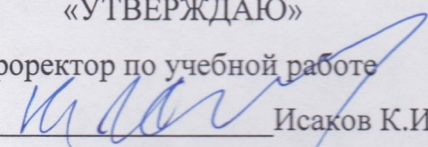


МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ МЕДИЦИНСКИЙ

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по учебной работе

 Исаев К.И.

«15» 01 2018 г.

«СОГЛАСОВАНО»

Декан медицинского факультета

 Зарифьян А.Г.

«16» января 2018 г.

ПРОГРАММА

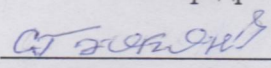
государственного междисциплинарного экзамена

по направлению 31.05.02 (560002) «Педиатрия»

Рассмотрена и одобрена

на заседании кафедры «Педиатрии»

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор

 Боконбаева С. Дж.

«15 января» 2018 г.

БИШКЕК 2018

Государственный междисциплинарный экзамен проводится по утвержденной программе, содержащей перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен, и рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену, в том числе перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ЭКЗАМЕНА

по специальности (направлению подготовки) - «Педиатрия».

факультет - Медицинский

кафедра - Педиатрии

Требования к государственному экзамену: проводится междисциплинарный экзамен, включающий основные разделы педиатрии.

Требования к результатам освоения основных профессиональных образовательных программ (ОПОП) специалитета, условиям ее реализации и срокам освоения определяется государственным стандартом (ФГОС) по направлению (специальности) 31.05.02 «Педиатрия», утвержденного «17» августа 2015 года.

Выпускник, освоивший программу специалитета, должен обладать следующими компетенциями:

1) общекультурными компетенциями (ОК):

- способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОК-1);
- способностью использовать основы философских знаний для формирования мировоззренческой позиции (ОК-2);
- способностью анализировать основные этапы и закономерности исторического развития общества для формирования гражданской позиции (ОК- 3);
- способностью действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения (ОК-4);
- готовностью к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала (ОК-5);

- способностью использовать методы и средства физической культуры для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности (ОК-6);
- готовностью использовать приемы первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций (ОК-7);
- готовностью к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (ОК-8).

2) общепрофессиональные (ПК):

- готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности (ОПК-1);
- готовностью к коммуникации в устной и письменной формах на русском и иностранном языках для решения задач профессиональной деятельности (ОПК-2);
- способностью использовать основы экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности (ОПК-3);
- способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности (ОПК-4);
- способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок (ОПК-5);
- готовностью к ведению медицинской документации (ОПК-6);
- готовностью к использованию основных физико-химических, математических и иных естественнонаучных понятий и методов при решении профессиональных задач (ОПК-7);
- готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач (ОПК-8);
- способностью к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач (ОПК-9);
- готовностью к обеспечению организации ухода за больными и оказанию первичной доврачебной медико-санитарной помощи (ОПК-10);

- готовностью к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи (ОПК-11).

3) профессиональными компетенциями (ПК):

медицинская деятельность:

- способностью и готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье детей факторов среды его обитания (ПК-1);
- способностью и готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми детьми и детьми с хроническими заболеваниями (ПК-2);
- способностью и готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- способностью и готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей (ПК-4);
- готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания (ПК-5);
- способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем – X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989г. (ПК-6);

- готовностью к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека (ПК-7);
- способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами (ПК-8);
- готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара (ПК-9);
- готовностью к оказанию медицинской помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи (ПК-10);
- готовностью к участию в оказании скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (ПК-11);
- готовностью к ведению физиологической беременности, приему родов (ПК-12);
- готовностью к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации (ПК-13);
- готовностью к определению необходимости применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у детей, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-14);
- готовностью к обучению детей и их родителей (законных представителей) основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний (ПК-15);
- готовностью к просветительской деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни (ПК-16);

организационно-управленческая деятельность:

- способностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-17),
- готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи детям с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-18);

- способностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-19);

научно-исследовательская деятельность:

- готовностью к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины (ПК-20);
- способностью к участию в проведении научных исследований (ПК-21);
- готовностью к участию во внедрении новых методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан (ПК-22).

1. Цель государственного междисциплинарного экзамена по направлению (специальности) «Педиатрия».

Целью государственного междисциплинарного экзамена по специальности - «Педиатрия» по направлению «Детские болезни» является определение степени соответствия уровня подготовленности выпускников требованиям образовательного стандарта. При этом проверяются как теоретические знания, так и практические навыки выпускника в соответствии со специальностью, направлением - «Педиатрия» и квалификацией – «Врач-педиатр».

2. Регламент проведения государственного междисциплинарного экзамена
Государственный междисциплинарный экзамен проводится в устной и письменной форме. Сроки проведения государственного междисциплинарного экзамена - в течение 2-х дней. На каждый из трёх составляющих дисциплин (педиатрия, детская хирургия, детские инфекции с фтизиопульмонологией) на подготовку и сдачу экзамена отводится 180 часов. Из них: -

90 часов - на все разделы педиатрии со смежными дисциплинами – 2,5 ЗЕТ

- 36 часов – на детскую хирургию – 1 ЗЕТ

- 54 часа – на детскую инфекцию с фтизиатрией - 1,5 ЗЕТ

ГМДЭ:	5	180
- Педиатрический блок	2,5	90
- Хирургический блок	1,0	36
- Инфекционные и смежные дисциплины	1,5	54

Включены 3 блока дисциплин:

	1-ый блок – Педиатрия	ЗЕТ	Часы	Вопросы для экзаменационных билетов
1.	Пропедевтическая педиатрия	6	216	20
2.	Факультетская педиатрия	10	360	37
3.	Госпитальная педиатрия	11	396	40
4.	Поликлиническая и неотложная педиатрия	11	396	40
ИТОГО		38	1368	137
2-ой блок – Детская хирургия				

1.	Детская хирургия	30	1080	121
2.	Детская офтальмология	2	72	8
3.	Детская отоларингология	2	72	8
Итого		34	1224	137
3-ий блок – Детские инфекции и смежные дисциплины				
1.	Детские инфекции	9	324	40
2.	Детская фтизиатрия	5	180	20
3.	Детская неврология	3	108	10
4.	Медицинская генетика	1	36	4
5.	Реабилитационная медицина в педиатрии	3	108	10
6.	Акушерство и гинекология в педиатрии	6	216	23
7.	Детская психиатрия	2	72	5
8.	Детская дерматология	2	72	5
9.	Детская эндокринология	3	108	9
10.	Сестринское дело в педиатрии	3	108	5
11.	Стандарты диагностики и лечения в педиатрии	2	72	6
Итого		39	1404	137

Первый этап - проведение компьютерно-бланочной тестовой аттестации посредством решения типовых заданий по индивидуализированным вариантам. Типовые тестовые задания соответствуют программе обучения студентов специальности «Педиатрия».

Количество вопросов в тестовом задании – 100. При этом количественное представительство каждой дисциплины (количество тестов в задании) соответствует ее удельному весу в учебном плане подготовки студентов. Тестовое задание включает множественный (5) выбор ответов. Один из них - единственно правильный, полностью соответствующий всем условиям вопроса. Остальные варианты «отвлекающие», отвечающие только на часть вопроса, но не на весь вопрос в целом. Время, отведенное на ответы по тестам - 1,5 академических часа.

Итоговая оценка тестирования выставляется по следующим критериям: «отлично» - 90-100 баллов, «хорошо» – 80 - 89 баллов, «удовлетворительно» - 70 - 79 баллов,

неудовлетворительно - менее 70 баллов. Студенты, успешно выдержавшие 1-й этап, допускаются к следующим этапам государственной аттестации.

Второй этап - аттестация практических навыков посредством непосредственного обследования больных во всех отделениях базовых больниц кафедры.

1. Студент должен продемонстрировать навыки:

- общения с родителями больного ребёнка и с самим ребёнком,
- сбора семейного, наследственного, акушерского анамнеза матерей,
- сбора анамнеза жизни и заболевания больного ребёнка.

2. Студент должен провести:

- презентацию физического обследования больного,
- интерпретацию и оценку результатов проведенных больному методов обследования и анализов,
- навыки пользования медицинским инструментарием, аппаратурой
- навыки выполнения диагностических и лечебных процедур, оказания неотложной помощи (на муляжах).

Третий этап - теоретический опрос студентов по билетам, включающих:

- 3 вопроса по 3-м блокам дисциплин. В каждый блок включены 100 вопросов. В каждом билете 1-ый вопрос – педиатрический, 2-ой вопрос – хирургический, 3-ий вопрос – инфекционный со смежными дисциплинами.

Количество вопросов по каждому блоку и каждой дисциплине соответствует кредит часам обучения. Всего разработано 100 экзаменационных билетов.

Места и время проведения этапов государственного междисциплинарного экзамена.

Первый день.

Первый этап - Проведение компьютерно-бланочной тестовой аттестации - лекционный зал корпуса медицинского факультета.

Второй этап - Аттестация практических навыков – проводится во всех соматических и хирургических отделениях базовых больниц кафедры (ГКДБНП №3 и НЦОМид). Студенту на руки выдаются заранее подготовленные параклинические анализы и результаты инструментальных методов исследования больного ребёнка.

Второй день.

Третий этап - Теоретический опрос студентов по экзаменационным билетам - лекционный зал корпуса медицинского факультета.

К экзамену допускаются лица, завершившие полный курс обучения и успешно прошедшие все предшествующие аттестационные испытания, предусмотренные учебным планом.

Прием междисциплинарного государственного экзамена по специальности «Педиатрия» осуществляет государственная экзаменационная комиссия. Персональный состав государственной экзаменационной комиссии утверждается ректором.

Программа государственного экзамена доводится до сведения студентов не позднее, чем за месяц до предполагаемой даты экзамена.

Обсуждение и окончательное оценивание ответов студента экзаменационная комиссия проводит на закрытом заседании, определяя итоговую оценку – «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Решение об оценке знаний студента принимается государственной экзаменационной комиссией открытым голосованием простым большинством членов комиссии, участвующих в заседании. Результаты государственного экзамена доводятся до студента сразу после закрытого заседания государственной экзаменационной комиссии.

3. Содержание междисциплинарного государственного экзамена по специальности «Педиатрия».

Содержание экзаменационных вопросов соответствует избранным разделам из учебных программ циклов дисциплин, предусмотренных государственным стандартом (ФГОС) по специальности «Педиатрия».

4. Содержание разделов дисциплин, выносимых на государственный экзамен.

4.1. Наименование дисциплины - Педиатрия.

4.1.1. Наименование раздела – Сестринское дело в педиатрии.

Содержание раздела: Сестринский процесс. Этапы сестринского процесса. Ведение медицинской документации. Понятие о стандартах сестринского ухода. Инфекционный контроль. Сестринская физикальная оценка и уход. Процедура 3-х минутной и 15-ти минутной оценки «с головы до ног». Применение лекарственных средств, пути и способы. Блок ИВБДВ: сестринский уход за младенцем и маловесным ребёнком. Кормление. Неотложные состояния у детей. Правила оказания первичной помощи.

4.1.2. Наименование раздела - Пропедевтика детских болезней.

Содержание раздела. Периодизация детского возраста по Гундобину, Физическое и нервно-психическое развитие детей. Анатомо-физиологические особенности и семиотика кожной, костно-суставной, подкожно-жировой, мышечной, лимфатической, нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной, эндокринной и кроветворной систем. Обмен веществ у детей. Вскармливание детей раннего возраста.

4.1.3. Наименование раздела - Факультетская педиатрия.

Содержание раздела.

Рахит. Спазмофилия. Аномалии конституции. Острые и хронические расстройства питания и пищеварения. Синдром нарушения пищеварения и всасывания в тонком кишечнике - синдром мальабсорбции (муковисцидоз, целиакия, первичная и вторичная лактазная недостаточность) Железодефицитные анемии. Острые бронхиты. Острые пневмонии. Аллергические заболевания у детей. Атопический дерматит. Пищевая, медикаментозная, вакцинальная аллергия. Врождённые пороки сердца. Хронические бронхолегочные заболевания. Бронхиальная астма. Острая и повторная ревматическая лихорадка. Приобретенные пороки сердца. Гломерулонефрит. Пиелонефрит. Гастриты, гастродуодениты. Панкреатиты. Язвенная болезнь. Болезни желчевыводящих путей. Холециститы. Периоды внутриутробного развития. Антенатальная патология. Угрожаемые состояния, гипоксия плода и асфиксия новорожденного ребёнка. Доношенный, недоношенный ребёнок. Родовые травмы. ВЧК, травмы спинальные и периферической нервной системы. ЗВУР. ГБН. Пневмопатии. Неонатальные пневмонии. ВУИ. Локальные ГВЗ. Сепсис. Геморрагическая болезнь новорожденных детей.

Схема гемостаза. Геморрагические диатезы. Коагулопатии. Тромбоцитопатии. Вазопатии. Гемолитические анемии врождённые и приобретенные. Гипо- и апластические анемии. ДВС-синдром. Лейкемоидные реакции.

4.1.4. Наименование раздела – Госпитальная педиатрия.

Содержание раздела.

Дифференциальная диагностика различных видов рахита (витамин-Д-дефицитного, витамин-Д-зависимого и витамин-Д-резистентный рахит, болезнь Тони-Дебре-Фанкони). Основные критерии диагностики. Лечение. Профилактика.

Дифференциальная диагностика судорожного синдрома (церебрального, экстрацеребрального) у детей раннего возраста. Предрасполагающие факторы (АФО нервной системы, особенности обменных процессов). Неотложная помощь. Принципы лечения различных судорожных состояний у детей.

Дифференциальная диагностика хронических нарушений питания у детей раннего возраста. Классификация. Причины. Клиника. Принципы ведения детей с тяжёлыми нарушениями питания в соответствии с рекомендациями справочника «Оказание стационарной помощи детям. Руководство к ведению наиболее распространенных заболеваний в условиях ограниченных ресурсов». Определение БОС. Дифференциальная диагностика болезней органов дыхания, протекающих с бронхообструктивным синдромом у детей. Степени дыхательной недостаточности. Клиника. Функциональные и рентгенологические параметры БОС. Принципы лечения. Принципы оказания неотложной помощи при БОС. Дифференциальная диагностика бронхолегочных заболеваний,

обусловленных врождённой ферментативной недостаточностью (муковисцидоз, целиакия, дисахаридазная недостаточность, эксудативная энтеропатия, дефицит альфа-1-трипсина, синдром панкреатической недостаточности). Этиопатогенез клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Понятие о преморбидных состояниях. Особенности течения бронхолегочных заболеваний у детей с неблагоприятным преморбидным фоном (на фоне ЖДА, рахита, аномалий конституции). Тактика лечения и диспансерного наблюдения. Дифференциальная диагностика альвеолитов. Токсический фиброзирующий альвеолит, идиопатический фиброзирующий альвеолит (синдром Хаммана-Рича). Экзогенный альвеолит. Клиника. Течение. Исходы. Дифференциальная диагностика желтух периода новорожденности. Основные этапы билирубинового обмена. Классификация. Клинико-лабораторные проявления. Лечение. Дифференциальная диагностика эндокринопатий новорожденных. Заболевания щитовидной железы (врождённый гипотиреоз, транзиторные нарушения функции щитовидной железы). Сахарный диабет у новорожденных. Заболевания надпочечников (ОНН, врождённая гипоплазия коры надпочечников). Неотложная терапия ОНН. Нарушение половой дифференцировки (интерсексуализм). Дифференциальная диагностика и лечение неотложных заболеваний новорожденных (виды шока, стадии шока, клиника) в соответствии с рекомендациями справочника «Оказание стационарной помощи детям. Руководство к ведению наиболее распространенных заболеваний в условиях ограниченных ресурсов». Диагностические критерии и выхаживание новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела. Особенности первичной реанимации. Правила транспортировки по этапам выхаживания. Дифференциальная диагностика и лечение диспноэ у детей в соответствии с рекомендациями справочника «Оказание стационарной помощи детям. Руководство к ведению наиболее распространенных заболеваний в условиях ограниченных ресурсов». Дифференциальная диагностика синдрома абдоминальной боли (язвенная болезнь, гельминтозы, «острый живот», острый и калькулёзный холецистит, панкреатит, неспецифический язвенный колит, синдрома раздражённого кишечника, функционального запора). Клиническая характеристика болей: время, локализация, характер, интенсивность, связь с приёмом пищи, временем суток, актом дефекации, иррадиации). Иммунодефицитные состояния у детей. Иммунитет в онтогенезе. Аллергические заболевания у детей. Дифференциальная диагностика и тактика ведения детей с генерализованными формами аллергозов (анафилактический шок, сывороточная болезнь, с-м Стивенса-Джонсона, с-м Лайелла). Неотложная помощь. Болезни, связанные с пищевой сенсibilизацией: определение, значение пищевой сенсibilизации для педиатрической практики, характеристика пищевых аллергенов, особенности патогенеза,

классификация, клиническое проявление, диагностика, лечение и профилактика. Дифференциальная диагностика респираторных аллергозов. Аллергические альвеолиты у детей (экзогенный и идиопатический). Сенная лихорадка у детей: распространенность, этиологический спектр, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение, профилактика. Дифференциальная диагностика и тактика ведения детей с анемическим синдромом (дефицитные, гемолитические, постгеморрагические, апластические анемии). Дифференциальная диагностика и тактика ведения детей с геморрагическим синдромом (вазопатии, тромбоцитопатии и тромбоцитопении, коагулопатии, ДВС-синдром). Дифференциальная диагностика лейкоидных реакций и лейкозов. Кардиомиопатии. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика различных форм кардиомиопатий. ЭХОКГ. Принципы лечения. Дифференциальная диагностика ревматических и неревматических поражений сердца у детей: заболевания миокарда (миокардиты, кардиомиопатии), эндокардитов, перикардитов, миокардиодистрофий. Дифференциальная диагностика приобретенных пороков сердца. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика право- и левожелудочковой недостаточности. Принципы лечения. Дифференциальная диагностика артериальной гипертензии. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Лечение. Особенности ЭКГ у детей различного возраста. ЭКГ при гипертрофиях различных отделов сердца. Дифференциальная диагностика нарушения сердечного ритма и проводимости. Механизмы возникновения аритмий. Возможные причины, разрешающие факторы. Блокады (сино-аурикулярная и атрио-вентрикулярная). Феномен Вольфа-Паркинсона-Уайта. Аритмии, обусловленные нарушением функции возбудимости.

Экстрасистолия. Пароксизмальная тахикардия. Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА). Определение. Современные представления об этиопатогенезе. Иммуногенетика ревматоидного артрита. Основные клинические формы. Диагностические критерии ЮРА (клинические, лабораторные, рентгенологические). Современные методы лечения. Дифференциальный диагноз с ревматизмом, диффузными заболеваниями соединительной ткани, реактивными артритами.

Диффузные заболевания соединительной ткани. Системная красная волчанка (СКВ). Дерматомиозит (ДМ). Системная склеродермия. Узелковый периартериит. Аортоартерииты. Этиопатогенез. Диагностические критерии. Течение. Лечение. Прогноз. Особенности клиники и течения диффузных заболеваний соединительной ткани в подростковом возрасте. Неотложные состояния в кардиологии. Обморок, коллапс, острая левожелудочковая недостаточность, кардиогенный шок, острая правожелудочковая сердечная недостаточность, одышечно-цианотический криз. Дифференциальная

диагностика макро- и микрогематурии при заболеваниях МВС. Гематурия при системных инфекциях, туберкулёзе, геморрагических диатезах, гломерулонефритах, тубулопатии с нефролитиазом. Дифференциальная диагностика протеинурии. Врожденный нефротический синдром. Роль биопсии для раннего выявления заболевания Клиника. Диагностика. Исходы. Лечение. Показания к трансплантации почки при наследственном нефрите. Прогноз. Дифференциальная диагностика лейкоцитурий при инфекциях МВП, пиелонефритах, интерстициальных нефритах. Дифференциальная диагностика дизметаболических нефропатий (оксалатная, уратная нефропатия, кальцийурия, фосфатурия с-м Леша-Найхена. МКБ). Неотложные состояния в детской нефрологии. Острая и хроническая почечная недостаточность. Этиология. Классификация. Стадии. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к гемодиализу. Пересадка почки как основной этап в терапии ХПН. Осложнения. Исходы. Прогноз. Дисметаболические нефропатии (уратурия, оксалурия, кальцийурия, фосфатурия). Определение. Классификация. Причины. Предрасполагающие факторы. Роль наследственности. Патогенез. Особенности клиники. Диагностика. Исходы. Осложнения. Лечение. Принципы диетотерапии. Прогноз. Гемолитико-уремический синдром. Разновидности. Формы. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Прогноз. Хронические неспецифические заболевания кишечника (хронический запор, хронический колит, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, синдром раздраженной толстой кишки, дивертикулярная болезнь, амилоидоз кишечника). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Значение методов прижизненного морфологического исследования слизистой оболочки кишечника. Особенности клинического течения и диагностики у подростков. Дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнения. Исходы. Профилактика. Хронические гепатиты. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Значение функционального исследования печени (синдромы: цитолиза, холестаза, печеночной недостаточности, мезенхимально-воспалительный) в диагностике хронического гепатита и прогнозе заболевания. Показания к проведению биопсии печени. Дифференциальный диагноз с другими заболеваниями, протекающими с гипербилирубинемией. Лечение. Осложнения. Прогноз. Исходы. Профилактика. Цирроз печени. Этиология. Патогенез. Классификация. Морфологическая характеристика. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнения. Портальная гипертензия. Неотложная помощь при пищеводно-желудочных кровотечениях, асците, печеночной коме. Показания к хирургическому лечению. Лечение. Прогноз.

4.1.5. Наименование раздела: Поликлиническая и неотложная педиатрия

Содержание раздела.

Структура и организация первичной медико-санитарной помощи детскому населению. Основы профилактической медицины. Организация педиатрической амбулаторно-поликлинической службы. Первичная профилактика в практике участкового врача педиатра. Воспитание здорового ребенка. Наблюдение за детьми различного возраста. Диспансеризация детей групп риска. Комплексная оценка состояния здоровья детей. Организация питания детей до и старше года. Иммунопрофилактика. Основные принципы ИВБДВ. Медицинская помощь остро заболевшему ребенку. Лечение и профилактика заболеваний детей раннего возраста. Диспансерное наблюдение детей с острыми и хроническими соматическими заболеваниями. Наблюдение за детьми с ограниченными возможностями. Лечение и профилактика заболеваний детей раннего возраста. Особенности наблюдения детей с инфекционными заболеваниями. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции. Паразитозы у детей. Организация педиатрической службы скорой и неотложной помощи детям на догоспитальном этапе. Общие принципы и правовые аспекты оказания скорой и неотложной помощи детям. Ошибки при оказании неотложной помощи. Фазы сердечно-легочной реанимации. Фазы сердечно-легочной реанимации. Экстренная медицинская помощь пациентам в угрожающих и терминальных состояниях. Сердечно-легочная реанимация. Прогноз реанимации и обоснование отказа от ее дальнейшего проведения. Смерть мозга. Семиотика угрожающих состояний у детей. Синдром внезапной смерти грудных детей. Диагностика и оказание первой медицинской помощи ребенку при аллергических состояниях у детей. Анафилактический шок, клиника, первая врачебная помощь. Отек Квинке, первая помощь. Диагностика, терапия синдрома Лайелла, сывороточная болезнь. Тактические решения, условия транспортировки. Приступы бронхиальной астмы, тактика и первая врачебная помощь, показания к госпитализации. Лечебно-тактические мероприятия при астматическом статусе. Набор лекарственных средств для оказания экстренной медицинской помощи. Организация экстренной госпитализации. Основные принципы оказания неотложной медицинской помощи. Диагностика, тактика, первая медицинская помощь при синдромах острой дыхательной недостаточности. Внезапная остановка и декомпенсация дыхания, отек легкого, острая обструкция верхних дыхательных путей (нос, гортань, трахея, бронхи). Синдром плеврального напряжения. Диагностика, тактика, первая врачебная помощь педиатра при синдромах острой дыхательной недостаточности. Первая врачебная помощь при инородных телах трахеи и бронхов. Диагностика, клиника и экстренная терапия дыхательной недостаточности при синдроме острой бронхиальной обструкции. Первая помощь при синдроме плеврального напряжения. Клиническая фармакология: средства, применяемые при острой дыхательной

недостаточности. Основные принципы оказания неотложной медицинской помощи. Экстренная помощь при остановке дыхания, синдроме ложного крупа, обструкции дыхательных путей. Диагностика и оказание первой медицинской помощи ребенку при синдромах острой недостаточности кровообращения. Остановка сердца, причины, клиника. Методы терапии остановки сердца на догоспитальном этапе. Острая сосудистая недостаточность. Шок. Коллапс. Синкопальные состояния, терапевтическая тактика. Нарушение ритма сердца. Механизмы возникновения аритмий. Возможные причины, разрешающие факторы. Электрокардиографическая диагностика расстройств ритма сердца. Признаки угрожающего состояния при нарушениях ритма сердца и показания к проведению мероприятий первой помощи. Угрожающие состояния при врожденных пороках сердца у детей раннего возраста, лечебно-тактические решения. Набор лекарственных средств для оказания экстренной медицинской помощи. Первая врачебная помощь при гипертоническом кризе и артериальной гипертензии. Тактика и первая врачебная помощь при одышно-цианотических приступах. Клиническая фармакология: средства, применяемые при острой сердечно-сосудистой недостаточности. Показания к госпитализации, условия транспортировки. Диагностика и оказание первой медицинской помощи ребенку при нарушениях функций центральной нервной системы, лихорадке, судорожном синдроме. Догоспитальная оценка нарушений поведения у ребенка раннего возраста. Расстройства сознания, судорожный синдром. Дифференциальный диагноз судорог различного генеза, первая врачебная помощь, тактические решения на догоспитальном этапе. Диагностическая и тактическая задача, последовательность лечебных мероприятий при различных коматозных состояниях у детей. Болевой синдром, терапевтическая тактика. Показания к госпитализации, условия транспортировки. Лихорадочные состояния у детей. Выбор лечения и тактические решения при лихорадке. Клиническая фармакология: препараты, применяемые в неотложной неврологии. Набор лекарственных средств для оказания экстренной медицинской помощи при лихорадке, судорожном синдроме. Организация экстренной госпитализации. Основные принципы оказания неотложной медицинской помощи. Несчастные случаи. Диагностика и оказание первой медицинской помощи ребенку при несчастных случаях.

Диагностика и первая врачебная помощь при электротравме. Утопление, виды, дифференцированная терапия на догоспитальном этапе. Солнечный и тепловой удар. Первая помощь и лечение. Отморожения и замерзания. Первая помощь при отморожениях и замерзаниях. Укусы насекомых, змей и животных. Первая помощь и лечение. Ингаляции дыма, горячего воздуха, окиси углерода. Первая помощь при ингаляции дыма, горячего воздуха, окиси углерода.

Травматический и геморрагический шок, особенности его у детей. Краш-синдром, алгоритм действий. Тактика врача скорой помощи при множественных поражениях опорно-двигательного аппарата. Тактика врача при травме органов брюшной полости, забрюшинного пространства, повреждении черепа и мозга, грудной клетки. Повреждение мягких тканей, травматические вывихи, переломы костей скелета. Первая врачебная помощь, показания к госпитализации.

Ожоговая болезнь, особенности ее течения у детей раннего возраста. Ожоговый шок. Тактика врача и первая врачебная помощь. Показания к госпитализации. Условия транспортировки.

Острые отравления. Особенности клиники и неотложной помощи при отдельных отравлениях у детей. Клиника, причины, диагностика острых отравлений. Характеристика и течение острого отравления в зависимости от поступления яда в организм. Периодизация острых отравлений у детей. Мероприятия по удалению невсосавшегося яда, принципы удаления всосавшегося яда. Основные принципы оказания неотложной медицинской помощи при острых отравлениях. Набор лекарственных средств для оказания неотложной медицинской помощи при острых отравлениях. Противоядия. Организация экстренной госпитализации, показания к госпитализации. Экстренная помощь при острой сердечной и сосудистой недостаточности, остановке дыхания, сердца, острой надпочечниковой недостаточности, коматозных состояниях, связанных с острым отравлением.

Ургентная хирургия и транспортная иммобилизация. Остановка наружных кровотечений. «Острый живот». Острый аппендицит. Клиника, диагностика, диффдиагностика. Кишечная непроходимость. Клиника, причины, диагностика. Острые кровотечения. Клиника, причины, диагностика. Неотложная помощь при хирургических заболеваниях. Остановка кровотечения.

Диагностика и первая врачебная помощь при острых инфекционных заболеваниях у детей.

Острые вирусные и микробные поражения. Клинические варианты первичного инфекционного токсикоза. Диагностика и первая врачебная помощь при нейроинфекции. Инфекционно-токсический шок при менингококкемии, диагностика, первая врачебная помощь. Набор лекарственных средств для оказания экстренной медицинской помощи. Организация экстренной госпитализации. Основные принципы оказания неотложной медицинской помощи. Экстренная помощь. Синдром желтухи, дифференциальный диагноз, тактика, показания к госпитализации. Основные принципы оказания неотложной медицинской помощи. Экстренная помощь.

4.1.6. Наименование раздела: Стандарты диагностики и лечения в педиатрии.

Содержание раздела.

Карманный справочник по оказанию стационарной помощи детям (Руководство по ведению наиболее распространённых заболеваний у детей в условиях ограниченных ресурсов). Последовательность этапов сортировки. Экстренная сортировка больных: неотложные, приоритетные признаки и несложные случаи. Диагностика неотложных состояний. Принцип АВСДЕ (асфиксия, ТНД, шок, кома, судороги, тяжёлое обезвоживание) Оценка уровня сознания по шкале АГБО. Оказание неотложной помощи больным с неотложными признаками. Оценка детей в коме: судороги, фиксация взора, отсутствие сознания. Неотложная помощь. Классификация степени тяжести пневмонии. Диагностика, ведение ребёнка с не тяжёлой, тяжёлой и очень тяжёлой пневмонией. Астмоидное дыхание. Диагностические критерии, лечение. Стридор, диагностические критерии, лечение. Хронический кашель. Лихорадка. Классификация, лечение. Диарея. Обезвоживание. Диагностические критерии и классификация степени обезвоживания. Ведение ребёнка с диареей без обезвоживания (План А), с умеренным (План Б) и с тяжёлым обезвоживанием (План В). Оценка физического развития детей, ведение больных с тяжёлым нарушением питания и анемией.

Неотложные состояния («ДЕ») у младенцев. Уход за новорожденными детьми сразу после рождения. Первичная реанимация. Опасные признаки у ребёнка 0-2 мес. жизни. Ведение младенцев с тяжёлыми бактериальными инфекциями. Диагностические критерии физиологической и патологической желтухи новорожденных. Лечение. Ведение больных с ВИЧ. Приоритетные признаки. Формула 2ТД+3БО. Лечебно-диагностические вмешательства.

5. Наименование раздела: Детские инфекции.

Содержание раздела. Этиология, эпидемиология, классификация, патогенез, клиника, лечение и профилактика кори, краснухи, скарлатины, дифтерии, ветряной оспы, эпидемического паротита, коклюша, паракоклюша, полиомиелита. ОРВИ, грипп, парагрипп. Энтеровирусная инфекция, герпетическая инфекция, ЦМВ, менингококковая инфекция. Острые кишечные инфекции. Гельминтозы, ВИЧ-инфекция. Нейротоксикоз у детей раннего возраста. Принципы лечения. Острый стенозирующий ларинготрахеит (круп). Синдром крупа (стадии), принцип лечения.

ОКИ у детей. Шигеллез. Дифференциальная диагностика сальмонеллеза и дизентерии у детей. Сальмонеллез. Стафилококковые поражения ЖКТ у детей. Стафилококковая инфекция у детей. Клинические особенности стафилококковой инфекции у детей раннего возраста. Принципы лечения ОКИ. Диетотерапия, оральная регидратация. Показания к

назначению антибактериальных препаратов при лечении ОКИ у детей. Профилактика ОКИ у детей. Профилактика инфекционных болезней.

6. Наименование раздела: Дерматология.

Содержание раздела.

Чесотка у детей. Клиническая картина. Особенности диагностики и лечения.

Микроспория у детей. Этиология. Особенности клинической картины. Диагностика.

Лечение. Атопический дерматит, детская почесуха. Этиопатогенез. Особенности клинической картины. Диагностика. Лечение.

Ограниченная склеродермия у детей. Этиопатогенез. Особенности клинической картины.

Диагностика. Лечение. Герпетиформный дерматоз Дюринга у детей. Этиопатогенез.

Особенности клинической картины. Диагностика. Лечение.

7. Наименование дисциплины - Детская хирургия

7.1.Наименование раздела: Неотложная абдоминальная хирургия:

Содержание раздела

Острый аппендицит у детей, особенности у детей до 3-х лет. Перитонит у детей.

Аппендикулярный, криптогенный асцит, перитонит. Приобретенная кишечная непроходимость у детей. Инвагинация кишечника у детей. Виды, клиника, диагностика.

Лечение. Приобретенная кишечная непроходимость у детей. Повреждения внутренних органов у детей. Клиника внутреннего кровотечения. Хирургические заболевания печени,

селезёнки, поджелудочной железы у детей. Портальная гипертензия у детей. Желудочно-

кишечные кровотечения у детей. Сепсис у детей. Острый гематогенный остеомиелит,

хронический остеомиелит. Первично-хронический остеомиелит. Гнойная инфекция кожи,

п/к, мягких тканей. Парапроктиты.

7.2. Наименование раздела: Плановая хирургия.

Содержание раздела: Хирургическая патология передней брюшной стенки. Пупочная

грыжа, грыжа белой линии живота. Патология влагалищного отростка. Крипторхизм у

детей. Паховая грыжа у детей. Сроки лечения хирургических пороков у детей.

Хирургические заболевания толстого и тонкого кишечника у детей. Болезнь

Гиршпрунга у детей.

7.3. Наименование раздела: Травматология и ортопедия.

Содержание раздела: Особенности травматических повреждений у детей. Профилактика

детского травматизма. Переломы костей верхней и нижних конечности у детей. Переломы

позвоночника и костей таза у детей. Переломы позвоночника и костей таза у детей.

Черепно-мозговая травма у детей. Ожоги и отморожения у детей. Повреждение органов

грудной и брюшной полости у детей. Травматический шок у детей. Врожденная

косолапость. Кривошея. Врожденный вывих бедра. Пороки развития конечностей. Остеохондропатия у детей. Нарушение осанки. Искривление позвоночника.

7.4. Наименование раздела: Урология.

Содержание раздела: Семиотика заболеваний мочевыделительной системы у детей. Современные методы исследования детей с урологическими заболеваниями. Врожденные пороки развития верхних и нижних мочевыводящих путей у детей. Травмы верхних и нижних мочевыводящих путей. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря у детей. Мочекаменная болезнь у детей. Гидронефроз, паранефрит, пиелонефроз у детей. Синдром отечно-гиперемии-рованной мошонки у детей. Фимоз, баланопостит.

7.5. Наименование раздела: Онкология.

Содержание раздела: Особенности онкологии детского возраста. Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей, костей, лёгких, средостения у детей. Нейрогенные и герминогенные опухоли у детей. Забрюшинные опухоли у детей. Нефробластома. Забрюшинные опухоли у детей. Нефробластома. Опухоли печени у детей. Десмоид.

7.6. Наименование раздела: Хирургия новорожденных.

Содержание раздела: Синдром «рвоты» и кишечная непроходимость у новорожденных и детей грудного возраста. Синдром «острого живота» у новорожденных и детей грудного возраста. Синдром дыхательной недостаточности у новорожденных. Гнойная хирургическая инфекция мягких тканей и костей у новорожденных. Родовые повреждения у новорожденных. Врожденные пороки передней брюшной стенки. Врожденные пороки аноректальной области. Врожденные пороки краниально-фасциальной области

7.7. Наименование раздела: Торакальная хирургия.

Содержание раздела: Заболевания и пороки развития легких у детей. Пороки развития грудной клетки у детей. Заболевания и пороки развития пищевода у детей. Ожоги пищевода у детей, рубцовые сужения пищевода. Инородные тела дыхательных путей и пищевода у детей.

7.8. Наименование раздела: Амбулаторная хирургия у детей.

Содержание раздела: Синдром боли в животе у детей. Синдром «пальпируемой опухоли» у детей. Хронические запоры у детей. Хирургические патологии требующее амбулаторное лечение. Диспансеризация, реабилитация детей с хирургическими пороками и заболеваниями.

7.9. Название раздела: Детская офтальмология.

Содержание раздела: Центральное зрение. Что такое острота зрения и угол зрения. Формула Снеллена. Поле зрения и методы его определения. Цветовосприятие.

Трехкомпонентная теория Ломоносова-Юнга-Гельмгольца. Виды клинической рефракции, Миопия, виды, клиника, лечение, коррекция. Весенний катар. Этиология, клиника, течение и лечение. Врожденная катаракта, ее виды, клиника, лечение. Дифференциальная диагностика острого приступа глаукомы и острого иридоциклита. Атрофии зрительного нерва, классификация, клиника, лечение.

7.10. Название раздела: Детская отоларингология.

Содержание раздела: Особенности строения уха новорожденных и детей грудного возраста. Инородные тела уха. Острое гнойное воспаление среднего уха, стадии развития, клиника, диагностика, лечение. Аденоидные вегетации, хирургическое лечение и послеоперационное ведение. Острый мастоидит, стадии развития, клиника, диагностика, лечение и осложнения. Острый подскладочный ларингит, клиника, диагностика и лечение. Синуситы у детей. Классификация, клиника, диагностика и лечение. Инородные тела носа у детей. Причины, диагностика, лечение. Заглочный абсцесс, клиника, диагностика и лечение.

8. Наименование дисциплины: Акушерство и гинекология.

8.1. Наименование раздела - Акушерство и гинекология в педиатрии.

Содержание раздела. Организация лечебной и профилактической помощи девочкам подросткам. Деонтология при оказании гинекологической помощи девочкам. Физиологические особенности развития детского организма. Методы обследования детей: общие, специальные и дополнительные. Медицинская этика. Методы оценки степени физического и полового развития девушек. Морфограмма. Половая формула. Менструальный цикл. Уровни регуляции. Яичниковый цикл, фолликулогенез, стероидогенез в яичниках. Органы мишени, маточный цикл. Преждевременное половое развитие. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, диагностика, лечение. Задержка полового развития. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, диагностика, лечение. Отсутствие полового развития. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение. Ювенильные маточные кровотечения. Причины. Лечение. Реабилитация. Альгодисменорея. Этиология, патогенез, клиника, лечение. Предменструальный синдром. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. Аменорея. Этиология. Классификация. Гипоменструальный синдром. Диагностика. Лечение. Яичниковая аменорея. Диагностика, ведение пациентов. Гипоталамическая и гипофизарная аменорея. Причины возникновения. Лечение. Пороки развития матки и влагалища. Аплазия матки. Воспалительные заболевания половых органов девочек. Вульвиты. Кандидоз. Травмы половых органов девочек. Причины, виды. Диагностика, лечение. Доброкачественные опухоли яичников. Этиология, классификация, тактика. Гормонопродуцирующие

опухоли яичника (фоликулома, текома). Дисгинезия гонад. Разновидности. Клиника, диагностика, терапия. Понятие репродуктивного здоровья подростков. Контрацепция юношеского возраста.

9. Смежные дисциплины

9.1. Наименование дисциплины - Неврология, медицинская генетика

9.1.1. Наименование раздела - медицинская генетика.

Содержание раздела.

1. Понятия «средовая» патология; мультифакториальные заболевания, или болезни с наследственной предрасположенностью; наследственные заболевания с патологическим изменением (мутацией) гена (моногенные, молекулярные заболевания); наследственные заболевания с количественными и качественными (структурными) изменениями хромосом. Пороки развития нервной системы (микроцефалия, гидроцефалия, спинно-мозговые грыжи). Хромосомные мутации (с-м Дауна, Кляйнфельтера, Шершевского-Тернера) Определение, распространенность. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Наследственные нарушения обмена веществ (фенилкетонурия, галактоземия, муковисцидоз). Распространенность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.

9.2. Наименование дисциплины - Неврология

9.2.1. Наименование раздела - Детская неврология.

Содержание раздела.

Перинатальные поражения нервной системы у новорожденных (гипоксические и токсико-метаболические поражения мозга, родовые травмы). Энцефалиты у детей. Острые нарушения мозгового кровообращения у детей. Детский церебральный паралич. Эпилепсия у детей. Этиология, типы приступов, методы диагностики, принципы лечения. Эпилептический статус. Неэпилептические судороги у детей. Этиология, диагностика, принципы лечения. Черепно-мозговая травма. Классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.

9.3. Наименование дисциплины – Фтизиатрия

9.3.1. Наименование раздела – Детская фтизиатрия

Содержание раздела. Острый и хронический диссеминированный, милиарный туберкулёз лёгких. Туберкулёзный менингит. Внелёгочные формы туберкулёза. Основные положения стратегии DOTS и DOTS-Плюс, лечение с позиций стратегии DOTS. Стратегии «Останови ТБ». Особенности выявления туберкулёза у детей и подростков. Группы риска детей и подростков по туберкулёзу.

11. Наименование дисциплины – Реабилитационная медицина

11.1. Наименование раздела – Реабилитационная медицина в педиатрии.

Содержание раздела Особенности применения физических факторов в педиатрии. Светолечение. Водолечение. Аэрозолетерапия. Электролечение. Фототерапия. Теплогидротерапия. Физиотерапия при заболеваниях органов дыхания, ССС, ЖКТ, МВС, суставов, при заболеваниях новорожденных и детей раннего возраста.

9.4. Наименование дисциплины – Психиатрия

9.4.1. Наименование раздела – Детская психиатрия.

Содержание раздела.

Понятие о стигме, дестигматизация. Общие правила назначения психотропных препаратов. Правила и принципы медицинского информирования больных с психическими расстройствами и их родственников. Легкая и умеренная умственная отсталость. Тяжелая и глубокая умственная отсталость. Стресс и формирование психосоматических расстройств. Детский аутизм. Принципы терапии эпилепсии.

9.5. Наименование дисциплины – Эндокринология

9.5.1. Наименование раздела – Детская эндокринология

Содержание раздела.

Сахарный диабет. Определение. Эпидемиология сахарного диабета. Удельный вес в структуре общей заболеваемости и смертности. Этиология. Патогенез. Классификация. Периоды и стадии развития сахарного диабета. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Осложнения. Основные патогенетические механизмы их развития. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение сахарного диабета. Прогноз. Профилактика. Диспансерное наблюдение. Коматозные состояния при сахарном диабете (гипергликемическая, кетоацидотическая, гипогликемическая, гиперосмолярная, лактацидемическая комы). Причины. Клинические варианты. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная терапия коматозных состояний. Прогноз. Профилактика. Ожирение. Определение. Эпидемиология. Этиология. Роль наследственной предрасположенности и факторов

внешней среды. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. Болезни щитовидной железы. Гипотиреоз. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация (первичный, вторичный, третичный гипотиреоз; врожденный, приобретенный). Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. Гипертиреоз. Диффузный токсический зоб. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. Болезни паращитовидных желез. Гипопаратиреоз и Гиперпаратиреоз. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. Болезни надпочечников. Гипокортицизм. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Острая и хроническая надпочечниковая недостаточность Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная терапия острой надпочечниковой недостаточности. Плановая заместительная терапия хронической надпочечниковой недостаточности. Прогноз. Профилактика.

Врожденная дисфункция коры надпочечников. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. Гиперкортицизм. Болезнь и синдром Иценко-Кушинга. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. Нарушения роста. Задержка роста. Низкорослость. Высокосрость. Гигантизм. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. Нарушение полового созревания. Гипогонадизм. Преждевременное половое созревание. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.

Рекомендуемая литература

Основная литература

1. Баранов А.А. Пропедевтика детских болезней. М. Медицина, 1998.
2. Баранов А.А. Детские болезни. М. 2002.
3. Беляев Л.М. Педиатрия. М. 2011
4. Боконбаева С. Дж. с соавт. Пропедевтика детских болезней. Учебник. Бишкек, 2007.
5. Боконбаева С. Дж. Учебник «Болезни новорожденных детей». Бишкек, 2016.
6. Поликлиническая педиатрия. Учебник для вузов, под ред. проф. А.С. Калмыковой. - Москва, «ГЭОТАР-Медиа». – 2008.
7. Шабалов Н.П. Детские болезни. Учебник, 2-х томник. С-П., 2011
8. Шабалов Н.П. Неонатология. Учебник, 2-х томник. С-П, 2006
9. Национальное руководство. Неонатология. М. 2009
10. Поликлиническая педиатрия. Учебник для вузов, под ред. проф. А.С.Калмыковой. - Москва, «ГЭОТАР-Медиа». – 2008.,
11. Туберкулез у детей и подростков. Руководство под редакцией О.И.Король, М.Э.Лозовской, С-Пб. 2005, 424 с.
12. Под редакцией Янченко Е.Н. и Греймер М.С. Туберкулез у детей и подростков. (Руководство для врачей). М.,1987 г., СПб.1999. 287 с.
13. Перельман М.И., Корякин В.А. Богдельникова И.В. Фтизиатрия. //Учебник для медицинских институтов. М.: 2015 г., 517с.
14. Поликлиническая педиатрия. Под редак. проф. А.С.Калмыковой. Учебник. - Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2011.
15. Первичная профилактика в практике участкового педиатра. Учебное пособие. Под ред. проф. С.Д.Боконбаевой.- Бишкек: КРСУ, 2013.
16. Поликлиническая педиатрия. Методическое пособие для студентов медицинских ВУЗов, клинических ординаторов, врачей интернов и практических врачей. Под ред. Акад.НАН КР, проф. Д.К.Кудаярова. - Бишкек: КГМА, 2014.
17. МЗ КР: ИВБДВ Блок-схема, 2015
18. ВОЗ: Интегрированное ведение больного ребенка в возрасте от 2 месяцев до 5 лет. Больной младенец в возрасте от 1 недели до 2 месяцев. - 2008

Дополнительная литература:

1. Закон КР от 13 августа 2004 года № 116 «Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике»;

2. Приказ МЗ КР от 14 февраля 2011 года N 54 «Об организации первичной медико-санитарной помощи»
3. Постановление Нацстаткомитета КР от 17 ноября 2006 года №35 «Об утверждении государственной статистической отчетности по статистике здравоохранения».
4. Приказ МЗ КР от 09.10.2015г. №585 «О наблюдении здоровых детей на уровне первичного звена здравоохранения КР»
5. Приказ МЗ КР от 26.02.2016 № 143 «О введении в республике иммунизации детей пневмококковой и инактивированной полиомиелитной вакцинами».
6. Приказ МЗ КР от 24 декабря 2009 года N 829«О безопасной практике иммунизации и эффективном функционировании системы эпиднадзора за поствакцинальными осложнениями».
7. Интегрированное ведение болезней детского возраста для медицинских сестер. Учебное пособие /К.А.Узакбаев, Г.Т. Нажимидинова, Л.С. Землянухина, Г.Ф. Пирназарова.-Б.: 2011. – 184 с.
8. Поликлиническая педиатрия: учебное пособие /Под ред. Чернышова.- М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2007.
9. МЗ КР, ДГСЭН, КГМИПиПК, КРСУ: Диагностика, лечение и профилактика паразитарных заболеваний. Клинические протоколы, 2016
10. Петрушина А. Д., Мальченко Л. А. и соавт. Неотложные состояния у детей. — Москва: Изд-во «Медицинская книга», 2002 .- 176 с.

программное обеспечение и Интернет-ресурсы

1. [Электронный ресурс]: режим доступа: //www. Consilium-medicum.com. каталог медицинских ресурсов INTERNET
2. Медлайн»,
3. e-library,
4. каталог «Корбис»,
5. профессионально-ориентированный сайт www. Medpsy.ru
6. Энциклопедия Российского законодательства (программа поддержки учебных заведений). «Гаран-студент. Специальный выпуск для студентов, аспирантов, преподавателей»
7. <http://www.medlit.ru> – Издательство «Медицина»
8. <http://www.rusvrach.ru> – Издательский дом «Русский врач»
9. <http://www.iramn.ru> – Издательство РАМН
10. <http://www.practica.ru> - Издательский дом «Практика»

11. <http://www.geotar.ru> - Издательский дом «Геотар-Мед»
12. <http://www.consilium-medicum.ru> - Издательский дом «Медиа Медика»
13. <http://www.rmj.net> – «Российский медицинский журнал»
14. <http://www.elibrary.ru> – Научная электронная библиотека
15. <http://www.who.net> – официальный сайт ВОЗ
16. <http://www.mzmed.kg> – официальный сайт МЗ КР
17. <http://www.minzdrav-rf.ru> – официальный сайт МЗ РФ

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ МДГЭ

для 6-го курса ПД, 2018 год.

