с кислым запахом. Перианальный дерматит (раздражающее действие органических кислот стула).
3. Копрограмма: кислая реакция кала (<5,5).
4. Анализ углеводов кала (проба Бенедикта): накопление углеводов в кале (>0,25%).
4. Сохранение и продолжение грудного кормления. Заместительная терапия препаратами лактазы. Энтеросорбенты на первые 3-4 дня. Антифлатуленты (препараты семитикона). Местное лечение перианального дерматита.
5. Индивидуальный подбор дозы путѐм постепенного увеличения с 1 до 2-5 капсул на каждое кормление под контролем клиники и копрограммы. Используется при каждом кормлении. Применяется перед кормлением в форме ферментированного сцеженного грудного молока в количестве 10-15 мл, ферментация сцеженного молока происходит в течение 10 минут.

Ответ к ситуационной задаче № 38

1. Период новорождѐнности. Врождѐнный гипотиреоз.
2. Диагноз врождѐнного гипотиреоза поставлен на основании:
- анамнеза – наличие у матери аутоиммунного тиреоидита;
- типичной клинической картины: переношенная беременность, большая масса тела при рождении, снижение рефлексов, отѐчное лицо, увеличенный язык, иктеричность кожного покрова, не отпавший пупочный остаток, отѐки на тыльных поверхностях кистей и стоп, признаки незрелости, низкий и грубый голос при плаче, мышечная гипотония, глухость сердечных тонов.
3. Для окончательной верификации диагноза требуется срочное гормональное обследование – определение в периферической крови уровня ТТГ и свободного Т4, осмотр врачом-эндокринологом, проведение неонатального скрининга в условиях поликлиники.
4. Указанный уровень ТТГ подтверждает Ds: врождѐнный гипотиреоз. Сразу же после установления диагноза детям с врождѐнным гипотиреозом должна быть начата заместительная гормональная терапия L-тироксином, с повторным контрольным гормональным обследованием по назначению врача-эндокринолога.
5. Совместное с врачом-эндокринологом диспансерное наблюдение с целью:
- оценки нервно-психического развития;
- физического развития и динамики роста;
- костного созревания,- контроля уровня гормонов ТТГ и св. Т4.
Врач-педиатр участковый выполняет полный стандарт наблюдения на педиатрическом участке с комплексной оценкой здоровья, определения сроков вакцинации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 39

Профилактический осмотр в детской поликлинике ребенка в 1 месяц. Мать кормит ребенка грудью, жалуется, что в последние дни ребенок стал беспокойным, часто плачет, плохо спит, во время кормления бросает сосать, кричит. Стул водянистый, с кислым запахом, пенистый. Во время кормления у ребенка урчит в животе. Ребенок не температурил. Контакт с инфекционными больными мать исключает.

При объективном обследовании живот вздут, при пальпации урчит, ребенок реагирует на осмотр негативно. Обращает внимание покраснение перианальной области.

Перинатальный анамнез: ребенок недоношенный, 37 недель; оценка по шкале Апгар 6/8 баллов.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Какие простые методы исследования на начальном этапе позволят подтвердить предварительный диагноз?. Опишите ожидаемые результаты.
4. Сформулируйте рекомендации по лечению.
5.Какие рекомендации необходимо дать маме по ее питанию?

Ответ к ситуационной задаче № 39

1. Первичная транзиторная лактазная недостаточность.
2. Диагноз установлен по следующим основаниям:
Ребѐнок относится к группе риска по развитию транзиторной лактазной недостаточности: недоношенность, интранатальная асфиксия.
Дебют заболевания в 1 месяц (период накопления лактозы в грудном молоке).
Приступы кишечной колики и метеоризма, связанные с кормлением.
Разжиженный пенистый стул с кислым запахом. Перианальный дерматит (раздражающее действие органических кислот стула).
3. Копрограмма: кислая реакция кала (<5,5). Анализ углеводов кала (проба Бенедикта): накопление углеводов в кале (>0,25%).
4. Сохранение и продолжение грудного кормления.
Заместительная терапия препаратами лактазы. Энтеросорбенты на первые 3-4 дня. Антифлатуленты (препараты семитикона).
Местное лечение перианального дерматита.
5. Индивидуальный подбор дозы путѐм постепенного увеличения с 1 до 2-5 капсул на каждое кормление под контролем клиники и копрограммы. Используется при каждом кормлении. Применяется перед кормлением в форме ферментированного сцеженного грудного молока в количестве 10-15 мл, ферментация сцеженного молока происходит в течение 10 минут.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 40

Юра Ф. 12 лет обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость, частые головные боли в затылочной области.

Из анамнеза известно, что родители и родная сестра мальчика полные. В семье употребляют много сладкого, жирного, выпечных изделий.
Ребенок от второй беременности, вторых родов в срок, без патологий. Масса тела при рождении 4200 г, длина 52 см.
Осмотр: рост 142 см, масса тела 92 кг, ИМТ - 46 кг/м2, объем талии 96 см. Кожные покровы обычной окраски, в области живота, ягодиц, бедер – ярко-розовые стрии, подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением жира на животе. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС - 95 уд/минуту, частота дыхания – 19 в 1 минуту. АД - 160/80 мм рт. ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень выступает из-под края реберной дуги на 1см.
Общий ан. крови: Нв – 130 г/л, эр. – $3,9\times10^{12}$/л, Л – $5,5\times10^{9}$/л, п/яд – 1%, с/яд – 52%, эоз. – 5%, лимфоциты –37%, моноциты – 5%, СОЭ – 4 мм/час.
Общий ан. мочи: цвет желтый, относительная плотность 1015, реакция кислая, белок – нет, сахар – нет, ацетон не определяется.
Биохимический ан. крови: общий белок – 65 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л, триглицериды – 2,5 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,9 ммоль/л, глюкоза при проведении ГТТ через 2 часа 8,9 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Определите и обоснуйте дополнительные инструментальные исследования.
3. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
4. Современное комплексное лечение больного включает:
5. Назовите критерии эффективности терапии ожирения у детей и подростков.

Ответ к ситуационной задаче № 40

1. Ожирение 3-4 степени, конституционально-экзогенное. Метаболический синдром. Диагноз поставлен на основании наличия у рѐбенка избыточной массы тела, по индексу массы тела. Ожирение конституционально-экзогенное, поскольку в семье близкие родственники (первая линия родства) имеют избыточную массу тела, семейные пищевые привычки соответствующие (сладкое, жирное, выпечка в пище в большом количестве).Наличие артериальной гипертензии, объѐм талии, гиперлипидемия, дислипидемия, нарушение толерантности к глюкозе позволяют диагностировать метаболический синдром.
2. РЭГ (исследование состояния сосудов головного мозга), СМАД (динамика артериального давления в течение 24 и более часов), УЗИ надпочечников (дифференциальная диагностика формы ожирения). 3. Эндокринолог, кардиолог.
4. Коррекцию пищевого поведения, диетотерапию и адекватные физические нагрузки – на основе мотивационного обучения с привлечением родителей и семьи.
5. В краткосрочной перспективе – удержание значения ИМТ в течение 6–12

месяцев наблюдения; в долгосрочной перспективе – уменьшение величины ИМТ, и далее – достижение «избыточной массы тела», затем «нормальной массы тела».