Пропедевтическая педиатрия

1. Периоды детского возраста, их характеристика. Схема сбора акушерского анамнеза матери, родословного, семейного анамнеза, анамнеза жизни и развития ребенка, анамнеза болезни.
2. Физическое развитие детей. Роль комплекса экологических факторов (медико-биологических, климато-географических, техногенных, социальных) на физическое развитие детей. Понятие об акселерации, деселерации, ретардации.
3. Методика антропометрических измерений и их оценка. Показатели длины и массы плода в зависимости от срока внутриутробного развития. Доношенные и недоношенные дети. Основные антропометрические показатели.
4. Динамика нарастания массы и длины тела у детей в различные возрастные периоды. Формулы расчета. Пропорции тела у детей в различные возрастные периоды. Индексы в оценке физического развития по ВОЗ: «МАССА/ВОЗРАСТ», «МАССА/РОСТ», «РОСТ/ВОЗРАСТ», карты ФР для детей первых 5 лет жизни.
5. Анатомо-физиологические особенности и семиотика нервной системы у детей в различные возрастные периоды. Состав ликвора у здоровых детей.
6. Физиологические рефлексы новорожденных, сроки их исчезновения. Семиотика. Сроки развития психо-моторных функций у детей первого года жизни и старше года. Семиотика.
7. Анатомо-физиологические особенности кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышечной систем. Методы исследования. Семиотика.
8. Анатомо-физиологические особенности костно-суставной системы у детей. Методы исследования. Семиотика. Время появления основных ядер окостенения. Порядок и сроки прорезывания молочных и постоянных зубов, сроки закрытия родничков, черепных швов.
9. Лимфоидная система. Основные органы лимфоидной системы и их развитие после рождения. Семиотика. Неспецифические факторы защиты, система комплемента фагоцитов, клеточное и гуморальное звенья иммунитета.
10. Анатомо-физиологические особенности и семиотика дыхательной системы у детей в различные возрастные периоды. Методы исследования.

11. Внутритробное кровообращение плода. Переход к внеутробному кровообращению. Механизмы и сроки закрытия эмбриональных путей кровообращения (аранциев проток, овальное окно, артериальный проток).
12. Анатомо-физиологические особенности и семиотика сердечно-сосудистой системы у детей в различные возрастные периоды. Методы исследования.
13. Анатомо-физиологические особенности и семиотика пищеварительной системы у детей в различные возрастные периоды. Методы исследования.
14. Анатомо-физиологические особенности и семиотика мочевыделительной системы у детей в различные возрастные периоды. Методы исследования.
15. Этапы эмбрионального кроветворения у плода (ангиобластический, печеночный, костномозговой). Особенности состава периферической крови у детей различных возрастных периодов. Семиотика, методы исследования.
16. Виды вскармливания детей грудного возраста. Сравнительный состав грудного и коровьего молока. Преимущества естественного вскармливания. Абсолютные и относительные противопоказания.
17. Естественное вскармливание. Современная концепция рационального вскармливания. Основные правила. Лактация. Гормоны, участвующие в лактации.
18. Сроки первого прикладывания новорожденного ребенка к груди. Преимущества раннего прикладывания к груди и совместного пребывания матери и ребенка. Техника правильного прикладывания ребенка к груди, цель и техника сцеживания грудного молока.
19. Смешанное и искусственное вскармливание. Причины. Показания. Классификация искусственных смесей. Потребность в основных пищевых ингредиентах и калориях при различных видах вскармливания. Прикорм, цель, правила и необходимость его введения. Сроки введения и блюда прикорма у детей.
20. Больницы доброжелательного отношения к ребёнку. 11 принципов успешного грудного вскармливания (ВОЗ).

Факультетская педиатрия

1. Рахит. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Лечение. Виды и методы профилактики. Гипервитаминоз Д. Причины. Классификация. Клиника. Лечение. Исходы. Профилактика.
2. Аномалии конституции. Эксудативно-катаральный, атопический, лимфатико-гипопластический и нервно-артритический диатезы. Этиопатогенез, клиника, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.
3. Синдром мальабсорбции. Кишечный муковидоз, целиакия, лактазная

- недостаточность. Этиопатогенез, основные клинические проявления, профилактика, лечение. Прогноз.
4. Острые и хронические расстройства питания и пищеварения. Классификация по ВОЗ. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика, лечение. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современные методы оценки нарушения питания на амбулаторном этапе.
 5. Железодефицитная анемия (ЖДА). Этиология. Патогенез. Классификация. Основные клинические синдромы ЖДА. Диагностика. Лечение.
 6. Острые бронхиты. Этиопатогенез. Классификация. Клиника острых бронхитов. Дифференциальная диагностика простого, обструктивного бронхита, бронхиолита. Лечение.
 7. Острые пневмонии у детей. Классификация острых пневмоний. Этиопатогенез. Клиника неосложнённых внебольничных пневмоний. Диагностика. Стационар на дому. Показания к госпитализации. Лечение.
 8. Острые осложнённые пневмонии. Госпитальные пневмонии. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
 9. Аллергические заболевания у детей. Атопический дерматит. Аллергия медикаментозная, вакцинальная, пищевая.
 10. Врожденные пороки сердца. Классификация. Пороки сердца бледного и синего типа. Клиника наиболее частых ВПС. Лечение. Прогноз. Сроки проведения радикальной кардиохирургической коррекции порока.
 11. Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления в приступном периоде. Патогенез и клиника астматического статуса. Диагностика.
 12. Принципы лечения бронхиальной астмы. Неотложная помощь в приступном периоде бронхиальной астмы. Базисная терапия. Показания к назначению ингаляционных, системных кортикостероидов. Немедикаментозные методы лечения. Специфическая гипосенсибилизация. Исходы.
 13. Хроническая патология бронхо-легочной системы. Факторы, предрасполагающие к хронизации воспалительного процесса. Патогенез. Клиника. Диагностика. Течение. Осложнения. Лечение. Показания к антибактериальной терапии. Муколитическая терапия. Физиотерапия. Массаж. ЛФК. Исходы. Профилактика.
 14. Ревматическая лихорадка. Этиопатогенез. Классификация. Основные и дополнительные критерии диагноза ОРЛ. Основные клинические проявления ОРЛ: кардит, полиартрит, хорея, аннулярная эритема, ревматические узелки.

- Первичная ревматическая лихорадка. Первичный ревмокардит. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Исходы.
15. Приобретенные пороки сердца: недостаточность митрального клапана, стеноз левого атрио-вентрикулярного отверстия, недостаточность аортального клапана, аортальный стеноз. Гемодинамические нарушения. Сроки формирования пороков. Клинические проявления. Диагностика. Прогноз. Лечение острого периода. Показания к назначению кортикостероидов. Особенности лечения хореи. Санаторное лечение. Первичная и вторичная профилактика РЛ.
 16. Гастриты. Гастродуодениты. Панкреатиты. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение гастрита геликобактерной этиологии. Профилактика.
 17. Язвенная болезнь. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления в зависимости от стадии язвенной болезни. Диагностика. Лечение.
 18. Болезни желчевыводящих путей. Этиология, патогенез, классификация, Дискинезии желчевыводящих путей. Холециститы. Клиника, лечение. Желчнокаменная болезнь. Патогенез. Лечение. Неотложная терапия при желчнокаменной колике. Показания к хирургическому лечению.
 19. Гломерулонефриты. Классификация. Этиология. Патогенез. Особенности клиники в зависимости от преобладающего синдрома. Диагностика. Показания к биопсии почки. Дифференциальный диагноз. Лечение. Базисная терапия острого гломерулонефрита. Показания к применению гормональной терапии. Осложнения. Исходы. Прогноз.
 20. Пиелонефриты. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Зависимость клинических проявлений заболевания от типа пиелонефрита и возраста ребенка. Диагностика и лечение пиелонефритов. Значение УЗИ почек для ранней диагностики. Показания к проведению рентгенологических исследований (цистография, внутривенная урография). Дифференциальный диагноз. Исходы. Осложнения. Прогноз. Профилактика.
 21. Организация медицинского обслуживания новорожденных в родильном доме. Оценка состояния новорожденного при рождении. Первичный туалет и последующий туалет новорожденного. Шкала Апгар, Дубовитца, Баллард. Оценка степени зрелости. Вскармливание новорожденных в родильном доме. Неонатальный скрининг на ФКУ и гипотиреоз.
 22. Недоношенные дети. Критерии недоношенности. Выхаживание и вскармливание недоношенных детей с различной массой тела в родильном доме и на втором этапе выхаживания. Шкала Апгар, Дубовитца, Баллард. Оценка степени зрелости.

23. Угрожаемые состояния, гипоксия плода и асфиксия новорожденного. Реанимация новорожденных в родильном доме. Реанимация и интенсивная терапия в остром периоде. Лечение и особенности наблюдения в восстановительном периоде.
24. Родовая травма. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы родовой травмы. ВЧК, травма спинальная и периферической нервной системы. Клиника. Диагностика. Роль НСГ, КТГ и ЯМР в диагностике поражения мозга ребенка. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Исходы. Прогноз.
25. ЗВУР. Этиопатогенез, классификация, клиника, лечение.
26. Инфекционно-воспалительные заболевания кожи, подкожной клетчатки, пупочного канатика, пупочной раны и пупочных сосудов. Омфалит, тромбофлебит, артериит пупочных сосудов, гангрена пупочного канатика. Этиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Рациональный выбор антибиотиков. Профилактика.
27. Сепсис новорожденных. Определение. Этиология. Патогенез. Влияние системы цитокинов на формирование клинических вариантов сепсиса. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Лечение. Принципы рациональной антибиотикотерапии. Терапия иммуноглобулинами, принципы иммунокоррекции и детоксикации. Особенности противошоковой терапии у новорожденных. Прогноз. Профилактика.
28. Внутриутробные инфекции (ВУИ). Понятие об инфекционных эмбрио- и фетопатиях. Общие и специфические клинические проявления ВУИ. Профилактика. Диагностика (ИФА, ПЦР). Лечение.
29. Гемолитическая болезнь (ГБН). Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Методы лечения. Осложнения. Консервативные методы терапии (фототерапия, медикаментозная). Исходы. Специфическая профилактика.
30. Пневмопатии. Синдром дыхательных расстройств (СДР) и массивная аспирация у новорожденных. Этиология СДР. Классификация. Патогенез. Роль системы сурфактанта и системы альвеолярных макрофагов в патогенезе СДР. Клиника. Диагностика. Шкала Сильвермана.
31. Лечение СДР. Естественные и синтетические сурфактанты. Особенности искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Осложнения терапии СДР. Исходы. Прогноз. Пренатальная профилактика.
32. Геморрагическая болезнь новорожденных. Этиология. Патогенез. Представление о становлении витамин-К-зависимого звена коагуляции. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

33. Геморрагические диатезы. Схема гемостаза. Гемофилия. Классификация. Этиология. Патогенез. Критерии тяжести гемофилии. Клинические проявления в разные возрастные периоды. Диагностика. Течение. Дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная помощь при кровотечениях. Осложнения. Прогноз.
34. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Исходы. Лечение. Неотложная помощь при кровотечениях. Показания к спленэктомии. Прогноз.
35. Геморрагический васкулит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Лечение.
36. Гемолитические анемии. Наследственные гемолитические анемии.
37. Ферментопатии, гемоглобинопатии. Этиология. Провоцирующие факторы. Патогенез (тип гемолиза). Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная помощь во время гемолитического криза. Прогноз.
38. Врожденные и приобретенные гипо- и апластические анемии. Этиопатогенез, клинические проявления. Лечение и профилактика.
39. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Этиопатогенез, клинико-лабораторная характеристика и принципы лечения. Лейкемоидные реакции.

Госпитальная педиатрия.

1. Дифференциальная диагностика различных видов рахита (витамин-Д-дефицитного, витамин-Д-зависимого и витамин-Д-резистентный рахит, болезнь Тони-Дебре-Фанкони). Основные критерии диагностики. Лечение. Профилактика.
2. Дифференциальная диагностика судорожного синдрома (церебрального, экстрацеребрального) у детей раннего возраста. Предрасполагающие факторы (АФО нервной системы, особенности обменных процессов). Неотложная помощь. Принципы лечения различных судорожных состояний у детей.
3. Дифференциальная диагностика хронических нарушений питания у детей раннего возраста. Классификация. Причины. Клиника. Принципы ведения детей с тяжёлыми нарушениями питания в соответствии с рекомендациями справочника «Оказание стационарной помощи детям. Руководство к ведению наиболее распространенных заболеваний в условиях ограниченных ресурсов».
4. Определение БОС. Дифференциальная диагностика болезней органов дыхания, протекающих с бронхообструктивным синдромом у детей. Степени дыхательной

- недостаточности. Клиника. Функциональные и рентгенологические параметры БОС. Принципы лечения. Принципы оказания неотложной помощи при БОС.
5. Дифференциальная диагностика бронхолегочных заболеваний, обусловленных врожденной ферментативной недостаточностью (муковисцидоз, целиакия, дисахаридазная недостаточность, эксудативная энтеропатия, дефицит альфа-1-трипсина, синдром панкреатической недостаточности). Этиопатогенез клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
 6. Понятие о преморбидных состояниях. Особенности течения бронхолегочных заболеваний у детей с неблагоприятным преморбидным фоном (на фоне ЖДА, рахита, аномалий конституции). Тактика лечения и диспансерного наблюдения.
 7. Дифференциальная диагностика альвеолитов. Токсический фиброзирующий альвеолит, идиопатический фиброзирующий альвеолит (синдром Хаммана-Рича). Экзогенный альвеолит. Клиника. Течение. Исходы.
 8. Дифференциальная диагностика желтух периода новорожденности. Основные этапы билирубинового обмена. Классификация. Клинико-лабораторные проявления. Лечение.
 9. Дифференциальная диагностика эндокринопатий новорожденных. Заболевания щитовидной железы (врожденный гипотиреоз, транзиторные нарушения функции щитовидной железы). Сахарный диабет у новорожденных.
 10. Заболевания надпочечников (ОНН, врожденная гипоплазия коры надпочечников). Неотложная терапия ОНН. Нарушение половой дифференцировки (интерсексуализм)
 11. Дифференциальная диагностика и лечение неотложных заболеваний новорожденных (виды шока, стадии шока, клиника) в соответствии с рекомендациями справочника «Оказание стационарной помощи детям. Руководство к ведению наиболее распространенных заболеваний в условиях ограниченных ресурсов».
 12. Диагностические критерии и выхаживание новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела. Особенности первичной реанимации. Правила транспортировки по этапам выхаживания.
 13. Дифференциальная диагностика и лечение диспноэ у детей в соответствии с рекомендациями справочника «Оказание стационарной помощи детям. Руководство к ведению наиболее распространенных заболеваний в условиях ограниченных ресурсов».
 14. Дифференциальная диагностика синдрома абдоминальной боли (язвенная болезнь,

гельминтозы, «острый живот», острый и калькулёзный холецистит, панкреатит, неспецифический язвенный колит, синдрома раздражённого кишечника, функционального запора). Клиническая характеристика болей: время, локализация, характер, интенсивность, связь с приёмом пищи, временем суток, актом дефекации, иррадиации).

15. Иммунодефицитные состояния у детей. Иммуитет в онтогенезе. Аллергические заболевания у детей.
16. Дифференциальная диагностика и тактика ведения детей с генерализованными формами аллергозов (анафилактический шок, сывороточная болезнь, с-м Стивенса-Джонсона, с-м Лайелла). Неотложная помощь.
17. Болезни, связанные с пищевой сенсibilизацией: определение, значение пищевой сенсibilизации для педиатрической практики, характеристика пищевых аллергенов, особенности патогенеза, классификация, клиническое проявление, диагностика, лечение и профилактика.
18. Дифференциальная диагностика респираторных аллергозов. Аллергические альвеолиты у детей (экзогенный и идиопатический). Сенная лихорадка у детей: распространенность, этиологический спектр, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение, профилактика.
19. Дифференциальная диагностика и тактика ведения детей с анемическим синдромом (дефицитные, гемолитические, постгеморрагические, апластические анемии).
20. Дифференциальная диагностика и тактика ведения детей с геморрагическим синдромом (вазопатии, тромбоцитопатии и тромбоцитопении, коагулопатии, ДВС-синдром).
21. Дифференциальная диагностика лейкомоидных реакций и лейкозов.
22. Кардиомиопатии. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика различных форм кардиомиопатий. ЭХОКГ. Принципы лечения.
23. Дифференциальная диагностика ревматических и неревматических поражений сердца у детей: заболевания миокарда (миокардиты, кардиомиопатии), эндокардитов, перикардитов, миокардиодистрофий.
24. Дифференциальная диагностика приобретенных пороков сердца. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика право- и левожелудочковой недостаточности. Принципы лечения.
25. Дифференциальная диагностика артериальной гипертензии. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Лечение.

26. Особенности ЭКГ у детей различного возраста. ЭКГ при гипертрофиях различных отделов сердца.
27. Дифференциальная диагностика нарушения сердечного ритма и проводимости. Механизмы возникновения аритмий. Возможные причины, разрешающие факторы. Блокады (сино-аурикулярная и атрио-вентрикулярная). Феномен Вольфа-Паркинсона-Уайта. Аритмии, обусловленные нарушением функции возбудимости.
28. Экстрасистолия. Пароксизмальная тахикардия.
29. Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА). Определение. Современные представления об этиопатогенезе. Иммуногенетика ревматоидного артрита. Основные клинические формы. Диагностические критерии ЮРА (клинические, лабораторные, рентгенологические). Современные методы лечения. Дифференциальный диагноз с ревматизмом, диффузными заболеваниями соединительной ткани, реактивными артритами.
30. Диффузные заболевания соединительной ткани. Системная красная волчанка (СКВ). Дерматомиозит (ДМ). Системная склеродермия. Узелковый периартериит. Аортоартерииты. Этиопатогенез. Диагностические критерии. Течение. Лечение. Прогноз. Особенности клиники и течения диффузных заболеваний соединительной ткани в подростковом возрасте.
31. Неотложные состояния в кардиологии. Обморок, коллапс, острая левожелудочковая недостаточность, кардиогенный шок, острая правожелудочковая сердечная недостаточность, одышно-цианотический криз,
32. Дифференциальная диагностика макро- и микрогематурии при заболеваниях МВС. Гематурия при системных инфекциях, туберкулёзе, геморрагических диатезах, гломерулонефритах, тубулопатии с нефролитиазом.
33. Дифференциальная диагностика протеинурии. Врожденный нефротический синдром. Роль биопсии для раннего выявления заболевания Клиника. Диагностика. Исходы. Лечение. Показания к трансплантации почки при наследственном нефрите. Прогноз.
34. Дифференциальная диагностика лейкоцитурий при инфекциях МВП, пиелонефритах, интерстициальных нефритах.
35. Дифференциальная диагностика дизметаболических нефропатий (оксалатная, уратная нефропатия, кальцийурия, фосфатурия с-м Леша-Найхена. МКБ).
36. Неотложные состояния в детской нефрологии. Острая и хроническая почечная недостаточность. Этиология. Классификация. Стадии. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к гемодиализу. Пересадка почки

- как основной этап в терапии ХПН. Осложнения. Исходы. Прогноз.
37. Дисметаболические нефропатии (уратурия, оксалурия, кальцийурия, фосфатурия). Определение. Классификация. Причины. Предрасполагающие факторы. Роль наследственности. Патогенез. Особенности клиники. Диагностика. Исходы. Осложнения. Лечение. Принципы диетотерапии. Прогноз.
 38. Гемолитико-уремический синдром. Разновидности. Формы. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Прогноз.
 39. Хронические неспецифические заболевания кишечника (хронический запор, хронический колит, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, синдром раздраженной толстой кишки, дивертикулярная болезнь, амилоидоз кишечника). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Значение методов прижизненного морфологического исследования слизистой оболочки кишечника. Особенности клинического течения и диагностики у подростков. Дифференциальный диагноз.
 40. Лечение. Осложнения. Исходы. Профилактика.
 41. Хронические гепатиты. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Значение функционального исследования печени (синдромы: цитолиза, холестаза, печеночной недостаточности, мезенхимально-воспалительный) в диагностике хронического гепатита и прогнозе заболевания. Показания к проведению биопсии печени. Дифференциальный диагноз с другими заболеваниями, протекающими с гипербилирубинемией. Лечение. Осложнения. Прогноз. Исходы. Профилактика.
 42. Цирроз печени. Этиология. Патогенез. Классификация. Морфологическая характеристика. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнения. Портальная гипертензия. Неотложная помощь при пищеводно-желудочных кровотечениях, асците, печеночной коме. Показания к хирургическому лечению. Лечение. Прогноз.

Поликлиническая и неотложная педиатрия.

1. Организация первичной медико-санитарной помощи детскому населению в КР и РФ, ЦСМ в КР. Медицинский паспорт участка. Роль профилактической педиатрии в деятельности амбулаторно-поликлинической службы. Формы первичной профилактики в практике участкового педиатра. Система диспансерного наблюдения за здоровыми и больными детьми. Основные разделы работы специалистов семейной медицины/участкового врача (профилактическая, лечебная, организационная).

2. Лечебная работа. Документация ОМС. Приказы. Основные показатели деятельности ЦСМ/детской поликлиники, врача. Охват дородовым патронажем. Охват послеродовым патронажем. Регулярность наблюдения за детьми 1-3-го года жизни. Частота грудного вскармливания. Анализ состояния здоровья прикрепленного контингента. Критерии, определяющие здоровье (социальный, генеалогический, биологический анамнез, степень и гармоничность физического развития). Распределение детей раннего возраста по группам здоровья. Заболеваемость детей от 0 до 14 лет.
3. Профилактическая и организационная работа семейного/участкового врача.
4. Первичная, вторичная и третичная профилактика.
5. Рациональное планирование семьи. Антенатальная профилактика. Кабинеты и центры планирования семьи, медико-генетическое консультирование, взаимодействие с детской поликлиникой. Профилактика гипогалактии. Медицинский паспорт участка. Отчет участкового педиатра.
6. Первичный врачебно-сестринский патронаж новорожденного ребёнка, сроки проведения. Выделение новорожденного в группу риска, основные мероприятия по организации медицинского наблюдения новорожденного и детей первого года жизни. Особенности ухода и медицинского обслуживания новорожденных и матерей при ранней выписке из роддома. Оценка состояния новорожденного посистемно (подробно неврологический статус – поза, тонус м-ц. сух. рефлексов, состояние ЧМН, безусловных рефлексов). Оценка "переходных" состояний у новорожденных. Оценка питания, кормления, состояния кожных покровов младенца по ВОЗ (ИВБДВ).
7. Диспансерное наблюдение за детьми первого года жизни. Организация профилактического приёма в ЛПУ. План наблюдения над здоровыми детьми. Особенности наблюдения за детьми направленного и высокого риска. План наблюдения за детьми направленного и высокого риска. Оценка ФР с использованием индексов масса/возраст, рост/возраст масса/рост, центильных таблиц, эмпирических расчетов. Качественно-количественный м-д оценки НПР.
8. Привитие навыков ухода в целях развития ВОЗ (ИВБДВ). План оздоровления, наблюдение за детьми с фоновыми заболеваниями: диагностика, лечение и профилактика аномалий конституции, анемий, рахита, расстройства питания, гиповитаминозов, гельминтозов. Методы закаливания.
9. Скрининг-программы осмотра детей. Организация и проведение плановых профилактических осмотров. Роль медицинского скрининг-обследования детей.

Распределение по группам здоровья. Комплексная оценка здоровья детей в условиях детского коллектива. "Часто болеющий ребенок". Оздоровление ЧБД. Индекс кратности острой заболеваемости. Медицинское обеспечение учащихся общеобразовательных и специальных школ. Функциональные обязанности школьного врача и медсестры. Гигиенические требования к проведению уроков физкультуры. Профорientация подростков. Правила освобождения от переводных и выпускных экзаменов.

10. Национальная программа иммунопрофилактики. Работа кабинета профилактических прививок. Календарь прививок. Планирование проф. прививок. Хранение вакцин. Методы вакцинации. Безопасность иммунизации. Показания и противопоказания к проведению прививок. Индивидуальный календарь прививок КР и РФ. Диагностика и профилактика поствакцинальных осложнений; система эпиднадзора за поствакцинальными осложнениями. Вакцинация детей в особых клинических ситуациях.
11. Диспансеризация детского населения. Цели и задачи диспансерного наблюдения здоровых детей, детей по группам риска, больных детей. Группы здоровья детей. Диспансерные группы. Показатели «Д»-наблюдения. Организация наблюдения за детьми с проявлениями рахита, дефицитной анемии, аномалиями конституции, нарушениями питания, задержкой в умственном и физическом развитии. Планы наблюдения: периодичность осмотров, обследования, оздоровления, лечения. Обучение родителей особенностям ухода, вскармливания в условиях семьи.
12. Организация работы врача с остро заболевшим ребенком на дому. Организация первичных и последующих осмотров заболевших детей в амбулатории, обслуживания вызовов и активного наблюдения на дому. Лечение ОРВИ, пневмонии, фарингита, отита по клиническим протоколам и рекомендациям ВОЗ (ИВБДВ) Принципы работы дневных и домашних стационаров. Правила выписки лекарственных средств и выдачи больничных листков.
13. Организация лечения остро-заболевших детей (острый бронхит, острая пневмония, ОРВИ, тонзиллит). Показания к госпитализации. Клинические протоколы МЗ КР.
14. Организация медицинской помощи детям с аллергическими заболеваниями (пищевая аллергия, поллинозы, респираторные аллергозы). Планы наблюдения. Проведение оздоровления и лечения на амбулаторном этапе. Особенности элиминационной диеты, пребывания в помещениях, на природе и применения бытовых химических средств. Режимы (трудовой, двигательный, прививочный). Показания (и сроки) снятия с учета.

15. Противоэпидемические мероприятия при лечении на дому больных скарлатиной, корью, краснухой, эпидемическим паротитом, ветряной оспой, чесоткой, педикулезом, легкими формами ОКИ, гепатитом. Карантин, сроки изоляции больных, разобщения контактных. Лечебные мероприятия. Профилактика осложнений. Ведение медицинской документации (УФ № 112, 26, 58, 59, 60, 61). Мероприятия в очаге (на дому и в детском учреждении).
16. Гельминтозы у детей. Организация обследования и наблюдения. Диагностика. Лечение. Профилактика. Работа в ДДУ и школах. Документация.
17. Принципы стратегии Интегрированного Ведения Болезней Детского Возраста (ИВБДВ) по программе ВОЗ и ЮНИСЕФ. Стратегия ИВБДВ как глобальная программа ВОЗ и ЮНИСЕФ, направленная на снижение детской смертности, заболеваемости и инвалидности, на улучшение роста и развития детей. Ведение, оценка, классификация состояния больного ребенка в возрасте от 2 месяцев до 5 лет
18. Диагностика и оказание неотложной помощи детям на дому. ОПО (ВОЗ – ИВБДВ). Неотложные, приоритетные или несрочные признаки. Особенности лечения ребенка при выявленных классификациях.
19. Общие признаки опасности в детском возрасте. Тактика медработника в амбулаторных условиях при выявлении общих признаков опасности у ребенка.
20. Классифицируйте кашель или затрудненное дыхание, если нет астмоидного дыхания: укажите признаки, которые позволят классифицировать заболевание как:
21. Тяжелая пневмония, или очень тяжелое заболевание
22. Пневмония
23. Пневмонии нет, кашель или простуда. Лечение ребенка при перечисленных классификациях.
24. Классифицируйте диарею по степени обезвоженности: укажите признаки, которые позволят классифицировать заболевание как:
25. Тяжелое обезвоживание, умеренное обезвоживание
26. Нет обезвоживания
27. Лечение ребенка при перечисленных классификациях
28. Классифицируйте лихорадку: укажите признаки, которые позволят классифицировать заболевание как:
29. Очень тяжелое фебрильное заболевание
30. Затяжная лихорадка
31. Возможная бактериальная инфекция

32. Неосложненная лихорадка
33. Лечение ребенка при перечисленных классификациях
34. 22. Классифицируйте состояние питания, укажите признаки, которые позволят классифицировать заболевание как:
35. Тяжелое нарушение питания или тяжелая анемия
36. Низкий вес или анемия
37. Нет низкого веса или анемии
38. Если у ребенка корь или он болел корью в последние 3 месяца: осмотрите, есть ли у ребенка: язвы во рту (глубокие или обширные); гнойные выделения из глаз; помутнение роговицы. Признаки, которые позволят классифицировать заболевание как:
39. Тяжелая осложненная корь
40. Корь с осложнениями глаз и рта
41. Корь
42. Лечение ребенка при перечисленных классификациях.
43. Классифицируйте БОЛЬ в ГОРЛЕ; признаки, которые позволят классифицировать заболевание как:
44. Абсцесс глотки
45. Стрептококковый фарингит
46. Нестрептококковый фарингит. Лечение ребенка при перечисленных классификациях.
47. Проблемы с ушами, последовательность ведения больного ребенка.
48. Спросите: боль в ухе, выделения из уха и как долго? Осмотрите: гнойные выделения из уха; ощутите, болезненная припухлость за ухом? Признаки, которые позволят классифицировать заболевание как:
49. Мастоидит
50. Острая инфекция уха
51. Хроническая инфекция уха
52. Нет инфекции уха
53. Определите лечение ребенка при перечисленных классификациях проблем с ушами.
54. Организация неотложной медицинской помощи детям на догоспитальном этапе. Служба педиатрической скорой помощи. Специализированные бригады. Основные принципы оказания неотложной медицинской помощи. Принципы обследования и выбор лечебно-тактических мероприятий при угрожающих состояниях у детей на

- догоспитальном этапе. Показания к экстренной госпитализации. Госпитализация детей в реанимационное отделение. Транспортировка больных с неотложными состояниями.
55. Экстренная медицинская помощь пациентам в угрожающих и терминальных состояниях. Фазы сердечно-легочной реанимации. Техника и эффективность сердечно-легочной реанимации. Прогноз реанимации и обоснование отказа от ее дальнейшего проведения. Смерть мозга. Семиотика угрожающих состояний у детей. Синдром внезапной смерти грудных детей.
 56. Диагностика и оказание первой медицинской помощи ребенку при аллергических состояниях у детей. Анафилактический шок, отек Квинке, синдрома Лайелла, сывороточная болезнь. Клиника, первая помощь, условия транспортировки.
 57. Приступы бронхиальной астмы, тактика и первая врачебная помощь, показания к госпитализации. Лечебно-тактические мероприятия при астматическом статусе. Набор лекарственных средств для оказания экстренной медицинской помощи при аллергических состояниях. Организация экстренной госпитализации.
 58. Диагностика, тактика, первая медицинская помощь при синдромах острой дыхательной недостаточности. Внезапная остановка и декомпенсация дыхания, отек легкого, острая обструкция верхних дыхательных путей, синдром плеврального напряжения. Диагностика, тактика, первая врачебная помощь педиатра при синдромах острой дыхательной недостаточности.
 59. Первая врачебная помощь при инородных телах трахеи и бронхов. Диагностика, клиника и экстренная терапия дыхательной недостаточности при синдроме острой бронхиальной обструкции. Основные принципы оказания неотложной медицинской помощи. Экстренная помощь при остановке дыхания, синдроме ложного крупа, обструкции дыхательных путей. Клиническая фармакология: средства, применяемые при острой дыхательной недостаточности.
 60. Диагностика и оказание первой медицинской помощи ребенку при синдромах острой недостаточности кровообращения
 - а. Остановка сердца, причины, клиника. Методы терапии остановки сердца на догоспитальном этапе. Острая сосудистая недостаточность. Шок. Коллапс. Синкопальные состояния, терапевтическая тактика.
 61. Нарушение ритма сердца. Механизмы возникновения аритмий. Возможные причины, разрешающие факторы. Электрокардиографическая диагностика расстройств ритма сердца. Признаки угрожающего состояния при нарушениях ритма сердца и показания к проведению мероприятий первой помощи.

62. Угрожающие состояния при врожденных пороках сердца у детей раннего возраста, лечебно-тактические решения. Набор лекарственных средств для оказания экстренной медицинской помощи.
63. Первая врачебная помощь при гипертоническим кризе и артериальной гипертензии. Тактика и первая врачебная помощь при одышечно-цианотических приступах. Клиническая фармакология: средства, применяемые при острой сердечно-сосудистой недостаточности. Показания к госпитализации, условия транспортировки.
64. Диагностика и оказание первой медицинской помощи ребенку при нарушениях функций центральной нервной системы, лихорадке, судорожном синдроме.
 - а. Догоспитальная оценка нарушений поведения у ребенка раннего возраста. Расстройства сознания, судорожный синдром. Дифференциальный диагноз судорог различного генеза, первая врачебная помощь, тактические решения на догоспитальном этапе.
65. Диагностическая и тактическая задача, последовательность лечебных мероприятий при различных коматозных состояниях у детей.
66. Болевой синдром, терапевтическая тактика. Показания к госпитализации, условия транспортировки.
67. Лихорадочные состояния у детей. Выбор лечения и тактические решения при лихорадке. Клиническая фармакология: препараты, применяемые в неотложной неврологии.
68. Набор лекарственных средств для оказания экстренной медицинской помощи при лихорадке, судорожном синдроме. Организация экстренной госпитализации.

Экзаменационные вопросы по хирургии:

1. Крипторхизм у детей. Этиология. Классификация. Клиника. Сроки и способы лечения.
2. Аномалии развития почек у детей. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Диплококковый перитонит у детей. Клиника, диагностика, лечение.
4. Аппендикулярный абсцесс, Аппендикулярный инфильтрат. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Принцип лечение.
5. Аппендикулярный перитонит у детей. Клиника, классификация, диагностика, лечение, осложнения.
6. Атрезия желчных ходов у детей. Классификация клиника. Диагностика. Лечение
7. Атрезия пищевода. Этиология. Патогенез. Формы атрезии пищевода. Клиника. Диагностика. Значение ранней диагностики. Лечение. Тактика врача роддома.
8. Ахалазия пищевода у детей. Определение. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению, методы операций.
9. Боковые и срединные кисты шеи. Эмбриогенез. Клиника. Лечение. Осложнения.
10. Болезнь Гиршпрунга. Эмбриогенез. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
11. Бронхоэктазии у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Показания к хирургическому лечению.
12. Варикоцеле. Этиология. Патогенез. Клиника. Хирургическое лечение. Сроки и способы оперативного лечения.
13. Водянка оболочек яичка и семенного канатика. Этиология. Клиника. Диагностика. Сроки и способы оперативного лечения.
14. Воронкообразная деформация грудной клетки у детей. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение
15. Врожденная кишечная непроходимость. Этиология. Классификация. Клиника. Методика исследования новорожденных с подозрением на врожденную непроходимость. Рентгендиагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
16. Врожденная лобарная эмфизема. Клиника. Диагностика. Лечение
17. Врожденная синдактилия, полидактилия у детей. Сроки оперативного лечения.
18. Врожденный вывих бедра. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Значение ранней диагностики. Показания к оперативному лечению. Способы лечения в зависимости от возраста. Осложнения. Диспансеризация.

19. Врожденный гидронефроз. Уретрогидронефроз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
20. Гемангиомы и лимфангиомы у детей. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
21. Гидроцефалия, клиника, принципы медикаментозного и хирургического лечения
22. Гипоспадия. Эписпадия. Экстрофия мочевого пузыря. Формы. Клиника. Диагностика. Сроки и способы оперативного лечения.
23. Гнойный мастит у новорожденных. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
24. Эмбриональная грыжа пупочного канатика. Эмбриогенез. Классификация. Клиника. Сроки и способы лечения.
25. Грыжи передней брюшной стенки у детей. Паховые и пахово-мошоночные грыжи у детей. Этиология. Клиника. Лечение.
26. Детский травматизм. Определение, классификация. Профилактика.
27. Диафрагмальная грыжа у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Рентгенодиагностика. Лечение.
28. Дивертикул Меккеля у детей. Определение. Этиопатогенез. Клиника. Осложнения. Диагностика. Лечение. Хирургическое лечение в современном аспекте
29. Желудочно-кишечные кровотечения у детей. Классификация. Клиника, диагностика.
30. Заболевания желточного и мочевого протока у детей. Полные и неполные свищи пупка у детей. Клиника. Диагностика, Лечение.
31. Закрытая травма грудной клетки. Клиника. Диагностика. Гемопневмоторакс. Дифференциальная диагностика. Первая помощь. Принципы лечения.
32. Закрытое повреждение паренхиматозных органов у детей. Причины, клиника «одномоментного» и «двухмоментного» внутреннего кровотечения. Диагностика, лечение, осложнения.
33. Инвагинация кишечника у детей. Причины. Клиника. Диагностика. Методы лечения.
34. Инородные тела бронхов и трахеи. Клиника. Лечение. Возможные осложнения.
35. Косолапость. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Роль ранней диагностики. Лечение этапными гипсовыми повязками. Показания и сроки оперативного лечения.
36. Кривошея. Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Показания к оперативному лечению.

37. Мочекаменная болезнь у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение
38. Некротическая флегмона новорожденных. Маститы и омфалиты у новорожденных. Клиника. Диагностика. Лечение
39. Ожоги и рубцовые сужения пищевода у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение. Профилактическое и лечебное бужирование.
40. Опухоль Вильмса. Клиника. Диагностика. Лечение
41. Особенности переломов костей у детей. Типичные переломы, их клиника, диагностика. Сроки консолидации, иммобилизации.
42. Особенности хирургической инфекции у детей. Анатомо-физиологические особенности кожи и подкожной клетчатки. Роль входных ворот инфекции. Классификация. Общие принципы лечения.
43. Остеохондропатии у детей. Болезнь Пертеса. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
44. Острая бактериальная деструкция легких. Классификация. Плевральные осложнения. Клинические формы. Методы лечения.
45. Острая дыхательная недостаточность у детей в периоде новорожденности. Причины. Классификация. Клиника агенезии, аплазии легкого. Диагностика. Лечение.
46. Острый аппендицит у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Особенности течения у детей до 3-х лет. Дифференциальная диагностика. Лечение.
47. Острый гематогенный остеомиелит у детей. Этиология. Формы течения. Диагностика. Лечение. Реабилитация. Диспансеризация.
48. Острый гнойный плеврит. Классификация. Пути проникновения инфекции в плевральную полость. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение. Показания к дренированию плевральной полости.
49. Панариции у детей. Определение, этиология, классификация, патогенез, клиника, лечение.
50. Патология влагалищного отростка брюшины. Этиопатогенез. Водянка и киста семенного канатика. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Сроки и методы лечения.
51. Первично-хронический остеомиелит у детей. Классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.

52. Переломы бедренной кости у детей, их частота. Виды переломов. Характеристика смещения отломков при диафизарных переломах. Особенности иммобилизации в зависимости от возраста. Показания к оперативному лечению.
53. Переломы костей таза. Механизм травмы. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
54. Переломы плечевой кости у детей. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Ранние и поздние осложнения.
55. Перитонит у новорожденных. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
56. Пилоростеноз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
57. Пневмоторакс, Подкожная эмфизема, Гемоторакс. Определение, виды, причины, клиника, диагностика, лечение, осложнения. Первая медицинская помощь.
58. Повреждение Монтеджи, Галеации. Клиника, лечение.
59. Полипы прямой кишки. Клиника, диагностика, лечение.
60. Пороки развития аноректальной области. Классификация. Эмбриогенез. Клиника. Рентгенодиагностика. Способы лечения.
61. Пороки развития и хирургические заболевания новорожденных проявляющихся синдромом острой дыхательной недостаточности. Клиника. Диагностика. Лечение
62. Пороки развития легких, трахеи и бронхов у детей. Клиника. Диагностика. Лечение.
63. Приобретенная механическая кишечная непроходимость. Причины. Классификация. Клиника. Диагностика. Методы лечения.
64. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Показания к оперативному лечению.
65. Ранняя спаечная кишечная непроходимость у детей. Клиника, диагностика. Принцип лечения
66. Раны. Определение, классификация (по характеру повреждения тканей, по причине повреждения, по инфицированности, по отношению к полостям тела). Течение раневого процесса, фазы, виды заживления ран
67. Родовые повреждения мягких тканей и костей у детей. Виды повреждений. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь и лечение.
68. Синдром Меллори-Вейса у детей. Клиника. Диагностика, Лечение.
69. Синдром отечной мошонки у детей. Причины. Патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Оперативное лечение.

70. Синдром портальной гипертензии. Этиология. Патогенез. Клиника. Методы диагностики. Общие принципы лечения. Осложнения. Неотложная помощь при них.
71. Спинномозговые и черепно-мозговые грыжи у новорожденных. Рахизис и spina bifida occulta у детей. Клиника. Диагностика. Лечение.
72. Травма позвоночника у детей. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
73. Травма почек, мочевого пузыря и уретры у детей. Клиника. Диагностика. Современные методы исследования. Лечение.
74. Ушиб головного мозга. Степени. Клиника, диагностика, лечение
75. Ущемленная паховая грыжа. Клиника. Диагностика. Способы лечения. Сроки и способы оперативного лечения.
76. Фимоз. Парафимоз. Баланопостит. Клиника. Диагностика. Лечение.
77. Флегмона. Определение, этиология, патогенез, клиника, лечение.
78. Фурункулез у детей. Определение, этиология, патогенез, клиника, лечение.
79. Хирургический сепсис. Классификация. Клиника. Особенности сепсиса новорожденных. Общие принципы лечения.
80. Хронический гематогенный остеомиелит у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
81. Черепно-мозговая травма у детей. Частота. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Последствия ЧМТ. Принципы диспансерного наблюдения.
82. Эписпадия. Экстрофия мочевого пузыря. Формы. Клиника. Диагностика. Сроки и способы оперативного лечения.
83. Эпифизарный остеомиелит у детей. Клиника. Лечение. Осложнения. Диспансеризация.
84. Эхинококкоз у детей: биологический цикл паразита, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Лечение, профилактика.
85. Черепно-мозговые грыжи у новорожденных. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
86. Гипоспадия. Формы. Клиника. Диагностика. Сроки и способы оперативного лечения.
87. Острый парапроктит у детей. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения.
88. Инородные тела пищевода у детей. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения.

89. Ожоги и рубцовые сужения пищевода у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение. Профилактическое и лечебное бужирование.
90. Острый гематогенный остеомиелит у детей. Токсическая форма. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения.
91. Острый гематогенный остеомиелит у детей. Септико-пиемическая форма. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения.
92. Принцип лечение острого гематогенного остеомиелита у детей по Краснобаеву Т.А.
93. Показания к остеоперфорации.
94. Хронический парапроктит у детей. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
95. Кефалогематома у новорожденных. Этиопатогенез, причины. Классификация. Лечение. Осложнения.
96. Перелом ключицы у новорожденных. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
97. Высокая врожденная кишечная непроходимость. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение.
98. Мекониальный илеус. Причина, клиника, диагностика, лечение.
99. Переломы костей у детей (поднадкостничные, по типу зеленой ветки, эпифизиолиты). Анатомо-физиологические причины этих переломов. Диагностика, тактика лечение.
100. Эхинококкоз печени и легкого у детей. Эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, осложнения.
101. Слоновость у детей. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
102. Маститы и омфалиты у новорожденных. Клиника. Диагностика. Лечение.
103. Принцип разреза при гнойных маститах у девочек.
104. Тератомы у детей. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения.
105. Халазия, ахалазия, врожденное сужение пищевода. Определение. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения.
106. Врожденная мышечная кривошея у детей. Классификация. Клиника. Диагностика. Принцип лечение (консервативное и оперативное).
107. Перитонит у новорожденных. Классификация. Этиология. Клиника неперфоративного и перфоративного перитонита. Диагностика. Лечение.

108. Врожденная килевидная деформация грудной клетки. Синдром Поланда. Клиника. Диагностика. Лечение.
109. Особенности клиники, диагностики и лечение острого аппендицита у детей до 3-х лет.
110. Синдром Пьера-Робина, атрезия хоан, макроглоссия. Определение. Клиника, диагностика, лечение.
111. Атрезия анального отверстия и прямой кишки. Классификация. Клиника свищевой формы. Диагностика. Лечение.
112. Атрезия анального отверстия и прямой кишки. Классификация. Клиника безсвищевой формы. Диагностика. Тактика хирургического лечение.
113. Атрезии желчевыводящих путей. Классификация и клиника у новорожденных. Дифференциальная диагностика. Методы диагностики. Лечение.
114. Хронический гематогенный остеомиелит. Определение. Классификация. Клиника. Осложнения. Реабилитация.
115. Эпифизарный остеомиелит у новорожденных. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения. Диспансеризация.
116. Закрытая травма почек у детей. Клиника. Диагностика. Методы исследования. Тактика в лечении.
117. Закрытая травма печени у детей. Классификация. Клиника. Диагностика. Методы исследования. Тактика в лечении.
118. Закрытая травма селезенки у детей. Классификация. Клиника. Диагностика. Методы исследования. Тактика в лечении. Хирургические заболевания селезенки у детей. Спленомегалия, кисты селезенки. Клиника, диагностика, лечение.
119. Желудочно-кишечные кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Особенности клиники. Диагностика, лечение.
120. Желудочно-кишечные кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Особенности клиники. Диагностика, лечение.
121. Несчастные случаи. Диагностика и оказание первой медицинской помощи ребенку при несчастных случаях. Диагностика и первая врачебная помощь при электротравме, утоплении, солнечный и тепловой удар, отморожения и замерзания. Укусы насекомых, змей и животных. Пе Ингаляции дыма, горячего воздуха, окиси углерода. Первая помощь.
122. Травматический и геморрагический шок, особенности его у детей. Краш-синдром, алгоритм действий. Тактика врача скорой помощи при множественных поражениях опорно-двигательного аппарата. Тактика врача при травме органов

- брюшной полости, забрюшинного пространства, повреждении черепа и мозга, грудной клетки. Повреждение мягких тканей, травматические вывихи, переломы костей скелета. Первая врачебная помощь, показания к госпитализации.
123. Ожоговая болезнь, особенности ее течения у детей раннего возраста. Ожоговый шок. Тактика врача и первая врачебная помощь. Показания к госпитализации. Условия транспортировки.
 124. Аденоидные вегетации. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
 125. Ангины. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика.
 126. Острый средний отит. Классификация, клиника.
 127. Инородные тела ЛОР органов.
 128. Острый подскладочный ларингит (ложный круп). Первая помощь.
 129. Папилломатоз гортани. Клиника, диагностика, лечение.
 130. Антрит, мастоидит, субпериостальный абсцесс. Этиология, клиника, лечение.
 131. Центральное зрение. Что такое острота зрения и угол зрения. Формула Снеллена.
 132. Поле зрения и методы его определения.
 133. Цветовосприятие. Трехкомпонентная теория Ломоносова-Юнга Гельмгольца.
 134. Виды клинической рефракции,
 135. Миопия, виды, клиника, лечение, коррекция.
 136. Весенний катар. Этиология, клиника, течение и лечение.
 137. Врожденная катаракта, ее виды, клиника, лечение.
 138. Дифференциальная диагностика острого приступа глаукомы и острого иридоциклита.
 139. Атрофии зрительного нерва, классификация, клиника, лечение.

Экзаменационные вопросы по детским инфекциям

1. Этиологическая структура ОРВИ у детей. Эпидемиологические особенности ОРВИ. Клинико-эпидемиологические особенности гриппа у детей. Клиника типичной формы гриппа. Грипп. Неотложные синдромы. Нейротоксикоз у детей раннего возраста. Стадии развития нейротоксикоза, лечение.
2. Клинико-эпидемиологические особенности парагриппа у детей. Острый стенозирующий ларинготрахеит (круп). Синдром крупа (стадии), принцип лечения.
3. РС-инфекция. Обструктивный синдром у детей. Принципы лечения.
4. Аденовирусная инфекция. Этиология. Патогенез. Типичные формы аденовирусной инфекции. Принципы лечения.
5. Риновирусная инфекция. Клинические проявления. Течение. Осложнения. Диагностика. Принципы лечения. Энтеровирусная инфекция. Характеристика возбудителей. Патогенез. Клиника. Принципы лечения.
6. Этиологическая структура ОКИ у детей, эпидемиологические особенности. Шигеллез, этиология, патогенез, клинические проявления у детей. Дифференциальная диагностика сальмонеллеза и дизентерии у детей. Шигеллез. Клиника типичных форм у детей. Шигеллез. Лабораторная диагностика. Осложнения. Атипичные формы дизентерии у детей. Принципы лечения дизентерии.
7. Сальмонеллез. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Клиника типичных форм сальмонеллеза у детей. Клиника атипичных форм сальмонеллеза у детей. Методы лабораторной диагностики. Осложнения. Принципы лечения.
8. Этиологическая структура ОКИ, Клинико-лабораторная диагностика, дифференциальная диагностика ОКИ, вызванные условно-патогенными энтеробактериями и дизбактериоза кишечника. Принцип лечения ОКИ, вызванных УПЭ.
9. Стафилококковые поражения ЖКТ у детей. Этиология, эпидемиология, патогенез. Принципы лабораторной диагностики стафилококковой инфекции. Стафилококковая инфекция у детей. Клинические особенности стафилококковой инфекции у детей раннего возраста. Принципы лечения.
10. Принцип лечения ОКИ. Диетотерапия, оральная регидратация. Показания к назначению антибактериальных препаратов при лечении ОКИ у детей. Профилактика ОКИ у детей

11. Эшерихиозы. этиология, патогенез, клиника. Обезвоживание (умеренное, тяжелое). Клинико-лабораторные критерии. Лечение умеренного и тяжёлого обезвоживания. Осложнения ОКИ у детей.
12. Брюшной тиф. Этиология. Патогенез. Особенности брюшного тифа у детей. Диагностика. Лечение.
13. Этиологическая структура вирусных гепатитов у детей. Эпидемиологические особенности острых вирусных гепатитов.
14. Клинико-эпидемиологические особенности ВГА у детей. Клиника типичных форм ВГА. Клинико-лабораторная характеристика преджелтушного и желтушного периода. Исходы вирусного гепатита А. Принцип лечения. Профилактика.
15. Вирусный гепатит В. Клинические и лабораторные критерии тяжести ВГВ. Стадии гепатодистрофии (клинико-лабораторная характеристика). Исходы ВГВ. Принцип лечения. Профилактика. Дифференциальная диагностика ВГА и ВГВ.
16. Особенности течения острых вирусных гепатитов у детей до 1 года жизни. Дифференциальная диагностика ВГВ с другими заболеваниями (атрезия ЖВП, конъюгационная желтуха, цитомегаловирусная инфекция, стафилококковый сепсис, каротиновая желтуха). Исходы острых вирусных гепатитов с парентеральным механизмом заражения.
17. Герпетические инфекции. Этиология. Патогенез. Клиника, диагностика типичных форм ветряной оспы. Осложнения. Принципы лечения. Клиника, диагностика атипичных форм ветряной оспы. Осложнения. Принципы лечения.
18. Простой герпес. Клиника. Принципы лечения. Опоясывающий герпес. Клиника. Принципы лечения. Цитомегаловирусная инфекция у детей раннего возраста. Диагностика. Принципы лечения.
19. Корь. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника типичных и атипичных форм кори. Лабораторная диагностика. Принципы лечения. осложнения, лечение и профилактика.
20. Краснуха. Этиология. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика, лечение, профилактика.
21. Врожденная краснуха. Клиника. Лабораторная диагностика. Профилактика. Паротитная инфекция. Этиология. Патогенез.
22. Паротит, субмаксилит, орхит, панкреатит, серозный менингит. Клиника. Осложнения. Принцип лечения. Профилактика.

23. Коклюш. Этиология. Патогенез. Клиническая характеристика коклюша. Диагностика. Лечение. Профилактика. Дифференциальная диагностика коклюша в катаральном периоде с другими ОРИ.
24. Дифтерия. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника локализованной формы дифтерии ротоглотки. Диагностика и дифференциальная диагностика локализованной формы дифтерии ротоглотки и ангины. Осложнения. Принцип лечения.
25. Дифтерия. Клиника и осложнения токсических форм дифтерии ротоглотки. Лечение.
26. Дифтерия гортани (дифтерийный круп). Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика с крупами вирусной этиологии. Лечение.
27. Антибактериальная терапия. Специфическая терапия. Лечение осложнений. Профилактика.
28. Инфекционный мононуклеоз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение.
29. Менингококковая инфекция. Этиология. Патогенез. Клиника менингококкового менингита. Диагностика. Осложнения. Лечение.
30. Менингококковая инфекция. Менингококковый сепсис (менингококцемия). Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение.
31. Менингококковая инфекция. Бактерионосительство. Менингококковый назофарингит. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
32. Энцефалиты (первичные, вторичные), диагностика, лечение.
33. Полиомиелит. Этиология. Патогенез. Классификация клинических форм.
34. Полиомиелит. Клиническая характеристика, диагностика. Принципы лечения. Исходы. Профилактика.
35. Скарлатина. Этиология. Патогенез.
36. Скарлатина. Клиника типичной формы. Принцип лечения. Профилактика.
37. Атипичные формы скарлатины. Осложнения. Лечение. Профилактика.
38. Псевдотуберкулез. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
39. Диагностика и первая врачебная помощь при острых инфекционных заболеваниях у детей. Клинические варианты первичного инфекционного токсикоза. Диагностика и первая врачебная помощь при нейроинфекции.
40. Инфекционно-токсический шок при менингококкцемии, диагностика, первая врачебная помощь. Набор лекарственных средств для оказания экстренной

медицинской помощи. Организация экстренной госпитализации. Основные принципы оказания неотложной медицинской помощи. Экстренная помощь.

41. Синдром желтухи, дифференциальный диагноз, тактика, показания к госпитализации. Основные принципы оказания неотложной медицинской помощи. Экстренная помощь.

Экзаменационные вопросы по дерматологии

1. Чесотка у детей. Клиническая картина. Особенности диагностики и лечения.
2. Микроспория у детей. Этиология. Особенности клинической картины. Диагностика. Лечение.
3. Атопический дерматит, детская почесуха. Этиопатогенез. Особенности клинической картины. Диагностика. Лечение.
4. Ограниченная склеродермия у детей. Этиопатогенез. Особенности клинической картины. Диагностика. Лечение.
5. Герпетиформный дерматоз Дюринга у детей. Этиопатогенез. Особенности клинической картины. Диагностика. Лечение.

Реабилитационная медицина в педиатрии

1. Основы общей физиотерапии. Особенности применения физических факторов в педиатрии. Светолечение.
2. Особенности применения физических факторов в педиатрии. Водолечение.
3. Особенности применения физических факторов в педиатрии. Аэрозольтерапия.
4. Особенности применения физических факторов в педиатрии. Электролечение.
5. Особенности применения физических факторов в педиатрии. Фонотерапия.
6. Особенности применения физических факторов в педиатрии. Теплогидротерапия.
7. Частная терапия в детском возрасте. Физиотерапия при заболеваниях органов дыхания.
8. Частная терапия в детском возрасте. Физиотерапия при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.
9. Физиотерапия при заболеваниях почек, суставов, органов пищеварения у детей.
10. Физиотерапия при заболеваниях новорожденных и детей раннего возраста.

Сестринское дело

1. Сестринский процесс. Этапы сестринского процесса. Ведение медицинской документации.
2. Понятие о стандартах сестринского ухода. Инфекционный контроль.

3. Сестринская физикальная оценка и уход. Процедура 3-х минутной и 15-ти минутной оценки «с головы до ног».
4. Применение лекарственных средств, пути и способы. Блок ИВБДВ
5. Сестринский уход за младенцем и маловесным ребёнком. Кормление.

Стандарты диагностики и лечения

1. Карманный справочник по оказанию стационарной помощи детям (Руководство по ведению наиболее распространённых заболеваний у детей в условиях ограниченных ресурсов).
2. Последовательность этапов сортировки. Экстренная сортировка больных: неотложные, приоритетные признаки (Формула 2ТД+3БО) и несложные случаи. Диагностика неотложных состояний. Принцип АВСДЕ (асфиксия, ТНД, шок, кома, судороги, тяжёлое обезвоживание)
3. Оценка уровня сознания по шкале АГБО. Оказание неотложной помощи больным с неотложными признаками. Оценка детей в коме: судороги, фиксация взора, отсутствие сознания. Неотложная помощь.
4. Классификация степени тяжести пневмонии. Диагностика, ведение ребёнка с не тяжёлой, тяжёлой и очень тяжёлой пневмонией. Астмоидное дыхание. Стридор. Диагностические критерии, лечение.
5. Лихорадка. Классификация, лечение.
6. Диарея. Обезвоживание. Диагностические критерии и классификация степени обезвоживания. Ведение ребёнка с диареей без обезвоживания (План А), с умеренным (План Б) и с тяжёлым обезвоживанием (План В). Оценка физического развития детей, ведение больных с тяжёлым нарушением питания и анемией.
7. Уход за новорожденными детьми сразу после рождения. Неотложные состояния («ДЕ») у младенцев. Первичная реанимация. Опасные признаки у ребёнка 0-2 мес. жизни.
8. Ведение младенцев с тяжёлыми бактериальными инфекциями. Диагностические критерии физиологической и патологической желтухи новорожденных. Лечение.
9. Ведение больных с ВИЧ.

Вопросы по Генетике

1. Хромосомные мутации: XXI трисомия синдром Дауна, XXV трисомия синдром Клайнфельтера, X моносомия синдром Шершевского-Тернера. Определение, распространённость. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина.

- Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.
2. Фенилкетонурия Определение, распространенность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.
 3. Галактоземия Определение, распространенность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.
 4. Муковисцидоз. Определение, распространенность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.

Экзаменационные вопросы по детской неврологии

1. Основные причины и патогенез перинатальных поражений нервной системы у новорожденных.
2. Клиника гипоксически – ишемической энцефалопатии в остром периоде.
3. Клиника гипоксически – ишемической энцефалопатии в восстановительном периоде.
4. Билирубиновая энцефалопатия – этиопатогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
5. Детский церебральный паралич: этиопатогенез, основные клинические проявления, принципы восстановительной терапии.
6. Этиопатогенез и классификация острых нарушений мозгового кровообращения у детей.
7. Классификация черепно – мозговых травм.
8. Эписепсия - этиопатогенез, типы эпилептических припадков.
9. Фебрильные судороги – клиника, методы диагностики, принципы лечения и профилактики.
10. Дефицитно – обменные судороги у детей – причины, методы диагностики, принципы лечения.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ПО ДЕТСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ.

1. Организация лечебной и профилактической помощи девочкам подросткам. Деонтология при оказании гинекологической помощи девочкам.

2. Физиологические особенности развития детского организма. Методы обследования детей: общие, специальные и дополнительные. Медицинская этика.
3. Методы оценки степени физического и полового развития девушек. Морфограмма. Половая формула.
4. Менструальный цикл. Уровни регуляции.
5. Яичниковый цикл, фолликулогенез, стероидогенез в яичниках.
6. Органы мишени, маточный цикл.
7. Преждевременное половое развитие. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, диагностика, лечение
8. Задержка полового развития. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
9. Отсутствие полового развития. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
10. . Ювенильные маточные кровотечения. Причины. Лечение. Реабилитация.
11. Альгодисменорея. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
12. Предменструальный синдром. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
13. Аменорея. Этиология. Классификация.
14. Гипоменструальный синдром. Диагностика. Лечение.
15. Яичниковая аменорея. Диагностика, ведение пациентов.
16. Гипоталамическая и гипофизарная аменорея. Причины возникновения. Лечение.
17. Пороки развития матки и влагалища. Аплазия матки.
18. Пороки развития матки и влагалища. Аплазия матки
19. Воспалительные заболевания половых органов девочек. Вульвиты. Кандидоз.
20. Травмы половых органов девочек. Причины, виды. Диагностика, лечение
21. Доброкачественные опухоли яичников. Этиология, классификация, тактика.
22. Гормонопродуцирующие опухоли яичника (фолликулома, текома).
23. Дисгинезия гонад. Разновидности. Клиника, диагностика, терапия. Понятие репродуктивного здоровья подростков. Контрацепция юношеского возраста

Экзаменационные вопросы по эндокринологии.

1. Сахарный диабет. Определение. Эпидемиология сахарного диабета. Этиология. Патогенез. Классификация. Периоды и стадии развития сахарного диабета. Клиника. Лечение сахарного диабета. Прогноз. Профилактика. Коматозные состояния при сахарном диабете (гипергликемическая, кетоацидотическая, гипогликемическая, гиперосмолярная, лактацидемическая комы). Причины. Клинические варианты.

- Диагностика. Неотложная терапия коматозных состояний. Прогноз. Профилактика.
2. Ожирение. Определение. Эпидемиология. Этиология. Роль наследственной предрасположенности и факторов внешней среды. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
 3. Болезни щитовидной железы. Гипотиреоз. Гипертиреоз. Диффузный токсический зоб. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
 4. Болезни паращитовидных желез. Гипопаратиреоз и Гиперпаратиреоз. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
 5. Болезни надпочечников. Гипокортицизм. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Острая и хроническая надпочечниковая недостаточность. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз.
 6. Лечение. Неотложная терапия острой надпочечниковой недостаточности. Плановая заместительная терапия хронической надпочечниковой недостаточности. Прогноз. Профилактика.
 7. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. Гиперкортицизм. Болезнь и синдром Иценко-Кушинга. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
 8. Нарушения роста. Задержка роста. Низкорослость. Высокорослость. Гигантизм. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
 9. Нарушение полового созревания. Гипогонадизм. Преждевременное половое созревание. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.

Психиатрия.

1. Понятие о стигме, дестигматизация.
2. Общие правила назначения психотропных препаратов. Принципы терапии эпилепсии. Правила и принципы медицинского информирования больных с психическими расстройствами и их родственников
3. Легкая и умеренная умственная отсталость. Тяжелая и глубокая умственная отсталость.
4. Стресс и формирование психосоматических расстройств
5. Детский аутизм.

Экзаменационные вопросы по фтизиатрии.

1. Рекомендации ВОЗ по борьбе с туберкулезом в современных условиях (стратегия ДOTS). Национальная программа «Туберкулез - 1». Национальная программа «Туберкулез - 2» (стратегия ДOTS - плюс). Государственная система борьбы с туберкулезом в КР и РФ.
2. Стратегия ВОЗ - «Остановить туберкулез» (TB STOP). Национальные программы «Туберкулез – 3 и 4».
3. Роль педиатра в формировании групп риска заболевания туберкулезом среди детей и подростков. Методы выявления туберкулеза у детей и подростков. Краткая их характеристика. Активное выявление туберкулеза у детей и подростков из групп риска.
4. Клинические проявления ТБ у детей разного возраста. Общие и локальные симптомы.
5. "Вираз" туберкулиновой реакции.
6. Показания к обследованию на туберкулез по результатам пробы Манту.
7. Показания и противопоказания к назначению химиопрофилактики у детей.
8. Как проводится химиопрофилактика в настоящее время.
9. Уход за ребенком с поствакцинальной прививочной реакцией, сроки ее заживления и образования постпрививочного знака.
10. Основные клинические формы первичного туберкулеза.
11. Туберкулезная интоксикация у детей и подростков. Клинические проявления и обоснование клинического диагноза.
12. Особенности течения ТБ менингита у детей раннего возраста.
13. Комплексное лечение туберкулезного менингита.
14. Особенности диагностики и течения ТБ у подростков.
15. Внелегочные формы ТБ у детей и подростков.

16. Основные принципы диагностики ТБ у детей и подростков.
17. Роль врача – педиатра в своевременном выявлении, госпитализации больных туберкулезом детей и подростков и профилактике хронически текущего первичного туберкулеза.
18. Принципы лечения больных ТБ по стратегии DOTS .
19. Рекомендации ВОЗ по выявлению и лечению больных туберкулезом в
 - а. современных условиях.
20. Мероприятия в очаге туберкулезной инфекции.

1. Пропедевтика

#
1
При перкуссии живота у здорового человека выслушивается:
5
тупой звук
коробочный звук
ясный звук
притупленность звука
тимпанический звук.
#
2
Объясните происхождение снижения тургора кожи, выявляемого при общем осмотре:
2
геморрагический синдром
синдром эксикоза
гиперэстрогемия
сидеропенический синдром
нарушение синтетической функции печени.
#
3
В каком межреберье располагается верхушечный толчок у детей старше 1 года?
4
2
3
4
5
6.
#
4
Верхушечный толчок обусловлен:
1
левым желудочком
правым предсердием

дугой аорты
левым предсердием
правым желудочком.
#
5
При осмотре грудной клетки не определяют:
5
ее форму
симметричность обеих ее половин
частоту и глубину дыхания
симметричность участия обеих половин грудной клетки в акте дыхания
симметричность голосового дрожания.
#
6
Пальпация области сердца позволяет определить все следующие признаки, кроме:
2
свойств верхушечного толчка
ширины сосудистого пучка
наличия сердечного толчка
дрожания передней грудной стенки "кошачье мурлыканье"
надчревной пульсации.
#
7
Нормальный анализ мочи по Нечипоренко характеризуется всем, кроме:
1
восковидных цилиндров - до 10-20 в 1 мл осадка
эритроцитов - до 1000 в 1 мл осадка
лейкоцитов - до 2000 в 1 мл осадка
цилиндров – до 250 в 1 мл осадка
лейкоцитов - до 1500 в 1 мл осадка.
#
8
Скорость клубочковой фильтрации (СКФ или проба Реберга - Тареева) у здоровых детей составляет:

3
20- 40 мл/мин
40- 60 мл/мин
80-160 мл/мин
130-150 мл/мин
150-220 мл/мин.
#
9
Правый контур сердца на рентгенограмме образован:
4
верхней поллой веной
нижней поллой веной
правым желудочком
правым предсердием
легочной артерией.
#
10
Нормальным показателем ЭКГ у детей 15 лет является:
5
амплитуда зубца Р - 7 мм
интервал PQ – 0,25 сек
ширина желудочкового комплекса – 0,14 сек
зубец Q больше 1/3 соответствующего зубца R
продолжительность зубца Р II стандартного отведения – 0,10 сек.
#
11
Неверным показателем нормальной ЭКГ у детей 15 лет является:
3
продолжительность зубца Р – 0,10 сек
зубец Q меньше 1/3 соответствующего зубца R
продолжительность желудочкового комплекса – 0,12 сек
интервал PQ – 0,19 сек
амплитуда зубца Р II стандартного отведения – 2,5 мм.
#

12
Область выслушивания митрального клапана:
1
верхушечный толчок
основание мечевидного отростка
II межреберье слева от края грудины
II межреберье справа от края грудины
IV межреберье слева от края грудины.
#
13
Область выслушивания аортального клапана:
5
II межреберье справа от края грудины
основание мечевидного отростка
II межреберье слева от края грудины
IV межреберье слева от края грудины
V верно 1, 4.
#
14
Область выслушивания клапана легочной артерии:
3
верхушечный толчок
основание мечевидного отростка
II межреберье слева от края грудины
II межреберье справа от края грудины
IV межреберье слева от края грудины.
#
15
Укажите тип одышки, характерной при наличии препятствий в верхних дыхательных путях?
1
стридорозное дыхание
экспираторная одышка
дыхание Куссмауля

дыхание Чейн-Стокса
инспираторная одышка.
#
16
Укажите тип одышки, характерной при спазме мускулатуры мелких бронхов?
2
стридорозное дыхание;
экспираторная одышка;
дыхание Куссмауля
дыхание Чейн-Стокса
инспираторная одышка.
#
17
Цель использования дополнительного приема аускультации легких – форсированный выдох:
2
для отличия шума трения плевры от крепитации и хрипов
для выявления скрытой бронхиальной обструкции
для отличия сухих хрипов от влажных
для отличия сухих хрипов от шума трения плевры;
для улучшения выслушивания патологического бронхиального дыхания.
#
18
Механизмом появления жесткого дыхания является:
3
снижение эластичности альвеол при синдроме повышенной воздушности легочной ткани
изменение тембра ларинго-трахеального дыхания при синдроме уплотнении легочной ткани
сужение просвета средних и мелких бронхов различного генеза
наличие небольшого очага уплотнения легочной ткани, окруженного неизменными альвеолами
усиление колебаний стенок альвеол при форсированном дыхании.
#
19

Какой дыхательный шум выслушивается при обтурационном ателектазе?
1
ослабленное везикулярное дыхание или его полное отсутствие
амфорическое дыхание
бронхиальное дыхание
жесткое усиленное дыхание
смешанное бронхо-везикулярное дыхание.
#
20
Какой перкуторный звук определяется над зоной воспалительного уплотнения легочной ткани в пределах доли?
1
абсолютно тупой (бедренный)
ясный легочный звук
тимпанический звук
притупление с тимпаническим оттенком
коробочный звук.
#
21
Какой перкуторный звук появляется при начальной стадии воспалительного уплотнения легочной ткани в пределах доли?
4
абсолютно тупой (бедренный)
легочный звук
тимпанический звук
притупление с тимпаническим оттенком
коробочный звук.
#
22
Какой дыхательный шум выслушивается в начальной стадии долевого воспалительного уплотнения легочной ткани?
1
ослабленное везикулярное дыхание;
амфорическое дыхание;

бронхиальное дыхание;
жесткое дыхание;
смешанное бронховезикулярное дыхание.
#
23
С какой целью используется дополнительный прием при аускультации легких – повторная аускультация после покашливания?
4
для отличия шума трения плевры от крепитации и хрипов
для выявления скрытой бронхиальной обструкции
для отличия сухих хрипов от влажных хрипов
для отличия хрипов от крепитации или шума трения плевры
для лучшего выслушивания патологического бронхиального дыхания.
#
24
Какой перкуторный звук появляется при эмфиземе легких?
5
абсолютно тупой (бедренный)
легочный звук
тимпанический звук
притупление с тимпаническим оттенком
коробочный звук.
#
25
Какой дыхательный шум выслушивается при наличии полости в легочной ткани диаметром более 5 см, соединяющейся с бронхом?
2
ослабленное везикулярное дыхание
амфорическое дыхание
бронхиальное дыхание
жесткое дыхание
смешанное бронховезикулярное дыхание.
#
26

Какой тип одышки характерен для синдрома выпота в плевральную полость?
2
стридорозное дыхание
частое поверхностное дыхание
дыхание Куссмауля
дыхание Чейн-Стокса
дыхание с удлинненным выдохом, сопровождающееся свистящими хрипами.
#
27
Какой перкуторный звук определяется над зоной серозного поражения плевры (сухой плеврит)?
2
абсолютно тупой (бедренный)
легочный звук
тимпанический звук
притупление с тимпаническим оттенком
коробочный звук.
#
28
Какой перкуторный звук определяется над зоной одностороннего гидроторакса?
1
абсолютно тупой (бедренный)
легочный звук
тимпанический звук
притупление с тимпаническим оттенком
коробочный звук.
#
29
С какой целью используется дополнительный прием аускультации легких с имитацией вдоха при сомкнутой голосовой щели?
1
для отличия шума трения плевры от крепитации и хрипов
для выявления скрытой бронхиальной обструкции
для отличия сухих хрипов от влажных хрипов

для отличия хрипов от крепитации или шума трения плевры
для лучшего выслушивания патологического бронхиального дыхания.
#
30
Какой дыхательный шум выслушивается при интерстициальном отеке легких?
1
ослабленное везикулярное дыхание
амфорическое дыхание
бронхиальное дыхание
жесткое дыхание
смешанное бронховезикулярное дыхание.
#
31
Выберите наиболее правильную трактовку данных пальпации (подросток 13 лет) – концентрированный, шириной 2 см, усиленный верхушечный толчок в V межреберье на уровне срединно-ключичной линии:
1
гипертрофия левого желудочка без выраженной его дилатации
гипертрофия и дилатация левого желудочка
гипертрофия и дилатация правого желудочка
сращение (адгезия) листков перикарда
аневризма (постинфарктная) передней стенки левого желудочка.
#
32
Дефицит пульса (pulsus dificiens) – это:
4
резкое ослабление или отсутствие пульсации на одной лучевой артерии по сравнению с другой
резкое уменьшение величины пульса на симметричных лучевых артериях
число пульсовых волн на лучевой артерии больше числа сердечных сокращений
число пульсовых волн на лучевой артерии меньше числа сердечных сокращений
усиленная пульсации одной лучевой артерии.
#
33

При мерцательной тахикардии или частой экстрасистолии пульс на лучевой артерии будет определяться как:
1
pulsus dificiens
pulsus filiformis
pulsus differens
pulsus plenus
pulsus durus
#
34
Для мерцательной аритмии на ЭКГ характерно:
2
частота желудочковых комплексов более 120 в мин
отсутствие зубцов Р
наличие преждевременных комплексов QRS
укорочение интервала PQ
наличие дельта-волны желудочкового комплекса.
#
35
ЭКГ- критерии желудочковой экстрасистолии:
5
преждевременный желудочковый комплекс
экстрасистолический желудочковый комплекс расширен, деформирован
наличие полной компенсаторной паузы
измененный зубец Р перед экстрасистолическим желудочковым комплексом
правильно 1,2,3.
#
36
ЭКГ- критерии наджелудочковой экстрасистолии:
5
преждевременный желудочковый комплекс
экстрасистолический желудочковый комплекс похож на основные
наличие неполной компенсаторной паузы
наличие деформированного зубца Р перед экстрасистолическим желудочковым

комплексом
правильно 2 и 3.
#
37
Укажите нормальные границы относительной сердечной тупости у детей до 1 года:
1
верхняя – II ребро, левая – IV м/р на 1-2 см кнаружи от СКЛ, правая – окологрудинная линия;
верхняя – II м/р, левая – V м/р на 1-2 см кнаружи от СКЛ, правая – кнутри от окологрудинной линии
верхняя – III ребро, левая – V м/р по СКЛ, правая – ближе к правому краю грудины;
верхняя – верхний край III ребра, левая – V м/р на 1-2 см кнутри от СКЛ, правая – на 1 см кнутри от края грудины;
верхняя – III ребро, левая – V м/р по аксиллярной линии, правая – по правому краю грудины;
#
38
Укажите нормальные границы относительной сердечной тупости у детей от 2 до 6 лет:
1
верхняя – II ребро, левая – IV м/р на 1-2 см кнаружи от СКЛ, правая – окологрудинная линия;
верхняя – II м/р, левая – V м/р на 1-2 см кнаружи от СКЛ, правая – кнутри от окологрудинной линии
верхняя – III ребро, левая – V м/р по СКЛ, правая – ближе к правому краю грудины;
верхняя – верхний край III ребра, левая – V м/р на 1-2 см кнутри от СКЛ, правая – на 1 см кнутри от края грудины;
верхняя – III ребро, левая – V м/р по аксиллярной линии, правая – по правому краю грудины;
#
39
Укажите нормальные границы относительной сердечной тупости у детей от 7 до 12 лет:
3
верхняя – II ребро, левая – IV м/р на 1-2 см кнаружи от СКЛ, правая – окологрудинная линия;

верхняя – II м/р, левая – V м/р на 1-2 см снаружи от СКЛ, правая – внутри от окологрудинной линии
верхняя – III ребро, левая – V м/р по СКЛ, правая – ближе к правому краю грудины;
верхняя – верхний край III ребра, левая – V м/р на 1-2 см внутри от СКЛ, правая – на 1 см внутри от края грудины;
верхняя – III ребро, левая – V м/р по аксиллярной линии, правая – по правому краю грудины;
#
40
При каком поражении сердца левые границы абсолютной и относительной тупости сердца совпадают?
3
аортальный стеноз
аортальная недостаточность
митральный стеноз
митральная недостаточность
острый инфаркт миокарда.
#
41
При выраженном митральном стенозе артериальный пульс определяется как:
3
pulsus dificiens
pulsus filiformis
pulsus differens
pulsus plenus
pulsus durus.
#
42
У больного - митральный стеноз с признаками выраженной легочной артериальной гипертензии. Во II-IV межреберье слева от грудины выслушивается мягкий шум, начинающийся сразу после II тона. Дайте название шуму:
4
шум Флинта;
«шум волчка»;

шум Кумбса;
шум Грэхем-Стилла;
функциональный шум относительной недостаточности митрального клапана.
#
43
При обследовании больного с недостаточностью клапана аорты на верхушке сердца определен пресистолический (диастолический) шум. Дайте название шуму.
1
шум Флинта;
«шум волчка»;
шум Кумбса;
шум Грэхем-Стилла;
функциональный шум относительной недостаточности митрального клапана.
#
44
Разлитой (шириной 4 см), приподнимающий (куполообразный) верхушечный толчок в VI межреберье на 2 см кнаружи от срединноключичной линии у ребенка 13 лет свидетельствует о:
2
гипертрофии левого желудочка без выраженной его дилатации
гипертрофии и дилатации левого желудочка
гипертрофии и дилатации правого желудочка
сращения (адгезии) листков перикарда (слипчивый перикардит)
постинфарктной аневризме передней стенки левого желудочка.
#
45
Отрицательный верхушечный толчок (систолическое его втягивание) свидетельствует о:
4
гипертрофии левого желудочка без выраженной его дилатации;
гипертрофии и дилатации левого желудочка;
гипертрофии и дилатации правого желудочка;
сращения (адгезии) листков перикарда (слипчивый перикардит)
постинфарктной аневризме передней стенки левого желудочка.
#

46
Пункция перикарда производится при:
5
тампонаде сердца
подозрении на гнойный процесс в полости перикарда
замедленном рассасывании экссудата в полости перикарда
диагностических затруднениях о характере поражения перикарда
всем перечисленным выше.
#
47
Для констриктивного перикардита характерно:
5
снижение сердечного выброса
появление парадоксального артериального пульса
нормальные размеры сердца
кальциноз перикарда (рентгенологически)
все перечисленное.
#
48
При подозрении на наличие экссудата в полости перикарда в первую очередь следует произвести:
5
пункцию перикарда
измерение ЦВД (центрального венозного давления)
рентгенографию грудной клетки
ФКГ
УЗИ (ЭхоКГ) сердца.
#
49
Синдром желудочной диспепсии - это:
5
нормальная перистальтика кишечника
резко усиленная перистальтика кишечника
запоры

отсутствие перистальтики кишечника («гробовая тишина»)
тошнота, рвота.
#
50
Полное отсутствие соляной кислоты и пепсина в желудочном соке называется:
3
гиперхлоргидрией
гипохлоргидрией
ахилией
ахлоргидрией
все ответы неверны.
#
51
Возникновение болей через 2-3 часа после еды характерно для язвенного дефекта с локализацией:
4
в пищеводе
кардиального отдела желудка
пилорического отдела желудка
язвы 12 -перстной кишки
язвы анастомоза.
#
52
Прямым признаком язвенного дефекта в желудке при рентгенологическом исследовании является:
3
рубцовая деформация желудка
дивергенция складок слизистой желудка
симптом «ниши» на контуре желудка
гиперсекреция в полости желудка и дискинезия привратника
замедление скорости эвакуации бариевого содержимого из желудка.
#
53
Урчание при пальпации восходящей и поперечной ободочной кишки предполагает:

5
нормальный феномен
наличие в брюшной полости свободной жидкости
наличие стеноза привратника
скопление большого количества газов в толстом кишечнике (метеоризм у больного с колитом)
избыток жидкого содержимого и газов в толстом кишечнике (например, у больного с острым энтеритом).
#
54
Синдром мальабсорбции проявляется всеми симптомами, кроме:
2
метеоризма
желтухи
поносов
потери массы тела
анемии.
#
55
Анемия при синдроме мальабсорбции обусловлена:
4
дефицитом витаминов А и Е
дефицитом витамина Д
дефицитом витаминов В ₁ , В ₆
дефицитом железа, витаминов В ₁₂ и фолиевой кислоты
дефицитом никотиновой кислоты.
#
56
Причиной функционального запора является:
5
мегаколон (патологическое расширение кишки)
долихосигма (патологически удлиненная сигмовидная кишка)
дивертикулез (патологическое выпячивание отделов стенки) толстого кишечника
гиперфункция щитовидной железы

употребление легкоусвояемой пищи.
#
57
Выраженное желудочное кровотечение сопровождается:
3
всегда - болевым синдромом
кровавой рвотой
рвотой содержимым темно-коричневого цвета ("кофейной гущи")
дегтеобразным стулом
двигательным беспокойством.
#
58
Из приведенных признаков выбрать те, которые характерны для «механической» желтухи: а) увеличение конъюгированного с глюкуроновой кислотой (прямого) билирубина в крови; б) увеличение неконъюгированного с глюкуроновой кислотой (непрямого) билирубина в крови; в) наличие билирубина в моче; г) билирубин в моче отсутствует; д) в моче определяется уробилин; е) уробилин в моче отсутствует; ж) отсутствие в кале стеркобилина; з) наличие в кале стеркобилина.
2
б,г,д,з
а, в, е, ж
б, в, д, ж
а, в, д, з
а, б, в, д, з.
#
59
Похудание и атрофия мышц, наблюдаемые при заболеваниях печени, свидетельствуют о:
3
наличии дуодено-гастрального рефлюкса
увеличении желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза
нарушении синтетической (белковообразовательной) функции печени
сердечной недостаточности, обусловленной миокардиодистрофией
снижении дезинтоксикационной функции печени.
#

60
«Печеночный» запах изо рта при заболеваниях печени свидетельствует о:
5
наличии дуодено-гастрального рефлюкса
увеличении желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза
нарушении синтетической (белковообразовательной) функции печени
сердечной недостаточности, обусловленной миокардиодистрофией
деструкции и распаде печеночных клеток.
#
61
Причиной кожного зуда при заболеваниях печени является:
2
дуодено-гастральный рефлюкс
холестаз с увеличением желчных кислот в крови
нарушение синтетической (белковообразовательной) функции печени
сердечная недостаточность, обусловленная миокардиодистрофией
деструкция и распад печеночных клеток.
#
62
Недостаточное разрушение эстрогенов при хроническом заболевании печени проявляется всеми симптомами, кроме:
3
«сосудистых» звездочек
«печеночных» ладоней
петехиальной сыпи на коже
гинекомастии
«малинового» языка.
#
63
«Печеночные» ладони представляют собой:
4
внутрикожные отложения холестерина в виде бляшек
мелкоточечные кровоизлияния в кожу
петехиальную сыпь

симметричное покраснение Thenar и Hypothenar
накопление желчных кислот в коже.
#
64
Симптом Курвуазье – это:
1
увеличенный, болезненный, эластичный и подвижный желчный пузырь у больного с механической желтухой
увеличенный безболезненный, эластичный желчный пузырь, желтухи нет
механическая желтуха, желчный пузырь не увеличен, определяется болезненность в зоне Шоффара-Риве
увеличенная и болезненная печень с симптомом желтухи
увеличенная и безболезненная селезенка без желтухи.
#
65
При дуоденальном зондировании обнаружение в порции «В» признаков воспаления свидетельствует о:
1
воспалении желчного пузыря
пептической язвы
воспаления 12 перстной кишки
воспаления поджелудочной железы
дискинезии желчного пузыря.
#
66
Какие изменения характерны для синдрома портальной гипертензии?
3
живот втянут (ладьевидный), практически не участвует в дыхании, выраженное напряжение мышц брюшной стенки. Перкуторно – тупость, перкуссия болезненная.
живот увеличен в размере, куполообразно вздут, участвует в дыхании, перкуторно - тимпанит
живот увеличен в размере, в горизонтальном положении больного - распластан, в вертикальном - выглядит отвисшим, на боковых поверхностях живота расширенная венозная сеть. Перкуторно – тимпанит, в отлогих местах – тупость.

у истощенного больного в эпигастрии хорошо заметно выбухание и периодически возникающие волны антиперистальтики кишечника. Перкуторно – тимпанит.
при осмотре живота заметна усиленная и бурная перистальтика кишечника, живот вздут. Перкуторно – тимпанит.
#
67
Указать основной клинический признак синдрома портальной гипертензии:
1
асцит
желтуха
«сосудистые» звездочки
гинекомастия
«печеночные» ладони.
#
68
Асцит, расширение подкожных вен передней брюшной стенки, увеличение селезенки, варикозное расширение вен пищевода у больных с заболеваниями печени обозначается синдромом:
4
астено-вегетативным
диспепсическим
геморрагическим
портальной гипертензии
гепато-лиенальным.
#
69
Расширенные и извитые вены передней брюшной стенки - признак:
2
синдрома печеночно-клеточной недостаточности
синдрома портальной гипертензии
синдрома гепато- спленомегалии
синдрома механической желтухи
синдрома кишечной непроходимости.
#

70
Боли опоясывающего характера в верхней половине живота наблюдаются при патологии:
3
желудка
печени
поджелудочной железы
слепой кишки
сигмовидной кишки.
#
71
Обильный кашицеобразный жирный кал наблюдается при:
4
желудочной гиперсекреции
желудочной гипосекреции
внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы
внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы
верны все ответы.
#
72
Болезненность в точках Де Жардена, Кача и Мейо-Робсона характерна для воспалительного поражения:
4
желудка
двенадцатиперстной кишки
почек
поджелудочной железы
селезенки.
#
73
Для внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы не характерно:
1
желтуха
метеоризм
потеря в весе

полифекалия
стеато- и креаторея.
#
74
Учащенное (частое) мочеиспускание- это:
1
поллакиурия
странгурия
ишурия
анурия
полиурия.
#
75
Болезненное и частое мочеиспускание- это:
2
поллакиурия
странгурия
ишурия
анурия
полиурия.
#
76
Увеличение суточного количества мочи в два раза по сравнению с возрастной нормой - это:
5
поллакиурия
странгурия
ишурия
анурия
полиурия.
#
77
Суточный диурез в объеме 1/15 (или 5%) от возрастной нормы и ниже – это:
4

поллакиурия
странгурия
ишурия
анурия
полиурия.
#
78
Нефротический синдром не проявляется:
1
патологической ишурией
распространенными отеками на лице, туловище и конечностях
гипоальбуминемией
протеинурией выше 3 г/сутки
гиперлипидемией.
#
79
Нефротический синдром не проявляется:
3
гипоальбуминемией
протеинурией выше 3 г/сутки
гиперпротромбинемией
гиперхолестеринемией
анасаркой
#
80
Нефротический синдром - это симптомокомплекс, не включающий:
1
артериальную гипертензию
протеинурию
гипопротеинемию
гиперлипидемию
отеки.
#
81

Синдром почечной недостаточности не проявляется:
4
повышением концентрации мочевины в крови
повышением концентрации креатинина в крови
повышением концентрации индикана в крови
гиперальбуминемией
гипоизостенурией.
#
82
Снижение концентрационной функции почек проявляется:
2
азотемией
гипоизостенурией
ишурией
анурией
протеинурией.
#
83
Хроническая почечная недостаточность проявляется:
3
гиперальбуминемией
гипокалиемией
гиперкреатининемией
уробилинурией
гипербилирубинемией.
#
84
Какой вид обмена веществ нарушается при синдроме гиперфункции щитовидной железы:
5
белковый
жировой
углеводный
водно-солевой
все виды обмена.

#
85
Какая жалоба больного не соответствует синдрому гипергликемии?
5
сухость во рту
частое обильное мочеиспускание
слабость
похудание
высокая температура.
#
86
Для синдрома гипергликемии не характерно:
4
полиурия
наличие гнойничковых элементов на коже
полинейропатия
влажная кожа
развитие трофических язв на голених и стопах.
#
87
Для гипогликемии не характерно:
4
обильная потливость
чувство голода
дрожание пальцев рук
дыхание Куссмауля
раздражительность.
#
88
Что не вызывает развитие гипогликемии?
3
передозировка инсулина
тяжелое физическое перенапряжение
избыточное потребление углеводов

развитие инсулиномы
поражение печени.
#
89
Главным признаком нефротического синдрома является:
2
лейкоцитурия
гиперпротеинурия
гематурия
цилиндрурия
бактериурия.
#
90
Из приведенных признаков выбрать те, которые характерны для паренхиматозной желтухи:
а) увеличение конъюгированного с глюкуроновой кислотой (прямого) билирубина в крови; б) увеличение неконъюгированного с глюкуроновой кислотой (непрямого) билирубина в крови; в) наличие билирубина в моче; г) билирубин в моче отсутствует; д) в моче определяется уробилин; е) уробилин в моче отсутствует; ж) отсутствие в кале стеркобилина; з) наличие в кале стеркобилина:
5
б, г, д, з
а, в, е, ж
б, в, я, ж
а, в, д, з
а, б, в, д, з.
#
91
Из приведенных признаков выберите те, которые характерны для гемолитической желтухи: а) увеличение конъюгированного с глюкуроновой кислотой (прямого) билирубина в крови; б) увеличение неконъюгированного с глюкуроновой кислотой (непрямого) билирубина в крови; в) наличие билирубина в моче; г) билирубин в моче отсутствует; д) в моче определяется уробилин; е) уробилин в моче отсутствует; ж) отсутствие в кале стеркобилина; з) наличие в кале стеркобилина:

1
б, г, д, з
а, в, е, ж
б, в, д, ж
а, в, д, з
а, б, в, д, з.
#
92
Дилатацию желудочков можно выявить методами: а) пальпацией сердца; б) перкуссией сердца; в) ЭКГ; г) ЭхоКГ. Выбрать правильную комбинацию ответов:
5
а, в, г
б, г
в, г
а, б, в, г
а, б, г.
#
93
Какими методами можно выявить дилатацию предсердий? а) пальпация сердца; б) перкуссия сердца; в) ЭКГ; г) ЭхоКГ. Выбрать правильную комбинацию ответов:
2
а, в, г
б, г
в, г
а, б, в, г
а, б, г.
#
94
Невозможность опорожнить мочевой пузырь (задержка мочи)- это:
3
поллакиурия
странгурия
ишурия
анурия

полиурия.
#
95
Выбрать правильное описание «Facies nephritica»:
4
одутловатое цианотичное лицо с выраженным набуханием шейных вен и отек шеи
выраженный цианоз губ, кончика носа, подбородка, ушей, цианотичный румянец щек
лицо мертвенно-бледное с сероватым оттенком, глаза запавшие, заостренный нос, на лбу капли холодного профузного пота
одутловатое, бледное лицо, отеки под глазами, набухшие веки с узкими глазными щелями
одутловатое, желтовато-бледное лицо с цианотичным оттенком, рот постоянно полуоткрыт, губы цианотичные, глаза «слипающиеся», тусклые.

1. КОНСИСТЕНЦИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА В НОРМЕ

1

- 1) мягко-эластическая
- 2) мягкая
- 3) тестоватая
- 4) плотно-резиновая
- 5)

2. ПРОТЕИНУРИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ СЧИТАЕТСЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ, ЕСЛИ СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА В МОЧЕ ПРЕВЫШАЕТ ___ Г/Л

2

- 1) 0,03
- 2) 0,33
- 3) 3,3
- 4) 1,3
- 5)

3. У ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДОПУСТИМЫЙ УРОВЕНЬ ГЕМАТУРИИ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ ___ ЭРИТРОЦИТОВ В 1 МЛ МОЧИ

4

- 1) 2000
- 2) 100
- 3) 4000
- 4) 1000
- 5)

**4. ПРЕОБЛАДАНИЕ НЕЙТРОФИЛОВ В МОЧЕВОМ ОСАДКЕ (БОЛЕЕ 90%)
СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О**

2

- 1) тубулоинтерстициальномнефрите
- 2) пиелонефрите
- 3) гломерулонефрите
- 4) наследственном нефрите
- 5)

5. КОНЦЕНТРАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ ПОЧЕК ОЦЕНИВАЕТСЯ ПРОБОЙ

3

- 1) Сулковича
- 2) Нечипоренко
- 3) Зимницкого
- 4) Реберга–Тареева
- 5)

**6. ПРОТЕИНУРИЯ В МОЧЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ НАРУШЕНИИ
ФУНКЦИИ**

1

- 1) клубочков
- 2) проксимальных канальцев
- 3) петель Генле
- 4) дистальных канальцев
- 5)

7. НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ЗУБЕЦ Р ОТОБРАЖАЕТ ПРОЦЕСС

4

- 1) от начала возбуждения предсердий до начала возбуждения желудочков
- 2) распространения возбуждения на стенки желудочков и верхушку сердца
- 3) распространения возбуждения на базальные участки миокарда желудочков
- 4) возбуждения в миокарде предсердий
- 5)

8. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ШУМ В СЕРДЦЕ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ – ЭТО

2

- 1) нарастающий пресистолический шум с эпицентром на верхушке сердца
- 2) систолический шум, не связанный с I тоном, который меняется по характеру в зависимости от положения тела и дыхания
- 3) мезодиастолический шум с эпицентром в V точке, усиливающийся во время пробы Вальсальвы
- 4) мезодиастолический шум с эпицентром в V точке, который ослабевает при сидении на корточках
- 5)

9. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ

3

- 1) усиливается в вертикальном положении
- 2) выслушивается на протяжении систолы
- 3) уменьшается при физической нагрузке
- 4) проводится на сосуды шеи
- 5)

10. ЗУБЕЦ Т НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ СООТВЕТСТВУЕТ

1

- 1) реполяризации желудочков
- 2) деполяризации предсердий
- 3) реполяризации предсердий
- 4) деполяризации предсердий и желудочков
- 5)

**11. ИНТЕРВАЛ PQ(R) НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ СООТВЕТСТВУЕТ
ВРЕМЕНИ ПРОВЕДЕНИЯ ВОЗБУЖДЕНИЯ**

4

- 1) от синусового узла до волокон Пуркинье
- 2) по предсердиям
- 3) от синусового узла до АВ-узла
- 4) от синусового узла до желудочков
- 5)

**12. НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ОТРАЖАЕТ РАСПРОСТРАНЕНИЕ
ВОЗБУЖДЕНИЯ В МИОКАРДЕ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ
ИНТЕРВАЛА**

2

- 1) QRS-T
- 2) QRS
- 3) ST
- 4) T-P
- 5)

13. ПРОБА ПО ЗИМНИЦКОМУ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ

3

- 1) количество эритроцитов в моче
- 2) фильтрационную функцию почек
- 3) концентрационную функцию почек
- 4) количество лейкоцитов в моче
- 5)

**14. ПОКАЗАТЕЛИ НПР (РА) ДЕТЕЙ В 1 ГОД — 1 ГОД 3 МЕСЯЦА
ВКЛЮЧАЮТ**

1

- 1) использование облегченных слов («би-би», «ав-ав»)
- 2) знание 10 слов, легкое подражание новым слогам

- 3) использование двухсловных предложений
- 4) построение словосочетаний из двух слов
- 5)

**15. ПОКАЗАТЕЛИ НПР (ДО) ДЕТЕЙ В 1 ГОД — 1 ГОД 3 МЕСЯЦА
ВКЛЮЧАЮТ**

3

- 1) перешагивание через препятствия чередующимся шагом
- 2) умение ходить по поверхности шириной 15-20 см на высоте от пола 15-20 см
- 3) длительное хождение, изменение положения (приседает, наклоняется)
- 4) перешагивание через препятствия высотой 10–15 см или длиной 35 см чередующимся шагом
- 5)

**16. С ЦЕЛЬЮ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОСАДКА МОЧИ
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МЕТОД**

2

- 1) Сулковича
- 2) Нечипоренко
- 3) Швахмана
- 4) Зимницкого
- 5)

**17. С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГИДРОФИЛЬНОСТИ ТКАНЕЙ
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ**

4

- 1) анализ Аддиса – Каковского
- 2) проба Сулковича
- 3) проба Зимницкого
- 4) проба Макклюра – Олдрича
- 5)

18. РЕБЁНОК ПОВОРАЧИВАЕТ ГОЛОВУ В СТОРОНУ ЗВУКА С

1

- 1) 2 месяцев

- 2) 1 месяца
- 3) 3 месяцев
- 4) 4 месяцев
- 5)

**19. ПУБЕРТАТНЫЙ СКАЧОК РОСТА НАБЛЮДАЕТСЯ У МАЛЬЧИКОВ
_____ ЛЕТ, У ДЕВОЧЕК _____ ЛЕТ**

3

- 1) 9-12, 10-13
- 2) 11-13, 13-15
- 3) 13-15, 11-13
- 4) 10-13, 9-12
- 5)

20. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗРЕЛОСТЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1

- 1) соответствием биологического возраста календарному
- 2) процессом полового созревания
- 3) завершением формирования всех органов и систем
- 4) преобразованием морфологических и функциональных структур организма
- 5)

**20. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ БИЛЛИАРНОГО ТРАКТА
ПРИМЕНЯЕТСЯ СИМПТОМ**

2

- 1) Аркавина
- 2) Кера
- 3) Филатова
- 4) Брудзинского
- 5)

**21. ТЕРМИН «ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ» В ПЕДИАТРИИ ПОНИМАЕТСЯ
КАК ДИНАМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС**

3

- 1) роста ребёнка в том или ином периоде детства и биологического созревания отдельных органов и систем ребенка
- 2) роста ребёнка и биологического созревания отдельных систем
- 3) роста и биологического созревания ребёнка в том или ином периоде детства
- 4) биологического созревания отдельных органов и систем ребенка
- 5)

**22. ДЛЯ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА РЕБЁНКА В 1 МЕСЯЦ
ХАРАКТЕРНО**

1

- 1) плавное прослеживание движущегося предмета, сосредоточение взгляда на неподвижном предмете (лице взрослого)
- 2) удержание в поле зрения неподвижного предмета (лица взрослого) и зрительное сосредоточение в вертикальном положении
- 3) длительное слежение за движущейся игрушкой или взрослым
- 4) зрительное сосредоточение в вертикальном положении
- 5)

**23. РЕБЁНОК ДОЛЖЕН САМОСТОЯТЕЛЬНО СТОЯТЬ С _____
МЕСЯЦЕВ**

1

- 1) 11
- 2) 12
- 3) 10
- 4) 8
- 5)

**24. РЕБЁНОК ДЕЛАЕТ ПЕРВЫЕ САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ ШАГИ С _____
МЕСЯЦЕВ**

2

- 1) 9
- 2) 12
- 3) 10
- 4) 14
- 5)

**25. РЕБЁНОК УДЕРЖИВАЕТ ГОЛОВУ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ С
_____ МЕСЯЦЕВ**

3

- 1) 2
- 2) 1,5
- 3) 3
- 4) 4
- 5)

**26. РЕБЁНОК НАЧИНАЕТ ПЕРЕВОРАЧИВАТЬСЯ СО СПИНЫ НА ЖИВОТ С
_____ МЕСЯЦЕВ**

1

- 1) 5
- 2) 6
- 3) 7
- 4) 4
- 5)

**27. РЕБЁНОК НАЧИНАЕТ ПЕРЕВОРАЧИВАТЬСЯ С ЖИВОТА НА СПИНУ С
_____ МЕСЯЦЕВ**

2

- 1) 4
- 2) 6
- 3) 7
- 4) 5
- 5)

28. РЕБЁНОК В 12 МЕСЯЦЕВ ПЬЕТ

3

- 1) из чашки, которую держит взрослый
- 2) из бутылочки, которую держит взрослый, придерживая её руками
- 3) самостоятельно из чашки, сам берёт и держит её руками
- 4) из чашки, слегка придерживая её руками

5)

29. ОСОБЕННОСТЯМИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА ПЕРВЫХ 3 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

1

- 1) физиологический гипертонус мышц верхних и нижних конечностей
- 2) гипотонус мышц верхних конечностей в сочетании с физиологическим гипертонусом мышц нижних конечностей
- 3) физиологический гипертонус мышц верхних конечностей в сочетании с гипотонусом мышц нижних конечностей
- 4) гипотонус мышц верхних и нижних конечностей
- 5)

30. СРЕДНЯЯ МАССА РЕБЁНКА В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ _____ КГ

4

- 1) 8–9
- 2) 6–7
- 3) 7–8
- 4) 10–11
- 5)

31. ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ ПРИБАВКА РОСТА РЕБЕНКА 10-12 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ ____ СМ

1

- 1) 1-1,5
- 2) 2
- 3) 2,5
- 4) 3
- 5)

32. СРЕДНЯЯ МАССА ТЕЛА ГОДОВАЛОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ ____ КГ

2

- 1) 9,0
- 2) 10,0

- 3) 11,0
- 4) 12,0
- 5)

33. СРЕДНИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОКРУЖНОСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЮТ

3

- 1) 34-36
- 2) 30-32
- 3) 32-34
- 4) 36-38
- 5)

34. СРЕДНИЙ РОСТ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 8 ЛЕТ - ___ СМ

1

- 1) 130
- 2) 120
- 3) 140
- 4) 135

35. СРЕДНИЙ РОСТ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ ОДНОГО ГОДА СОСТАВЛЯЕТ ___ СМ

3

- 1) 65
- 2) 70
- 3) 75
- 4) 80
- 5)

36. ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ СРЕДНЯЯ ПРИБАВКА РОСТА У ДЕТЕЙ 1-3 МЕС. СОСТАВЛЯЕТ ___ СМ

1

- 1) 3
- 2) 2
- 3) 1

4) 4

5)

37. РЕФЛЕКС БАБИНСКОГО ИСЧЕЗАЕТ К

2

1) 8 месяцам

2) 2 годам

3) 1 году

4) 6 месяцам

5)

38. ДВИЖЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

4

1) ограничением объема

2) координированностью

3) целенаправленностью

4) хаотичностью

5)

39. МИЕЛИНИЗАЦИЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН В ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К

3

1) 2-3 годам

2) 1 году

3) 3-5 годам

4) 6 месяцу

5)

40. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ГИПЕРТОНУС МЫШЦ СГИБАТЕЛЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ИСЧЕЗАЕТ К _____ МЕСЯЦУ

1

1) 4

2) 2

3) 6

4) 8

5)

41. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ УГАСАЕТ РЕФЛЕКС ПОЛЗАНИЯ БАУЭРА?

2

- 1) к концу 1 года
- 2) к 4 месяцам
- 3) к 6 месяцам
- 4) к концу 1 месяца
- 5)

42. ВЕРХНИЙ РЕФЛЕКС ЛАНДАУ ФОРМИРУЕТСЯ К _____ МЕСЯЦУ

4

- 1) 8
- 2) 6
- 3) 2
- 4) 4

43. РЕФЛЕКС ОПОРЫ И АВТОМАТИЧЕСКОЙ ПОХОДКИ СОХРАНЯЕТСЯ В НОРМЕ ДО ___ МЕСЯЦЕВ

1

- 1) 2
- 2) 6
- 3) 8
- 4) 10
- 5)

44. КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО СЛОВ РЕБЕНОК ПРОИЗНОСИТ В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА?

3

- 1) 30-40
- 2) 5-6
- 3) 8-10
- 4) 15-20
- 5)

45. НИЖНИЙ РЕФЛЕКС ЛАНДАУ ФОРМИРУЕТСЯ К ____ МЕСЯЦАМ

4

- 1) 8
- 2) 10
- 3) 2
- 4) 5
- 5)

46. ПОВЫШЕНИЕ ВЛАЖНОСТИ КОЖИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПРОЯВЛЕНИЯ

1

- 1) начального периода рахита
- 2) гипотрофии
- 3) полиомиелита
- 4) пиелонефрита
- 5)

47. ПРИ ГИПОТРОФИИ ОТМЕЧАЕТСЯ

3

- 1) повышение эластичности кожи
- 2) повышение тургора тканей
- 3) снижение тургора тканей
- 4) повышение ломкости капилляров кожи
- 5)

48. ФОРМУЛА ДЛЯ РАСЧЁТА КОЛИЧЕСТВА МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У РЕБЁНКА ДО 1 ГОДА

2

- 1) $n + 4$
- 2) $n - 4$
- 3) $4n - 20$
- 4) $20 - 2n$
- 5)

49. У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

1

- 1) преобладает тонус мышц-сгибателей
- 2) снижен тонус мышц-сгибателей
- 3) преобладает тонус мышц-разгибателей
- 4) снижен тонус мышц-разгибателей
- 5)

50. ПРОРЕЗЫВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К

4

- 1) 4 годам
- 2) 3-3,5 годам
- 3) 1 году
- 4) 2-2,5 годам
- 5)

51. ВОЗРАСТ ЗАКРЫТИЯ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА СОСТАВЛЯЕТ _____ МЕС.

3

- 1) 6-12
- 2) 1-2
- 3) 12-18
- 4) 18-24
- 5)

52. ЗАПАДЕНИЕ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1

- 1) экзикозе
- 2) микроцефалии
- 3) крике
- 4) гидроцефалии
- 5)

53. ПРАВОЕ ЛЕГКОЕ СОСТОИТ ИЗ ____ СЕГМЕНТОВ

1

- 1) 10

- 2) 9
- 3) 11
- 4) 3
- 5)

54. КАКОЙ ХАРАКТЕР ДЫХАНИЯ ПРОСЛУШИВАЕТСЯ У ГОДОВАЛОГО РЕБЕНКА?

2

- 1) везикулярное
- 2) пуэрильное
- 3) жесткое
- 4) бронхиальное
- 5)

55. ЧЕМ МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ ВЫСОКУЮ ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ЛОЖНОГО КРУПА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?

3

- 1) узостью просвета бронхов
- 2) склонностью к бронхоспазму
- 3) узостью голосовой щели
- 4) узостью носовых ходов
- 5)

56. ПУЭРИЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1

- 1) усиленным везикулярным
- 2) бронхиальным
- 3) ослабленным бронхиальным
- 4) ослабленным жестким
- 5)

57. ПОД ТЕРМИНОМ «ТАХИПНОЭ» ПОНИМАЮТ

3

- 1) урежение дыхания
- 2) углубление дыхания

- 3) учащение дыхания
- 4) поверхностное дыхание
- 5)

**58. ЧАСТОМУ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ У
НОВОРОЖДЕННЫХ СПОСОБСТВУЕТ НЕДОРАЗВИТИЕ**

4

- 1) ацинусов
- 2) хрящей
- 3) мышечной ткани
- 4) эластической ткани
- 5)

**59. КОРОБОЧНЫЙ ОТТЕНОК ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
ПРИ**

1

- 1) выраженной эмфиземе
- 2) пневмонии
- 3) скоплении жидкости в плевральной полости
- 4) сухом плеврите
- 5)

**60. ОТНОСИТЕЛЬНАЯ РЕДКОСТЬ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У РЕБЕНКА
ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ**

2

- 1) сухостью слизистой оболочки
- 2) недоразвитием кавернозной части подслизистой ткани
- 3) отсутствием нижнего носового хода
- 4) слабой васкуляризацией
- 5)

**61. ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В МИНУТУ У ГОДОВАЛОГО
РЕБЁНКА СОСТАВЛЯЕТ _____**

3

- 1) 25

- 2) 40-60
- 3) 30-35
- 4) 20
- 5)

61. ГОРТАНЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ИМЕЕТ ФОРМУ

3

- 1) бочкообразную
- 2) удлиненную
- 3) воронкообразную
- 4) сосуда
- 5)

**62. ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В МИНУТУ У
НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ**

1

- 1) 40-60
- 2) 60-80
- 3) 20-40
- 4) 20-30
- 5)

**63. КАКАЯ СТРУКТУРА ОБЕСПЕЧИВАЕТ СООБЩЕНИЕ МЕЖДУ
БОЛЬШИМ И МАЛЫМ КРУГОМ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПЛОДА?**

2

- 1) аранцев проток
- 2) боталлов проток
- 3) пупочная вена
- 4) воротная вена
- 5)

**64. У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА СЕРДЦА
ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НА
УРОВНЕ**

3

- 1) III ребра
- 2) II межреберья
- 3) II ребра
- 4) III межреберья
- 5)

65. СМЕЩЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

1

- 1) гипертрофии левого желудочка
- 2) асците
- 3) перитоните
- 4) метеоризме
- 5)

66. БОТАЛЛОВ ПРОТОК СОЕДИНЯЕТ

4

- 1) легочную артерию с пупочной веной
- 2) пупочную вену с нижней полой веной
- 3) пупочную артерию с аортой
- 4) легочную артерию с аортой
- 5)

**67. У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ПРАВАЯ ГРАНИЦА СЕРДЦА
ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

3

- 1) по правой средне ключичной линии
- 2) на 2 см кнаружи от правой парастернальной линии
- 3) по правой парастернальной линии
- 4) на 2 см кнаружи от правой средне ключичной линии
- 5)

**68. У НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА ЧАСТОТА ПУЛЬСА В МИНУТУ
СОСТАВЛЯЕТ**

3

- 1) 80-100

- 2) 100-120
- 3) 140-160
- 4) 60-80
- 5)

69. ДЛЯ РАСЧЕТА СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ РЕБЁНКА СТАРШЕ 1 ГОДА ИСПОЛЬЗУЮТ ФОРМУЛУ

1

- 1) $90+2n$
- 2) $60+n$
- 3) $80+(n-2)$
- 4) $100+2n$
- 5)

70. ОСОБЕННОСТЬЮ ЭКГ НОВорожденного РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

3

- 1) глубокий зубец S в III отведении
- 2) высокий зубец R в I отведении
- 3) зубец T в стандартных отведениях мал, двухфазен, отрицателен
- 4) высокий зубец T в стандартных отведениях
- 5)

71. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТЫХ ОТЁКОВ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ПРОБУ

4

- 1) Нечипоренко
- 2) Зимницкого
- 3) Аддиса-Каковского
- 4) Мак-Клюра
- 5)

72. КИРПИЧНЫЙ ЦВЕТ МОЧИ У НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ НА РАЗВИТИЕ

1

- 1) мочекислового инфаркта почек
- 2) пиелонефрита
- 3) гломерулонефрита
- 4) цистита
- 5)

73. ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ

2

- 1) 300
- 2) 150
- 3) 400
- 4) 100
- 5)

74. КЛИРЕНС ПО ЭНДОГЕННОМУ КРЕАТИНИНУ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

3

- 1) секрецию
- 2) реабсорбцию
- 3) клубочковую фильтрацию
- 4) диурез
- 5)

75. СРЫГИВАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕННЫ НЕДОРАЗВИТИЕМ

1

- 1) кардиального отдела желудка
- 2) дна желудка
- 3) пилорического отдела желудка
- 4) тела желудка
- 5)

76. К ПЯТНАМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ

4

- 1) витилиго
- 2) телеангиэктазии
- 3) петехии
- 4) розеолы
- 5)

77. ИЗМЕНЕНИЕ ДЫХАНИЯ ПРИ ЛОЖНОМ КРУПЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

1

- 1) инспираторной одышки
- 2) экспираторной одышки
- 3) смешанной одышки
- 4) дыхания Чейн-Стокса
- 5)

78. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАКОГО ФЕРМЕНТА ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ ГЕМОЛИЗОМ ЭРИТРОЦИТОВ И АНЕМИЕЙ?

2

- 1) гликогенфосфорилаза
- 2) глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа
- 3) гексокиназа
- 4) киназа
- 5)

79. ВОЗМОЖНОСТЬ БЫСТРОГО РАЗВИТИЯ ОТЕКА ГОЛОСОВЫХ СВЯЗОК У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНА

3

- 1) узостью голосовой щели
- 2) состоянием голосовых связок
- 3) наличием в них подслизистой основы и высокой степенью васкуляризации
- 4) особенностями мышечного аппарата гортани
- 5)

80. ВЕРХУШКА ЛЕГКОГО У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОЕЦИРУЕТСЯ НА

1

- 1) уровне 1-го ребра
- 2) 1,5 см выше ключицы
- 3) уровне 2-го ребра
- 4) 3 см выше ключицы
- 5)

81. К ЦЕНТРАЛЬНЫМ ОРГАНАМ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

4

- 1) пейеровы бляшки
- 2) селезенка и костный мозг
- 3) эпифиз и гипофиз
- 4) тимус и костный мозг
- 5)

82. АКТИВНОЕ ФОРМИРОВАНИЕ АЛЬВЕОЛ ВНУТРИУТРОБНО ПРОИСХОДИТ НА _____ МЕСЯЦЕ ГЕСТАЦИИ

3

- 1) 5
- 2) 3-4
- 3) 6-7
- 4) 8-9
- 5)

83. ОЧАГИ КРОВЕТВОРЕНИЯ В ПЕЧЕНИ ИСЧЕЗАЮТ К

2

- 1) 1 месяцу после рождения
- 2) периоду новорожденности
- 3) 3 неделям внутриутробной жизни
- 4) 3 месяцам внутриутробной жизни
- 5)

84. ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ПРОТЕИНУРИИ ВЕРОЯТНО ПОРАЖЕНИЕ

1

- 1) клубочков
- 2) петель Генле
- 3) дистальных канальцев
- 4) собирательных трубочек
- 5)

85. МЕТОДОМ СПИРОМЕТРИИ МОЖНО ИЗМЕРИТЬ

4

- 1) аэродинамическое сопротивление дыхательных путей
- 2) функциональную остаточную емкость
- 3) внутригрудной объем газа
- 4) жизненную емкость легких
- 5)

86. ПОД ФИЗИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ ПОНИМАЮТ

3

- 1) достигнутый уровень созревания отдельных органов, систем и функций организма ребенка
- 2) соответствие физиологических и функциональных показателей ребенка возрастным стандартам
- 3) совокупность морфологических и функциональных свойств организма, характеризующих его рост и развитие на каждом возрастном этапе
- 4) комплекс морфологических свойств организма, характеризующих его рост и развитие на каждом возрастном этап
- 5)

87. МАКСИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ЗАКРЫТИЯ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА ПРИХОДЯТСЯ НА ВОЗРАСТ _____ МЕСЯЦЕВ

3

- 1) 9-12
- 2) 7-9
- 3) 12-18
- 4) 18-24
- 5)

**88. СООТВЕТСТВИЕ КОЛИЧЕСТВА МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ВОЗРАСТУ
РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ (N – ВОЗРАСТ В МЕСЯЦАХ)**

1

- 1) $n - 4$
- 2) $2n - 6$
- 3) $n - 8$
- 4) $4n - 20$
- 5)

89. «ФРЕНИКУС» - СИМПТОМ СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ

4

- 1) на 3 см выше середины ключицы
- 2) в углу, образованном ключицей и наружным краем *musculussternocleidomastoideus*
- 3) в области яремной вырезки грудины
- 4) междуножкам *musculusstrenocleidomastoideusdextrum*
- 5)

90. ПУЭРИЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ У ДЕТЕЙ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

3

- 1) с 6 мес до 12 лет
- 2) с 1 года до 8 лет
- 3) с 6 мес до 5-7 лет
- 4) с рождения до 4 лет
- 5)

**91. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ У РЕБЕНКА В 1 ГОД В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ
_____ В 1 МИНУТУ**

1

- 1) 30–35
- 2) 35–40
- 3) 40–50
- 4) 25–30
- 5)

**92. УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА (Г/Л) У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА
СОСТАВЛЯЕТ**

3

- 1) 110-130
- 2) 100-120
- 3) 120-140
- 4) 140-160
- 5)

**93. ДЕФИЦИТ МАССЫ ПРИ III СТЕПЕНИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ
ГИПОТРОФИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ %**

1

- 1) более 30
- 2) 5-8
- 3) 8-10
- 4) 10-20
- 5)

**94. ПРИБАВКА ДЛИНЫ ТЕЛА ЗА ПЕРВЫЙ ГОД ЖИЗНИ СУММАРНО
СОСТАВЛЯЕТ _____ САНТИМЕТРОВ**

2

- 1) 15-16
- 2) 24-25
- 3) 21-22
- 4) 28-30
- 5)

**95. ОРИЕНТИРОВОЧНО ДЛИНА ТЕЛА РЕБЕНКА 4 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____
САНТИМЕТРОВ**

3

- 1) 130
- 2) 110
- 3) 100
- 4) 85

5)

**96. РЕБЕНОК УДВАИВАЕТ ПЕРВОНАЧАЛЬНУЮ МАССУ ТЕЛА В ВОЗРАСТЕ
_____ МЕСЯЦЕВ**

1

- 1) 4-5
- 2) 6-7
- 3) 9-10
- 4) 2-3
- 5)

**97. ФИЛИППИНСКИЙ ТЕСТ СТАНОВИТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ У ДЕТЕЙ
СТАРШЕ _____ ЛЕТ**

3

- 1) 7
- 2) 3
- 3) 5
- 4) 10
- 5)

**98. УВЕЛИЧЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ГОЛОВЫ У ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА
ЗА ПЕРВЫЙ ГОД ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ _____ СМ**

1

- 1) 12
- 2) 9
- 3) 16
- 4) 25
- 5)

99. САЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ НАЧИНАЮТ ФУНКЦИОНИРОВАТЬ У ДЕТЕЙ

3

- 1) с 3 месячного возраста
- 2) с рождения
- 3) ещё до рождения
- 4) с 3-5 лет

5)

100. НАЛИЧИЕ ГЕМОРРАГИЙ НА КОЖЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПАТОЛОГИИ _____ СИСТЕМЫ

1

- 1) свёртывающей
- 2) иммунной
- 3) дыхательной
- 4) пищеварительной
- 5)

101. У НОВОРОЖДЁННЫХ ЛУЧШЕ ДРУГИХ РАЗВИТА _____ ФУНКЦИЯ КОЖИ

3

- 1) бактерицидная
- 2) терморегулирующая
- 3) резорбтивная
- 4) выделительная
- 5)

102. ОКРУГЛЫЕ ФОРМЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ОБЪЯСНЯЮТСЯ

1

- 1) большим удельным весом подкожной клетчатки по отношению к массе тела
- 2) большим размером жировых клеток, меньшей толщиной кожи и малой двигательной активностью ребёнка
- 3) меньшей толщиной кожи
- 4) малой двигательной активностью ребёнка
- 5)

103. СНИЖЕНИЕ ТУРГОРА ТКАНЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

2

- 1) рахите
- 2) экзикозе
- 3) анемии

4) гипотиреозе

5)

104. ПОЗДНЕЕ ЗАКРЫТИЕ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

1

1) рахита

2) гипотрофии

3) паратрофии

4) анемии

5)

105. МЫШЕЧНАЯ ГИПОТОНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

3

1) эпилепсии

2) менингита

3) рахита

4) детского церебрального паралича

5)

106. О СНИЖЕННОМ МЫШЕЧНОМ ТОНУСЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

3

1) свисание руки или ноги новорожденного

2) вялость мышц

3) отсутствие подтягивания при пробе на тракцию

4) неучастие руки или ноги новорожденного в общей двигательной реакции

5)

107. НАЧАЛО ЗАКЛАДКИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРОИСХОДИТ НА _____ НЕДЕЛЕ ЭМБРИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

3

1) 6-7

2) 3-4

3) 1-2

4) 12

5)

108. НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЕ ТЕМПЫ УВЕЛИЧЕНИЯ МАССЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ПРИХОДЯТСЯ НА ПЕРИОД

1

1) 0-6 лет

2) 6-9 лет

3) 10-12 лет

4) 13-16 лет

5)

109. ВНУТРИУТРОБНО НАИБОЛЬШАЯ ИНТЕНСИВНОСТЬ ДЕЛЕНИЯ НЕРВНЫХ КЛЕТОК ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИХОДИТСЯ НА СРОК _____ НЕДЕЛЬ

4

1) 15-25

2) 2-5

3) 5-12

4) 10-18

5)

110. КАКОЙ РЕФЛЕКС НАБЛЮДАЕТСЯ У ЛЕЖАЩЕГО НА СПИНЕ РЕБЕНКА ПРИ СГИБАНИИ ОДНОЙ НОГИ В ТАЗОБЕДРЕННОМ И КОЛЕННОМ СУСТАВАХ, А ЗАТЕМ ВЫПРЯМЛЕНИИ В КОЛЕННОМ?

2

1) верхний Ландау

2) Кернига

3) Брудзинского средний

4) Галанта

5)

111. РЕФЛЕКС БАБКИНА ИСЧЕЗАЕТ К ВОЗРАСТУ _____ МЕС.

1

1) 3

- 2) 5
- 3) 7
- 4) 9
- 5)

112. СПОСОБНОСТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНО ХОДИТЬ У РЕБЕНКА ДОЛЖНА СФОРМИРОВАТЬСЯ К ____ МЕСЯЦАМ

3

- 1) 20
- 2) 18
- 3) 12
- 4) 8
- 5)

113. УРОВЕНЬ РАЗВИТИЯ РЕЧИ К 3-Х МЕСЯЧНОМУ ВОЗРАСТУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1

- 1) гулением
- 2) лепетом
- 3) произнесением простых слов
- 4) произнесением простых словосочетаний
- 5)

114. ПЕРВЫЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ У ПЛОДА ВОЗНИКАЮТ НА ____ НЕДЕЛЕ

1

- 1) 14-15
- 2) 10-13
- 3) 16-20
- 4) 21-28
- 5)

115. СОЗРЕВАНИЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К

1

- 1) 5-8 годам

- 2) рождению ребенка
- 3) 3-6 месяцам
- 4) 1 году
- 5)

116. ПРИ ОСМОТРЕ НЕБНЫЕ МИНДАЛИНЫ ВЫХОДЯТ ИЗ-ЗА ДУЖЕК ДЕТЕЙ С

3

- 1) 3 лет
- 2) 1 месяца
- 3) 1 года
- 4) 7 лет
- 5)

117. В ВОЗРАСТЕ 2 ЛЕТ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ _____ ДЫХАНИЕ

3

- 1) везикулярное
- 2) жесткое
- 3) пуэрильное
- 4) ослабленное везикулярное
- 5)

118. КРЕПИТАЦИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

1

- 1) пневмонии
- 2) туберкулёзе внутригрудных лимфатических узлов
- 3) экссудативном плеврите
- 4) бронхите
- 5)

119. АРТЕРИАЛЬНЫЙ (БОТАЛЛОВ) ПРОТОК СОЕДИНЯЕТ АОРТУ С

1

- 1) легочной артерией
- 2) нижней полой веной

- 3) левым предсердием
- 4) легочной веной
- 5)

120. У ПЛОДА НАИБОЛЕЕ ОКСИГЕНИРОВАННУЮ КРОВЬ ПОЛУЧАЕТ

3

- 1) сердце
- 2) головной мозг
- 3) печень
- 4) легкие
- 5)

**121. ЗВУЧАНИЕ I И II ТОНОВ НА ОСНОВАНИИ СЕРДЦА
ВЫРАВНИВАЕТСЯ К ВОЗРАСТУ ____ ЛЕТ**

4

- 1) 10
- 2) 5
- 3) 8
- 4) 12
- 5)

**122. СИМПТОМ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДРОЖАНИЯ («КОШАЧЬЕ
МУРЛЫКАНИЕ») ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ**

1

- 1) митральном стенозе
- 2) недостаточности митрального клапана
- 3) дефекте межжелудочковой перегородки
- 4) открытом овальном окне
- 5)

**123. ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА У
ДЕТЕЙ 2 – 6 ЛЕТ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НА УРОВНЕ**

3

- 1) II ребра
- 2) I ребра

- 3) II межреберья
- 4) III ребра
- 5)

124. ВОДИТЕЛЕМ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В НОРМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

2

- 1) атриовентрикулярное соединение
- 2) синусовый узел
- 3) нижняя часть левого желудочка
- 4) п. Гиса
- 5)

125. ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ОСЬ СЕРДЦА В НОРМЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1

- 1) отклонением вправо
- 2) отклонением влево
- 3) нормальным положением
- 4) вертикальным положением
- 5)

126. НА ЭКГ ВАРИАНТОМ ВОЗРАСТНОЙ НОРМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

3

- 1) атриовентрикулярная блокада
- 2) экстрасистолия
- 3) синусовая аритмия
- 4) тахикардия
- 5)

127. У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СЛАБО РАЗВИТЫМ ОТДЕЛОМ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

1

- 1) кардиальный
- 2) тело

- 3) пилорический
- 4) антральный
- 5)

128. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЁМКОСТЬ ЖЕЛУДКА НОВОРОЖДЁННОГО В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ _____ МИЛЛИЛИТРОВ

3

- 1) 50-70
- 2) 20-30
- 3) 5-7-10
- 4) 100-110
- 5)

129. УВЕЛИЧЕНИЕ НЕИЗМЕНЁННЫХ (НЕПЕРЕВАРЕННЫХ) МЫШЕЧНЫХ ВОЛОКОН В КОПРОГРАММЕ НАЗЫВАЕТСЯ

1

- 1) креаторея
- 2) амилорея
- 3) стеаторея
- 4) миорея
- 5)

130. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ С СИНДРОМОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ РАЗВИВАЕТСЯ

2

- 1) паратрофия
- 2) гипотрофия
- 3) гипостатура
- 4) нанизм
- 5)

131. ВЕС ПОЧКИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЁНКА РАВЕН _____ ГРАММАМ

3

- 1) 33-36

- 2) 5-7
- 3) 10-12
- 4) 40-50
- 5)

132. СТРОЕНИЕ КЛУБОЧКА НЕФРОНА СТАНОВИТСЯ ИДЕНТИЧНЫМ СТРОЕНИЮ ПОСЛЕДНЕГО У ВЗРОСЛОГО ПОСЛЕ

3

- 1) 10 лет
- 2) 1 года
- 3) 5 лет
- 4) 13-15 лет
- 5)

133. ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ

4

- 1) околопочечная клетчатка и чашечно-лоханочный аппарат
- 2) кровеносная и лимфатическая система почек
- 3) каналы, чашечно-лоханочный аппарат, интерстиций
- 4) клубочки
- 5)

134. КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ _____ X10³

3

- 1) 50-100
- 2) 100-150
- 3) 150-300
- 4) 300-450
- 5)

135. 2-ОЙ «ПЕРЕКРЕСТ» НЕЙТРОФИЛОВ И ЛИМФОЦИТОВ НАСТУПАЕТ В ВОЗРАСТЕ _____ ЛЕТ

1

- 1) 4-5

- 2) 2-3
- 3) 6-7
- 4) 8-9
- 5)

**136. КОЛИЧЕСТВО БЛАСТНЫХ КЛЕТОК В МИЕЛОГРАММЕ
ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ _____ %**

2

- 1) 10
- 2) 1-5
- 3) 15
- 4) 20
- 5)

**137. ОСНОВНЫМ ОРГАНОМ СИНТЕЗА ЛИМФОЦИТОВ У ПЛОДА
ЯВЛЯЕТСЯ**

1

- 1) тимус
- 2) селезенка
- 3) костный мозг
- 4) почечный эпителий
- 5)

138. ЗАЩИТУ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ОБЕСПЕЧИВАЕТ

3

- 1) IgG
- 2) IgM
- 3) IgA
- 4) IgD
- 5)

139. ПЕРЕДНЕЙ ДОЛЕЙ ГИПОФИЗА ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ

4

- 1) окситоцин
- 2) Т3

- 3) Т4
- 4) ТТГ
- 5)

140. АЛЬДОСТЕРОН СИНТЕЗИРУЕТСЯ

1

- 1) клубочковой зоной надпочечников
- 2) задней долей гипофиза
- 3) щитовидной железой
- 4) передней долей гипофиза
- 5)

141. ПРИДАТОЧНЫЕ ПАЗУХИ НОСА РАЗВИТЫ НЕДОСТАТОЧНО У ДЕТЕЙ

1

- 1) раннего возраста
- 2) старшего возраста
- 3) дошкольников
- 4) школьников
- 5)

142. РЕДКОЕ РАЗВИТИЕ СИНУСИТОВ, ПОЯВЛЕНИЕ ВЫРАЖЕННЫХ РАССТРОЙСТВ ДЫХАНИЯ ПРИ РИНИТАХ, ЯВЛЯЕТСЯ ОСОБЕННОСТЬЮ СТРОЕНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

3

- 1) Младшего школьного
- 2) Старшего возраста
- 3) Раннего возраста
- 4) Подростков
- 5)

143. ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ БРОНХОФОНИИ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД

3

- 1) Перкуссии

- 2) Пальпации
- 3) Аускультации
- 4) Осмотра
- 5)

144. НЕДОСТАТОЧНОЕ РАЗВИТИЕ КАВЕРНОЗНОЙ ТКАНИ ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЯ И ОТНОСИТЕЛЬНАЯ РЕДКОСТЬ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ НОСА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ

1

- 1) Раннего возраста
- 2) Дошкольного периода
- 3) Младшего школьного
- 4) Старшего школьного
- 5)

145. РАЗВИТИЮ ЭМФИЗЕМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА СПОСОБСТВУЮТ

2

- 1) Обильное кровоснабжение легких
- 2) Недоразвитие эластической ткани
- 3) Узость просвета бронхов
- 4) Недоразвитие мышечной ткани
- 5)

146. КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ

1

- 1) $10 - 30 \times 10^9$
- 2) $4 - 5 \times 10^9$
- 3) $5 - 7 \times 10^9$
- 4) $7 - 10 \times 10^9$
- 5)

147. СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ

3

- 1) 130 – 160 г/л
- 2) 100 – 130 г/л
- 3) 180 – 240 г/л
- 4) 240 – 280 г/л.
- 5)

**148. МАКСИМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ КОЛИЧЕСТВА НЕЙТРОФИЛОВ
ОБЫЧНО ПРИХОДИТСЯ НА**

4

- 1) 9 – 11 день после рождения
- 2) 5 – 7 день после рождения
- 3) 7 – 9 день после рождения
- 4) 1 – 4 день после рождения
- 5)

**149. СОДЕРЖАНИЕ ЭРИТРОЦИТОВ В КРОВИ РЕБЕНКА СРАЗУ ПОСЛЕ
РОЖДЕНИЯ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ**

2

- 1) $3,5 - 4,5 \times 10^{12}/л$
- 2) $5,0 - 6,5 \times 10^{12}/л$
- 3) $4,5 - 5,0 \times 10^{12}/л$
- 4) $6,5 - 10,0 \times 10^{12}/л$
- 5)

**150. ОБЫЧНО КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ ПРЕВЫШАЕТ $18-20 \times 10^9/л$
НОВОРОЖДЕННОГО НА**

3

- 1) 10 – 14 день жизни
- 3) 5 – 10 день жизни
- 3) 1 – 5 день жизни
- 4) 15-20 день жизни.
- 5)

151. СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА F В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА ОБЫЧНО СОСТАВЛЯЕТ

1

- 1) 60%
- 2) 100%
- 3) 80%
- 4) 40%
- 5)

152. СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА А В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ

3

- 1) 60%
- 2) 20%
- 3) 40%
- 4) 80%
- 5)

153. ПЕРВЫЙ «ПЕРЕКРЕСТ» ЧИСЛА НЕЙТРОФИЛОВ И ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТЕ

1

- 1) 4-5 день жизни
- 2) 1-3 день жизни
- 3) 7-9 день жизни
- 4) 10-12 день жизни
- 5)

154. ВРЕМЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ

3

- 1) 8-9 мин
- 2) 5-7 мин
- 3) 2-4 мин
- 4) 10-12мин

5)

155. СКОРОСТЬ ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ (ПО ПАНЧЕНКОВУ) ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ

1

- 1) У новорожденных замедлена
- 2) У новорожденных ускорена
- 3) Имеет тенденцию к ускорению к 1 году
- 4) Одинакова по сравнению со взрослыми
- 5)

156. МИНИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В КРОВИ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА НА 1-ОМ ГОДУ ЖИЗНИ, НИЖЕ КОТОРОГО ГОВОРЯТ О ЛЕЙКОПЕНИИ, СОСТАВЛЯЕТ

1

- 1) $6,0 \times 10^9/\text{л}$
- 2) $4,0 \times 10^9/\text{л}$
- 3) $5,0 \times 10^9/\text{л}$
- 4) $7,0 \times 10^9/\text{л}$
- 5)

157. МИНИМАЛЬНОЕ ЧИСЛО ЛЕЙКОЦИТОВ В КРОВИ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА СТАРШЕ 1 ГОДА, НИЖЕ КОТОРОГО ГОВОРЯТ О ЛЕЙКОПЕНИИ, СОСТАВЛЯЕТ

3

- 1) $5,0 \times 10^9/\text{л}$
- 2) $3,0 \times 10^9/\text{л}$
- 3) $4,0 \times 10^9/\text{л}$
- 4) $6,0 \times 10^9/\text{л}$
- 5)

158. ПЕРВЫМИ КЛЕТКАМИ КРОВИ (В КРОВЯНЫХ ОСТРОВКАХ ЖЕЛТОЧНОГО МЕШКА И В ХОРИОНЕ) ЯВЛЯЮТСЯ

3

- 1) Блуждающие клетки

- 2) Мегакариоциты
- 3) Мегалобласты
- 4) Гемоцитобласты
- 5)

159. О ГИПОТОНИИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА МОЖЕТ ГОВОРИТЬ

1

- 1) поза распластанного на столе ребенка
- 2) прижатые к телу руки
- 3) прижатые к телу ноги
- 4) запрокидывание головы
- 5)

160. ДЛЯ СУЖДЕНИЯ О МЫШЕЧНОМ ТОНУСЕ НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1

- 1) проба на тракцию
- 2) проба Руфье
- 3) проба Лебедева
- 4) клино-статическая проба
- 5)

161. ВЯЛОСТЬ, СНИЖЕНИЕ СИЛЫ, ДРЯБЛОСТЬ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

3

- 1) атонии мышц
- 2) дистонии мышц
- 3) гипотонии мышц
- 4) гипертонуса мышц
- 5)

162. ПРИЧИНА МИКРОЦЕФАЛИИ

1

- 1) внутриутробное недоразвитие головного мозга
- 2) рахит
- 3) водянка головного мозга
- 4) травма черепа

5)

163. ПО КАКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ОЦЕНИВАЕТСЯ КОСТНЫЙ ВОЗРАСТ РЕБЕНКА

1

- 1) сроки появления точек окостенения
- 2) уровень Са и Р в крови
- 3) физиологические искривления позвоночника
- 4) уровень развития мышечной силы
- 5)

164. ШЕЙНЫЙ ЛОРДОЗ ФОРМИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

4

- 1) 12 месяцев
- 2) 6 месяцев
- 3) 9 месяцев
- 4) 2-3 месяцев
- 5)

165. ГРУДНОЙ КИФОЗ ФОРМИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

4

- 1) 12 месяцев
- 2) 2-3 месяцев
- 3) 9 месяцев
- 4) 6 месяцев
- 5)

166. ПОЯСНИЧНЫЙ ЛОРДОЗ И КРЕСТЦОВЫЙ КИФОЗ ФОРМИРУЕТСЯ ВОЗРАСТЕ

1

- 1) 9 месяцев
- 2) 6 месяцев
- 3) 2-3 месяцев
- 4) 12 месяцев
- 5)

167. КОЛИЧЕСТВО ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У РЕБЕНКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ (N – ВОЗРАСТ РЕБЕНКА)

3

- 1) $2n - 10$
- 2) $n - 10$
- 3) $4n - 20$
- 4) $4n - 10$
- 5)

168. ПРИКУС МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ФОРМИРУЕТСЯ К

1

- 1) 2,5 годам
- 2) 1,5 годам
- 3) 4 годам
- 4) 5 годам
- 5)

169. ПЕРВЫЙ ПЕРИОД ВЫТЯГИВАНИЯ У МАЛЬЧИКОВ

3

- 1) 6-7 лет
- 2) 3-4 года
- 3) 5-6 лет
- 4) 8-9 лет
- 5)

170. ПЕРВЫЙ ПЕРИОД ВЫТЯГИВАНИЯ У ДЕВОЧЕК

1

- 1) 5-6 лет
- 2) 3-4 года
- 3) 6-7 лет
- 4) 8-9 лет
- 5)

171. ПЕРВЫЙ ПЕРИОД ОКРУГЛЕНИЯ

2

- 1) 2-5 лет
- 2) 1-4 лет
- 3) 3-6 лет
- 4) 4-8 лет
- 5)

172.ВТОРОЙ ПЕРИОД ОКРУГЛЕНИЯ

1

- 1) 8-10 лет
- 2) 4-8 лет
- 3) 10-13 лет
- 4) 14-16 лет
- 5)

173.СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ НОВОРОЖДЕННОГО

1

- 1) 34-36 см
- 2) 32-34 см
- 3) 30-32 см
- 4) 36-40 см
- 5)

174.КАКОЙ ПРИРОСТ ДЛИНЫ ТЕЛА ХАРАКТЕРЕН В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

3

- 1) 30 см
- 2) 15 см
- 3) 25 см
- 4) 20 см
- 5)

175.ЕЖЕГОДНАЯ СРЕДНЯЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ 2- ЛЕТ

4

- 1) 4 кг

- 2) 1 кг
- 3) 3 кг
- 4) 2 кг
- 5)

176.В КАКОМ ВОЗРАСТЕ РОСТ РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ 100 СМ

1

- 1) 4 года
- 2) 3 лет
- 3) 5 лет
- 4) 7 лет
- 5)

177.РОСТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА К ГОДУ

2

- 1) 65-70 см
- 2) 75-80 см
- 3) 80-85 см
- 4) 60-65 см
- 5)

178.КАКАЯ ЧАСТЬ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ КРОВЕТВОРНЫМ ОРГАНОМ

1

- 1) красный костный мозг
- 2) желтый костный мозг
- 3) надкостница
- 4) хрящ
- 5)

179.АНАТОМИЧЕСКАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ К

3

- 1) 10-12 месяцам жизни
- 2) 1-2 дню жизни
- 3) 3-4 месяцу жизни

4) 30 дню жизни

5)

180.ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА СЕРДЦЕБИЕНИЙ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕНА ОСОБЕННОСТЯМИ ВЛИЯНИЯ НА СЕРДЦЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ВИДЕ

1

- 1) повышения тонуса симпатической
- 2) повышения тонуса парасимпатической
- 3) снижения тонуса симпатической
- 4) снижения тонуса парасимпатической
- 5)

181.ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ НАЗЫВАЮТ РАЗЛИТЫМ, ЕСЛИ ЕГО ПЛОЩАДЬ БОЛЕЕ

3

- 1) 2-3 см²
- 2) 0,5-1,5 см²
- 3) 1,5-2 см²
- 4) 3-4 см²
- 5)

182.ОРГАНИЧЕСКИЕ ШУМЫ В СЕРДЦЕ У РЕБЕНКА ВОЗНИКАЮТ ПРИ

1

- 1) поражении оболочек сердца
- 2) физических нагрузках
- 3) психоэмоциональных нагрузках
- 4) нарушении коронарного кровотока
- 5)

183.НАБУХАНИЕ И ПУЛЬСАЦИЯ ШЕЙНЫХ ВЕН ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ

1

- 1) правожелудочковой сердечной недостаточности
- 2) левожелудочковой сердечной недостаточности

- 3) вегето-сосудистой дистонии
- 4) артериальной гипертензии
- 5)

184. АКЦЕНТ ВТОРОГО ТОНА ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

3

- 1) коарктации аорты
- 2) стенозе легочной артерии
- 3) легочной гипертензии
- 4) недостаточности аортального клапана
- 5)

185. СМЕЩЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ГРАНИЦЫ СЕРДЦА ВВЕРХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

1

- 1) митрального клапана
- 2) аортального клапана
- 3) клапана легочной артерии
- 4) трикуспидального клапана
- 5)

186. АУСКУЛЬТАЦИЮ СЕРДЦА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО ПО ТОЧКАМ ПРОЕКЦИИ КЛАПАНОВ

4

- 1) митрального, легочной артерии, аортального, трехстворчатого, в точке Боткина Эрба
- 2) аортального, трехстворчатого, легочной артерии, митрального и в точке Боткина Эрба
- 3) легочной артерии, митрального, аортального, трехстворчатого, в точка Боткина Эрба
- 4) митрального, аортального, легочной артерии, трехстворчатого и в точке Боткина Эрба
- 5)

187. ПРИ ПОРАЖЕНИИ МИОКАРДА ВОЗМОЖНО ИЗМЕНЕНИЕ ЗВУЧНОСТИ 1 ТОНА НА ВЕРХУШКЕ В ВИДЕ

2

- 1) усиления

- 2) ослабления
- 3) раздвоения
- 4) трехчленного ритма
- 5)

**188.ПРИ ПОРАЖЕНИИ КЛАПАНА АОРТЫ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ
ОТМЕЧАЕТСЯ ИЗМЕНЕНИЕ ОСЛАБЛЕНИЕ 2 ТОНА В**

1

- 1) второммежреберье справа от грудины
- 2) второммежреберье слева от грудины
- 3) четвёртоммежреберье слева по среднеключичной линии
- 4) Четвертом межреберье слева у края грудины
- 5)

**189.ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У
РЕБЕНКА ОТ 2 ДО 6 ЛЕТ РАСПОЛОЖЕНА СЛЕВА В**

3

- 1) 3 ребро
- 2) 2 ребро
- 3) 2 межреберье
- 4) Третьеммежреберье
- 5)

**190.ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У
РЕБЕНКА СТАРШЕ 12 ЛЕТ РАСПОЛОЖЕНА В ОБЛАСТИ**

1

- 1) третьего межреберья
- 2) 2 межреберья
- 3) 3 ребра
- 4) 2 ребра
- 5)

**191.ПРАВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У
РЕБЕНКА ДО 1 ГОДА РАСПОЛОЖЕНА**

2

- 1) кнутри от парастеральной линии
- 2) по правой парастеральной линии
- 3) на середине расстояния между парастеральной и стеральной линиями
- 4) по правому краю грудины
- 5)

192.ПРАВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У РЕБЕНКА 2-6 ЛЕТ РАСПОЛОЖЕНА

3

- 1) на середине расстояния между парастеральной и стеральной линиями
- 2) по правой парастеральной линии
- 3) кнутри от парастеральной линии
- 4) по правому краю грудины
- 5)

193.ПРАВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У РЕБЕНКА СТАРШЕ 12 ЛЕТ РАСПОЛОЖЕНА

1

- 1) по правому краю грудины
- 2) на середине расстояния между парастеральной и стеральной линиями
- 3) кнутри от парастеральной линии
- 4) по правой парастеральной линии
- 5)

194.ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ШУМ

2

- 1) диастолический на основании сердца без проведения
- 2) систолический на верхушке сердца с проведением в подмышечную область слева
- 3) протодиастолический во втором межреберье слева от грудины
- 4) систоло-диастолический машинный во втором межреберье справа от грудины
- 5)

195.ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОСМОТРЕ РЕБЕНКА С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ТРЕХСТВОРЧАТОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

1

- 1) выраженной пульсации в эпигастрии
- 2) усиленной пульсации сонных артерий (пляска каротид)
- 3) визуально определяемого сердечного толчка
- 4) визуально определяемого верхушечного толчка
- 5)

196.ПРИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ У РЕБЕНКА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НА НОГАХ ПО СРАВНЕНИЮ С ДАВЛЕНИЕМ НА РУКАХ

2

- 1) повышено более чем на 20 мм рт.ст.
- 2) снижено более чем на 20 мм рт.ст.
- 3) одинаково
- 4) снижено на 10-20 мм рт. ст.
- 5)

197.К ПОРОКАМ СЕРДЦА СО СБРОСОМ КРОВИ СЛЕВА НАПРАВО (С ОБОГАЩЕНИЕМ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ) ОТНОСЯТ

1

- 1) дефект межжелудочковой перегородки
- 2) транспозицию магистральных сосудов
- 3) стеноз легочной артерии
- 4) тетрадуФалло
- 5)

198.К ПОРОКАМ СЕРДЦА СО СБРОСОМ КРОВИ СПРАВА НАЛЕВО (С ОБЕДНЕНИЕМ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ) ОТНОСЯТ

3

- 1) дефект межжелудочковой перегородки
- 2) коарктацию аорты
- 3) тетрадаФалло
- 4) открытый артериальный проток

5)

199.ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ РЕБЕНКА С ОТКРЫТЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ПРОТОКОМ ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1

- 1) грубый систоло-диастолический шум
- 2) скребущий систолический шум
- 3) мягкий дующий систолический шум
- 4) грубый протодиастолический шум

5)

200.ЗАКЛАДКА НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРОИСХОДИТ НА (СРОК ГЕСТАЦИИ В НЕДЕЛЯХ)

4

- 1) 7-8
- 2) 3-4
- 3) 5-6
- 4) 1-2

5)

201.К РОЖДЕНИЮ РЕБЁНКА САМЫМ НЕЗРЕЛЫМ ОТДЕЛОМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1

- 1) кора головного мозга
- 2) спинной мозг
- 3) продолговатый мозг
- 4) стрио-паллидарная система

5)

202.МИЕЛИНИЗАЦИЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН В ОСНОВНОМ ЗАВЕРШАЕТСЯ К

3

- 1) 7-10 годам
- 2) 1-2 годам
- 3) 3-5 годам
- 4) 15 годам

5)

203. ЧАСТОЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОТЁКА МОЗГА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ ОБУСЛОВЛЕНО

1

- 1) обильным кровоснабжением головного мозга
- 2) ограниченным кровоснабжением головного мозга
- 3) высокими темпами развития ЦНС
- 4) раннеймиелинизацией нервных волокон
- 5)

204. ЧАСТОЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОТЁКА МОЗГА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ ОБУСЛОВЛЕНО

3

- 1) высокими темпами развития ЦНС
- 2) ограниченным кровоснабжением головного мозга
- 3) ограниченным оттоком крови от головного мозга
- 4) раннеймиелинизацией нервных волокон
- 5)

205. СТРОЕНИЕ СПИННОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ПРИБЛИЖАЕТСЯ К ТАКОВОМУ У ВЗРОСЛЫХ К

4

- 1) 15 годам
- 2) 5 годам
- 3) 10 годам
- 4) 3 годам
- 5)

206. ДВИЖЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЁНКА

1

- 1) спонтанные
- 2) целенаправленные
- 3) координированные
- 4) безусловные

5)

207. ДВИЖЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЁНКА

3

- 1) координированные
- 2) целенаправленные
- 3) хаотичные
- 4) безусловные
- 5)

208.К СТОЙКОМУ ПОЖИЗНЕННОМУ БЕЗУСЛОВНОМУ РЕФЛЕКСУ ОТНОСИТСЯ

1

- 1) роговичный
- 2) сосательный
- 3) хватательный
- 4) сухожильный
- 5)

209.К СТОЙКОМУ ПОЖИЗНЕННОМУ БЕЗУСЛОВНОМУ РЕФЛЕКСУ ОТНОСИТСЯ

3

- 1) хватательный
- 2) сосательный
- 3) глотательный
- 4) сухожильный
- 5)

210. К СТОЙКОМУ ПОЖИЗНЕННОМУ БЕЗУСЛОВНОМУ РЕФЛЕКСУ ОТНОСИТСЯ

4

- 1) сухожильный
- 2) сосательный
- 3) хватательный
- 4) конъюнктивальный

5)

211.К ТРАНЗИТОРНОМУ ВРОЖДЁННОМУ БЕЗУСЛОВНОМУ РЕФЛЕКСУ ОТНОСИТСЯ

1

- 1) сосательный
- 2) глотательный
- 3) роговичный
- 4) конъюнктивальный

5)

212. БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ ТРАНЗИТОРНЫХ БЕЗУСЛОВНЫХ ВРОЖДЁННЫХ РЕФЛЕКСОВ ИСЧЕЗАЕТ К ВОЗРАСТУ

2

- 1) 1 месяцу
- 2) 3-5 месяцам
- 3) 1-2 месяцам
- 4) 6-12 месяцам

5)

213. ПОКАЗАТЕЛИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА В 5 МЕСЯЦЕВ

1

- 1) берёт игрушку, удерживает в руке
- 2) стоит при поддержке подмышки
- 3) устойчиво сидит, ползает
- 4) берёт в руку игрушку, размахивает ею

5)

214.ПОКАЗАТЕЛИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА В 6 МЕСЯЦЕВ

3

- 1) произносит отдельные слова
- 2) ползает, сидит
- 3) берёт в руку игрушку, размахивает ею

4) самостоятельно ходит

5)

215.ПОКАЗАТЕЛИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА В 8 МЕСЯЦЕВ

1

1) садится, ложится

2) говорит отдельные слова

3) самостоятельно ходит

4) встаёт и стоит с поддержкой

5)

216.ПОКАЗАТЕЛЬ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА В 8 МЕСЯЦЕВ

4

1) встаёт и стоит с поддержкой

2) говорит отдельные слова

3) самостоятельно ходит

4) встаёт на четвереньки

5)

217.ПОКАЗАТЕЛИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА В 9 МЕСЯЦЕВ

3

1) произносит 5-10 слов

2) самостоятельно ходит

3) переступает в кроватке

4) садится, сидит

5)

218.ПОКАЗАТЕЛЬ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА В 10 МЕСЯЦЕВ

3

1) ест ложкой

2) самостоятельно ходит

- 3) даёт знакомый предмет по просьбе взрослого
- 4) пьёт из чашки
- 5)

219.ПОКАЗАТЕЛЬ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА В 10 МЕСЯЦЕВ

1

- 1) произносит отдельные слова-обозначения («па», «ба», «дай» и т.д.)
- 2) самостоятельно ходит
- 3) ест ложкой
- 4) пьёт из чашки
- 5)

220.ПОКАЗАТЕЛЬ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА В 11 МЕСЯЦЕВ

2

- 1) самостоятельно расстёгивает пуговицы
- 2) стоит самостоятельно без опоры
- 3) ставит кубики
- 4) снимает кольца пирамиды
- 5)

221.ПОКАЗАТЕЛЬ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА В 12 МЕСЯЦЕВ

1

- 1) начинает самостоятельно ходить
- 2) приседает, наклоняется
- 3) перешагивает через препятствие
- 4) самостоятельно ест ложкой
- 5)

222. СЕНСОРНАЯ РЕЧЬ – ЭТО

3

- 1) активная речь
- 2) накопление словарного запаса

- 3) понимание речи
- 4) поисковая зрительная реакция
- 5)

223.СРОКИ ПОЯВЛЕНИЯ СЕНСОРНОЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ

- 1
- 1) 7-8 месяцев
- 2) 3-4 месяца
- 3) 9-10 месяцев
- 4) 11-12 месяцев
- 5)

224.СРОКИ ПОЯВЛЕНИЯ МОТОРНОЙ (АКТИВНОЙ) РЕЧИ

- 3
- 1) 12-14 месяцев
- 2) 8-9 месяцев
- 3) 10-12 месяцев
- 4) 18-24 месяца
- 5)

225.К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ МЕНИНГЕАЛЬНОМУ СИМПТОМУ ОТНОСИТСЯ

- 2
- 1) западение родничка
- 2) ригидность мышц затылка
- 3) нижний рефлекс Ландау
- 4) гипотония
- 5)

226.К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ МЕНИНГЕАЛЬНОМУ СИМПТОМУ ОТНОСИТСЯ

- 1
- 1) симптом Лесажа
- 2) западение родничка
- 3) нижний рефлекс Ландау
- 4) гипотония
- 5)

227.К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ МЕНИНГЕАЛЬНОМУ СИМПТОМУ ОТНОСИТСЯ

3

- 1) нижний рефлекс Ландау
- 2) западение родничка
- 3) симптомы Брудзинского
- 4) гипотония шейных мышц
- 5)

228. КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ НАДАВЛИВАНИИ НА ЛАДОНИ РЕБЕНКА ВБЛИЗИ ТЕНОРОВ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ОТКРЫВАНИЕМ РТА

2

- 1) поисковый
- 2) ладонно-ротовой
- 3) хватательный
- 4) Робинсона
- 5)

229.КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ПОГЛАЖИВАНИИ КОЖИ В ОБЛАСТИ УГЛА РТА С ПОСЛЕДУЮЩИМ ОПУСКАНИЕМ ГУБЫ, ОТКЛОНЕНИЕМ ЯЗЫКА И ПОВОРОТОМ ГОЛОВЫ В СТОРОНУ РАЗДРАЖИТЕЛЯ

1

- 1) поисковый
- 2) хоботковый
- 3) хватательный
- 4) лабиринтный
- 5)

230.КАКОЙ РЕФЛЕКС ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ МИЕЛОЭНЦЕФАЛЬНЫХ ПОЗОТОНИЧЕСКИХ

2

- 1) Переса
- 2) симметричный шейный тонический

- 3) Галанта
- 4) орбiculoпальпeбральный
- 5)

231.КАКОЙ РЕФЛЕКС ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ МИЕЛОЭНЦЕФАЛЬНЫХ ПОЗОТОНИЧЕСКИХ

- 4
- 1) орбiculoпальпeбральный
 - 2) Переса
 - 3) Галанта
 - 4) асимметричный шейный тонический
 - 5)

232.ПРИ ОЦЕНКЕ БЕЗУСЛОВНЫХ РЕФЛЕКСОВ РЕБЕНКА УЧИТЫВАЕТСЯ

- 1
- 1) соответствие их возрасту ребенка
 - 2) связь со временем суток
 - 3) время появления и угасания рефлекса
 - 4) сила ответа на раздражение
 - 5)

233.ПРИ ОЦЕНКЕ БЕЗУСЛОВНЫХ РЕФЛЕКСОВ РЕБЕНКА УЧИТЫВАЕТСЯ

- 3
- 1) время появления и угасания рефлекса
 - 2) связь со временем суток
 - 3) симметричность
 - 4) сила ответа на раздражение
 - 5)

234.ПРИ ОЦЕНКЕ БЕЗУСЛОВНЫХ РЕФЛЕКСОВ РЕБЕНКА УЧИТЫВАЕТСЯ

- 2
- 1) связь со временем суток
 - 2) наличие или отсутствие
 - 3) время появления и угасания рефлекса
 - 4) сила ответа на раздражение

5)

235.КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ПАССИВНОМ СГИБАНИИ ГОЛОВЫ РЕБЕНКА, ЛЕЖАЩЕГО НА СПИНЕ, СПОСЛЕДУЮЩЕМ ПОВЫШЕНИЕМ ТОНУСА СГИБАТЕЛЕЙ РУК И РАЗГИБАТЕЛЕЙ НОГ

2

- 1) туловищный выпрямительный
- 2) симметричный шейный тонический
- 3) лабиринтный тонический
- 4) асимметричный шейный тонический
- 5)

236. КАКОЙ РЕФЛЕКС ДОЛЖЕН ОТСУТСТВОВАТЬ У РЕБЕНКА ЧЕТЫРЕХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

1

- 1) Моро
- 2) Ландау
- 3) Кернига
- 4) Брудзинского
- 5)

237.КАКОЙ РЕФЛЕКС ДОЛЖЕН ОТСУТСТВОВАТЬ У РЕБЕНКА ЧЕТЫРЕХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

2

- 1) Ландау
- 2) хватательный
- 3) Кернига
- 4) Брудзинского
- 5)

238.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

3

- 1) поисковый
- 2) Галанта
- 3) Моро
- 4) хватательный
- 5)

239.К КАКОМУ ВОЗРАСТУ РЕБЕНОК ДОЛЖЕН ХОРОШО ДЕРЖАТЬ ГОЛОВУ

- 1
- 1) 2 – 3 месяцам
 - 2) 3-4 месяцам
 - 3) 5-6 месяцам
 - 4) 1-2 месяцам
 - 5)

240.КАКОЙ РЕФЛЕКС ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ ОРАЛЬНЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ АВТОМАТИЗМОВ

- 1
- 1) сосательный
 - 2) орбикулопальпебральный
 - 3) роговичный
 - 4) опоры
 - 5)

241. КАКОЙ РЕФЛЕКС ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ ОРАЛЬНЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ АВТОМАТИЗМОВ

- 4
- 1) опоры
 - 2) орбикулопальпебральный
 - 3) роговичный
 - 4) ладонно – ротовой
 - 5)

242.КАКОЙ РЕФЛЕКС ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ ОРАЛЬНЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ АВТОМАТИЗМОВ

- 3

- 1) роговичный
- 2) орбикулопальпеперальный
- 3) поисковый
- 4) опоры
- 5)

243. КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ В ПОЛОЖЕНИИ РЕБЕНКА НА ЖИВОТЕ, ПРИ КОТОРОМ ОН РАЗГИБАЕТ И ПОДНИМАЕТ НОГИ

1

- 1) нижний Ландау
- 2) опоры
- 3) лабиринтный тонический
- 4) автоматической ходьбы
- 5)

244. 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

3

- 1) Бауэра
- 2) Бабинского
- 3) Кернига
- 4) Бабкина
- 5)

245. КАКОЙ РЕФЛЕКС ИСЧЕЗАЕТ К 2 - 3 МЕСЯЦАМ

3

- 1) Ландау
- 2) Моро
- 3) Бабкина
- 4) Галанта
- 5)

246.КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ УДАРЕ ПАЛЬЦЕМ ПО ГУБАМ РЕБЕНКА С ПОСЛЕДУЮЩИМ СОКРАЩЕНИЕМ КРУГОВОЙ МЫШЦЫ РТА И ВЫТЯГИВАНИЕМ ГУБ

3

- 1) поисковый
- 2) тонический
- 3) хоботковый
- 4) хватательный
- 5)

247.КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ В ПОЛОЖЕНИИ РЕБЕНКА НА ЖИВОТЕ С ПОДНИМАНИЕМ ГОЛОВЫ, ВЕРХНЕЙ ЧАСТИ ТУЛОВИЩА, С ОПОРОЙ НА РУКИ

1

- 1) верхний Ландау
- 2) опоры
- 3) лабиринтный
- 4) лабиринтный
- 5)

248.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

4

- 1) подошвенный
- 2) Бауэра
- 3) опоры
- 4) Бабинского
- 5)

249.КАКОЙ РЕФЛЕКС ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ СПИНАЛЬНЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ АВТОМАТИЗМОВ

3

- 1) Робинсона
- 2) Бабкина
- 3) Моро
- 4) Бабинского
- 5)

250.КАКОЙ РЕФЛЕКС ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ СПИНАЛЬНЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ АВТОМАТИЗМОВ

- 1
- 1) опоры
- 2) лабиринтный
- 3) Робинсона
- 4) Бабинского
- 5)

251.ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ ДЛИТСЯ

- 2
- 1) до 6-ти недель до
- 2) 4-х недель
- 3) до 2-х недель жизни
- 4) до 3-х недель
- 5)

252.ПЕРИОД РАННЕГО ВОЗРАСТА ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ

- 1
- 1) от 1-го года до 3-х лет
- 2) от 2 года до 6 лет
- 3) от 1-го года до 5 лет
- 4) от 6 месяцев до 2-х лет
- 5)

253.ДОШКОЛЬНЫЙ ПЕРИОД – ЭТО ВОЗРАСТ ДЕТЕЙ

- 3
- 1) от 4-х до 8 лет
- 2) от 2-х до 6 лет

- 3) от 3-х до 7 лет
- 4) от 1 года до 7 лет
- 5)

254.ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НА 1-ОМ ГОДУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

1 РАЗ

- 4
- 1) в неделю
- 2) в 3 месяца
- 3) в 6 месяцев
- 4) в месяц
- 5)

255.СРЕДНЯЯ ДЛИНА ТЕЛА (В СМ) ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ

- 2
- 1) 53-55
- 2) 50-52
- 3) 45-47
- 4) 48-49
- 5)

256.НАИБОЛЬШИЕ ТЕМПЫ РОСТА РЕБЁНКА В ПОСТНАТАЛЬНОЙ ЖИЗНИ ОТМЕЧАЮТСЯ

- 1
- 1) на 1-м году
- 2) на 2-м году
- 3) на 3-м году
- 4) на 4-м году
- 5)

257.ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ПРИРОСТ ДЛИНЫ ТЕЛА В 1 ЧЕТВЕРТИ 1 ГОДА ЖИЗНИ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ

- 3
- 1) 1 см

- 2) 4 см
- 3) 3 см
- 4) 2 см
- 5)

258.ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ПРИРОСТ ДЛИНЫ ТЕЛА ВО 2 ЧЕТВЕРТИ 1 ГОДА ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1
- 1) 2,5 см
- 2) 3 см
- 3) 1,5 см
- 4) 2 см
- 5)

259.ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ПРИРОСТ ДЛИНЫ ТЕЛА В 3 ЧЕТВЕРТИ 1 ГОДА ЖИЗНИ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ

- 3
- 1) 0,5-1,0 см
- 2) 2,0-2,5 см
- 3) 1,5-2,0 см
- 4) 1,0-1,5 см
- 5)

260.ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ПРИРОСТ ДЛИНЫ ТЕЛА В ПОСЛЕДНЕЙ ЧЕТВЕРТИ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ

- 4
- 1) 0,5 см
- 2) 1,5 см
- 3) 2,0 см
- 4) 1,0 см
- 5)

261.ПЕРИОД 1-ГО ВЫТЯЖЕНИЯ (УСКОРЕНИЯ РОСТА) ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ

- 1

- 1) 4-6 лет у мальчиков и 6-7 лет у девочек
- 2) 4-6 лет у мальчиков и 9-10 лет у девочек
- 3) 6-9 лет у мальчиков и 6-8 лет у девочек
- 4) 6-9 лет у мальчиков и 9-10 лет у девочек
- 5)

262. ПЕРИОД 1-ГО ВЫТЯЖЕНИЯ (УСКОРЕНИЯ РОСТА) У МАЛЬЧИКОВ ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ

3

- 1) 8-9 лет
- 2) 6-7 лет
- 3) 4-6 лет
- 4) 10-11 лет
- 5)

263. ПЕРИОД 2-ГО ВЫТЯЖЕНИЯ (УСКОРЕНИЯ РОСТА) ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ

4

- 1) 13-16 лет у мальчиков и 8-10 лет у девочек
- 2) 8-10 лет у мальчиков и 10-12 лет у девочек
- 3) 11-12 лет у мальчиков и 8-10 лет у девочек
- 4) 13-16 лет у мальчиков и 10-12 лет у девочек
- 5)

264. У ДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА МАССА ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ НИЖЕ

1

- 1) 2500 г
- 2) 2800 г
- 3) 2000 г
- 4) 2300 г
- 5)

265. МАКСИМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ОТМЕЧАЕТСЯ

4

- 1) к 1-2 дню жизни
- 2) к 6-7 дню жизни
- 3) к 8-10 дню жизни
- 4) к 3-5 дню жизни
- 5)

266.ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА

2

- 1) удаления сыровидной смазки
- 2) потери воды через кожу
- 3) кормления грудью
- 4) докармливания в первые дни жизни
- 5)

267.ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА

3

- 1) кормления грудью
- 2) удаления сыровидной смазки
- 3) потери воды через лёгкие при дыхании
- 4) докармливания в первые дни жизни
- 5)

268.ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА

1

- 1) выделения мекония и мочи
- 2) удаления сыровидной смазки
- 3) кормления грудью
- 4) докармливания в первые дни жизни
- 5)

269.ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА

2

- 1) удаления сыровидной смазки
- 2) выделения мочи
- 3) кормления грудью
- 4) докармливания в первые дни жизни
- 5)

270.СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ (В СМ) ДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ

3

- 1) 32-34
- 2) 30-32
- 3) 34-36
- 4) 36-38
- 5)

271.НАИБОЛЬШИЕ ТЕМПЫ ПРИРОСТА ОКРУЖНОСТИ ГОЛОВЫ ОТМЕЧАЮТСЯ

1

- 1) в первой четверти 1-го года жизни
- 2) во второй четверти 1-го года жизни
- 3) во втором полугодии жизни
- 4) от 1-го года до 3-х лет
- 5)

272.СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ В1 ГОД СОСТАВЛЯЕТ

3

- 1) 42-43 см
- 2) 48-49 см
- 3) 45-47 см
- 4) 44-45 см
- 5)

273.ПОЧКИ У ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ ИМЕЮТ

2

- 1) выраженные соединительнотканые прослойки
- 2) недостаточно развитый корковый слой
- 3) зрелые ферментативные системы активной секреции
- 4) бобовидную форму
- 5)

274.ПОЧКИ У ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ ИМЕЮТ

1

- 1) дольчатый характер
- 2) выраженные соединительнотканые прослойки
- 3) зрелые ферментативные системы активной секреции
- 4) бобовидную форму
- 5)

275.ПОЧКИ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ

3

- 1) имеют бобовидную форму
- 2) относительно маленького размера
- 3) относительно большого размера
- 4) имеют зрелую ферментативную систему
- 5)

276.СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ СОСТАВЛЯЕТ

1

- 1) 500 мл
- 2) 400 мл
- 3) 300 мл
- 4) 200 мл
- 5)

277.СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ У РЕБЕНКА В 1 ГОД СОСТАВЛЯЕТ

3

- 1) 400 мл

- 2) 500 мл
- 3) 600 мл
- 4) 300 мл
- 5)

278. СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ У РЕБЕНКА В 10 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

- 1
- 1) 1500 мл
- 2) 1000 мл
- 3) 750 мл
- 4) 2000 мл
- 5)

279. ДЛЯ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ХАРАКТЕРНО

- 4
- 1) пятнисто-папулёзная сыпь
- 2) экспираторная одышка
- 3) ритм галопа
- 4) нарушение мочеиспусканий
- 5)

280. ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СИНДРОМ

- 3
- 1) анемический
- 2) диспепсический
- 3) отёчный
- 4) суставной
- 5)

281. ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СИНДРОМ

- 4
- 1) суставной
- 2) диспепсический

- 3) анемический
- 4) мочевого
- 5)

282.ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СИНДРОМ

2

- 1) диспепсический
- 2) дизурический
- 3) анемический
- 4) суставной
- 5)

283.ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СИНДРОМ

1

- 1) гипертензивный
- 2) диспепсический
- 3) анемический
- 4) суставной
- 5)

284.ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТЫХ ОТЁКОВ ПРОВОДЯТ ПРОБУ

3

- 1) Нечипоренко
- 2) Зимницкого
- 3) Мак-Клюра-Олдрича
- 4) Реберга
- 5)

285.ОЛИГУРИЕЙ СЧИТАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ СУТОЧНОГО ДИУРЕЗА (В % ОТ ВОЗРАСТНОЙ НОРМЫ) НА

4

- 1) 90 и более
- 2) 30 и более

- 3) 50 и более
- 4) 70 и более
- 5)

286. АНУРИЯ – ЭТО РЕЗКОЕ УМЕНЬШЕНИЕ ИЛИ ПРЕКРАЩЕНИЕ ВЫДЕЛЕНИЯ МОЧИ ВСЛЕДСТВИЕ

1

- 1) нарушения клубочковой фильтрации
- 2) нарушения выведения мочи из мочевого пузыря
- 3) обструкции мочевых путей ниже мочевого пузыря
- 4) нарушения канальцевой реабсорбции
- 5)

287. ПОЛИУРИЯ - УВЕЛИЧЕНИЕ СУТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА МОЧИ, ПРЕВЫШАЮЩЕЕ ВОЗРАСТНУЮ НОРМУ НА

2

- 1) 30% и более
- 2) 50% и более
- 3) 10% и более
- 4) 20% и более
- 5)

288. ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ ДО _____ НЕДЕЛЬ ЖИЗНИ

3

- 1) 2-х
- 2) 3-х
- 3) 4-х
- 4) 6-ти
- 5)

289. МЛАДЕНЧЕСКИЙ ПЕРИОД (ГРУДНОЙ) ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ

1

- 1) 1 месяца до 1 года

- 2) 1 месяца до 3 лет
- 3) 6 месяцев до 1,5 лет
- 4) 6 месяцев до 3 лет
- 5)

290. ПЕРИОД РАННЕГО ВОЗРАСТА ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ

4

- 1) 2-х до 6 лет
- 2) 6 месяцев до 2-х лет
- 3) 1-го года до 5 лет
- 4) 1 года до 3 лет
- 5)

291. СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГРУДИ ДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ

1

- 1) 32-34 см
- 2) 36-38 см
- 3) 28-30 см
- 4) 30-32 см
- 5)

292. ПРИ РОЖДЕНИИ У БОЛЬШИНСТВА ДЕТЕЙ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ

3

- 1) равна окружности груди
- 2) меньше окружности груди на 1-2 см
- 3) больше окружности груди на 1-2 см
- 4) больше окружности груди на 3 см
- 5)

293. В КОНЦЕ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ У БОЛЬШИНСТВА ДЕТЕЙ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ

4

- 1) меньше окружности груди на 4 см
- 2) равна окружности груди

- 3) больше окружности груди на 2 см
- 4) меньше окружности груди на 2 см
- 5)

294.ТЕРМИН ГИПОТРОФИЯ ПОДРАЗУМЕВАЕТ

- 1
- 1) хроническое расстройство питания с дефицитом массы тела
 - 2) острое расстройство питания с дегидратацией
 - 3) дефицит отдельных нутриентов в питании
 - 4) острое расстройство питания с дефицитом массы тела
 - 5)

295.СТЕПЕНЬ ГИПОТРОФИИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ДЕФИЦИТУ

- 3
- 1) тургору мягких тканей
 - 2) отдельных нутриентов рациона питания
 - 3) массы тела
 - 4) Длины тела
 - 5)

296.ПРИ ГИПОТРОФИИ I СТЕПЕНИ ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА (В %) СОСТАВЛЯЕТ

- 1
- 1) 10-20
 - 2) 20-30
 - 3) более 30
 - 4) 5-10
 - 5)

297.ПРИ ГИПОТРОФИИ II СТЕПЕНИ ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ

- 3
- 1) 5-10%
 - 2) более 30%
 - 3) 20-30%
 - 4) 10-20%

5)

298. ПРИ ГИПОТРОФИИ III СТ. ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ

4

- 1) 20-30%
- 2) больше 50%
- 3) 10-20%
- 4) больше 30%
- 5)

299.К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ ИЗБЫТКА МАССЫ ТЕЛА ОТНОСЯТСЯ

4

- 1) инфекционные заболевания
- 2) психосоциальная депривация
- 3) эндокринные заболевания
- 4) перекорм, переедание
- 5)

300.К ОСНОВНЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ

1

- 1) Длина тела
- 2) Высота головы
- 3) Нижний сегмент
- 4) Верхний сегмент
- 5)

301.К ОСНОВНЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ

3

- 1) Нижний сегмент
- 2) Высота головы
- 3) Масса тела
- 4) Верхний сегмент

5)

**301.К ОСНОВНЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ
ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ**

4

- 1) Верхний сегмент
- 2) Высота головы
- 3) Нижний сегмент
- 4) Окружность головы
- 5)

**302.К ОСНОВНЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ
ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ**

2

- 1) Высота головы
- 2) Окружность груди
- 3) Нижний сегмент
- 4) Верхний сегмент
- 5)

**303.К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ
ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ**

1

- 1) Верхний сегмент
- 2) Длина тела
- 3) Масса тела
- 4) Окружность головы
- 5)

**304.К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ
ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ**

3

- 1) Масса тела
- 2) Длина тела
- 3) Нижний сегмент

4) Окружность головы

5)

305.К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ

4

1) Окружность головы

2) Длина тела

3) Масса тела

4) Высота головы

5)

306.К АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ИНДЕКСАМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОТНОСИТСЯ

1

1) Индекс Чулицкой

2) Индекс Эрисмана

3) Индекс Кетле II

4) Индекс Филатова

5)

307.К КОНЦУ ПЕРИОДА ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ СКОРОСТЬ РОСТА ПЛОДА

3

1) увеличивается в 2 раза

2) увеличивается в 1,5 раза

3) уменьшается

4) увеличивается в 2,5 раза

5)

308.ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У БОЛЬШИНСТВА НОВОРОЖДЕННЫХ СОСТАВЛЯЕТ _____ % ОТ МАССЫ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

1

1) 3-6

- 2) 1-2
- 3) 5-9
- 4) 8-10
- 5)

309.СРЕДНЯЯ МАССА ТЕЛА В 5 ЛЕТ СОГЛАСНО ЭМПИРИЧЕСКОЙ ФОРМУЛЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ КГ

- 4
- 1) 20
 - 2) 18
 - 3) 17
 - 4) 19
 - 5)

310.ПОКАЗАТЕЛИ ОКРУЖНОСТИ ГОЛОВЫ И ГРУДИ СРАВНИВАЮТСЯ К _____ МЕСЯЦАМ

- 2
- 1) 1-2
 - 2) 2-4
 - 3) 4-6
 - 4) 6-8
 - 5)

311.БРАХИЦЕФАЛИЮ РАССМАТРИВАЮТ КАК

- 1
- 1) увеличение поперечного размера черепа
 - 2) расширение черепа в затылочной части
 - 3) увеличение продольного размера черепа
 - 4) череп, вытянутый вверх
 - 5)

312.ПОД ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИЕЙ ПОНИМАЮТ

- 2
- 1) сосудистые опухоли (гемангиомы)
 - 2) сосудистые пятна, не выступающие над кожей

- 3) пигментные пятна на коже
- 4) участки гипоплазии кожи
- 5)

313.МАССО-РОСТОВОЙ ИНДЕКС (ТУРА) ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ – ЭТО ЧАСТНОЕ ОТ ДЕЛЕНИЯ

- 1
- 1) массы тела при рождении на длину тела
 - 2) длины тела при рождении на массу тела
 - 3) массы тела при рождении на окружность головы
 - 4) массы тела на площадь поверхности тела
 - 5)

314.МАССО-РОСТОВОЙ ИНДЕКС (ТУРА) У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ

- 4
- 1) 70-90
 - 2) 50-60
 - 3) 40-50
 - 4) 60-80
 - 5)

315.КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ _____ ×10⁹/Л

- 1
- 1) 6-12
 - 2) 4-5
 - 3) 13-15
 - 4) 16-20
 - 5)

316.КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ОТ 1 ГОДА ДО 10 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ ×10⁹/Л

- 3
- 1) 11-15

- 2) 3-4
- 3) 5-10
- 4) 16-30
- 5)

317.КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 МЕС СОСТАВЛЯЕТ _____ ×10⁹/Л

- 3
- 1) 310-350
 - 2) 100-120
 - 3) 150-300
 - 4) 400-500
 - 5)

318.ДЛЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ ХАРАКТЕРНО

- 2
- 1) количество лейкоцитов не более $10 \times 10^9/\text{л}$
 - 2) количество лейкоцитов более $10 \times 10^9/\text{л}$
 - 3) преобладание лимфоцитов
 - 4) преобладание моноцитов
 - 5)

319.ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ?

- 4
- 1) преобладание моноцитов
 - 2) количество лейкоцитов не более $10 \times 10^9/\text{л}$
 - 3) преобладание лимфоцитов
 - 4) нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом «влево»
 - 5)

320.ДЛЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 МЕСЯЦА ДО 1 ГОДА ХАРАКТЕРНО

- 1

- 1) количество лейкоцитов не более $12 \times 10^9/\text{л}$
- 2) количество лейкоцитов не более $10 \times 10^9/\text{л}$
- 3) преобладание нейтрофилов
- 4) преобладание моноцитов
- 5)

321.ДЛЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 МЕСЯЦА ДО 1 ГОДА ХАРАКТЕРНО

- 2
- 1) количество лейкоцитов не более $10 \times 10^9/\text{л}$
 - 2) преобладание лимфоцитов
 - 3) преобладание нейтрофилов
 - 4) преобладание моноцитов
 - 5)

322.ДЛЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ГОДА ДО 5 ЛЕТ ХАРАКТЕРНО

- 1
- 1) преобладание лимфоцитов
 - 2) количество лейкоцитов не более $12 \times 10^9/\text{л}$
 - 3) преобладание нейтрофилов
 - 4) преобладание моноцитов
 - 5)

323.ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ЛИМФОЦИТОЗ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1
- 1) первых 4-5 лет
 - 2) первых 3 дней
 - 3) младших школьников
 - 4) старших школьников
 - 5)

324.В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ РЕГЕНЕРАТОРНУЮ СПОСОБНОСТЬ ЭРИТРОИДНОГО РОСТКА КРОВЕТВОРЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТ КОЛИЧЕСТВО

3

- 1) лейкоцитов
- 2) эритроцитов
- 3) ретикулоцитов
- 4) тромбоцитов
- 5)

**325.ОСОБЕННОСТЬ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У
НОВОРОЖДЕННЫХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

3

- 1) повышенной активности плазменных факторов (V, VIII, XI, XII)
- 2) повышенной функциональной активности тромбоцитов
- 3) низкой активности витамин-К-зависимых факторов (II, VII, IX, X)
- 4) высокой активности витамин-К-зависимых факторов (II, VII, IX, X)
- 5)

**326.ОСОБЕННОСТЬ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У
НОВОРОЖДЕННЫХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

1

- 1) сниженной функциональной активности тромбоцитов
- 2) повышенной функциональной активности тромбоцитов
- 3) высокой активности витамин-К-зависимых факторов (II, VII, IX, X)
- 4) повышенной активности плазменных факторов (V, VIII, XI, XII)
- 5)

**327.ОСОБЕННОСТЬ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У
НОВОРОЖДЕННЫХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

2

- 1) повышенной функциональной активности тромбоцитов
- 2) сниженной активности естественных антикоагулянтов
- 3) высокой активности витамин-К-зависимых факторов (II, VII, IX, X)
- 4) повышенной активности плазменных факторов (V, VIII, XI, XII)
- 5)

328.ОСОБЕННОСТЬЮ ТРОМБОЦИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ИХ

3

- 1) повышенная способность к агрегации
- 2) повышенная функциональная активность
- 3) пониженная функциональная активность
- 4) повышенное количество
- 5)

329. ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ГЕМОСТАЗА НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ

1

- 1) коагулограмму
- 2) миелограмму
- 3) биохимический анализ крови
- 4) клинический анализ крови
- 5)

330. У ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА КОЛИЧЕСТВО ФЕТАЛЬНОГО ГЕМОГЛОБИНА СОСТАВЛЯЕТ _____ %

1

- 1) 60-80
- 2) 40-50
- 3) 20-30
- 4) 5-15
- 5)

331. В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 1 ГОДА КОЛИЧЕСТВО МОНОЦИТОВ СОСТАВЛЯЕТ

_____ %

3

- 1) 11-15
- 2) 9-10
- 3) 0-8
- 4) 16-25
- 5)

332. В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 1 ГОДА КОЛИЧЕСТВО ЭОЗИНОФИЛОВ СОСТАВЛЯЕТ _____ %

1

- 1) 0-5
- 2) 6-10
- 3) 11-15
- 4) 16-20
- 5)

333.ОСОБЕННОСТЬЮ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

4

- 1) плотная связь между эпидермисом и дермой
- 2) недостаточное кровоснабжение
- 3) хорошее развитие потовых желез
- 4) склонность к шелушению и мацерации
- 5)

334.ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ КОЖИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

1

- 1) слабо выраженная защитная функция
- 2) зрелость терморегуляции
- 3) низкая интенсивность дыхательной функции
- 4) сниженная резорбционная функция
- 5)

335.ДЛЯ САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНО

3

- 1) наибольшее распространение на коже ладоней и подошв
- 2) равномерное распространение по всей коже
- 3) распространение по всей коже, кроме ладоней и подошв
- 4) наибольшее распространение на проксимальных отделах конечностей
- 5)

336.САЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ НАЧИНАЮТ ФУНКЦИОНИРОВАТЬ С

1

- 1) 7-го месяца внутриутробного развития

- 2) 1-го месяца жизни
- 3) 35-37 недели гестации
- 4) 3-4 месяца жизни
- 5)

337.ОСОБЕННОСТЬЮ САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

2

- 1) преимущественная концентрация на коже подошв и ладоней
- 2) возможность перерождаться в кисты
- 3) морфологическая незрелость к рождению
- 4) распространение по всей коже
- 5)

338.ОСОБЕННОСТЬЮ ЖИРОВОЙ ТКАНИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПО СРАВНЕНИЮ С ДЕТЬМИ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

3

- 1) хорошее развитие жировой ткани вокруг внутренних органов
- 2) меньшее количество бурой жировой ткани
- 3) большее количество бурой жировой ткани
- 4) меньшая относительная масса жировой ткани
- 5)

339.БУРАЯ ЖИРОВАЯ КЛЕТЧАТКА У ДЕТЕЙ

1

- 1) обеспечивает несократительный термогенез
- 2) обеспечивает сократительный термогенез
- 3) увеличивается с возрастом ребенка
- 4) локализуется на передней поверхности грудной клетки
- 5)

340.ОСОБЕННОСТЬЮ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ У ДЕВОЧЕК ПОСЛЕ 7-8 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

2

- 1) равномерное распределение по всему телу

- 2) распределение неравномерное со скоплением в области ягодиц, живота, бедер
- 3) большее количество подкожного жира в верхней половине туловища
- 4) неравномерное распределение со скоплением на щеках и верхних конечностях
- 5)

341. ЦВЕТ КОЖИ В ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ЗАВИСИТ ОТ КОЛИЧЕСТВА

- 1)
- 1) меланина
- 2) билирубина
- 3) коллагена
- 4) эластина
- 5)

342. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТРАНЗИТОРНЫМ СОСТОЯНИЕМ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ СЧИТАЕТСЯ

- 3)
- 1) пиодермия
- 2) склерема
- 3) желтуха
- 4) адипонекроз
- 5)

343. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТРАНЗИТОРНЫМ СОСТОЯНИЕМ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ СЧИТАЕТСЯ

- 4)
- 1) пузырьчатка
- 2) адипонекроз
- 3) склередема
- 4) эритема
- 5)

344. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТРАНЗИТОРНЫМ СОСТОЯНИЕМ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ СЧИТАЕТСЯ

- 1)

- 1) шелушение
- 2) склередема
- 3) эпидермолиз
- 4) везикулопустулез
- 5)

345.ПУШКОВЫЕ ВОЛОСЫ У ЗРЕЛОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА К РОЖДЕНИЮ

4

- 1) покрывают все тело
- 2) должны исчезнуть полностью
- 3) остаются только на лице
- 4) остаются на плечах и спине
- 5)

346.ЛЕГКОСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ И ИНФИЦИРОВАНИЯ КОЖИ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ СВЯЗАНА С

1

- 1) тонкостью кожи, склонностью к мацерации, незрелостью местного иммунитета
- 2) толстым, рыхлым роговым слоем, незрелостью местного иммунитета
- 3) тонкостью кожи, кислой реакцией секрета кожи
- 4) толстым, рыхлым роговым слоем, склонностью к мацерации
- 5)

347.КОСТНАЯ ТКАНЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПО СРАВНЕНИЮ СО ВЗРОСЛЫМИ

3

- 1) менее плотная, менее гибкая, не склонна к деформациям
- 2) более плотная, менее гибкая, не склонна к деформациям
- 3) менее плотная, более гибкая, склонна к деформациям
- 4) более плотная, более гибкая, не склонна к деформациям
- 5)

348.В ПРОЦЕССЕ ОСТЕОГЕНЕЗА ВЫДЕЛЯЮТ _____ СТАДИИ(Й)

1

- 1) 3
- 2) 2
- 3) 5
- 4) 6
- 5)

349.ЗАКРЫТИЕ ШВОВ ЧЕРЕПА У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НАЧИНАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦЕВ

- 2
- 1) 2-3
 - 2) 3-4
 - 3) 4-6
 - 4) 6-9
 - 5)

350.В НОРМЕ МАКСИМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА БОЛЬШОГО РОДНИЧКА СОСТАВЛЯЕТ _____ СМ

- 3
- 1) 2,5×2,5
 - 2) 2×2
 - 3) 3×3
 - 4) 1,5×1,5
 - 5)

351.МАЛЫЙ РОДНИЧОК ПРИ РОЖДЕНИИ ОТКРЫТ У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В _____ % СЛУЧАЕВ

- 3
- 1) 25-50
 - 2) 50-75
 - 3) 20-25
 - 4) 75-100
 - 5)

352.У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА МЫШЦЫ

- 1

- 1) короткие, бедны сократительными белками, жиром, богаты водой
- 2) длинные, содержат много сократительных белков, жира, мало воды
- 3) короткие, тонкие, содержат много жира, мало воды
- 4) короткие, тонкие, богаты сократительными белками
- 5)

353. ЧИСЛО МОЧЕИСПУСКАНИЙ ЗА СУТКИ У РЕБЕНКА 1 МЕСЯЦА СОСТАВЛЯЕТ

- 4
- 1) 5
 - 2) 10
 - 3) 3
 - 4) 20
 - 5)

354. СУТОЧНЫЕ КОЛЕБАНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЮТ

- 1
- 1) 1005-1025
 - 2) 1001-1010
 - 3) 1005-1015
 - 4) 1001-1005
 - 5)

355. СООТНОШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ВЫДЕЛЕННОЙ МОЧИ ДНЕМ И НОЧЬЮ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА СТАРШЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ

- 3
- 1) 1:1
 - 2) 0,5:1
 - 3) 2:1
 - 4) 1:2
 - 5)

356. ОСОБЕННОСТЬЮ ВОДНО-СОЛЕВОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

1

- 1) большая интенсивность водного обмена
- 2) меньшая интенсивность водного обмена
- 3) меньшее выделение воды через кожу и легкие
- 4) относительно меньшая потребность в воде
- 5)

357. БОЛЕЕ НИЗКОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ПО СРАВНЕНИЮ СО ВЗРОСЛЫМИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДО _____ ЛЕТ

4

- 1) 8-10
- 2) 1-2
- 3) 3-4
- 4) 5-7
- 5)

358. ФОРМИРОВАНИЕ СТРУКТУР ФИКСАЦИИ ПОЧЕК ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К _____ ГОДАМ

2

- 1) 1 -1,5
- 2) 5-7
- 3) 2-3
- 4) 8-10
- 5)

359. ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ

1

- 1) 30
- 2) 10
- 3) 20
- 4) 50
- 5)

360.ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ В 1 ГОД ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ

3

- 1) 60
- 2) 20
- 3) 40
- 4) 90
- 5)

361.МОЧЕКИСЛЫМ ИНФАРКТОМ ПОЧЕК У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

1

- 1) отложение кристаллов мочевой кислоты в канальцах и собирательных трубках
- 2) очаговая ишемия почечной паренхимы
- 3) отложение белка в канальцах и собирательных трубках
- 4) некроз канальцев
- 5)

362.ЧИСЛО МОЧЕИСПУСКАНИЙ ЗА СУТКИ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ДНЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ

3

- 1) 8-10
- 2) 4-5
- 3) 0-2
- 4) 15-20
- 5)

363. У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ ПОЧКИ

2

- 1) пальпироваться не должны
- 2) могут пальпироваться
- 3) пальпация почек всегда свидетельствует о патологии
- 4) всегда пальпируются
- 5)

364.ПРИ СОХРАННОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ УТРЕННЕЙ ПОРЦИИ МОЧИ У ДЕТЕЙ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ

1

1) 1018

2) 1012

3) 1010

4) 1025

5)

365.КОНЦЕНТРАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК МОЖНО ОЦЕНИТЬ ПО

4

1) клиренсу эндогенногокреатинина

2) уровню белка в суточной моче

3) уровню мочевины в биохимическом анализе крови

4) колебаниям относительной плотности мочи в течение суток

5)

366.ЧИСЛО МОЧЕИСПУСКАНИЙ ЗА СУТКИ У ДЕТЕЙ ВТОРОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ

3

1) 18-20

2) 20-25

3) 15-16

4) 8-10

5)

**367.КОНТРОЛЬ УПРАВЛЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЕМ ДНЕМ
ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА К _____ ГОДУ/АМ**

1

1) 2-3

2) 0,5-1

3) 1-1,5

4) 4-5

5)

368.КОНТРОЛЬ УПРАВЛЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЕМ ВО ВРЕМЯ НОЧНОГО СНА (ОТСУТСТВИЕ ЭНУРЕЗА) ФОРМИРУЕТСЯ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА К _____ ГОДУ/АМ

3

- 1) 1,5-2
- 2) 0,5-1
- 3) 4-5
- 4) 2-3
- 5)

369.ЦВЕТ УТРЕННЕЙ ПОРЦИИ МОЧИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ

4

- 1) светло-коричневый
- 2) бесцветный
- 3) темно-желтый
- 4) соломенно-желтый
- 5)

370.У ГРУДНОГО РЕБЕНКА ЦВЕТ МОЧИ ПО СРАВНЕНИЮ С БОЛЕЕ СТАРШИМИ ДЕТЬМИ

1

- 1) более светлый
- 2) более темный
- 3) такой же
- 4) имеет розоватую окраску
- 5)

371.У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ПРИ КАЧЕСТВЕННОМ АНАЛИЗЕ БЕЛОК В НОРМЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ ДО _____ Г/Л

4

- 1) 0,33
- 2) 0,99
- 3) 0,066
- 4) 0,033
- 5)

372.У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРИ МИКРОСКОПИИ ОСАДКА РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ДОПУСКАЕТСЯ НАЛИЧИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ ДО _____ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

1

1) 3-6

2) 10-12

3) 13-15

4) 20-22

5)

373.У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРИ МИКРОСКОПИИ ОСАДКА РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ДОПУСКАЕТСЯ НАЛИЧИЕ ЭРИТРОЦИТОВ ДО _____ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

4

1) 8-10

2) 5-6

3) 7-11

4) 0-3

5)

374.У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРИ МИКРОСКОПИИ ОСАДКА РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ДОПУСКАЕТСЯ НАЛИЧИЕ _____ ЦИЛИНДРОВ

2

1) единичных эритроцитарных

2) единичных гиалиновых

3) множественных гиалиновых

4) множественных восковидных

5)

375.У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРИ МИКРОСКОПИИ ОСАДКА РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ СОЛИ

1

1) могут быть в незначительном количестве

2) могут быть в значительном количестве

- 3) не должны определяться
- 4) всегда свидетельствуют о нарушении обмена веществ
- 5)

376.ДОПУСТИМОЕ КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В 1 МЛ ОСАДКА МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО СОСТАВЛЯЕТ ДО

- 2
- 1) 5000
 - 2) 2000
 - 3) 3000
 - 4) 1000
 - 5)

377.ДОПУСТИМОЕ КОЛИЧЕСТВО ЭРИТРОЦИТОВ В 1 МЛ ОСАДКА МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО СОСТАВЛЯЕТ ДО

- 3
- 1) 3000
 - 2) 2000
 - 3) 1000
 - 4) 500
 - 5)

378.ПРОБА ПО ЗИМНИЦКОМУ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ

- 2
- 1) биохимические показатели мочи
 - 2) функциональное состояние почек
 - 3) количество клеточных элементов в мочевом осадке
 - 4) скорость клубочковой фильтрации
 - 5)

379.ДЛЯ ПРОБЫ ПО ЗИМНИЦКОМУ МОЧА СОБИРАЕТСЯ _____ ЧАСА/ОВ

- 3
- 1) в течение 3
 - 2) в течение 12

- 3) каждые 3
- 4) каждые 6
- 5)

380. В ПРОБЕ ПО ЗИМНИЦКОМУ В КАЖДОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

1

- 1) количество мочи
- 2) количество клеточных элементов
- 3) биохимические показатели
- 4) реакцию мочи
- 5)

381. В ПРОБЕ ПО ЗИМНИЦКОМУ В КАЖДОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

2

- 1) количество клеточных элементов
- 2) относительную плотность мочи
- 3) биохимические показатели
- 4) реакцию мочи
- 5)

382. МАССА ГОЛОВНОГО МОЗГА НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ОТНОСИТЕЛЬНО МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ _____ %

1

- 1) 10
- 2) 2
- 3) 5
- 4) 25
- 5)

383. МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ВЕЩЕСТВА ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

2

- 1) четкая граница между серым и белым веществом
- 2) плохая дифференцировка серого и белого вещества
- 3) отсутствие серого вещества

- 4) отсутствие белого вещества
- 5)

384.ОСОБЕННОСТЯМИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ МОЗГА И ОТТОКА КРОВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ

1

- 1) кровоснабжение обильное, отток ограничен
- 2) кровоснабжение обильное, отток лучше
- 3) кровоснабжение скудное, отток ограничен
- 4) кровоснабжение скудное, отток лучше
- 5)

385.ЧАСТОЕ ТОКСИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦНС ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕНО

3

- 1) хорошим оттоком крови от головного мозга
- 2) высокими темпами развития центральной нервной системы
- 3) высокой проницаемостью гематоэнцефалического барьера
- 4) ограниченным кровоснабжением головного мозга
- 5)

386.ЧАСТОЕ ТОКСИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦНС ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕНО

1

- 1) ограниченным оттоком крови от головного мозга
- 2) ограниченным кровоснабжением головного мозга
- 3) низкой проницаемостью гематоэнцефалического барьера
- 4) высокими темпами развития центральной нервной системы
- 5)

387.СТРОЕНИЕ СПИННОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ПРИБЛИЖАЕТСЯ К ТАКОВОМУ У ВЗРОСЛЫХ К _____ ГОДУ/АМ

3

- 1) 3
- 2) 1

- 3) 2
- 4) 5
- 5)

388.ЗНАНИЕ УРОВНЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ НИЖНЕГО КОНЦА СПИННОГО МОЗГА НЕОБХОДИМО ДЛЯ

- 1
- 1) выполнения спинномозговой пункции
 - 2) оценки моторики ребенка
 - 3) оценки состава ликвора
 - 4) оценки безусловных рефлексов у ребенка
 - 5)

389.ПОВЫШЕННАЯ ТРАВМАТИЗАЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ СВЯЗАНА С

- 2
- 1) кислой реакцией среды полости рта
 - 2) неправильным уходом за слизистой
 - 3) гиперсаливацией в полости рта
 - 4) недостаточной васкуляризацией слизистой
 - 5)

390.КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?

- 1
- 1) относительно длинный
 - 2) вход расположен ниже
 - 3) анатомические сужения выражены хорошо
 - 4) имеет относительно широкий просвет
 - 5)

391.ВХОД В ПИЩЕВОД У НОВОРОЖДЕННЫХ РАСПОЛОЖЕН НА УРОВНЕ _____ ШЕЙНОГО ПОЗВОНКА

- 4
- 1) VI-VII
 - 2) I-II

- 3) V-VI
- 4) III-IV
- 5)

392.ОСОБЕННОСТЬЮ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 4
- 1) вертикальное расположение
 - 2) постоянное положение
 - 3) постоянная форма
 - 4) горизонтальное расположение
 - 5)

393.СТРУКТУРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ЖЕЛУДКА ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 2
- 1) хорошее развитие дна и кардиального отдела
 - 2) слабое развитие кардиального отдела и дна
 - 3) слабое развитие пилорического отдела
 - 4) более низкое расположение пилорического отдела по сравнению с кардиальным в положении лежа
 - 5)

394.ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПОВЕРХНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У РЕБЕНКА С ВОЗРАСТОМ

- 1
- 1) уменьшается
 - 2) увеличивается
 - 3) не меняется
 - 4) сначала увеличивается, потом уменьшается
 - 5)

395.ЖЕЛЕЗЫ ЖЕЛУДКА К РОЖДЕНИЮ РЕБЕНКА

- 3
- 1) достигли морфологической и функциональной зрелости

- 2) по количеству достигают уровня взрослых
- 3) количественно увеличиваются с возрастом
- 4) достигли морфологической зрелости, но функционально незрелы
- 5)

396.ОСОБЕННОСТЬЮ ТОНКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)
- 1) непостоянное расположение петель
- 2) постоянное расположение петель
- 3) некомпактное расположение петель
- 4) отсутствие газов
- 5)

397.КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ ТОНКОЙ КИШКИ НОВОРОЖДЕННЫХ?

- 4)
- 1) лимфатических сосудов мало
- 2) кишечные железы мелкие
- 3) сформированы пейеровы бляшки
- 4) кишечные железы крупные
- 5)

398.КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ?

- 1)
- 1) гаустры отсутствуют до 6 месяцев жизни
- 2) ленты ободочной кишки хорошо развиты
- 3) гаустры отсутствуют до 1 года жизни
- 4) сальниковые отростки хорошо развиты
- 5)

399.К КАКОМУ ПРОЦЕССУ ПРИВОДИТ СЛАБОЕ РАЗВИТИЕ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?

- 2)
- 1) затруднение продвижения химуса

- 2) заброс химуса из слепой кишки в подвздошную
- 3) кишечная колика
- 4) диарея, чередующаяся с запором
- 5)

400.СКЛОННОСТЬ К ВЫПАДЕНИЮ ПРЯМОЙ КИШКИ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ ОБЪЯСНЯЕТСЯ СЛАБЫМ РАЗВИТИЕМ

- 1
- 1) жировой клетчатки
- 2) ампулы
- 3) мышечного слоя
- 4) подслизистого слоя
- 5)

401.КАКАЯ ЧАСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЛУЧШЕ РАЗВИТА К РОЖДЕНИЮ РЕБЕНКА?

- 2
- 1) экзокринная
- 2) эндокринная
- 3) тело
- 4) хвост
- 5)

402.КАКОВЫ ОСОБЕННОСТИ ПЕЧЕНИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?

- 4
- 1) малая подвижность лёгочного края
- 2) относительная масса с возрастом увеличивается
- 3) относительно большая правая доля
- 4) большая величина относительно массы тела
- 5)

403.НИЖНИЙ КРАЙ ПЕЧЕНИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ МОЖЕТ ВЫСТУПАТЬ ПО СРЕДИННО-КЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ ИЗ-ПОД РЕБЕРНОЙ ДУГИ НА 2-3 СМ ДО _____ ЛЕТ

- 1

- 1) 3
- 2) 5
- 3) 4
- 4) 7
- 5)

404.КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ ПЕЧЕНИ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ?

1

- 1) дольки сформированы, но слабо дифференцированы
- 2) дольки не сформированы
- 3) содержит грубоволокнистую соединительную ткань
- 4) соединительная ткань печени нежная, развита слабо
- 5)

405.У БОЛЬШИНСТВА НОВОРОЖДЕННЫХ МЕКОНИЙ ОТХОДИТ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ _____ ДНЕЙ

4

- 1) 5-6
- 2) 3-4
- 3) 4-5
- 4) 1-2
- 5)

406.МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ РОЖДЕНИИ

1

- 1) отсутствует
- 2) преимущественно бифидофлора
- 3) содержит патогенную микрофлору
- 4) условно-патогенная флора
- 5)

407.ЗАСЕЛЕНИЕ КИШЕЧНИКА НОВОРОЖДЕННОГО МИКРОФЛОРОЙ (ФАЗА ТРАНЗИТОРНОГО ДИСБАКТЕРИОЗА) ПРОИСХОДИТ К

2

- 1) 2-4 дню

- 2) 1 неделе
- 3) 1 месяцу
- 4) 1-2 дню
- 5)

408.КАКОВЫ СРОКИ ФОРМИРОВАНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА?

- 3
- 1) в раннем возрасте
 - 2) постнатально после первого кормления ребенка
 - 3) внутриутробно
 - 4) в период новорожденности
 - 5)

409.В СЛЮНЕ СОДЕРЖИТСЯ ФЕРМЕНТ

- 3
- 1) протеаза
 - 2) лактаза
 - 3) амилаза
 - 4) мальтаза
 - 5)

410.ФЕРМЕНТОМ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА ВЫСТУПАЕТ

- 1
- 1) пепсиноген I
 - 2) амилаза
 - 3) трипсиноген
 - 4) лактаза
 - 5)

411.КАКОВА ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ?

- 4
- 1) высокая протеолитическая активность
 - 2) высокая кислотность (рН ниже 2)

- 3) кислотность обусловлена соляной кислотой
- 4) низкая кислотность (рН выше 4)
- 5)

412.КАКОЙ ПРОЦЕСС ПРОИСХОДИТ В ЖЕЛУДКЕ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ?

- 2
- 1) заметного протеолиза нет
 - 2) денатурация белков (створаживание молока)
 - 3) расщепление белков до полипептидов
 - 4) расщепление углеводов до моносахаридов
 - 5)

413.КАКОВА ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ПЕЧЕНИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?

- 1
- 1) незрелость к рождению
 - 2) зрелость к рождению
 - 3) сроки созревания различных функций печени равномерны
 - 4) обезвреживающая функция выражена хорошо
 - 5)

414.БАКТЕРИЦИДНЫЙ ЭФФЕКТ ЖЕЛЧИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ СВЯЗАН, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, С ПРЕОБЛАДАНИЕМ В СОСТАВЕ

- 3
- 1) холестерина
 - 2) гликохолевой кислоты
 - 3) таурохолевой кислоты
 - 4) билирубина
 - 5)

415.КАКОВА ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ТОНКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?

- 3
- 1) относительно низкая проницаемость слизистой оболочки

- 2) активность всасывания невысокая
- 3) относительно высокая проницаемость слизистой оболочки
- 4) барьерно-защитная функция повышена
- 5)

416.С КАКИМ ФАКТОРОМ СВЯЗАНА ЧАСТОТА ТРАНЗИТОРНОЙ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ?

2

- 1) наличие в кишечной микрофлоре аэробной
- 2) флоры большое содержание лактозы в молоке
- 3) преобладание в кишечной микрофлоре бифидобактерий
- 4) повышенное осмотическое давление в кишечнике
- 5)

417.ОРГАН, ИГРАЮЩИЙ НАИБОЛЬШУЮ РОЛЬ В РАСЩЕПЛЕНИИ ЖИРОВ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

1

- 1) поджелудочная железа
- 2) желудок
- 3) слюнные железы
- 4) тонкая кишка
- 5)

418.НА КАКОМ ОСНОВНОМ УРОВНЕ ЖКТ ПРОИСХОДИТ ВСАСЫВАНИЕ СОСТАВНЫХ ЧАСТЕЙ ПИЩИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ?

4

- 1) преимущественно дистальные отделы тонкой кишки
- 2) 12-перстная кишка
- 3) желудок
- 4) преимущественно проксимальные отделы тонкой кишки
- 5)

419.ВСАСЫВАНИЕ СОСТАВНЫХ ЧАСТЕЙ ПИЩИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ПРОИСХОДИТ В

1

- 1) всех отделах тонкой кишки
- 2) проксимальных отделах тонкой кишки
- 3) дистальных отделах тонкой кишки
- 4) 12-перстной кишке
- 5)

420.КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ ТРАНЗИТА ПИЩИ ПО ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМУ ТРАКТУ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ?

3

- 1) быстрее при искусственном вскармливании
- 2) медленнее, чем у взрослых
- 3) быстрее, чем у взрослых
- 4) опорожнения кишечника редкие
- 5)

421.ОКСИГЕНИРОВАННАЯ В ПЛАЦЕНТЕ КРОВЬ ПОСТУПАЕТ К ПЛОДУ ЧЕРЕЗ

1

- 1) пупочную вену
- 2) пупочную артерию
- 3) пупочные артерии
- 4) пупочные вены
- 5)

422.ФОРМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

3

- 1) вытянутая
- 2) капельная
- 3) шарообразная
- 4) треугольная
- 5)

423.РАБОТОСПОСОБНОСТЬ ДЕТСКОГО СЕРДЦА ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

1

- 1) относительно большой массой сердца (на 1 кг массы тела)

- 2) магистральным типом коронарного кровотока
- 3) большим количеством артерий и капилляров на единицу поверхности
- 4) малым количеством анастомозов сосудов сердца
- 5)

424.СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ В ПОКОЕ ЗА 1 МИН У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ

2

- 1) 110
- 2) 140
- 3) 90
- 4) 170
- 5)

425.ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННОГО РАСПОЛОЖЕНА

3

- 1) по срединно-ключичной линии
- 2) по передней подмышечной линии
- 3) снаружи от срединно-ключичной линии на 1–2 см
- 4) кнутри от срединно-ключичной линии на 1–2 см
- 5)

426.ПРАВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ВСЕГДА НАХОДИТСЯ КНУТРИ ОТ _____ ЛИНИИ

2

- 1) правой стеральной
- 2) правой парастеральной
- 3) левой стеральной
- 4) правой срединно-ключичной
- 5)

427.КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ АРТЕРИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?

1

- 1) просвет вен и артерий одинаков

- 2) просвет артерий относительно узкий
- 3) просвет артерий относительно широкий
- 4) стенки артерий очень плотные
- 5)

428. НИЗКИЕ ЦИФРЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕННЫ

3

- 1) узким просветом сосудов малого круга кровообращения
- 2) высоким удельным сопротивлением периферических сосудов
- 3) малым ударным объемом сердца
- 4) незрелостью вагусной регуляции
- 5)

429. КАКОВЫ ОСОБЕННОСТИ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ?

2

- 1) приглушенность тонов, физиологическая тахикардия
- 2) большая звучность тонов, физиологическая тахикардия
- 3) физиологическая тахикардия, акцент второго тона на аорте
- 4) физиологическая брадикардия, приглушенность тонов
- 5)

430. СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ ЗА 1 МИН. У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

1

- 1) 25
- 2) 35
- 3) 20
- 4) 15
- 5)

431. СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ ЗА 1 МИН. У РЕБЕНКА 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ

3

- 1) 50
- 2) 25
- 3) 30
- 4) 40
- 5)

432.СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ВЫСТЛАНА _____ ЭПИТЕЛИЕМ

- 1
- 1) однослойным многоядерным мерцательным
- 2) однослойным кубическим
- 3) однослойным плоским
- 4) переходным
- 5)

433.КАКИЕ ЛИСТКИ ПЛЕВРЫ ВЫДЕЛЯЮТ?

- 3
- 1) верхний и нижний
- 2) наружный и внутренний
- 3) париетальный и висцеральный
- 4) диафрагмальная плевра и плевральные синусы
- 5)

434.ОБСТРУКЦИИ БРОНХОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СПОСОБСТВУЕТ

- 3
- 1) недостаточное кровоснабжение слизистых оболочек
- 2) отсутствие коллатеральной вентиляции
- 3) узость просвета бронхов
- 4) недоразвитие дыхательного центра
- 5)

435.ПОВЕРХНОСТНЫЙ ХАРАКТЕР ДЫХАНИЯ (МАЛЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ) У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕН

- 1

- 1) слабостью дыхательной мускулатуры
- 2) наклонным положением ребер
- 3) недоразвитием эластической ткани
- 4) узостью носовых ходов
- 5)

436. НЕУСТОЙЧИВЫЙ РИТМ ДЫХАНИЯ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

3

- 1) глубоким вдохом
- 2) апноэ во сне (до 20 сек. и более)
- 3) апноэ во сне (до 10 сек.)
- 4) поверхностным дыханием
- 5)

437. ВОРОНКООБРАЗНАЯ ФОРМА ГОРТАНИ, УЗОСТЬ ГОЛОСОВОЙ ЩЕЛИ, БОГАТСТВО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КРОВЕНОСНЫМИ И ЛИМФАТИЧЕСКИМИ СОСУДАМИ СОХРАНЯЮТСЯ У РЕБЕНКА ДО ____ ЛЕТ

1

- 1) 7
- 2) 5
- 3) 3
- 4) 12
- 5)

438. ДЫХАНИЕ ЧЕРЕЗ РОТ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ ПРАКТИЧЕСКИ НЕВОЗМОЖНО ИЗ-ЗА

4

- 1) мягкости надгортанника
- 2) недоразвития носовых ходов
- 3) недоразвития челюсти
- 4) оттеснения надгортанника большим языком
- 5)

**439.ПУЭРИЛЬНОЕ (УСИЛЕННОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ) У ДЕТЕЙ
ОБУСЛОВЛЕНО**

2

- 1) узостью носовых ходов
- 2) тонкой стенкой грудной клетки
- 3) широким просветом бронхов
- 4) плохим проведением ларингеального дыхания
- 5)

**440.НАЧАЛО ФОРМИРОВАНИЯ АЦИНУСОВ ВО ВНУТРИУТРОБНОМ
ПЕРИОДЕ ОТНОСИТСЯ К _____ НЕДЕЛЕ ГЕСТАЦИИ**

2

- 1) 28
- 2) 24
- 3) 16
- 4) 36
- 5)

441.ФОРМИРОВАНИЕ НИЖНЕГО НОСОВОГО ХОДА У ДЕТЕЙ ПРОИСХОДИТ К

1

- 1) 4 годам
- 2) рождению
- 3) 7 годам
- 4) 10 годам
- 5)

442.ФОРМИРОВАНИЕ ГАЙМОРОВЫХ ПАЗУХ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К

2

- 1) рождению
- 2) 7 годам
- 3) 4 годам
- 4) 10 годам
- 5)

**443.ОБРАЗОВАНИЕ СУРФАКТАНТА ПРОИСХОДИТ В _____ НЕДЕЛЬ
ГЕСТАЦИИ**

3

1) 16-20

2) 36-38

3) 24-35

4) 39-40

5)

**445.ТРАХЕЯ ДЕЛИТСЯ НА ПРАВЫЙ И ЛЕВЫЙ БРОНХ НА УРОВНЕ _____
ГРУДНОГО ПОЗВОНКА**

1

1) IV

2) VII

3) VI

4) X

5)

**446.ПРИЧИНОЙ СМЕЩЕНИЯ ТРАХЕИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
ЯВЛЯЕТСЯ**

4

1) обильная васкуляризация

2) недоразвитие эластической ткани

3) нежность слизистой оболочки

4) мягкость хрящевого каркаса

5)

447.ВЫСОТА СТОЯНИЯ ВЕРХУШЕК ЛЕГКИХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С _____ ЛЕТ

3

1) 3

2) 7

3) 5

4) 2

5)

448.ОСОБЕННОСТЬЮ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

1

- 1) узость голосовой щели
- 2) хорошее развитие эластической ткани
- 3) недостаточное кровоснабжение слизистого слоя
- 4) гиперсекреция слизи
- 5)

449.ПРАВОЕ ЛЕГКОЕ ИМЕЕТ _____ ДОЛИ(Ю)

3

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4
- 5)

450.ЦЕНТР ДЫХАНИЯ РАСПОЛОЖЕН В

4

- 1) мозжечке
- 2) мосту
- 3) среднем мозге
- 4) продолговатом мозге
- 5)

451.АПНОЭ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ СВЯЗАНО С

1

- 1) незаконченной дифференцировкой дыхательного центра
- 2) недостатком сурфактанта
- 3) слабостью сокращения диафрагмы
- 4) гипоксией дыхательного центра
- 5)

452.ОСОБЕННОСТЬЮ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

3

- 1) хорошая воздушность легочной ткани
- 2) хорошее развитие эластической ткани
- 3) обильное развитие кровеносных сосудов
- 4) большой диаметр бронхов
- 5)

453.ОСОБЕННОСТЬЮ БРОНХОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

2

- 1) широкий просвет
- 2) узкий просвет
- 3) хорошее сопротивление спадению
- 4) хорошее развитие хрящевого каркаса
- 5)

454.КАКИМ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ШУМ В СЕРДЦЕ У ДЕТЕЙ?

1

- 1) тихий, мягкий тембр, не проводится экстракардиально, короткий
- 2) постоянный, диастолический, не зависит от положения тела и физической нагрузки
- 3) меняется после физической нагрузки, грубый, диастолический
- 4) связан с тонами, не зависит от положения тела и физической нагрузки
- 5)

455.КАКОВЫ ОСОБЕННОСТИ ЭКГ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ?

2

- 1) левожелудочковые экстрасистолы, синусовая брадикардия
- 2) синусовая тахикардия, отклонение электрической оси вправо, отрицательные зубцы Т в III стандартном и V1–V3 отведениях
- 2) отклонение электрической оси влево, отрицательные зубцы Т в III стандартном и V1-V3 отведениях
- 4) отклонение электрической оси влево, низкий вольтаж зубца R в I и III отведениях
- 5)

456.«СЕРДЕЧНЫЙ ГОРБЬ» – ЭТО ДЕФОРМАЦИЯ (ВЫПЯЧИВАНИЕ) ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В

3

- 1) левом подреберье
- 2) левой подмышечной области
- 3) области проекции сердца на грудную клетку
- 4) правой половине грудной клетки
- 5)

457.УСИЛЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА СВЯЗАНО С _____
ЖЕЛУДОЧКА

1

- 1) гипертрофией левого
- 2) дилатацией правого
- 3) дилатацией левого
- 4) гипертрофией правого
- 5)

458.К ПРИЧИНАМ СМЕЩЕНИЯ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА ВЛЕВО ОТНОСЯТ

2

- 1) митральный стеноз, дополнительную хорду
- 2) аортальные пороки, митральную недостаточность, левосторонний обтурационный ателектаз
- 3) стеноз трикуспидального клапана
- 4) двустороннюю пневмонию с дыхательной недостаточностью II-III степени
- 5)

459.ПОЯВЛЕНИЕ ВЫРАЖЕННОГО СЕРДЕЧНОГО ТОЛЧКА У ДЕТЕЙ СВЯЗАНО
С

4

- 1) препятствием току крови в аорте
- 2) гипертрофией и дилатацией левого желудочка
- 3) гипертрофией и дилатацией левого предсердия
- 4) гипертрофией и дилатацией правого желудочка
- 5)

460. РАСШИРЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВЛЕВО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

1

- 1) дилатации и гипертрофии левого желудочка
- 2) дилатации и гипертрофии левого предсердия
- 3) полной блокаде правой ножки пучка Гиса
- 4) левосторонней пневмонии
- 5)

461. РАСШИРЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВПРАВО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

3

- 1) дилатации левого предсердия
- 2) дилатации левого желудочка
- 3) дилатации правого желудочка
- 4) гипертрофии левого предсердия
- 5)

462. ОСЛАБЛЕНИЕ (ПРИГЛУШЕННОСТЬ) ТОНОВ СЕРДЦА НАБЛЮДАЕТСЯ

2

- 1) во время сна
- 2) при скоплении жидкости в полости перикарда
- 3) при снижении массы тела
- 4) при психо-эмоциональном возбуждении
- 5)

463. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ШУМ АУСКУЛЬТАТИВНО ХАРАКТЕРИЗУЕТ

3

- 1) постоянство
- 2) связь с тонами
- 3) мягкий тембр
- 4) грубый характер
- 5)

464. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ШУМ АУСКУЛЬТАТИВНО ХАРАКТЕРИЗУЕТ

1

- 1) отсутствие проведения за пределы сердца
- 2) хорошее проведение за пределы сердца
- 3) связь с тонами
- 4) постоянство
- 5)

465.ОРГАНИЧЕСКИЕ ШУМЫ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЮТ ПРИ

3

- 1) дополнительной хорде в левом желудочке
- 2) неравномерности роста отделов сердца и сосудов
- 3) воспалительном поражении эндокарда
- 4) снижении тонуса папиллярных мышц
- 5)

466.ОРГАНИЧЕСКИЕ ШУМЫ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЮТ ПРИ

2

- 1) снижению тонуса папиллярных мышц
- 2) анатомических изменениях клапанов
- 3) неравномерности роста отделов сердца и сосудов
- 4) дополнительной хорде в левом желудочке
- 5)

467.ОРГАНИЧЕСКИЙ ШУМ АУСКУЛЬТАТИВНО ХАРАКТЕРИЗУЕТ

4

- 1) отсутствие связи с тонами
- 2) небольшая продолжительность
- 3) тихий, мягкий тембр
- 4) грубый тембр
- 5)

468.АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

3

- 1) диастолическим шумом в V точке

- 2) дующим диастолическим шумом на верхушке
- 3) проведением шума в левую аксиллярную область
- 4) усилением I тона на верхушке
- 5)

469.ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ АУСКУЛЬТАТИВНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1

- 1) диастолический рокочущий шум на верхушке
- 2) ослабление I тона на верхушке
- 3) короткий систолический шум над аортой
- 4) дующий систолический шум на верхушке
- 5)

470.МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ КОЖНЫХ ВЫСЫПАНИЙ ДЕЛЯТСЯ НА

2

- 1) первичные, вторичные, третичные
- 2) только первичные и вторичные
- 3) связанные с сальными железами
- 4) связанные с потовыми железами
- 5)

471.БЛЕДНОСТЬ КОЖИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1

- 1) снижении артериального давления
- 2) повышении температуры воздуха
- 3) физической нагрузке
- 4) повышении артериального давления
- 5)

472.ЖЕЛТУШНОСТЬ КОЖИ И СКЛЕР ВОЗНИКАЮТ ВСЛЕДСТВИЕ

4

- 1) гиповитаминоза А
- 2) заболеваний почек
- 3) употребления в пищу продуктов, богатых каротином
- 4) гемолиза

5)

473. ЖЕЛТУШНОСТЬ КОЖИ И СКЛЕР ВОЗНИКАЮТ ВСЛЕДСТВИЕ

3

- 1) отравления нитритами
- 2) гиповитаминоза А
- 3) заболевания печени
- 4) заболеваний почек
- 5)

474. ЦИАНОЗ КОЖИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

1

- 1) сердечной недостаточности
- 2) заболевании почек
- 3) заболевании печени
- 4) геморрагических заболеваниях
- 5)

475. ЦИАНОЗ КОЖИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

2

- 1) геморрагических заболеваниях
- 2) заболеваниях лёгких
- 3) заболевании почек
- 4) заболевании печени
- 5)

**476. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ
НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ**

3

- 1) аномалия строения гемоглобина
- 2) аномалия строения эритроцитов
- 3) повышенное разрушение эритроцитов
- 4) несовместимость матери и ребенка по группам крови
- 5)

477.ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА НОВОРОЖДЕННЫХ ИСЧЕЗАЕТ К _____ ЖИЗНИ

3

- 1) 3-4 неделе
- 2) 4-5 дню
- 3) 7-10 дню
- 4) 5-6 неделе
- 5)

478.ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТЫХ ОТЁКОВ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД

1

- 1) контроля массы тела и диуреза
- 2) пальпации
- 3) перкуссии
- 4) контроля выпитой жидкости
- 5)

479.БРОНЗОВАЯ ОКРАСКА КОЖИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

2

- 1) печеночной
- 2) надпочечников
- 3) почечной
- 4) сердечной
- 5)

480.ПРИ ЭКЗОГЕННОЙ (ЛОЖНОЙ) ЖЕЛТУХЕ ПРОКРАШИВАЮТСЯ

3

- 1) кожа, слизистые оболочки, склеры
- 2) только слизистые оболочки
- 3) только кожные покровы
- 4) преимущественно кожные покровы лица
- 5)

481.ПОЛОСТНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

3

- 1) волдырь
- 2) узел
- 3) пузырек
- 4) папула
- 5)

**482.ДЕФОРМАЦИЯ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИН В ВИДЕ «ЧАСОВЫХ СТЕКОЛ»
ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

1

- 1) хронической дыхательной недостаточности
- 2) хронической почечной недостаточности
- 3) хронической надпочечниковой недостаточности
- 4) длительного дефицита питания
- 5)

483.СТЕПЕНЬ РАЗВИТИЯ МЫШЦ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЮТ

3

- 1) только визуально
- 2) только пальпаторно
- 3) визуально и пальпаторно
- 4) при перкуссии
- 5)

484.ГИПОНАТРИЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

2

- 1) жаждой
- 2) вялостью
- 3) повышением сухожильных рефлексов
- 4) артериальной гипертензией
- 5)

485.ГИПЕРНАТРИЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1

- 1) жаждой

- 2) динамией
- 3) отказом от питья
- 4) снижением сухожильных рефлексов
- 5)

486.ГИПОКАЛИЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 2
- 1) брадикардией
- 2) тахикардией
- 3) высоким остроконечным зубцом Т на ЭКГ
- 4) смещением интервала ST выше изолинии на ЭКГ
- 5)

487.БОЛИ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1
- 1) пиелонефрита
- 2) цистита
- 3) первичной тубулопатии
- 4) нейрогенного мочевого пузыря
- 5)

488.ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ПОЧЕЧНЫХ ОТЕКОВ

- 4
- 1) твердые
- 2) появляются только вечером
- 3) появляются в первую очередь на ногах
- 4) появляются в первую очередь на лице
- 5)

489.О НАЛИЧИИ СКРЫТЫХ ОТЕКОВ СУДЯТ ПО

- 1
- 1) ускорению рассасывания кожной «волдырной» пробы
- 2) замедлению рассасывания кожной «волдырной» пробы
- 3) наличию влажных хрипов в легких
- 4) повышению артериального давления

5)

490.НИКТУРИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

3

- 1) снижение фильтрационной функции почек
- 2) преобладание дневного диуреза над ночным
- 3) преобладание ночного диуреза над дневным
- 4) нарушение концентрационной функции почек
- 5)

491.СИНДРОМОМ ДИЗУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

4

- 1) уменьшение количества выделенной мочи
- 2) нарушение концентрационной функции почек
- 3) увеличение количества выделенной мочи
- 4) расстройство акта мочеиспускания
- 5)

492.СИМПТОМОМ ДИЗУРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

1

- 1) болезненное мочеиспускание
- 2) увеличение диуреза
- 3) уменьшение диуреза
- 4) преобладание ночного диуреза над дневным
- 5)

493.ПОЛЛАКИУРИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

3

- 1) боль при мочеиспускании
- 2) урежение мочеиспусканий
- 3) учащение мочеиспусканий
- 4) увеличение диуреза
- 5)

494.ЭНУРЕЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

2

- 1) задержка мочеиспускания
- 2) непроизвольное мочеиспускание во время сна
- 3) произвольное мочеиспускание во время бодрствования
- 4) учащение мочеиспускания
- 5)

495.ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТОМ МОЧЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

3

- 1) кристаллурия
- 2) гематурия
- 3) лейкоцитурия
- 4) протеинурия
- 5)

496.ПОЛНЫЙ НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

1

- 1) отеков
- 2) артериальной гипертензии
- 3) макрогематурии
- 4) боли в пояснице
- 5)

497.ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТОМ МОЧЕВОГО СИНДРОМА ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ВЫСТУПАЕТ

4

- 1) гематурия
- 2) лейкоцитурия
- 3) цилиндрурия
- 4) выраженная протеинурия
- 5)

498.ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТОМ МОЧЕВОГО СИНДРОМА ПРИ НЕФРИТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ВЫСТУПАЕТ

1

- 1) гематурия
- 2) лейкоцитурия
- 3) цилиндрурия
- 4) протеинурия
- 5)

499.СИМПТОМОМ ЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

4

- 1) отечность голеней
- 2) боль в пояснице
- 3) фебрильная температура
- 4) дизурия
- 5)

500.ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1

- 1) азотемия
- 2) протеинурия
- 3) гиперлипидемия
- 4) гематурия
- 5)

501.ГИПОСТЕНУРИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ОДНОГО ГОДА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ОГРАНИЧЕНИИ КОЛЕБАНИЙ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ В ПРЕДЕЛАХ

3

- 1) 1010-1012
- 2) 1008-1015
- 3) 1002-1008
- 4) 1015-1018
- 5)

502.ГЕМАТУРИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В НАЛИЧИИ В РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ЭРИТРОЦИТОВ БОЛЕЕ (В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ)

1

1) 3

2) 2

3) 1

4) 0

5)

503.ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ КОНТРОЛЬНЫЕ ВЗВЕШИВАНИЯ

1

1) 1 раз в сутки

2) каждые 6 часов

3) 1 раз в неделю

4) 1 раз в месяц

5)

504.ПРИ ОЦЕНКЕ ОТКЛОНЕНИЙ МАССЫ ТЕЛА РАСЧЕТ ДЕФИЦИТА ИЛИ ИЗБЫТКА МАССЫ ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВЕ СТАНДАРТА МАССЫ ПО

2

1) возрасту

2) росту (длине тела)

3) окружности головы и груди

4) площади тела

5)

505.СРЕДНЯЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА ЗА ПЕРВЫЙ МЕСЯЦ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ _____ ГРАММОВ

3

1) 400

2) 250

3) 600

4) 800

5)

506.ДОШКОЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ НАЧИНАЕТСЯ С _____ ЛЕТ

1

1) 3-х

2) 4-х

3) 5-ти

4) 6-ти

5)

507.САМЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ВОСПИТАНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

2

1) нравоучительная речь

2) личный пример поведения

3) беседа на разные темы

4) самовоспитание

5)

508.НЕДОСТАТОК МАССЫ ТЕЛА ПРИ НОРМАЛЬНОМ РОСТЕ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НАЗЫВАЮТ

3

1) гипостатурой

2) гипосомией

3) гипотрофией

4) гипопитуитаризмом

5)

509.ЛУЧШИМ ОТДЫХОМ ДЛЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

1

1) сон

2) зарядка

3) игра

4) прогулка

5)

**510.ПОТРЕБНОСТЬ РЕБЕНКА 4–6 МЕСЯЦЕВ В БЕЛКАХ СОСТАВЛЯЕТ _____ Г
НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА**

1

1) 2,6

2) 2,0

3) 2,9

4) 3,2

5)

**511.СООТНОШЕНИЕ БЕЛКОВ И ЖИРОВ В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ**

3

1) 2:1

2) 1:2

3) 1:1

4) 1:4

5)

**512.СРЕДНЯЯ ДЛИНА ТЕЛА ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО
СОСТАВЛЯЕТ _____ СМ**

1

1) 50-52

2) 48-49

3) 45-47

4) 53-55

5)

**513.ДЛИНА ТЕЛА У ЗРЕЛОГО ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ
ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ НИЖЕ _____ СМ**

2

1) 48

2) 45

3) 50

4) 43

5)

514.ВЕЛИЧИНА ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ПРИБАВКИ МАССЫ ТЕЛА В 1-ОМ ПОЛУГОДИИ ЖИЗНИ РЕБЕНКА В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ _____ ГРАММОВ

3

1) 400

2) 600

3) 800

4) 1000

5)

515. ВЕЛИЧИНА ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ПРИБАВКИ МАССЫ ТЕЛА ВО 2-ОМ ПОЛУГОДИИ ЖИЗНИ РЕБЕНКА В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ _____ ГРАММОВ

1

1) 400

2) 200

3) 600

4) 800

5)

516.ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГАРМОНИЧНОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СООТВЕТСТВИЕ

1

1) массы тела длине тела

2) длины тела массе тела

3) окружности головы росту

4) массы тела окружности головы

5)

517.ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА (ИМТ) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ

1

1) состояния питания

2) пропорциональности телосложения

- 3) физического развития в целом
- 4) биологического возраста
- 5)

518. КРИТЕРИЯМИ ОЦЕНКИ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ

3

- 1) психомоторное развитие, вторичные половые признаки, показатели длины и массы тела, количество молочных зубов
- 2) вторичные половые признаки, количество постоянных зубов, психомоторное развитие, показатели длины и массы тела
- 3) число ядер окостенения, количество молочных зубов, психомоторное развитие, показатели длины и массы тела
- 4) количество постоянных зубов, число ядер окостенения, вторичные половые признаки, показатели длины и массы тела
- 5)

519. У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПАЛЬПИРУЮТСЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ЛИМФОУЗЛЫ В КОЛИЧЕСТВЕ

1

- 1) не более 3 групп
- 2) 5-6 групп
- 3) в каждой группе с одной стороны до 3-5
- 4) в каждой группе с одной стороны до 5-6
- 5)

520. ОСОБЕННОСТЬЮ КОЖИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

3

- 1) недостаточное кровоснабжение
- 2) плотная связь между эпидермисом и дермой
- 3) тонкий эпидермис
- 4) достаточное развитие зернистого слоя эпидермиса
- 5)

521. ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ КОЖИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

2

- 1) сниженная резорбционная функция
- 2) несовершенство терморегуляции через кожу
- 3) низкая интенсивность дыхательной функции
- 4) зрелость регуляции температуры тела через кожу
- 5)

522. ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА К ПЕРЕГРЕВАНИЮ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

3

- 1) слабым развитием подкожного жира
- 2) недостаточным кровоснабжением
- 3) несовершенством регуляции температуры тела через кожу
- 4) повышенным потоотделением
- 5)

523. ПЕРВЫЕ МОЛОЧНЫЕ ЗУБЫ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦЕВ

1

- 1) 6-7
- 2) 2-3
- 3) 4-5
- 4) 8-9
- 5)

524. ПРОРЕЗЫВАНИЕ ВСЕХ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В СРЕДНЕМ К _____ ГОДАМ

3

- 1) 1,5-2
- 2) 2-2,5
- 3) 2,5-3
- 4) 3-4

5)

525.СЕРДЕЧНЫЕ ОТЕКИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

3

- 1) отеком шеи
- 2) появлением вначале на лице
- 3) появлением к вечеру
- 4) появлением утром
- 5)

526.СЕРДЕЧНЫЕ ОТЕКИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

1

- 1) появлением вначале на стопах и голеньях
- 2) появлением вначале на лице
- 3) отеком шеи
- 4) появлением утром
- 5)

527.НЕЙТРОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (НЕЙТРОФИЛЕЗ) У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

2

- 1) вирусных инфекциях
- 2) бактериальных инфекциях
- 3) железодефицитной анемии
- 4) лечении цитостатиками
- 5)

528.НЕЙТРОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (НЕЙТРОФИЛЕЗ) У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

3

- 1) вирусных гепатитах
- 2) анемии
- 3) сепсисе
- 4) лечении цитостатиками
- 5)

**529.ЛИМФОЦИТАРНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (ЛИМФОЦИТОЗ) У ДЕТЕЙ
ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ**

1

- 1) вирусных инфекциях
- 2) острых бактериальных инфекциях
- 3) хронических воспалительных заболеваниях
- 4) сепсисе
- 5)

**530.ЛИМФОЦИТАРНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (ЛИМФОЦИТОЗ) У ДЕТЕЙ
ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ**

2

- 1)дефицитных анемиях
- 2) коклюше
- 3) хронических воспалительных заболеваниях
- 4) сепсисе
- 5)

**531.ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (ЭОЗИНОФИЛИЯ) У ДЕТЕЙ
ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ**

3

- 1) антибактериальной терапии
- 2) бактериальных инфекциях
- 3) глистных инвазиях
- 4) гормональной терапии
- 5)

**532.ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (ЭОЗИНОФИЛИЯ) У ДЕТЕЙ
ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ**

1

- 1) аллергических заболеваниях
- 2) бактериальных инфекциях
- 3) антибактериальной терапии
- 4) гемолитических анемиях

5)

533. ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ У ДЕТЕЙ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ СЧИТАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ТРОМБОЦИТОВ МЕНЕЕ _____ $\times 10^9/L$

3

1) 200

2) 150

3) 100

4) 300

5)

534. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

2

1) геморрагическом васкулите

2) острым лейкозе

3) железодефицитной анемии

4) гемолитической анемии

5)

535. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

3

1) железодефицитной анемии

2) геморрагическом васкулите

3) тромбоцитопенической пурпуре

4) гемолитической анемии

5)

536. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН _____ СИНДРОМ

1

1) гемолитический

2) гипертензионный

3) судорожный

4) отечный

5)

**537.ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН
_____ СИНДРОМ**

4

- 1) мальабсорбции
- 2) гипертензионный
- 3) судорожный
- 4) анемический
- 5)

**538.ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН
_____ СИНДРОМ**

1

- 1) геморрагический
- 2) гипертензионный
- 3) судорожный
- 4) отечный
- 5)

539.ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ЛИМФАДЕНОПАТИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1

- 1) острых и хронических инфекционных заболеваний
- 2) диффузных болезней соединительной ткани
- 3) болезни «кошачьей царапины»
- 4) врожденных гемолитических анемия
- 5)

540.ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ЛИМФАДЕНОПАТИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

3

- 1) болезни «кошачьей царапины»
- 2) диффузных болезней соединительной ткани
- 3) острого лейкоза
- 4) наследственных коагулопатий
- 5)

541.БЛЕДНОСТЬ КОЖИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

3

- 1)печеночной недостаточности
- 2) психическом возбуждении
- 3) анемии
- 4) физической нагрузке
- 5)

542.СТУЛ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА ЯВЛЯЕТСЯ

1

- 1) оформленным
- 2) кашицеобразным
- 3) фрагментированным
- 4) веретенообразным
- 5)

543. КАКОВА ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ?

1

- 1) слюна участвует в образовании рыхлых сгустков казеина
- 2) высокая секреторная активность
- 3) низкая секреторная активность
- 4) слюна расщепляет протеины пищи
- 5)

544.ОБИЛЬНОЕ СЛЮНОТЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ НАЧИНАЕТСЯ С ВОЗРАСТА _____ МЕСЯЦЕВ

1

- 1) 4-5
- 2) 2-3
- 3) 8-9
- 4) 6-7
- 5)

545.ОБИЛЬНОЕ СЛЮНОТЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ СВЯЗАНО С

2

- 1) введением прикорма
- 2) незрелостью центральных механизмов регуляции слюноотделения и заглатывания слюны
- 3) прорезыванием зубов
- 4) увеличением объема секреции слюны с 4-5 месяцев
- 5)

546.К ОСОБЕННОСТИ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСИТСЯ

1

- 1) незначительная роль скелетной мускулатуры в теплопродукции по сравнению с клеточным метаболизмом
- 2) значительная роль скелетной мускулатуры в теплопродукции по сравнению с клеточным метаболизмом
- 3) повышенный обмен веществ, легкое перегревание и переохлаждение ребенка
- 4) выраженная термоасимметрия и наименьшая относительная поверхность тела
- 5)

547.ОСНОВНАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ ЖИРОВ - ЭТО ИСТОЧНИК

1

- 1) энергии
- 2) витаминов группы В
- 3) микроэлементов
- 4) витамина С
- 5)

548.ПОД БИОЛОГИЧЕСКИМ ВОЗРАСТОМ ПОНИМАЮТ

1

- 1) совокупность морфофункциональных свойств организма, зависящих от индивидуального темпа роста и развития
- 2) период, прожитый данным ребенком от рождения до момента обследования
- 3) период от времени зачатия до момента обследования ребенка

- 4) период от времени зачатия до момента рождения ребенка
- 5)

549. ПОНЯТИЕ АКСЕЛЕРАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ

2

- 1) увеличение продолжительности жизни
- 2) ускорение роста и развития
- 3) увеличение продолжительности репродуктивного периода
- 4) увеличение дефинитивных размеров тела
- 5)

550. ДЛИНА ТЕЛА РЕБЕНКА, ЕЕ ГОДОВЫЕ ПРИБАВКИ, РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ, НАЛИЧИЕ ТОЧЕК ОКОСТЕНЕНИЯ И ЧИСЛО ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ПОЗВОЛЯЮТ ОПРЕДЕЛИТЬ

3

- 1) возрастную периодизацию
- 2) хронологический возраст ребенка
- 3) биологический возраст ребенка
- 4) морфо-функциональное состояние
- 5)

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

3

- 1) стагнацией
- 2) децелерацией
- 3) акселерацией
- 4) грацилизацией
- 5)

552. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СТРИДОРА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

4

- 1) анафилаксия
- 2) эпиглоттит

- 3) аспирация инородного тела
- 4) ложный круп
- 5)

553.ПРИ ОСМОТРЕ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У РЕБЕНКА 5 СУТОК ЖИЗНИ СОСТАВИЛА 100 В МИНУТУ. КАКОВА ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННОГО?

- 3
- 1) аритмия
- 2) тахикардия
- 3) брадикардия
- 4) нормальная
- 5)

2.Вскармливание

1. Молозиво выделяется в (сроки):
1
1. в конце беременности и первые 4-5 дней после родов
2. 1-й месяц беременности
3. первые 2 недели после родов
4. первый месяц
5. первый день жизни
2. Женское молоко становится зрелым:
3
1. в конце беременности
2. в первые 4-5 дней после родов
3. после 2-х недель после родов
4. с 2 месяцев после родов
5. в первые 3 дня после родов
3. Первое прикладывание ребенка к груди после родов:
2
1. через 2 часа после рождения
2. в течение первого часа после родов
3. через 12 часов

4. через 6 часов после рождения
5. на следующий день
4. Преимущества естественного вскармливания для ребенка <i>все, кроме:</i>
4
1. физическое развитие соответственно возраста
2. психомоторное развитие в срок
3. обеспечивает достаточную иммунную защиту
4. повышает функциональную нагрузку на желудочно-кишечный тракт
5. осуществляется "импринтинг" и тесная физическая связь с матерью
5. Для становления лактации и профилактики гипогалактии <i>не нужно:</i>
1
1. кормить ребенка по часам, осуществлять ночной перерыв
2. кормить ребенка по его "требованию"
3. после кормления сцеживать грудь
4. кормить грудью ночью
6. Причины гипогалактии все, <i>кроме:</i>
5
1. осложненное течение родов
2. нарушение техники кормления грудью
3. заболевания матери
4. позднее прикладывание ребенка к груди
5. влияние сезонов года
7. Преимущества раннего прикладывания ребенка к груди <i>все, кроме:</i>
2
1. осуществление "импринтинга"
2. уменьшение выработки окситоцина
3. стимуляция лактации
4. увеличение выработки окситоцина
5. увеличение выработки пролактина
8. Для сохранения естественного вскармливания необходимо:

3
1. увеличить сеть пунктов продажи и приготовления смесей
2. давать воду
3. вести широкую пропаганду преимуществ естественного вскармливания
4. приучить к соске-пустышке
9. Уходом за грудной железой с целью предупреждения трещин сосков и мастита является:
3
1. обмывание перед кормлением водой с мылом
2. обработка соска 2% раствором борной кислоты
3. после кормления грудью сцедить немного грудного молока и им смазать кожу ареолы и сосков
4. сцеживание первых капель молока
10. Естественное вскармливание-это вскармливание:
2
1. цельным коровьим молоком
2. грудным молоком биологической матери
3. молочными смесями
4. женским и коровьим молоком
11. Искусственное вскармливание-это вскармливание:
2
1. женским молоком
2. молочными (в т. ч. кисломолочными) смесями и молоком животных
3. женским молоком и молоком животных в равных объемах
12. Смешанное вскармливание-это вскармливание:
4
1. молоком животных
2. только молочными смесями
3. женским молоком
4. грудным молоком и молоком животных/смесями (в т. ч. кисломолочными)

5. кисломолочными смесями
13. Ценные свойства молозива <i>все, кроме:</i>
1
1. повышенное содержание казеина
2. повышенное содержание белка
3. повышенное содержание Jg A
4. высокая энергетическая ценность
5. «теплая» иммуннизация
14. Преимущества грудного молока <i>все, кроме:</i>
4
1. сродство к тканям организма ребенка
2. удовлетворяет потребности ребенка в Б, Ж, У
3. стерильность
4. очень высокое содержание белка
5. чувство защищенности ребенка
15. Преимущества белков грудного молока <i>все, кроме:</i>
2
1. преобладание альбуминов
2. преобладание казеиногена
3. содержат все незаменимые аминокислоты
4. они идентичны белкам тканей ребенка
5. не вызывают канальцевые почечные дисфункции
16. Содержание белка в коровьем молоке по сравнению с женским:
1
1. больше в 2 раза
2. меньше в 2 раза
3. одинаково
4. больше в 5 раз
5. больше в 7 раз
17. В женском молоке <i>в отличие от коровьего</i> больше:
2
1. глобулинов

2. углеводов
3. казеиногена
4. холестерина
18. Суточная потребность в белке при естественном вскармливании до прикорма (г/кг):
4
1. 4,0
2. 3,0
3. 3,5
4. 2-2,5
5. 4,5
19. Суточная потребность в белке при естественном вскармливании после введения прикорма (г/кг):
2
1. 4,0-4,5
2. 3,0
3. 2-2,5
4. 4,5-5
5. 1,5
20. "Переднее" грудное молоко содержит больше:
1
1. воды
2. жира
3. белка
4. углеводов
5. витаминов
21. "Заднее" грудное молоко содержит больше:
2
1. воды
2. жира
3. белка
4. углеводов

5. витаминов
22. Жиры грудного молока отвечают всем характеристикам <i>кроме</i> :
2
1. эмульгированы
2. не эмульгированы, много в первых порциях молока
3. много в последних порциях
4. содержат незаменимые жирные кислоты
5. длинноцепочковые, полиненасыщенные
23. Углеводы женского молока - это:
3
1. гликоген
2. альфа-лактоза
3. бета-лактоза
4. гамма-лактоза
5. крахмал
24. Преимуществом бета-лактозы женского молока <i>не является</i> :
3
1. увеличивает лецитин
2. стимулирует рост бифидум-бактерий
3. стимулирует синтез витамина "С"
4. стимулирует синтез витаминов группы "В"
5. в составе галактозоцереброзидов мозга является "фактором ума"
25. Суточная потребность в углеводах при естественном вскармливании (г/кг):
4
1. 6,0-7,0
2. 8,0
3. 10,0
4. 12,0-15,0
5. 16,0-18,0
26. Суточный объем пищи у детей до 1 года жизни должен быть <i>не более</i> (мл):

3
1. 1500
2. 2000
3. 1000
4. 2500
5. 3000
27. Объемный способ расчета суточного количества пищи зависит от:
1
1. возраста ребенка
2. количества зубов
3. размера печени
4. частоты пульса
5. вида вскармливания
28. Пассивный иммунитет у ребенка обеспечивается иммуноглобулином:
4
1. А
2. М
3. Д
4. G
5. Е
29. Прикорм при естественном вскармливании вводится с (мес.):
5
1. 4,0 мес.
2. 4,5 мес.
3. 5,0 мес.
4. 5,5 мес.
5. 6 мес.
30. Клиническим симптомом голодания грудного ребенка <i>не является:</i>
5
1. уплощение весовой кривой

2. беспокойство
3. редкие мочеиспускания
4. редкий стул
5. подъем температуры тела
31. Укажите неверное правило дачи прикорма:
2
1. дается перед кормлением грудью
2. дается после кормления грудью
3. вводится в малых количествах и постепенно увеличивается до нужного объема
4. должен быть гомогенным, не вызывать затрудненный при глотании
5. переходить к другому виду прикорма после привыкания к предыдущему
32. Отличие докорма от прикорма все, кроме:
1
1. дается до кормления грудью
2. дается после кормления грудью
3. дается в основном до 6 мес
4. в качестве докорма даются молочные смеси
5. объем докорма уточняется с помощью контрольного взвешивания
33. В качестве докорма используются:
3
1. фруктовые соки
2. творог
3. молочные смеси
4. мясной бульон
5. молочные каши
34. Докорм вводится:
2
1. перед кормлением грудью
2. после кормления грудью
3. во время кормления грудью

4. между кормлениями
5. только на ночь
35. Преимуществом кисломолочных смесей <i>не является:</i>
2
1. повышают секреторную деятельность желудочно-кишечного тракта
2. витамины группы В снижены, трудно перевариваются
3. повышают содержание витаминов группы В
4. белок - в створоженном состоянии
5. тормозят рост патогенной микрофлоры
36. Побочные действия кисломолочных смесей <i>все, кроме:</i>
2
1. повышают выделение с мочой аммиака
2. уменьшают выведение солей
3. повышают выведение солей кальция
4. увеличивают в организме кислые радикалы
5. уменьшают всасывание солей кальция из кишечника
37. Ребенок в возрасте от 2 до 6 недель должен получать молока (часть от массы тела):
1
1. 1/5
2. 1/6
3. 1/7
4. 1/8
5. 1/9
38. Суточный объем пищи по объемному способу от 4 до 6 мес. (часть от массы тела):
3
1. 1/5
2. 1/6
3. 1/7
4. 1/8
39. Суточный объем пищи по объемному способу от 6 до 9 мес. (часть от массы тела):
4

1. 1/5
2. 1/6
3. 1/7
4. 1/8
5. 1/9
40. 1 литр женского молока содержит килокалорий:
5
1. 500
2. 600
3. 900
4. 800
5. 700
41. Способы расчета суточного объема молока у новорожденных в 7-10 дней жизни:
2
1. объемный
2. формула Тура-Финкельштейна и формула Зайцевой
3. калорийный
4. по белкам
5. биологический
42. Лучшими продуктами для прикорма <i>не являются</i> :
5
1. те, что имеются на местном рынке и доступны по цене
2. те, что легко приготавливаются
3. богатые энергией и питательными веществами
4. нравятся ребенку
5. только овощные пюре фабричного производства
43. Прикорм при искусственном вскармливании вводится:
1
1. в 6 мес.
2. в 5 мес.
3. не вводится

4. на 1 мес. позже, чем на естественном
5. в 3 мес.
44. Прикорм при смешанном вскармливании вводится:
1
1. в 5 мес.
2. в 6 мес.
3. на 1 мес. позже, чем на естественном
4. не вводится
5. к 12 месяцам жизни
45. Ребенку до 6 месяцев жизни между кормлениями необходимо дать:
5
1. соску-пустышку
2. кипяченую воду
3. бутылку с глюкозой
4. фруктовые соки
5. ничего не давать
46. Цель докорма:
2
1. коррекция БЖУ
2. восполнение дефицита грудного молока
3. коррекция минеральных веществ
4. подготовка к отнятию от груди
5. подготовка к переходу на искусственное вскармливание
47. Режим кормления детей на естественном вскармливании (<i>укажите неверный ответ</i>):
1
1. через 3 часа 7 раз/сутки до 3 месяцев жизни, через 3,5 часа 6 раз/сутки от 3 до 6 месяцев
2. свободное кормление
3. кормить при беспокойстве
4. "по требованию"
5. кормить и ночью

48. Преимуществом совместного пребывания матери и ребенка в роддоме не является:
3
1. устанавливается эмоциональная связь
2. ребенок меньше плачет
3. кормление продолжается меньше
4. формирует уверенность к кормлению грудью
5. стимулирует лактацию
49. Неверный довод в пользу кормления из чашки при искусственном вскармливании
5
1. они безопаснее, так как легче моются, чем бутылочки
2. кормление ложкой требует больше времени
3. ребенок пользуется языком
4. ребенок сам распределяет прием пищи по времени и количеству
5. этот приём пищи препятствует развитию паратрофии
50. При искусственном вскармливании не нужно:
4
1. ребёнок должен съедать определенное количество смеси по часам
2. ребёнок может съесть меньше, а в другой раз больше смеси
3. не надо вливать питание в рот, поднесите чашку к губам
4. осуществлять контроль за массой тела
5. не надо кормить из соски
51. Вскармливание ребенка в 9-11 месяцев предполагает:
5
1. 2 перекуса
2. 3 прикорма в день
3. прикорм в виде тонко рубленной или размятой пищи, кусочки, чтобы ребёнок мог держать руками, частое грудное вскармливание
4. 225 мл (15 ст. ложек) прикорма
5. все перечисленное выше
52. Вскармливание ребенка в 12-23 месяца предполагает все, кроме:
4
1. 2 перекуса

2. 3 прикорма в день
3. прикорм в виде тонко рубленой или размятой пищи, кусочки, чтобы ребёнок мог держать руками, частое грудное вскармливание
4. 225 мл (15 ст.ложек) прикорма
5. 300 мл (20 ст.ложек) прикорма
53. Детям с низкой массой тела (менее 2500г при рождении) рекомендуется <i>все кроме:</i>
5
1. начать кормление с 60 мл/кг сутки
2. увеличивать объем на 20мл/кг/день, пока суточный объём не достигнет 200мл/кг/сутки
3. не менее 8 кормлений/сутки
4. частота индивидуальных кормлений может меняться
5. частота индивидуальных кормлений должна быть постоянной
54. Противопоказаниями к грудному вскармливанию являются <i>все, кроме:</i>
4
1. наследственные заболевания ребёнка (фенилкетонурия, болезнь «кленового листа», галактоземия)
2. тяжелое состояние ребенка
3. у матери ВИЧ/СПИД и она отказывается от АРВ-терапии
4. у матери плоские соски
5. приём противораковых препаратов
55. Критериями достаточного количества молока и пищевых ингредиентов являются все, <i>кроме:</i>
5
1. адекватная прибавка к массе тела
2. адекватное психомоторное развитие
3. не менее 6-8 мочеиспусканий
4. не менее 4-5 дефекаций в первые месяцы жизни
5. не менее 4-5 дефекаций в во 2-м полугодии
56. <i>Неправильное</i> прикладывание к груди, это:

4
1. корпус ребенка повернут и прижат к матери
2. подбородок прикасается к груди
3. рот широко открыт
4. под нижней губой виден большой участок ареолы, чем над верхней губой
5. медленные, глубокие сосательные движения
57. Ребенку 3 мес. Он получает более 100 мл докорма в сутки, укажите неправильную рекомендацию по вскармливанию:
4
1. продолжать кормить грудью чаще и дольше
2. продолжать кормить грудью не менее 8 раз/сутки
3. давайте докорм из чашки
4. давайте докорм из чашки днем, а ночью из бутылочки
5. давайте докорм только после кормления грудью, остатки молока сцеживайте и давайте с докормом
58. При первом патронаже к новорожденному медицинский работник дал маме неправильный совет , найдите его:
3
1. кормить по требованию, не менее 8 раз
2. ночное кормление не менее 3-4 раз, даже если ребенок не требует грудь
3. между кормлениями в летнее время дать воду или чай
4. если ребенок беспокоится, делает сосательные движения губами или сосёт палец – он хочет есть
5. перед кормлением грудь не мыть мылом, не протирать спиртом
59. Исключительно грудное вскармливание – это:
1
1. ребенок не получает в рот ничего, кроме груди
2. ребенок получает в рот грудное молоко из груди матери + до 30г густого прикорма, либо + нерегулярный приём молочных смесей до 100мл/сутки
3. ребенок получает в рот грудное молоко из груди матери более чем 1 раз/день регулярные приём молочных смесей или молока более 100мл/сутки

4. ребенок каждое кормление получает в рот грудное молоко из груди матери + более 30г густого прикорма, либо + регулярные докормы, более чем 100мл/сутки
5. допаиваютезни прокипячённой водой
60. Смешанное вскармливание – это:
1
1. ребенок получает в рот грудное молоко из груди матери более чем 1 раз/день регулярные приём молочных смесей или молока более 100мл/сутки
2. ребенок не получает в рот ничего, кроме груди
3. ребенок получает в рот грудное молоко из груди матери + до 30г густого прикорма, либо + нерегулярный приём молочных смесей до 100мл/сутки
4. ребенок каждое получает в рот грудное молоко из груди матери + более 30г густого прикорма, либо + регулярные докормы, более чем 100мл/сутки
5. ребёнок получает только искусственные смеси

1. ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

1

- 1) 12–24 месяца
- 2) 3–6 месяцев
- 3) 9–11 месяцев
- 4) чем дольше, тем лучше
- 5)

2. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ГОЛОДАНИЯ РЕБЕНКА НЕ ОТНОСИТСЯ

2

- 1) уплощение или падение весовой кривой
- 2) появление геморрагической сыпи
- 3) беспокойство
- 4) редкое мочеиспускание
- 5)

3. В РАЦИОН ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА, НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, МЯСО РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ С __ МЕСЯЦЕВ

3

- 1) 9-ти
- 2) 7-ми
- 3) 6-ти
- 4) 10-ти
- 5)

4. В РАЦИОН ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА РЫБА ВВОДИТСЯ С

1

- 1) 8–9 месяцев
- 2) 6-ти месяцев
- 3) 1,5 лет
- 4) 1 года жизни
- 5)

5. НОЧНЫЕ КОРМЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

4

- 1) разрешаются, если нет срыгиваний
- 2) запрещаются
- 3) разрешаются лишь после консультации невролога
- 4) разрешаются всегда
- 5)

6. КОЛИЧЕСТВО КОРМЛЕНИЙ РЕБЁНКА 10-12 МЕСЯЦЕВ

1

- 1) 5
- 2) 8
- 3) 4
- 4) 3
- 5)

7. ОБЪЕМ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА 6-12 МЕСЯЦЕВ НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ

_____ МЛ/СУТКИ

3

- 1) 1200

- 2) 800
- 3) 1000
- 4) 1400
- 5)

8. ПОТРЕБНОСТЬ В УГЛЕВОДАХ (В ГРАММАХ НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА) ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1
- 1) 12-14
 - 2) 5-8
 - 3) 8-10
 - 4) 10-12
 - 5)

9. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ СО СТОРОНЫ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 2
- 1) фенилкетонурия
 - 2) галактоземия
 - 3,) целиакия
 - 4) первичная лактазная недостаточность
 - 5)

10. ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА МОЛОКА У МАТЕРИ СЛЕДУЕТ

- 2
- 1) уменьшить частоту прикладывания ребёнка к груди
 - 2) у величить частоту прикладывания ребёнка к груди
 - 3) уменьшить физические нагрузки матери
 - 4) увеличить физические нагрузки матери
 - 5)

11. ПРИ ГИПОГАЛАКТИИ I СТЕПЕНИ МАТЕРИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 4
- 1) отказаться от ночных кормлений

- 2) назначить докорм
- 3) ввести прикорм
- 4) увеличить число кормлений грудью
- 5)

**12. ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКАХ ДЛЯ РЕБЁНКА 0-3 МЕСЯЦЕВ (Г/КГ/СУТКИ)
ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ**

1

- 1) 2,2
- 2) 2,0
- 3) 2,9
- 4) 2,6
- 5)

**13. СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА В ГРУДНОМ МОЛОКЕ СОСТАВЛЯЕТ ____ Г/100
МЛ**

2

- 1) 2,0
- 2) 1,2
- 3) 2,8
- 4) 3,5
- 5)

**14. СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ 4 - 6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ
____ МАССЫ ТЕЛА**

1

- 1) 1/7
- 2) 1/4
- 3) 1/5
- 4) 1/6
- 5)

**15. СРЕДНЕЕ ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ ЗА СУТКИ РЕБЕНКА 2-ГО ПОЛУГОДИЯ
ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ**

3

- 1) 6
- 2) 4
- 3) 5
- 4) 7
- 5)

**16. СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ОТ 2 НЕДЕЛЬ ДО 2 МЕСЯЦЕВ
СОСТАВЛЯЕТ ___ МАССЫ ТЕЛА**

3

- 1) 1/6
- 2) 1/4
- 3) 1/5
- 4) 1/7
- 5)

**17. ПОТРЕБНОСТЬ РЕБЕНКА 4 –6 МЕС. В БЕЛКАХ (Г/КГ/СУТ) ПРИ
ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ**

1

- 1) 2,6
- 2) 2,0
- 3) 2,9
- 4) 3,2
- 5)

18. АДАПТАЦИЯ МОЛОЧНОЙ СМЕСИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

4

- 1) введение аминокислоты серин
- 2) увеличение содержания белка
- 3) снижение содержания лактозы
- 4) введение белков молочной сыворотки
- 5)

**19. ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ РЕБЕНКА С АЛЛЕРГИЕЙ
НА БЕЛОК КОРОВЬЕГО МОЛОКА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ**

1

- 1) смеси на основе полного гидролизата белка
- 2) адаптированные молочные смеси
- 3) безлактозные смеси
- 4) кисломолочные смеси
- 5)

20. ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ РЕБЁНКА В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ

2

- 1) по требованию
- 2) 5 раз в сутки
- 3) 6 раз в сутки
- 4) 3 раза в сутки
- 5)

**21. ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ РЕБЁНКА 2 МЕСЯЦЕВ ПРИ ИСКУССТВЕННОМ
ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ**

3

- 1) 4 раза в сутки
- 2) по требованию
- 3) 6 раз в сутки
- 4) 7 раз в сутки
- 5)

**22. СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В ЖЕНСКОМ МОЛОКЕ
СОСТАВЛЯЕТ**

1

- 1) 2 : 1
- 2) 1 : 2
- 3) 1 : 1
- 4) 3 : 2
- 5)

**23. ПЕРВЫМ ПРИКОРМОМ ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ
РЕБЕНКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ**

2

- 1) мясное пюре
- 2) овощное пюре
- 3) творог
- 4) яблочное пюре
- 5)

24. ГЛЮТЕН СОДЕРЖИТСЯ В КАШЕ

1

- 1) овсяной
- 2) рисовой
- 3) гречневой
- 4) кукурузной
- 5)

25. РЕКОМЕНДУЕМЫЙ СРОК ВВЕДЕНИЯ МЯСНЫХ ПРОДУКТОВ В РАЦИОН РЕБЁНКА - ____ МЕС.

3

- 1) 6
- 2) 5
- 3) 7
- 4) 9
- 5)

26. РЕБЁНКУ МОЖНО ДАВАТЬ РЫБУ В КАЧЕСТВЕ ПРИКОРМА С

1

- 1) 8-9 месяцев
- 2) 10-11 месяцев
- 3) 5-6 месяцев
- 4) 1 года
- 5)

26. РЕКОМЕНДУЕМЫЙ СРОК ВВЕДЕНИЯ ТВОРОГА В РАЦИОН РЕБЁНКА НЕ РАНЕЕ

4

- 1) 9
- 2) 7

- 3) 8
- 4) 6
- 5)

27. СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА 6-9 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ _____ ЧАСТЬ ОТ МАССЫ ТЕЛА

3

- 1) 1/6
- 2) 1/7
- 3) 1/8
- 4) 1/5
- 5)

28. ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ В КИШЕЧНИКЕ ПРЕОБЛАДАЮТ

2

- 1) ацидофильные палочки
- 2) бифидо-бактерии
- 3) энтерококки
- 4) кишечные палочки
- 5)

29. ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ПРИКЛАДЫВАЮТ К ГРУДИ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ЕСТЕСТВЕННЫМ ПУТЕМ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ

1

- 1) 30 мин.
- 2) 2 час.
- 3) 12 час.
- 4) 24 час.
- 5)

30. ЛАКТАЦИОННЫЙ КРИЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

3

- 1) тенденцией к постепенному снижению выделения молока
- 2) постоянным уменьшением молока без видимых причин
- 3) временным уменьшением выделения молока без видимых причин

4) малым количеством молока в первые 3-4 дня после родов

5)

**31. ВВЕДЕНИЕ ПЕРВОГО ПРИКОРМА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ
ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦЕВ**

1

1) 4-6

2) 2-4

3) 3-5

4) 5-7

5)

**32. ТВОРОГ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ВОЗРАСТА
_____ МЕСЯЦЕВ**

3

1) 5

2) 4

3) 6

4) 8

5)

**33. СРЕДНЕЕ ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ ЗА СУТКИ РЕБЕНКА ВТОРОГО
ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ _____ РАЗ(А)**

1

1) 5

2) 3

3) 4

4) 6

5)

**34. РАЗОВЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА 2-ГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ РАВЕН
_____ МИЛЛИЛИТРОВ**

3

1) 120

2) 100

3) 200

4) 150

5)

35. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ПРИКОРМА РЕБЕНКУ С ГИПОТРОФИЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВЕСТИ

4

1) творог

2) овощное пюре

3) мясной фарш

4) кашу

5)

36. ПРИ КАКОМ ТИПЕ ВСКАРМЛИВАНИЯ СТАНОВЛЕНИЕ НОРМАЛЬНОГО СОСТАВА КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОИСХОДИТ БЫСТРЕЕ?

2

1) искусственном

2) грудном

3) смешанном

4) вид вскармливания не имеет значения

5)

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

1

1) овощи и фрукты, цельно зерновые продукты

2) мясо животных и птицы, яйца, рыба и морепродукты

3) молоко и кисломолочные продукты

4) хлеб и хлебобулочные изделия

5)

38. ИДЕАЛЬНОЙ ПИЩЕЙ ДЛЯ ГРУДНОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

3

1) пастеризованное козье молоко

2) адаптированная молочная смесь

3) молоко матери

4) пастеризованное коровье молоко

5)

39. СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ «НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПО ОПТИМИЗАЦИИ ВСКАРМЛИВАНИЯ» ПРИКОРМЫ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ С _____ МЕСЯЦЕВ

2

1) 6-8

2) 4-6

3) 5-8

4) 8-10

5)

40. ОБЪЕМ ПИТАНИЯ НА СУТКИ РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ С 10 ДНЕЙ ДО 2-Х МЕСЯЦЕВ ОПРЕДЕЛЯЮТ ИЗ РАСЧЕТА _____ ДОЛЖЕНСТВУЮЩЕЙ МАССЫ ТЕЛА

1

1) 1/5

2) 1/6

3) 1/7

4) 1/8

5)

41. ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ СТАНОВЛЕНИЮ ЛАКТАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПОГАЛАКТИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

3

1) качество оказания медицинской помощи матери, плоду, новорожденному

2) эмоциональная поддержка грудного вскармливания отцом ребенка

3) прикладывание к груди в течение первого часа после рождения

4) соматическая и гинекологическая патология матери

5)

42. ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ РЕБЕНКА 2-ГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ ____ КОРМЛЕНИЙ В СУТКИ

3

- 1) 6
- 2) 4
- 3) 5
- 4) 7
- 5)

**43. КАЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ УГЛЕВОДОВ ЖЕНСКОГО МОЛОКА
ПРЕДСТАВЛЕН**

- 1
- 1) β -лактозой
- 2) α -лактозой
- 3) глюкозой
- 4) мальтодекстрином
- 5)

**44. ПОТРЕБНОСТЬ В КАЛОРИЯХ РЕБЁНКА 0-3 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ
_____ ККАЛ/КГ/СУТКИ**

- 4
- 1) 100
- 2) 120
- 3) 110
- 4) 115
- 5)

45. СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА В ГРУДНОМ МОЛОКЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ Г/100 МЛ

- 2
- 1) 2,0
- 2) 1,0
- 3) 1,5
- 4) 2,2
- 5)

**46. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ СО СТОРОНЫ
РЕБЁНКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 3

- 1) гемолитическая болезнь новорожденного
- 2) недоношенность
- 3) фенилкетонурия
- 4) оперативное родоразрешение
- 5)

47. ЖЕНСКОЕ МОЛОКО ПО СРАВНЕНИЮ С КОРОВЬИМ МОЛОКОМ ИМЕЕТ БОЛЕЕ

2

- 1) низкое содержание железа
- 2) высокое содержание полиненасыщенных жирных кислот
- 3) высокий уровень белка
- 4) низкое содержание углеводов
- 5)

48. КОРМЛЕНИЕ МОЛОКОМ МАТЕРИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ

1

- 1) приеме матерью цитостатиков
- 2) приеме матерью антибиотиков
- 3) ВИЧ у матери
- 4) сахарном диабете у матери
- 5)

49. 1-Я СТЕПЕНЬ ГИПОГАЛАКТИИ СООТВЕТСТВУЕТ ДЕФИЦИТУ МОЛОКА ДО ____ (%)

1

- 1) 25
- 2) 10
- 3) 20
- 4) 30
- 5)

50. ДЕФИЦИТ МОЛОКА (%) ПРИ 2-Й СТЕПЕНИ ГИПОГАЛАКТИИ СОСТАВЛЯЕТ ДО

3

- 1) 30
- 2) 40
- 3) 50
- 4) 20
- 5)

51. СТУЛ У РЕБЕНКА НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ДО ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА

- 1
- 1) золотисто-желтого цвета
 - 2) содержит мало воды
 - 3) 1-2 раза в сутки
 - 4) имеет щелочную реакцию
 - 5)

52. СТУЛ У РЕБЕНКА НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

- 3
- 1) имеет место 5-6 раз в сутки
 - 2) имеет кислый запах
 - 3) замазкообразной консистенции
 - 4) имеет примесь слизи и зелени
 - 5)

53. ВАЖНЕЙШИМ ИСТОЧНИКОМ БЕЛКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 4
- 1) сливочное масло
 - 2) картофель
 - 3) молоко
 - 4) мясо
 - 5)

54. ОВОЩИ И ПЛОДЫ В ПИТАНИИ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЮТСЯ ИСТОЧНИКАМИ

- 2
- 1) белков, жиров, углеводов
 - 2) углеводов, пищевых волокон, витаминов и минералов

- 3) белков, пищевых волокон, витаминов
- 4) пищевых волокон и минералов
- 5)

55. В ПОНЯТИЕ «РЕЖИМ ПИТАНИЯ» ВХОДИТ

- 1
- 1) кратность приемов пищи
 - 2) интервалы между приемами пищи
 - 3) распределение энергетической ценности по приемам пищи
 - 4) характер потребляемых за неделю продуктов
 - 5)

56. ЭНЕРГЕТИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ В ОРГАНИЗМЕ В ОСНОВНОМ ВЫПОЛНЯЮТ

- 2
- 1) витамины
 - 2) углеводы
 - 3) белки
 - 4) макро- и микроэлементы
 - 5)

57. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ПИЩЕВЫХ ВЕЩЕСТВАХ И ЭНЕРГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ДИФФЕРЕНЦИРУЕТСЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ

- 1
- 1) возраста
 - 2) пола
 - 3) состояния здоровья
 - 4) характера деятельности
 - 5)

58. ДЛЯ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА С ИЗБЫТКОМ МАССЫ ТЕЛА ХАРАКТЕРНО

- 3
- 1) более частое питание
 - 2) снижение объема съедаемой пищи

- 3) использование низкокалорийных продуктов
- 4) более редкое питание
- 5)

59. ОСНОВНОЙ, ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РОЛЬЮ БЕЛКОВ КАК ПИТАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ ЯВЛЯЕТСЯ

4

- 1) вкусовая
- 2) энергетическая
- 3) каталитическая
- 4) пластическая
- 5)

60. ЧЕРНАЯ СМОРОДИНА ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ

1

- 1) аскорбиновой кислоты
- 2) пиридоксина и кальциферола
- 3) тиамина
- 4) рибофлавина
- 5)

61. ПРИ 3-Х РАЗОВОМ ПИТАНИИ ОПТИМАЛЬНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ КАЛОРИЙНОСТИ ПИЩИ СОСТАВЛЯЕТ

_____ %

1

- 1) 30–45–25
- 2) 15–50–35
- 3) 20–60–20
- 4) 25–50–25
- 5)

3.Болезни детей раннего возраста

#
1
Течение рахита, согласно классификации, <i>может</i> характеризоваться как
4

хроническое, непрерывно рецидивирующее
подострое
рецидивирующее
острое, подострое, рецидивирующее
острое, хроническое, abortивное
#
2
Укажите типичные для подострого течения рахита изменения со стороны костной системы
2
остеомалация
гиперплазия остеоидной ткани
краниотабес
искривление нижних конечностей
рахитический «горб»
#
3
При рахите имеются следующие периоды (<i>укажите неверный ответ</i>):
3
разгара
начальный
возбуждения
реконвалесценции
остаточных явлений
#
4
Наиболее физиологичным методом профилактики рахита является назначение витамина D
2
в дозе 400-500 МЕ ежедневно, круглый год
в дозе 400-500 МЕ ежедневно, с октября по май (т.е., исключая солнечные месяцы)
в дозе 1000 МЕ ежедневно, круглый год
в дозе 2000 МЕ ежедневно, в течение одного месяца три раза за 1-й год жизни
витамин D и УФО по 1-й неделе ежемесячно
#
5

В целях профилактики рахита методом «дробных доз» назначают витамин D в дозе... тыс МЕ в теч.
3
10
30
500
2000
5000
#
6
Симптомами гипервитаминоза D у детей являются:
2
высокая температура, жидкий стул
рвота, потеря массы тела, гипофосфатемия, положительная проба Сулковича
повышенный аппетит, ожирение, гиперфосфатемия, отрицательная проба Сулковича
краниотабес, остеомаляция
гипотония, метеоризм, гепатомегалия
#
7
Укажите, <i>не характерную</i> для спазмофилии клиническую форму:
5
латентная
ларингоспазм
карпопедальный спазм
экламптическая форма
отечная форма
#
8
При гипотрофии 3 степени тяжести <i>не назначают</i> :
3
принцип «омолаживания» пищи
иммуномодуляторы
сердечные гликозиды
биоадаптогены

ферменты
#
9
К паратрофии относятся состояния с:
3
дефицитом массы более 10%
избытком массы от 5 до 10%
избытком массы более 10%
дефицит массы более 20%
избытком массы и роста более 10%
#
10
Простая диспепсия <i>не обусловлена</i> :
1
вирусной и кишечной инфекцией
снижением слизиобразующей функции кишечника
низкой pH желудочного сока
несоответствием объема пищи физиологическим возможностям ребенка
несоответствием состава пищи физиологическим возможностям ребенка
#
11
Проявления детской экземы у детей обусловлены генетически детерминированной гиперпродукцией:
2
IgA
IgE
IgM
IgD
IgG
#
12
Результаты обследования, характерные для нервно-артритического диатеза:
2
алкалоз

ацидоз, гиперурикемия, уратурия
анемия
гиперлипидемия, гипопроteinемия
увеличение С-реактивного белка, ДФА и сиаловой пробы
#
13
Для начального периода рахита не характерно:
3
плаксивость
потливость
костные деформации
снижение аппетита
раздражительность
#
14
Для рахита периода разгара показаны следующие лечебные мероприятия, <i>за исключением</i> одного из них:
4
рациональное питание
массаж, гимнастика
прогулки
цитратная смесь по 1 ч.л. 3 раза в день, масляный раствор витамина D по 500-1000 ME ежедневно
масляный раствор витамина D по 2000-5000 ME (в зависимости от тяжести рахита) ежедневно в течение 30-40 дней, далее витаминпрофилактика
#
15
Предрасполагающими факторами к развитию гипервитаминоза D <i>не являются</i> :
4
суммарная доза витамина D 1000 000 ME и более
повышенная чувствительность к вит. D
хронические заболевания почек у детей
анемия, перинатальная энцефалопатия, атопический диатез
превышение дозировки витамина D по инициативе родителей, использование витамина в

более высокой концентрации или спиртового раствора вит. D без плотной пробки
#
16
Характерные клинические проявления явной спазмофилии:
3
рвота, головная боль
повышение температуры тела
ларингоспазм, карпопедальный спазм, эклампсия
диарея, обезвоживание
краниотабес
#
17
Для гипотрофии III ст. <i>не характерно:</i>
5
стойкая анорексия, резкое угнетение секреции ЖКТ
полное исчезновение ПЖК, кожа бледно-серая, отрицательный индекс Чулицкой
признаки обезвоживания
нарушение терморегуляции, иммунодефицитное состояние
сохранение ранее приобретенных навыков
#
18
В развитии экссудативно-катарального диатеза этиопатогенетическую значимость имеют все, <i>кроме:</i>
5
наследственная предрасположенность
пищевая сенсibilизация
гиперпродукция Ig E
снижение продукции иммуноглобулинов A, G и уровня T-лимфоцитов
гиповитаминоз вит. D, E, B 15 и др.
#
19
Основными маркерами лимфатико-гипопластического диатеза являются все, <i>кроме:</i>
2
врожденная генерализованная иммунопатия

избыточный синтез гистамина
уменьшение размеров некоторых внутренних органов (сердце, надпочечники)
увеличение лимфатических узлов
гиперплазия вилочковой железы
#
20
Возможным исходом нервно-артритического диатеза <i>не является</i> :
5
желче- и мочекаменная болезнь
подагра, обменные артриты
мигрень, невралгии, невралгии
бронхиальная астма
хроническая надпочечниковая недостаточность
#
21
Для рахита периода разгара характерны:
1
потливость, мышечная гипотония, выраженные костные изменения
мышечный гипертонус
сухость кожных покровов, «дряблый» тургор тканей
узкий рахитический таз
строфулюс
#
22
Дробный метод профилактического приема вит. D заключается в следующем:
2
1 раз в неделю в течение года
ежедневно в течение года, за исключением 3-х летних месяцев
в течение 1 месяца
месячными курсами с перерывами в 3 месяца
1 раз в месяц осенью и весной
#
23
Для хронического гипервитаминоза D <i>не характерно</i> :

4
потеря аппетита, задержка прибавки массы
сосудистые кальцификаты, ретинопатия
вялость, потливость
повышенная возбудимость, повышенный аппетит
запоры
#
24
При скрытой спазмофилии выявляют следующие симптомы, <i>за исключением:</i>
2
лицевой феномен Хвостека
карпопедальный спазм
симптом Люста
симптом Маслова
феномен Труссо
#
25
Объем питания при постнатальной гипотрофии I степени в период определения толерантности к пище составляет:
1
2/3 от нормы
1/2 от нормы
1/3 от нормы
1/5 от нормы
1/6 от нормы
#
26
Укажите <i>не характерные</i> кожные проявления экссудативного диатеза:
5
гнейс
опрелости
молочный струп
эритематозно-папулезная сыпь
геморрагические высыпания

#
27
При отсутствии первичной профилактики нервно-артритический диатез может привести к развитию таких состояний, как:
1
мочекаменная болезнь, подагра, неврастенический синдром
синдром внезапной смерти
кишечная инфекция
аутоиммунные заболевания
аутизм
#
28
Клинические симптомы лимфатико-гипопластического диатеза (<i>укажите неверный ответ</i>):
5
увеличение вилочковой железы и периферических лимфоузлов
аденоидный тип лица
”капельное” сердце, гипоплазия дуги аорты
лимфаденопатия, в том числе мезентериальных и медиастанальных лимфоузлов
”куриная” грудь, ”квадратная” голова, ”Х”- и ”О”- образные нижние конечности
#
29
Укажите <i>не характерные</i> изменения со стороны костной системы при остром течении рахита:
2
размягчение костей черепа
остеоидная гиперплазия
гипоплазия костной ткани
остеопороз
деформации
#
30
Для начального периода рахита (I ст) показаны следующие лечебные мероприятия:
4

вит. D3 по 2 тыс.МЕ, 3 раза в день, 30 дней
вит. D3 по 500 МЕ через день
вит. D3 по 4 тыс.МЕ ежедневно, 30 дней
массаж, гимнастика, вит. D3 по 2 тыс.МЕ ежедневно, 30 дней, далее профилактические дозы
вит. D3 по 500 МЕ ежедневно
#
31
В лечении нетяжелой (I ст.) хронической формы гипервитаминоза D используются:
3
препараты Са
молочная диета, творог
витамины "А" и "Е", алмагель, трилон Б, диету обогатить растительными продуктами и злаками
интенсивная дезинтоксикационная терапия,
глюкокортикостероиды (средние, высокие дозы), курс – 1 месяц
#
32
В лечении тяжелой острой интоксикации при гипервитаминозе D используются:
5
молочная диета
антибиотики
препараты Са
мочегонные препараты
дезинтоксикационная терапия, глюкокортикостероиды, витамины "А" и "Е"
#
33
Карпопедальный спазм характерен:
3
для дефицита железа
для гипофосфатемии
для гипокальциемии
для фебрильных судорог
для эписиндрома

#
34
При гипотрофии 2-ой степени имеются (укажите 1 - наиболее верный ответ):
5
дефицит массы 20%-30%
бледность, сухость кожных покровов, мышечная гипотония
отсутствие подкожно-жировой клетчатки на груди и животе, истощение на конечностях
умеренная задержка психомоторного развития
все выше перечисленное
#
35
При обострении экссудативного диатеза назначают лечение, <i>за исключением</i> :
2
7-10 дневные курсы гипосенсибилизирующей терапии (димедрол, супрастин, и др)
антибиотикотерапия
лактобактерин, бифидумбактерин, глюконат кальция
рациональное питание с исключением потенциально аллергенных продуктов
витамины: B6, C, A, E, B5, B15
#
36
Укажите, что <i>не характерно</i> для синдрома обменных нарушений при нервно-артритическом диатезе:
5
отягощенный семейный анамнез по обмену пуринов
преходящие ночные суставные боли
салурии (ураты, фосфаты, оксалаты)
ацетонемическая рвота
протеинурия, гематурия, цилиндринурия
#
37
Перечислите типичные клинические проявления гиповитаминоза С (аскорбиновая кислота):
1
цинга, скорбут
пеллагра

ночная слепота, кератомалация, гнойнички, гипоацидный гастрит и др.
мегалобластическая анемия, атрофический гастрит.
Бери-бери
#
38
Перечислите типичные клинические проявления гиповитаминоза В ₁₂ (цианкобаламин):
4
цинга, скорбут
пеллагра
спру-глоссит, стоматит, гингивит, хейлоз.
мегалобластическая анемия, атрофический гастрит, отставание в психомоторном развитии
Бери-бери
#
39
Перечислите типичные клинические проявления гиповитаминоза А (ретинол):
4
цинга, скорбут
пеллагра
мегалобластическая анемия, атрофический гастрит.
ночная слепота, кератомалация, гнойнички, гипоацидный гастрит и др.
бери-бери
#
40
Перечислите типичные клинические проявления гиповитаминоза В ₁ (тиамин):
5
цинга, скорбут
пеллагра
геморрагии
мегалобластическая анемия, атрофический гастрит.
бери-бери
#
41
Перечислите типичные клинические проявления гиповитаминоза К (филлохинон):
5

цинга, скорбут
пеллагра
спру-глоссит, стоматит, гингивит, хейлоз.
ночная слепота, кератомалация, гнойнички, гипоацидный гастрит и др
кровоточивость по сосудисто-тромбоцитарному типу
#
42
Назовите витамин, дефицит которого приводит к полиневритам, потери чувствительности, атаксии, жжению в пальцах ног и стопах.
3
Вит. С
Фолиевая кислота
Вит. В ₁
Вит К
Вит А
#
43
Назовите витамины, дефицит которых приводит к мегалобластической анемии:
2
Вит. С, Вит В ₆
Фолиевая кислота, Вит В ₁₂
Вит. А, Вит. В ₁
Вит К
Никотиновая кислота
#
44
Назовите продукты наиболее богатые витаминами В ₁ , В ₂ , В ₆ :
1
злаковые, дрожжи, яичный желток, листовые овощи, печень.
преимущественно мясные продукты
преимущественно продукты растительного происхождения
кефир,биолакт,йогурт
преимущественно цитрусовые
#

45
Назовите продукты наиболее богатые витамином С:
3
злаковые, дрожжи, яичный желток, листовые овощи, печень
преимущественно мясные продукты
преимущественно продукты растительного происхождения (зеленые овощи, цитрусовые, ягоды, шиповник, смородина и др.)
преимущественно молочные продукты
рыба и морепродукты
#
46
В каких продуктах витамина и провитамина А мало?:
2
печень, яйца
дрожжи, хлеб, зеленые листья овощей, свекла
шиповник, морковь, горох
сыр, молоко
рыбий жир
#
47
Критерием истощения тканевых запасов железа является:
2
снижение уровня общей железо-связывающей способности (ОЖСС) менее 45 мкмоль/л
снижение уровня ферритина сыворотки ниже 10-12 мкг/л, уменьшение % насыщения трансферина железом ниже 25%
снижение количества эритроцитов и гемоглобина
уменьшение размеров эритроцитов (микроцитоз)
повышение дисфераловой сидероурии
#
48
Для железодефицитной анемии тяжелой степени характерны:
3
снижение уровня гемоглобина ниже 90 г/л, гиперхромия
снижение уровня гемоглобина ниже 110г/л , микросфероцитоз,

снижение уровня гемоглобина ниже 70г/л, гипохромия, анизоцитоз, пойкилоцитоз, ретикулоцитоз
снижение уровня гемоглобина ниже 100г/л, гипохромия,
Снижение уровня гемоглобина ниже 130 г/л, цветовой показатель ниже 1,0
#
49
Для железодефицитной анемии характерны биохимические показатели:
1
повышение ОЖСС (выше 63 мкмоль/л), снижение % насыщения трансферина железом менее 20%, снижение содержания железа в сыворотке крови ниже 12-14мкмоль/л
понижение ОЖСС (ниже 63 мкмоль/л), снижение % насыщения трансферина железом менее 20%, снижение содержания железа в сыворотке крови ниже 12-14мкмоль/ выраженная гипопротеинемия
понижение ОЖСС (ниже 45 мкмоль/л), повышение % насыщения трансферина железом более 20%, снижение содержания железа в сыворотке крови ниже 12-14мкмоль/
гипопротеинемия, сидерурия
повышение СРБ (+++)
#
50
При железодефицитной анемии имеют место следующие внешние признаки:
2
кожные покровы «алебастровые», м.б. «готическое» небо, петехиальная сыпь
кожные покровы бледные; волосы тусклые, ногти ломкие с исчерченностью, глоссит
кожные покровы бледные с легкой или выраженной желтушностью, экхимозы
большой живот за счет гепатоспленомегалии, гемартрозы.
кожные покровы с лимонным оттенком, выраженная гепатомегалия.

1. ДЛЯ ДИСХОЛИИ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНО

4

1. наличие эхоплотного гетерогенного осадка
2. наличие перегородок и перетяжек
3. осадка утолщение стенок желчного пузыря
4. уплотнение печеночных протоков

5.

2. В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕЛИАКИИ РЕШАЮЩИМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. копрологическое исследование
2. эзофагогастродуоденоскопия с биопсией тонкой кишки
3. определение антител к тканевой трансглутаминазе в сыворотке крови
4. УЗИ брюшной полости

5.

3. В ОСНОВЕ ЦЕЛИАКИИ ЛЕЖИТ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ

4

1. углеводов злаков
2. белков животного происхождения
3. белков молока
4. белков злаков

5.

4. ВТОРИЧНАЯ ЛАКТАЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МАНИФЕСТИРУЕТ

1

1. в любом возрасте
2. во втором полугодии жизни
3. в пубертатном возрасте
4. в дошкольном возрасте

5.

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

4

1. больше 30
2. 5-10
3. 21-30
4. больше 30 11-20

5.

6. ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ МАРКЕРОМ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. глюкоза крови
2. белок крови
3. электролиты крови
4. гематокрит
- 5.

7. ДИЕТА ПРИ ЦЕЛИАКИИ НАЗНАЧАЕТСЯ

1

1. пожизненно
2. на 1-2 месяца
3. от 6 мес. до 1 года
4. до пубертатного периода
- 5.

8. ПРИ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАЗНАЧАЕТСЯ

3

1. панзинорм
2. фестал
3. лактазар
4. креон
- 5.

9. ПРИ КОРРЕКЦИИ БЕЛКОВО- ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ РАСЧЕТ НУТРИЕНТОВ В АДАПТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРОВОДИТСЯ В СООТВЕТСТВИИ С

2

1. долженствующей массой
2. возрастом и фактической массой тела
3. возрастом и долженствующей массой тела
4. приблизительно долженствующей массой
- 5.

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

4

1. антирефлюксным
2. белактозным
3. низколактозным
4. с полным гидролизом белка
- 5.

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

2

1. низколактозная смесь
2. смесь для маловесных детей
3. кисломолочная смесь
4. творог
- 5.

12. ДЛЯ ПЕРВОГО ПРИКОРМА ПРИ БЕЛКОВО- ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

3

1. овощное пюре
2. творог
3. инстантная каша
4. мясное пюре
- 5.

13. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. наличие источника кровопотери
2. наличие гипохромной анемии
3. снижение сывороточного железа
4. снижение железосвязывающей способности сыворотки
- 5.

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

2

1. хронической кровопотере
2. нерациональном вскармливании
3. гельминтозе
4. гемолизе эритроцитов
- 5.

**15. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ТЯЖЕСТИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ УЧИТЫВАЮТ**

1

1. дефицит массы тела
2. состояние резистентности организма
3. состояние толерантности к пище
4. наличие признаков полигиповитаминоза
- 5.

**16. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВИТАМИН-Д-ДЕФИЦИТНОГО РАХИТА
НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ**

3

1. паратгормона
2. остеокальцина, кальция, калия и магния
3. кальция, фосфора, щелочной фосфатазы
4. тироксина
- 5.

**17. ПРИ ВИТАМИН-Д-ДЕФИЦИТНОМ РАХИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ СДВИГ
КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ В СТОРОНУ**

4

1. дыхательного алкалоза
2. метаболического алкалоза
3. дыхательного ацидоза
4. метаболического ацидоза

5.

18. РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ 25 ДНЕЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ВЫСТАВЛЕН ДИАГНОЗ «АНЕМИЯ» ПРИ ГЕМОГЛОБИНЕ МЕНЕЕ _____ Г/Л

1

1. 120

2. 130

3. 160

4. 140

5.

19. ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДОЗА ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ

2

1. 2-3

2. 4-6

3. 1-2

4. 10

5.

20. ДЕТЯМ С ЛИМФАТИКО-ГИПОПЛАСТИЧЕСКИМ ДИАТЕЗОМ РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ ДИЕТЫ С ОГРАНИЧЕНИЕМ

3

1. жиров

2. продуктов, богатых пуринами

3. продуктов, богатых легкоусвояемыми углеводами

4. глютенсодержащих продуктов, жиров и продуктов, богатых пуринами

5.

21. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ПИЩЕ ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ I СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

2

1. 3 – 7 дней

- 2.1 – 2 дня
3. 7 – 14 дней
4. 14 – 28 дней
- 5.

22. РАСЧЕТ БЕЛКОВ И УГЛЕВОДОВ В ПЕРИОД ВЫЯСНЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ПИЩЕ РЕБЕНКУ С БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ II СТЕПЕНИ ПРОВОДЯТ НА

3

1. дефицит массы тела
2. должную массу тела
3. фактическую массу тела
4. фактическую массу тела плюс 10 – 15 %
- 5.

23. ЛЕЧЕНИЕ ВИТАМИН-Д-ДЕФИЦИТНОГО РАХИТА ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ВИТАМИНА Д В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ _____ МЕ

2

1. 500
2. 2000 – 4000
3. 1000 – 2000
4. 6000
- 5.

24. В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

3

1. ржаной хлеб
2. ячменную кашу
3. кукурузную кашу
4. пшеничный хлеб
- 5.

25. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ШКОЛЬНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. авитаминоз
2. глистная инвазия
3. нарушение всасывания железа
4. хроническая кровопотеря
- 5.

26. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИТАМИН-Д-ДЕФИЦИТНОГО РАХИТА ЗДОРОВЫМ ДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ ПРОВОДИТСЯ ПРЕПАРАТАМИ ВИТАМИНА Д В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ РАВНОЙ _____ МЕ

1

1. 400 – 500
2. 500 – 1000
3. 2000 – 4000
4. 5000
- 5.

27. ЗАПАС ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ ОПРЕДЕЛЯЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ

3

1. гемоглобин
2. трансферрин
3. ферритин
4. гематокрит
- 5.

28. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СОСТАВЛЯЕТ ____ МЕС.

2

1. 4,5
2. 3
3. 5
4. 6
- 5.

29. ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА ПРИ ЛАТЕНТНОМ ДЕФИЦИТЕ ЖЕЛЕЗА ИСПОЛЬЗУЮТ В ПОЛОВИННОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДОЗЕ В ТЕЧЕНИЕ ____ МЕС.

1

1. 2

2. 3

3. 4

4. 6

5.

30. ПРИ ГИПЕРОКСАЛУРИИ ИСКЛЮЧАЮТ ИЗ ПИТАНИЯ

3

1. огурцы

2. горох

3. щавель

4. картофель

5.

31. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СОСТОИТ В

2

1. режиме дня

2. сбалансированном питании

3. физической нагрузке

4. медикаментозной терапии

5.

32. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ЦЕЛИАКИИ ПРОВОДИТСЯ БИОПСИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ _____ КИШКИ

3

1. ободочной

2.повздошной

3. тощей

4. прямой

5.

33.К ПРИЗНАКАМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОТНОСЯТ ПОВЫШЕНИЕ

2

1. уровня сывороточного железа
2. железосвязывающей способности сыворотки крови
3. коэффициента насыщения трансферрина
4. уровня ферритина в крови
- 5.

34.КАКОЙ БЕЛОК ТРАНСПОРТИРУЕТ ЖЕЛЕЗО ИЗ КРОВИ В КОСТНЫЙ МОЗГ?

3

- 1.гемосидерин
- 2.ферритин
- 3.трансферрин
4. миоглобин
- 5.

35. ПРИМЕРОМ НЕГЕМООВОГО ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. гемоглобин
- 2.ферритин
- 3.гемосидерин
4. миоглобин
- 5.

36. КРИТЕРИЕМ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ОТ 6 МЕСЯЦЕВ ДО 5 ЛЕТ ПО НОРМАТИВАМ ВОЗ (ПО ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА МЕНЕЕ ___ Г/Л

1

1. 110
2. 100
3. 120
4. 90
- 5.

37. ДЛЯ АНЕМИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО СНИЖЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ ___ Г/Л

3

1. 90
2. 100
3. 70
4. 80
- 5.

38. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЕНИЕ

4

1. железосвязывающей способности сыворотки и общего билирубина
2. сывороточного железа, ферритина и общего билирубина
3. сывороточного железа, трансферрина и общего билирубина
4. сывороточного железа, железосвязывающей способности сыворотки и ферритина
- 5.

39. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ОТМЕЧАЕТСЯ

1

1. гипохромия, микроцитоз
2. гиперхромия, макроцитоз
3. ретикулоцитоз, гиперхромия
4. макроцитоз, ретикулоцитопения
- 5.

40. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЛАТЕНТНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ

4

1. только уровень сывороточного железа
2. уровень сывороточного железа, железосвязывающей способности сыворотки и ферритина

3. уровень сывороточного железа, железосвязывающей способности сыворотки и коэффициент насыщения трансферрина

4. уровень сывороточного железа, ферритина, коэффициент насыщения трансферрина

5.

41.К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ОТНОСЯТ

4

1.быструю утомляемость, головокружение

2. бледность кожи и слизистых оболочек

3. общую слабость, снижение аппетита

4.миалгию, мышечную гипотонию

5.

42. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ПО ХАРАКТЕРИСТИКАМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ОТНОСИТСЯ К

1

1. гипохромной, микроцитарной, регенераторной

2.нормохромной, нормоцитарной, регенераторной

3. гипохромной, микроцитарной, гиперрегенераторной

4.гиперхромной, макроцитарной, гипорегенераторной

5.

43. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ТРАКТУЮТСЯ КАК АНЕМИЯ?

3

1.снижение уровня гемоглобина и ретикулоцитов

2. снижение уровня гемоглобина и цветового показателя

3.снижение уровня гемоглобина и эритроцитов

4. снижение числа эритроцитов и ретикулоцитов

5.

44. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНО

2

1.наличие гипохромной анемии

2. снижение сывороточного железа
3. увеличение сывороточного железа
4. наличие микроцитарной анемии
- 5.

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

3

1. 17–18,4
2. 18,5–19,4
3. 19,5–22,9
4. 15–16,9
- 5.

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

4

1. 15–16,9
2. 19,5– 22,9
3. 17–18,4
4. 18,5–19,4
- 5.

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

2

1. 18,5–19,4
2. 17–18,4
3. 19,5– 22,9
4. 15–16,9
- 5.

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

1

1. 15–16,9
2. 18,5–19,4
3. 19,5– 22,9
4. 17–18,4
- 5.

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

4

- 1.<15
2. 18,5-19,4
3. 17–18,4
- 4.<15
- 5.

50. ЛАТЕНТНЫЙ ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА (ЛДЖ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

3

- 1.низким уровнем гемоглобина и сывороточного железа
2. низким уровнем гемоглобина
- 3.снижением уровня сывороточного железа
- 4.железосвязывающей способностью сыворотки (ОЖСС)
- 5.

51.КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. увеличение количества тромбоцитов
- 2.ретикулоцитарная реакция
3. увеличение количества лейкоцитов
4. замедление скорости оседания эритроцитов

5.

52. РАВНОМЕРНЫЙ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ МАССЫ И ДЛИНЫ ТЕЛА НАЗЫВАЕТСЯ

1

1. гипостатурой

2. паратрофией

3. гипотрофией

4. гипосомией

5.

53. ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ МЯСО В РАЦИОН РЕБЕНКА СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ В ___ МЕС.

3

1. 8

2. 7

3. 6

4. 4

5.

54. К АГЛЮТЕНОВЫМ КАШАМ ОТНОСИТСЯ

4

1. ячневая

2. манная

3. овсяная

4. гречневая

5.

55. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ФЕРРОТЕРАПИИ В ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ДОЗИРОВКЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

3

1. скоростью повышения гемоглобина

2. факторами риска развития анемии

3. степенью анемии

4. экономическими факторами семьи

5.

56.ПРОФИЛАКТИКОЙ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ СВОЕВРЕМЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМА

2

- 1.молочными кашами
- 2.мясными продуктами
3. овощными пюре
4. фруктовыми соками
- 5.

57. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АНЕМИИ РЕБЁНКУ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ МОЖНО НАЗНАЧИТЬ

3

- 1.витрум бэби
- 2.мультитабс
- 3.феррум-лек
- 4.сорбифердурулес
- 5.

58. К НАЧАЛЬНЫМ СИМПТОМАМ ХРОНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ ОТНОСЯТСЯ

1

1. бледность кожных покровов, снижение массы тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя
2. повышение температуры тела, бледность кожных покровов, снижение массы тела
3. снижение массы тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя, повышение температуры тела
4. повышение температуры тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя, бледность кожных покровов
- 5.

59. СКРЫТАЯ ТЕТАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

3

1. рахита

2. гипервитаминоза D
3. спазмофилии
4. гипотрофии
- 5.

60. НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ _____ ММОЛЬ/Л

- 2
1. 1,29 – 2,26
2. 2,2 – 2,7
3. 1,2 – 2,55
4. 1,25 – 1,35
- 5.

61. НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ФОСФОРА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ _____ ММОЛЬ/Л

- 1
1. 1,1 – 1,4
2. 0,2 – 0,7
3. 3,0 – 3,3
4. 2,2 – 2,7
- 5.

62. ЗАПОДОЗРИТЬ У РЕБЕНКА ТЕТАНИЮ МОЖНО ПО

- 4
1. плохому аппетиту
2. адинамии
3. анемии
4. беспокойству, вздрагиванию
- 5.

63. ТЕРМИН ГИПОТРОФИЯ ПОДРАЗУМЕВАЕТ

- 3
1. дефицит отдельных нутриентов в питании
2. острое расстройство питания с дегидратацией

3. хроническое расстройство питания с дефицитом массы тела
4. острое расстройство питания с дефицитом массы тела
- 5.

64. СТЕПЕНЬ ГИПОТРОФИИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ДЕФИЦИТУ

- 2
1. отдельных нутриентов рациона питания
2. массы тела
3. тургору мягких тканей
4. Длины тела
- 5.

65. ПРИ ГИПОТРОФИИ I СТЕПЕНИ ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА (В %) СОСТАВЛЯЕТ

- 1
1. 10-20
2. 20-30
3. более 30
4. 5-10
- 5.

66. [T042045] ПРИ ГИПОТРОФИИ II СТЕПЕНИ ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ

- 3
1. 5-10%
2. более 30%
3. 20-30%
4. 10-20%
- 5.

67. ПРИ ГИПОТРОФИИ III СТ. ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ

- 4
1. 20-30%
2. больше 50%
3. 10-20%

4. больше 30%

5.

68. ЧТО ВЫСТУПАЕТ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ АВИТАМИНОЗА ВИТАМИНА А?

2

1. ороговение и цианотичный оттенок кожи ягодиц

2. нарушение сумеречного зрения

3. болезненные трещины в углах рта

4. повышенная ломкость ногтей, выпадение волос

5.

69. КАРПОПЕДАЛЬНЫЙ СПАЗМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

3

1. фебрильных судорог

2. эписиндрома

3. гипокальциемии

4. дефицита железа

5.

4. Пульмонология

#
1
Рентгенологическая картина острых бронхитов:
3
наличие инфильтратов в легких
прикорневая инфильтрация
усиление легочного рисунка
деформация прикорневого рисунка
оголение корней легких
#
2

При обструктивном бронхите у детей раннего возраста имеется:
4
пульсация шейных вен
ассиметрия экскурсии правой и левой половин грудной клетки
бледность кожных покровов и румянец щёк
экспираторная одышка, участие вспомогательной мускулатуры грудной клетки в акте дыхания повышение воздушности легочной ткани вплоть до эмфиземы (в тяж.случ.)
инспираторная одышка, втяжение податливых участков грудной клетки на вдохе
#
3
При бронхиолите <i>не назначают:</i>
5
увлажненный кислород
эуфиллин
антибиотики
преднизолон
кодеин
#
4
Наиболее часто острая пневмония локализуется в нижней доле правого легкого вследствие:
2
широкого просвета бронхов
особенности отхождения правого бронха и плохого дренирования бронхов
очень узкого просвета бронхов
хорошего дренирования бронхов
обилия секрета
#
5
Для бронхоэктатической болезни характерны:
2
непостоянные влажные хрипы
влажные хрипы постоянной локализации
проводные хрипы

крепитация
сухие хрипы
#
6
При перкуторном обследовании грудной клетки больных с бронхиальной астмой выявляют:
2
укорочение перкуторного звука в ниже-задних отделах грудной клетки
коробочный звук, опущение нижних границ легких
притупление легочного звука
легочной звук
тупой "бедренный" звук
#
7
Этиологическим фактором обструктивного бронхита <i>чаще</i> являются:
2
аденовирусы
РС-вирусы
вирусы гриппа А
вирусы гриппа Б
бактерии
#
8
Аускультативная симптоматика при острых бронхитах:
2
нет хрипов
сухие или среднепузырчатые рассеянные, симметричные хрипы
влажные локальные средне пузырчатые хрипы
мелкопузырчатые локальные хрипы
крепитация
#
9
Классификация клинических форм острой пневмонии <i>не включает</i> :
4

очаговая
сегментарная
интерстициальная
стафилококковая буллезная
долевая
#
10
Антибиотиками с которых следует начинать лечение острой пневмонии, вызванной грамположительной флорой, являются:
2
стрептомицин
амоксициллин
левомицитин
гентамицин
цефтриаксон
#
11
Для выявления бронхоэктазов показана:
1
бронхография
пневмотахометрия
обзорный снимок
томография
рентгеноскопия
#
12
Бронхиальную астму у детей до 3 лет чаще вызывают:
2
медикаментозные аллергены
пищевые аллергены, домашняя пыль
растительные аллергены
бытовая химия
грибковые аллергены
#

13
Перечислите особенности мокроты при бронхиальной астме:
3
гнойная
с кровью
слизистая, прозрачная, выделяется в конце приступа
выделяется в начале приступа
мокрота отсутствует
#
14
Аускультативная симптоматика при острых простых бронхитах:
2
нет хрипов
сухие рассеянные хрипы или влажные среднепузырчатые рассеянные хрипы
мелкопузырчатые очаговые хрипы
ослабление дыхания над нижними полями легких
крепитация
#
15
К возникновению острой пневмонии у детей раннего возраста <i>не предрасполагает</i> :
5
паратрофия
гипотрофия
экссудативный диатез
рахит
гемофилия
#
16
Ведущим клиническим синдромом в диагностике острой пневмонии является:
3
кашель
ослабленное дыхание над всеми легочными полями
крепитация локальная или локальные мелкопузырчатые хрипы
рассеянные свистящие хрипы

рассеянные мелкопузырчатые хрипы
#
17
Для стафилококковой деструктивной пневмонии <i>не характерны:</i>
1
внезапно появившаяся одышка и приступ кашля
тяжелое состояние, выраженная интоксикация
влажный кашель, одышка
осложнения: плеврит, пиопневмоторакс, буллы
лейкоцитоз, повышение СОЭ
#
18
К наиболее частым причинам развития хронических бронхолегочных заболеваний у детей <i>не относится:</i>
5
первичные врожденные ателектазы легких
аспирация инородных тел
ателектазы легких при кори и коклюше
затяжные пневмонии различной этиологии
частые заболевания ОРВИ
#
19
Наиболее типичный признак бронхоэктазов:
3
серость кожных покровов
изменение пальцев по типу “барабанных палочек”
кашель с обильной гнойной мокротой полным ртом
бочкообразная грудная клетка
ногти в виде “часовых стекол”
#
20
Предвестниками приступа бронхиальной астмы являются:
1
серозные или водянистые выделения из носа, чихание, зуд в носу, покашливание

инспираторная одышка
боли в грудной клетке
субфебрильная температура
психомоторное возбуждение
#
21
Для лечения обструктивного бронхита в период обострения показаны:
5
отхаркивающие
муколитики
бронхолитики
ингаляции сальбутамола
все перечисленное
#
22
Характер перкуторных данных при острых простых бронхитах:
4
локальные притупления
коробочный звук
”бедренный” звук
легочной звук
диффузное притупление звука
#
23
В патогенезе острых пневмоний <i>не играют роль</i> :
5
тканевая гипоксия
гипоксемия респираторная и циркуляторная
метаболический ацидоз
инфильтративная реакция
гиперкалиемия
#
24
Какие клинические признаки <i>не характерны</i> для пневмонии:

4
повышение температуры тела выше 38,5 более 3-х дней
локальные укорочения перкуторного звука
рентгенологически – инфильтрация легочной ткани
отеки
локальная крепитация
#
25
На дому разрешается лечить острые пневмонии у детей:
1
неосложненной формы
тяжелые, осложненные формы
крупозные
интерстициальные
стафилококковые
#
26
Укажите обязательные компоненты, входящее в определение понятия ”Хроническое бронхолёгочное заболевание»:
3
обратимость воспалительных изменений
килевидная деформация грудной клетки
пневмосклероз, стойкая деформация бронхов, хронический воспалительный инфильтративный процесс в легких
стафилококковые буллы
воронкообразная деформация грудной клетки
#
27
При легком приступе бронхиальной астмы рекомендуется назначение:
2
эфедрина с адреналином
сальбутамола
неселективных бронхоспазмолитиков
димедрола с эфедрином

преднизолона
#
28
К типичным рентгенологическим изменениям при бронхиальной астме в приступный период относятся все перечисленные, за исключением:
3
нарушения подвижности грудной клетки
вздутия грудной клетки
увеличения лимфоузлов средостения
усиления сосудистого рисунка
структурности корней легких
#
29
Для средней степени тяжести приступа бронхиальной астмы у ребенка характерны признаки:
2
одышка при ходьбе, ребенок может лежать; говорит предложениями; иногда может быть возбужден; участие вспомогательной дыхательной мускулатуры умеренное; свистящие хрипы умеренные; пульс 100
одышка при разговоре или кормлении, предпочитает сидеть; речь – фразами; возбужден; выражено участие вспомогательной дыхательной мускулатуры; выраженные сухие хрипы; пульс 100-200/в мин
одышка в покое; говорит отдельными словами; возбужден; пульс 120/мин
речь резко затруднена, заторможен или в состоянии спутанного сознания, парадоксальные движения грудной клетки и брюшной стенки, «немое» лёгкое, брадикардия
одышки нет, локальное притупление перкуторного звука
#
30
Для лёгкой степени тяжести приступа бронхиальной астмы у ребенка характерны признаки:
1
одышка при ходьбе, ребенок может лежать; говорит предложениями; иногда может быть возбужден; участие вспомогательной дыхательной мускулатуры умеренное; свистящие

хрипы умеренные; пульс 100/в мин
одышка при разговоре или кормлении, предпочитает сидеть; речь – фразами; возбужден; выражено участие вспомогательной дыхательной мускулатуры; выраженные сухие хрипы; пульс 100-200/в мин.
одышка в покое; говорит отдельными словами; возбужден; пульс 120/мин
речь резко затруднена, заторможен или в состоянии спутанного сознания, парадоксальные движения грудной клетки и брюшной стенки, «немое» лёгкое, брадикардия
крепитация
#
31
Для тяжелой степени тяжести приступа бронхиальной астмы у ребенка характерны признаки:
2
одышка при разговоре или кормлении, предпочитает сидеть; речь – фразами; возбужден; выражено участие вспомогательной дыхательной мускулатуры; выраженные сухие хрипы; пульс 100-200/в мин.
одышка в покое; говорит отдельными словами; не может принимать пищу, сидит с наклоном вперед, возбужден; пульс 120/мин
одышка при ходьбе, ребенок может лежать; говорит предложениями; иногда может быть возбуждён; участие вспомогательной дыхательной мускулатуры умеренное; свистящие хрипы умеренные; пульс 100/в мин
Речь невозможна, заторможен или в состоянии спутанного сознания, парадоксальные движения грудной клетки и брюшной стенки, «немое» лёгкое, брадикардия
Локальное притупление перкуторного звука
#
32
Укажите признаки жизнеугрожающей астмы (астматического статуса):
4
одышка при ходьбе, ребенок может лежать; говорит предложениями; иногда может быть возбуждён; участие вспомогательной дыхательной мускулатуры умеренное; свистящие хрипы умеренные; пульс 100/в мин
одышка при разговоре или кормлении, предпочитает сидеть; речь – фразами; возбужден; выражено участие вспомогательной дыхательной мускулатуры; выраженные сухие хрипы; пульс 100-200/в мин.

одышка в покое; говорит отдельными словами; возбужден; пульс 120/в мин
не говорит, заторможен или в состоянии спутанного сознания, парадоксальные движения грудной клетки и брюшной стенки, «немое» лёгкое, брадикардия
притупление перкуторного звука над нижними долями обоих легких
#
33
Глюкортикоиды перорально следует назначать во всех случаях, кроме:
5
обострение астмы тяжелое
нет улучшения от назначения ингаляционных β -агонистов короткого действия
если для купирования предыдущих обострений требовались пероральные стероиды
если ранее наблюдались жизнеугрожающие состояния
если есть улучшение от назначения ингаляционных β -агонистов короткого действия
#
34
При бронхиальной астме не проводится вспомогательная оксигенотерапия:
1
всем больным без учета тяжести состояния со скоростью 10-20 л/мин
больным с тяжелым обострением БА
для поддержания адекватного уровня газов
со скоростью 5 л/мин, с помощью носовых канюль или маски
больным со среднетяжелым обострением БА
#
35
Показаниями для госпитализации больного ребенка при бронхиальной астме (БА) не являются:
5
тяжелое обострение астмы (астматический статус)
отсутствие эффекта от проводимой терапии в течение часа
если в анамнезе – недавняя госпитализация или тяжелые приступы БА
в семье неблагоприятные социально-бытовые условия
легкая персистирующая степень тяжести БА
#
36

Ключевыми клиническими симптомами бронхиальной астмы у детей являются:
5
кашель, усиливающийся ночью, экспираторная одышка
повторные эпизоды затрудненного дыхания и свистящего дыхания
кашель, свистящие хрипы, чувство стеснения в груди при контакте с воздушными аллергенами и поллютантами
одышка при простуде продолжается более 10-20 дней
все выше перечисленное
#
37
В этиологии внебольничной (домашней) пневмонии у детей в возрасте от 1 до 5 лет <i>ведущее значение</i> имеет:
1
пневмококк;
пиогенный стрептококк;
стафилококк;
клебсиелла
кишечная палочка
#
38
Гипертермия и озноб в первые часы заболевания типична для пневмонии:
4
хламидийной
микоплазменной
пнеумоцистной
пневмококковой
грибковой
#
39
Внебольничную пневмонию у детей в возрасте старше 5 лет чаще вызывают:
3
стафилококки
пнеумоцисты
пневмококки

грибы
микоплазмы
#
40
Затяжная пневмония диагностируется при отсутствии разрешения пневмонического процесса в сроки:
4
от 3 недель до 4 недель
от 2 недель до 4 недель
от 5 недель до 6 недель
от 4 недель до 8 месяцев
от 8 месяцев и более
#
41
Для экссудативного плеврита характерно:
4
укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в больную сторону
коробочный характер перкуторного звука над экссудатом
усиленное голосовое дрожание и выраженная бронхофония над экссудатом
укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в здоровую сторону
усиленное голосовое дрожание и укорочение перкуторного звука
#
42
Внебольничная пневмония у детей в возрасте от 1 до 5 лет реже вызывается:
1
синегнойной палочкой
пневмококком
микоплазмой
гемофильной палочкой
стафилококком
#
43
Для выявления междолевого выпота показано:
2

томография
боковой рентгеновский снимок
плевральная пункция
прямая рентгенограмма
бронхоскопия
#
44
Какие признаки характерны для хронического бронхолёгочного заболевания с бронхоэктазами:
2
непостоянные влажные хрипы;
влажные хрипы постоянной локализации
проводные хрипы
крепитация
сухие рассеянные хрипы
#
45
Какой из перечисленных признаков характерен для гемосидероза легких:
1
наличие сидерофагов в мокроте
высокий уровень железа сыворотки крови
эмфизема
эозинофильный легочный инфильтрат
гнойная мокрота
#
46
Для выявления бронхоэктазов показана:
1
бронхография
пневмотахометрия
Ро-графия органов грудной клетки
спирография
пикфлоуметрия
#

47
Для бронхиальной астмы <i>не характерен</i> признак:
2
приступы бронхоспазма с экспираторной одышкой
повышение хлоридов в поте и моче
гиперпродукция вязкой прозрачной мокроты
рассеянные непостоянные сухие, свистящие хрипы
жесткое дыхание
#
48
Объём форсированного выдоха за 1 сек (FEV ₁), форсированная жизненная емкость (FCV) и максимальная скорость выдоха (PEF) у детей в возрасте старше 5 лет позволяют оценить:
4
степень алергизации организма
степень выраженности инфекционного процесса
состояние иммунной системы организма
степень бронхиальной обструкции
состояние сердечно-сосудистой системы организма
#
49
С помощью пикфлоуметра измеряется:
4
общая емкость выдоха
жизненная емкость легких
остаточный объем легких
максимальная (пиковая) скорость выдоха (PEF);
степень бронхиальной обструкции
#
50
При лечении бронхиальной астмы <i>наиболее часто</i> серьезные побочные эффекты развиваются при длительном применении:
3
ингаляционных кортикостероидов

кромогликата
пероральных кортикостероидов
кетотифена
β-2-адреномиметиков
#
51
При лечении пневмонии, вызванной бета-лактамазпродуцирующими штаммами пневмококка, целесообразно использовать:
2
феноксиметилпенициллин
амоксициллин, потенцированный клавулановой кислотой
амоксициллин
ампициллин
азитромицин
#
52
При лечении микоплазменной пневмонии целесообразно использовать:
2
природные пенициллины
макролиды
полусинтетические пенициллины
цефалоспорины 1-го поколения
аминогликозиды
#
53
Не обладает муколитическим эффектом:
4
мукогельвин
амброксол
бромгексин
либексин
амбробене
#
54

Наиболее частой причиной экссудативного плеврита у детей является:
2
пневмония
туберкулез
опухоли
травма
эхинококковая киста
#
55
Решающее значение для диагностики хронического бронхолёгочного заболевания имеет:
4
рентгенография грудной клетки
физикальные данные: стойкие локальные изменения дыхания и наличие влажных хрипов
исследование функции внешнего дыхания
бронхоскопия, бронхография
пикфлоуметрия
#
56
Основные лечебные мероприятия в остром периоде обструктивного бронхита вирусной этиологии, кроме:
4
бронхолитики
отхаркивающие
вибрационный массаж грудной клетки
антибиотики
физиопроцедуры
#
57
В основе хронического облитерирующего бронхиолита лежит:
2
преходящий бронхоспазм
облитерация бронхиол и артериол одного или нескольких участков легкого
транзиторный отек слизистой бронхов
кратковременная гиперпродукция бронхиального секрета

множественные ателектазы
#
58
Наиболее вероятная причина экссудативного плеврита у ребенка 3 лет, в плевральной жидкости которого преобладают сегментоядерные лейкоциты:
1
пневмония
туберкулез
рак легкого
обструктивный бронхит
перелом ребра
#
59
Достоверный метод верификации хронического бронхита:
4
общеклинические физикальные исследования
рентгенография органов грудной клетки
клинический анализ крови
бронхоскопия с цитологическим и бактериологическим исследованием бронхиального содержимого
посев мокроты
#
60
Оптимальные сроки назначения антибиотиков при пневмонии до:
3
ликвидации токсикоза
прекращения кашля
улучшения самочувствия, 4-5 дней стойкой нормальной температуры тела
нормализации СОЭ
нормализации температуры
#
61
Алгоритм ведения детей на основе стратегии PAL ВОЗ (от симптома к диагнозу): В случае наличия кашля при длительности заболевания 7 дней, наличия сухих, средне и

крупнопузырчатых хрипов и отсутствии изменений при перкуссии следует классифицировать заболевание как:
2
пневмония
острый простой бронхит
пневмонии нет, простуда
ОРВИ
тяжелая пневмония или другое тяжелое заболевание
#
62
<i>Алгоритм ведения детей на основе стратегии PAL BO3 (от симптома к диагнозу):</i> При наличии дыхательной недостаточности, интоксикации, декомпенсации сопутствующих заболеваний, втяжения грудной клетки (дети до 5 лет), классифицируйте:
5
пневмония
острый простой бронхит
деструктивная пневмония
острая бронхопневмония, осложнённая (токсические осложнения, дистресс-синдром)
тяжелая пневмония или другое тяжелое заболевание
#
63
Согласно руководства по болезням органов дыхания МЗ КР, антибиотиком первого ряда лечения пневмоний является:
1
амоксциллин
пенициллин
klarитромицин
азитромицин
цефуроксим
#
64
Согласно руководства по болезням органов дыхания МЗ КР, показанием для госпитализации больных с пневмонией не является:
5

дети до 4-х месяцев жизни
неэффективное лечение более 3 дней амбулаторно
тяжелый преморбидный фон
пневмонии, развившиеся сразу после выписки из стационара
все дети до 5-летнего возраста
#
65
Согласно руководства по болезням органов дыхания МЗ КР, при лечении больных с пневмонией, основным муколитическим средством является:
3
бромгексин
мукалтин
амброксол
ацетилцистеин
бронхолитин
#
66
Основанием для подозрения на хроническое бронхолегочное заболевание является наличие всего, <i>кроме</i> :
5
частые респираторные заболевания в анамнезе
повторные острые пневмонии с одной и той же локализацией
постоянный кашель с выделением гнойной мокроты
постоянные перкуторные и аускультативные изменения одной и той же стороны
постоянная умеренная анемия

1. ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

4

1. стридорозным дыханием
2. осиплостью голоса
3. грубым лающим кашлем
4. удлиненным выдохом
- 5.

2. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА И ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПОСЛЕДНЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

2

-
1. цианоз кожных покровов и слизистых
 2. экспираторная одышка
 3. осиплость голоса
 4. отсутствие хрипов в легких при аускультации
 - 5.

3. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

3

1. надпочечниковую недостаточность
2. кишечный токсикоз
3. дыхательную недостаточность
4. судорожный синдром
- 5.

4. ОСТРАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ I СТЕПЕНИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИ НАЛИЧИЕМ

4

1. раздуванием крыльев носа
2. втяжения межреберных промежутков области
3. одышки в покое
4. одышки при физической нагрузке
- 5.

5. ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ _____ ТИП ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

2

1. обструктивный
2. смешанный
3. констриктивный
4. рестриктивный
- 5.

6. ВЕДУЩИМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ОСТРЫЙ БРОНХОЛИТ, ЯВЛЯЕТСЯ

1

1. респираторно-синтициальный вирус
2. коронавирус
3. ротавирус
4. метапневмовирус
- 5.

7. ДЛЯ КАКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ХАРАКТЕРНО СМЕЩЕНИЕ СРЕДОСТЕНИЯ В СТОРОНУ ПОРАЖЕНИЯ?

1

1. ателектаз легкого
2. лобарная эмфизема
3. гидропневмоторакс
4. метапневмонический плеврит
- 5.

8. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НА ДОМУ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

3

1. феноксиметилпенициллина
 2. пиперациллина
 3. амоксициллина
 4. карбенициллина
 - 5.
-

9.РЕСПИРАТОРНО-СИТИЦИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЕТ

4

1. вирусную диарею
2. пневмонию
3. острый ринит
4. бронхиолит
- 5.

10. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КАКОГО ПРЕПАРАТА МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ: ТАХИКАРДИЯ, СУДОРОГИ, ВОЗБУЖДЕНИЕ, РВОТА, ГИПЕРГЛИКЕМИЯ?

2

1. оксibuтират натрия
2. эуфиллин
3. глюконат кальция
4. магния сульфат
- 5.

11. ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ В ДИАГНОСТИКЕ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. жесткое дыхание
2. ослабленное дыхание
3. локальная крепитация
4. одышка
- 5.

12. ДИАГНОСТИРОВАТЬ ПЛЕВРИТ ПОЗВОЛЯЕТ

4

1. укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в большую сторону
2. усиление голосового дрожания
3. ослабленное дыхание с бронхофонией
4. укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в здоровую сторону
- 5.

13. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ УРОВНЯ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЛЕВРЫ НЕОБХОДИМО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРОВЕСТИ

2

1. плевральную пункцию
2. рентгенографию легких в вертикальном положении
3. латерографию
4. томографию легких в вертикальном положении
- 5.

14. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МУКОВИСЦИДОЗА РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

2

1. копрологический анализ
2. потовый тест с определением хлора
3. наличие обструктивного синдрома
4. анамнез
- 5.

15. ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА ВОЗНИКАЕТ ПРИ

1

1. бронхиальной обструкции
 2. фарингите
-

3. остром ларингите

4. трахеите

5.

16. ПИК ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БРОНХИОЛИТОМ НАБЛЮДАЕТСЯ У ДЕТЕЙ

2

1. младшего школьного возраста

2. первого года жизни

3. в возрасте от 1 до 3 лет

4. дошкольного возраста

5.

**17. В ЛЕЧЕНИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА
ПРОТИВОПОКАЗАНЫ _____ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА**

1

1. противокашлевые

2. отхаркивающие

3. муколитические

4. мукорегуляторные

5.

18. ПРОФИЛАКТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ВКЛЮЧАЕТ

3

1. своевременное введение прикорма

2. естественное вскармливание

3. иммунизацию против пневмококковой инфекции

4. достаточное пребывание на свежем воздухе

5.

**19. ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ
ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ**

4

1. противовирусных препаратов

2. противогрибковых препаратов

3. муколитиков

4. антибиотиков

5.

**20. К ЛЕГОЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПНЕВМОНИИ
ОТНОСИТСЯ _____ ЛЕГКОГО**

1

1. абсцесс

2. киста

3. гипоплазия

4. опухоль

5.

**21. К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ОСТРОГО БРОНХИТА
ОТНОСЯТ _____ ХРИПЫ**

2

1. локальные сухие

2. рассеянные сухие, крупно- и среднепузырчатые

3. локальные мелкопузырчатые влажные

4. рассеянные мелкопузырчатые

5.

**22. К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ОБСТРУКТИВНОГО
БРОНХИТА ОТНОСЯТ _____ ХРИПЫ**

2

-
1. локальные сухие
 2. рассеянные сухие свистящие
 3. рассеянные мелкопузырчатые
 4. локальные мелкопузырчатые
 - 5.

23. ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. хламидия
2. микоплазма
3. респираторный вирус
4. легионелла
- 5.

24. К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ БРОНХИОЛИТА ОТНОСЯТ _____ ХРИПЫ

4

1. рассеянные сухие
2. локальные мелкопузырчатые
3. локальные сухие
4. рассеянные мелкопузырчатые
- 5.

25. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРНЫ ДЛИТЕЛЬНО СОХРАНЯЮЩИЕСЯ _____ ХРИПЫ

1

1. крупно- и среднепузырчатые влажные
2. рассеянные мелкопузырчатые влажные
3. локальные мелкопузырчатые
4. рассеянные сухие свистящие
- 5.

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

4

1. стафилококк
2. стрептококк
3. энтерококк
4. пневмококк
- 5.

27. ОСНОВНЫМИ ФИЗИКАЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ _____ ХРИПЫ

2

1. рассеянные сухие свистящие
2. локальные мелкопузырчатые или крепитирующие
3. локальные сухие свистящие
4. рассеянные мелкопузырчатые влажные
- 5.

28. К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

2

1. локальные разнокалиберные влажные хрипы
 2. притупление перкуторного звука
 3. коробочный звук при перкуссии
 4. рассеянные мелкопузырчатые хрипы
 - 5.
-

29. К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

1

1. выраженную одышку
2. грубый лающий кашель
3. фебрильную лихорадку
4. сухой плеврит
- 5.

30. ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИНАДЛЕЖИТ

1

1. несоответствию высокой теплопродукции низкой теплоотдаче
2. несоответствию низкой теплопродукции высокой теплоотдаче
3. нарушению со стороны центральной нервной системы
4. воздействию экзо- и эндогенных пирогенов
- 5.

31. ПРИ ОСТРОМ ПРОСТОМ БРОНХИТЕ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ _____ ХРИПЫ В ЛЕГКИХ

2

1. диффузные сухие, свистящие
2. диффузные разнокалиберные
3. диффузные мелкопузырчатые
4. локальные крепитирующие
- 5.

32. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. Булла
2. ателектаз
3. пневмоторакс
4. абсцесс
- 5.

33. ДЛЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРЕН _____ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК

1

1. коробочный
2. легочный
3. укороченный легочный
4. Притупленный
- 5.

34. О РАЗВИТИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У РЕБЕНКА С ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

4

1. появление коробочного перкуторного звука
2. наличие свистящих хрипов при аускультации
3. наличие мелкопузырчатых влажных хрипов при аускультации
4. участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания
- 5.

35. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ БРОНХИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. грибковая инфекция
-

-
2. бактериальная инфекция
 3. вирусная инфекция
 4. аллергическая реакция
 - 5.

36. ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ВЫСЛУШИВАЮТ _____ ХРИПЫ

1

1. диффузные сухие свистящие
2. диффузные мелкопузырчатые влажные
3. локальные мелкопузырчатые влажные
4. диффузные разнокалиберные влажные
- 5.

37. ДЛЯ ОСТРОГО ПРОСТОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРЕН _____ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК

2

1. притупленный
2. легочный
3. коробочный
4. укороченный легочный
- 5.

38. ДЛЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ

3

1. инспираторной одышки
2. навязчивого кашля
3. экспираторной одышки
4. смешанной одышки
- 5.

39. ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ В ОСНОВНОМ НА

4

1. общую слабость
2. затруднение вдоха
3. головную боль
4. затруднение выдоха
- 5.

40. К ОСНОВНОМУ ПРИЗНАКУ БРОНХИОЛИТА ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ОТНОСЯТ ДИФФУЗНЫЕ _____ ХРИПЫ

1

1. мелкопузырчатые влажные
2. сухие свистящие
3. крупнопузырчатые влажные
4. разнокалиберные влажные
- 5.

41. ОСНОВНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 6 ЛЕТ ЯВЛЯЮТСЯ

1

1. Streptococcus pneumonia, Haemophilus influenzae
2. Mycoplasma pneumonia, Legionella pneumophila
3. Chlamydia pneumonia, Mycoplasma pneumonia
4. Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumonia
- 5.

42. УСИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

2

1. эмфиземе
2. пневмонии
3. плеврите
4. пневмотораксе
- 5.

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

3

1. Mycoplasma pneumonia
2. Escherichia coli
3. Chlamydia trachomatis
4. Staphylococcus aureus
- 5.

44. К ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ГОСПИТАЛЬНОЙ (НОЗОКОМИАЛЬНОЙ) ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

2

1. респираторные вирусы
2. грамотрицательную флору
3. грибковую инфекцию
4. атипичную флору
- 5.

45. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СЕТЧАТОГО ЛЕГОЧНОГО РИСУНКА С РАЗЛИЧНОЙ ПО ВЕЛИЧИНЕ ЯЧЕИСТОСТЬЮ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О ТЕЧЕНИИ _____ ПНЕВМОНИИ

1

1. интерстициальной
2. крупозной
3. очаговой
4. Сегментарной
- 5.

46. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ

4

1. грамположительные бактерии
2. грамотрицательные бактерии
3. Простейшие
4. вирусы и «атипичные» возбудители
- 5.

47. ТЕРМИН «ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ» ОТРАЖАЕТ

4

1. выраженность изменений на рентгенограмме
2. отсутствие необходимости в госпитализации больного
3. тяжесть состояния больного
4. условия, в которых произошло инфицирование
- 5.

48. МАЛОАКТИВНЫМ В ОТНОШЕНИИ ПНЕВМОКОККА АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. амоксициллин клавуланат
 2. азитромицин
 3. левомицетин
-

4. цефтриаксон

5.

49. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1

1. макролиды
2. цефалоспорины 1-2 поколений
3. полусинтетические пенициллины
4. Аминогликозиды

5.

50. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ САЛЬБУТАМОЛА СОСТАВЛЯЕТ

2

1. 24 часа
2. до 6 часов
3. 6-8 часов
4. 8-12 часов

5.

51. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЛАРИНГИТА ОТНОСЯТ

4

1. сухой, звонкий кашель и экспираторную одышку
2. насморк, влажный кашель
3. приступообразный кашель, сопровождающийся рвотой
4. «лающий кашель», сиплый голос и инспираторную одышку

5.

52. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1

1. инфильтративные изменения в легких на рентгенограмме
2. разнокалиберные влажные хрипы при аускультации
3. воспалительные изменения в общем анализе крови
4. повышение температуры, кашель влажный, симптомы

5.

53. ПРИ ВЛАЖНОМ КАШЛЕ С ТРУДНО ОТХОДЯЩЕЙ МОКРОТОЙ РЕКОМЕНДУЮТСЯ

2

1. противокашлевые средства периферического действия
2. муколитики
3. наркотические противокашлевые средства центрального действия
4. ненаркотические противокашлевые средства центрального действия

5.

54. К ПОКАЗАТЕЛЯМ ТЯЖЕСТИ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

4

1. температуру
2. кашель
3. локализованные хрипы
4. степень дыхательной недостаточности

5.

55. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ РЕБЁНКА С ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. возраст 3 года
 2. наличие осложнений пневмонии
-

-
3. состояние средней тяжести на 2-ой день болезни
 4. протекание заболевания у 5-тилетнего ребёнка на фоне аллергического диатеза
 - 5.

56. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У РЕБЕНКА 6 МЕСЯЦЕВ, ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. РПГА
2. исследование трансаминаз и альдолаз
3. общий анализ крови
4. рентгенограмма грудной клетки
- 5.

57. К ПОКАЗАТЕЛЮ ТЯЖЕСТИ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

3

1. температуру
2. кашель
3. степень дыхательной недостаточности
4. локализованные хрипы
- 5.

58. ПИТОРАКС ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПНЕВМОНИИ

1

1. стафилококковой
2. пневмоцистной
3. легионеллезной
4. Пневмококковой
- 5.

59. ДЛЯ ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА ХАРАКТЕРНО

1

1. укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в здоровую сторону
2. коробочный характер перкуторного звука над экссудатом
3. усиленное голосовое дрожание и выраженная бронхофония над экссудатом
4. укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в больную сторону
- 5.

60. ПРИЧИНОЙ ЭКСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. ларингит
2. бронхиальная обструкция
3. фарингит
4. Трахеит
- 5.

61. ЧТО НЕ СПОСОБСТВУЮТ ЛУЧШЕМУ ОТХОЖДЕНИЮ МОКРОТЫ ПРИ ПНЕВМОНИИ?

3

1. постуральный дренаж
2. вибрационный массаж
3. УФО
4. лечебная физкультура
- 5.

62. ДИАГНОЗ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА ВЫСТАВЛЯЕТСЯ ПРИ

2

-
1. приступах бронхиальной астмы 1-2 раза в неделю
 2. повторных эпизодах острого бронхита 2-3 и более раз в год на фоне респираторных вирусных инфекций
 3. обострениях хронического воспаления бронхов 2-3 и более раз в год на протяжении 2-х и более лет подряд
 4. повторных эпизодах обструктивного бронхита
 - 5.

63. К АНТИРЕФЛЮКСНЫМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С АСПИРАЦИОННЫМ БРОНХИТОМ ОТНОСИТСЯ

1

1. сон с поднятым головным концом кровати
2. перевод ребенка на искусственное вскармливание
3. кормление грудью в горизонтальном положении
4. отказ от ночных кормлений
- 5.

64. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ БЕТА2-АГОНИСТАМИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ ОЦЕНИВАЮТ ПО

3

1. уменьшению тахикардии
2. улучшению отхождения мокроты
3. уменьшению одышки
4. снижению температурной реакции
- 5.

65. ПРИ БРОНХИТЕ, ВЫЗВАННОМ МИКОПЛАЗМОЙ, РЕБЕНКУ 6 МЕСЯЦЕВ В КАЧЕСТВЕ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ НАЗНАЧАЕТСЯ ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ

1

1. макролидов
2. цефалоспоринов 2 поколения
3. аминопенициллинов
4. Аминогликозидов
- 5.

66. ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ДЕТЯМ СТАРШЕ 5 ЛЕТ АМОКСИЦИЛЛИН ВНУТРЬ НАЗНАЧАЕТСЯ _____ В ДЕНЬ

2

1. 100 мг/кг 2 раза
2. 25 мг/кг 2 раза
3. 50 мг/кг 2 раза
4. 5 мг/кг 1 раз
- 5.

67. В ГРУППУ МАКРОЛИДОВ ВХОДИТ ПРЕПАРАТ

3

1. ванкомицин
2. линкомицин
3. джозамицин
4. Тобрамицин
- 5.

68. ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ХЛАМИДИЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ АЗИТРОМИЦИН ВНУТРЬ НАЗНАЧАЕТСЯ _____ В ДЕНЬ

4

-
1. 20 мг/кг 2 раза
 2. 25 мг/кг 2 раза
 3. 10 мг/кг 1 раз
 4. 5 мг/кг 1 раз
 - 5.

69. ПРОТИВОКАШЛЕВЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ НАЗНАЧАЮТСЯ ПРИ

1

1. сухом болезненном кашле и отсутствии физикальных изменений в легких
2. кашле с вязкой, трудно отделяемой мокротой
3. влажном кашле преимущественно после сна
4. продуктивном кашле у детей раннего возраста с поражением центральной нервной системы
- 5.

70. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНГАЛЯЦИЙ ЧЕРЕЗ НЕБУЛАЙЗЕР В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ДЛЯ РАЗВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1

1. натрия хлорид 0,9%
2. минеральная вода негазированная
3. дистиллированная вода
4. кипяченая вода
- 5.

71. ДЕТЯМ С ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

4

1. антибактериальной терапии
2. ингаляционной терапии с альфа-адреномиметиками
3. базисной терапии глюкокортикостероидами
4. ингаляционной терапии бета2-агонистами
- 5.

72. МАКСИМАЛЬНАЯ РАЗОВАЯ ДОЗА САЛЬБУТАМОЛА ДЛЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ ____ МЛ

1

1. 2,5
2. 5
3. 1
4. 3,5
- 5.

73. ПРЕПАРАТОМ ИНТЕРФЕРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. арбидол
2. амиксин
3. виферон
4. кагоцел
- 5.

74. В СЛУЧАЕ АСПИРАЦИОННОГО БРОНХИТА АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ГРУДНОМУ РЕБЕНКУ ПОКАЗАНА ПРИ

1

1. гипертермии
 2. ночном кашле
 3. выявлении рефлюкса
-

4. невозможности проведения лечебных антирефлюксных мероприятий

5.

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

2

1. 10

2. 8

3. 20

4. 15

5.

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

2

1. 15-20

2. 20-80

3. 50-100

4. 100-200

5.

77. К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ПЕНИЦИЛЛИНОВОГО РЯДА ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИЕМА ОТНОСЯТСЯ

4

1. цедекс, супракс, зиннат

2. гентамицин, левомицетин, фуразолидон

3. сумамед, вильпрафен солютаб, клацид

4. аугментин, феноксиметилпенициллин, амоксициллин

5.

78. К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ЦЕФАЛОСПОРИНОВОГО РЯДА ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИЕМА ОТНОСЯТСЯ

2

1. цедекс, супракс, зиннат

2. аугментин, феноксиметилпенициллин, амоксициллин

3. гентамицин, левомицетин, фуразолидон

4. сумамед, вильпрафен солютаб, клацид

5.

79. РАЗОВАЯ ДОЗА БЕРОДУАЛА ДЛЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ

1

1. 0,5-1,0

2. 0,1-0,4

3. 1,1-2,0

4. 2,1-2,5

5.

80. ВНЕБОЛЬНИЧНЫЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТСЯ

3

1. хламидиями

2. протеем

3. пневмококком

4. микоплазмой

5.

81. ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ I СТЕПЕНИ КЛИНИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

2

1. одышки в покое
2. одышки при физической нагрузке
3. втяжения межреберных промежутков, эпигастральной области
4. раздувания крыльев носа
- 5.

82. ПРИЧИНОЙ ЗАТРУДНЕННОГО ДЫХАНИЯ ПЕРИОДИЧЕСКИ С ПРИСТУПАМИ УДУШЬЯ У ПАЦИЕНТА С ОХРИПЛЫМ ГОЛОСОМ И ПЕРИОДИЧЕСКОЙ АФОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1

1. фиксированное инородное тело гортани
2. инородное тело главного бронха
3. баллотирующее инородное тело трахеи
4. инородное тело сегментарного бронха
- 5.

83. В ОТЛИЧИЕ ОТ ОСТРОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

4

1. цианоз кожных покровов и слизистых
2. осиплость голоса
3. отсутствие хрипов в легких при аускультации
4. экспираторная одышка
- 5.

84. 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

3

1. фиброзирующий альвеолит
2. эозинофильная пневмония
3. бронхиальная астма
4. гиперчувствительный пневмонит
- 5.

85. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У РЕБЕНКА МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

1

1. b2-адреномиметик
2. блокатор H1-гистаминовых рецепторов
3. системный глюкокортикоид
4. блокатор H2-гистаминовых рецепторов
- 5.

86. ГРУППУ РИСКА ПО ПНЕВМОЦИСТОЗУ СОСТАВЛЯЮТ ДЕТИ

1

1. недоношенные
 2. переносимые
 3. незрелые
 4. перенесшие инструментальные вмешательства (интубацию трахеи, бронхоскопию, ИВЛ)
-

5.

87. 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

2

1. тяжелая персистирующая
2. среднетяжелая персистирующая
3. легкая интермиттирующая
4. легкая персистирующая
- 5.

88. ДЛЯ БЫСТРОГО КУПИРОВАНИЯ СИМПТОМОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТ

3

1. теofilлины замедленного высвобождения
2. ингаляционные глюкокортикостероиды
3. бета-2 агонисты короткого действия
4. антигистаминные препараты
- 5.

89. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. недостаточность коры надпочечников
2. остеопороз
3. гипогликемия
4. кандидоз полости рта
- 5.

90. К БЫСТРОМУ И ПРОЛОНГИРОВАННОМУ БРОНХОДИЛАТИРУЮЩЕМУ ЭФФЕКТУ ПРИВОДИТ СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИПРАТРОПИУМ-БРОМИДА И

1

1. β_2 -агонистов
2. кромогликата натрия
3. М-холинолитиков
4. Адреналина
- 5.

91. ПЕРВЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ЭУФИЛЛИНА ЯВЛЯЮТСЯ

1

1. головная боль, боли в животе, тошнота, рвота
2. падение артериального давления и головокружение
3. нарушение сердечного ритма и обморок
4. повышение артериального давления и шум в ушах
- 5.

92. РЕБЕНКУ И ЕГО СЕМЬЕ ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ У НЕГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВРАЧ ДОЛЖЕН РЕКОМЕНДОВАТЬ

4

1. обучение на дому
 2. исключение всех физических нагрузок
 3. смену места жительства
 4. посещение астма-школы
 - 5.
-

93. ОСНОВУ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СОСТАВЛЯЮТ МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА

4

1. укрепление иммунитета
2. предотвращение развития аллергической сенсибилизации
3. исключение воздействия табачного дыма как в пренатальном, так и в постнатальном периодах
4. устранение контакта со значимыми аллергенами
- 5.

94. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В МЕЖПРИСТУПНОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДЯТ

3

1. бронхоскопию
2. компьютерную томографию
3. кожные пробы
4. бронхографию
- 5.

95. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ

2

1. оральные кортикостероиды
2. бета-2-агонист короткого действия
3. ингаляционный кортикостероид
4. теofilлин короткого действия
- 5.

96. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ЛЕГКИХ НАЗНАЧАЮТ

2

1. цитостатики
2. антибиотики
3. антигистаминные
4. адреноблокаторы
- 5.

97. ИСКЛЮЧЕНИЕМ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1

1. повышение хлоридов в поте и моче
2. повышение IgE в крови
3. повышение эозинофилов в крови
4. нарушение функции внешнего дыхания
- 5.

98. С ПОМОЩЬЮ ПИКФЛОУМЕТРА ИЗМЕРЯЕТСЯ

3

1. сатурация кислорода
2. напряжение кислорода в крови
3. максимальная (пиковая) скорость выдоха
4. напряжение углекислого газа в крови
- 5.

99. ОБЪЕМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА ПЕРВУЮ СЕКУНДУ (ОФV1) ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ МЕНЕЕ ____%

1

1. 60
 2. 70
-

3. 80

4. 90

5.

100. ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЮТ

4

1. ослабленное дыхание
2. жесткое дыхание
3. везикулярное дыхание
4. «немое легкое»
- 5.

101. ПРИ ПИКФЛУОМЕТРИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

4

1. жизненную емкость легких
2. объем форсированного выдоха
3. форсированную жизненную емкость легких
4. пиковую скорость выдоха
- 5.

102. ОБЪЕМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА ПЕРВУЮ СЕКУНДУ (ОФВ1) У РЕБЕНКА СТАРШЕ 5 ЛЕТ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ

1

1. степень бронхиальной обструкции
2. степень аллергизации организма
3. степень выраженности инфекционного процесса
4. состояние иммунной системы организма
- 5.

103. ТЯЖЕЛАЯ БРОНХООБСТРУКЦИЯ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ОСЛОЖНЯЕТСЯ РАЗВИТИЕМ

2

1. пиоторакса
2. ателектаза
3. напряженного пневмоторакса
4. абсцесса легкого
- 5.

104. ПРИ АСПИРИНОВОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИЕМ

1

1. нестероидных противовоспалительных препаратов
2. антигистаминных препаратов
3. стабилизаторов мембран тучных клеток
4. антибактериальных препаратов
- 5.

105. ОДНОЙ ИЗ ОСНОВНЫХ ЖАЛОБ БОЛЬНОГО С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЖАЛОБА НА

3

1. кашель с гнойной мокротой
2. кровохарканье
3. приступы удушья
4. боль в грудной клетке
- 5.

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

4

1. крепитации
2. влажных мелкопузырчатых хрипов
3. шума трения плевры
4. сухих свистящих хрипов
- 5.

107. ПРИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ГИПЕРПРОДУКЦИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КЛАССА

1

1. E
2. A
3. M
4. G
- 5.

108. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА С ПОВТОРЯЮЩИМИСЯ ПРИСТУПАМИ ВЕСНОЙ ОБУСЛОВЛЕНА СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ К _____ АЛЛЕРГЕНАМ

2

1. эпидермальным
2. пыльцевым
3. пищевым
4. грибковым
- 5.

109. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА – ЭТО

3

1. хроническое инфекционное воспаление слизистой оболочки бронхов
2. хроническое обструктивное заболевание с нарушением реологических свойств мокроты и задержкой физического развития
3. заболевание дыхательной системы, в основе которого лежит хроническое воспаление слизистой оболочки бронхов, которое сопровождается вариабельной обструкцией и бронхиальной гиперреактивностью
4. хроническое заболевание дыхательной системы характеризующееся прогрессирующей необратимой обструкцией бронхов
- 5.

110. ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬ БРОНХОВ – ЭТО

1

1. неадекватно сильная бронхоконстрикторная реакция на специфические и неспецифические триггеры
2. повышенная восприимчивость нижних дыхательных путей к инфекционным возбудителям
3. склонность к неадекватному образованию слизи бокаловидными клетками слизистой оболочки бронхов
4. изменение реологических свойств мокроты
- 5.

111. ОСОБЕННОСТЬЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

1

1. выявление влажных хрипов при аускультации и более продуктивный кашель
2. экспираторный характер одышки
3. вздутие грудной клетки
4. участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания
- 5.

112. К ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ

**НАЛИЧИЕ ОБСТРУКЦИИ БРОНХОВ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
СТАРШЕ 5 ЛЕТ ОТНОСИТСЯ**

4

1. показатель ОФВ1 от 80 до 100% от должных величин
2. снижение жизненной емкости легких
3. отрицательная проба с бета2-агонистом
4. показатель ОФВ1 менее 80% от должных величин
- 5.

**113. ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ С ПОМОЩЬЮ
СПИРОГРАФА ВОЗМОЖНО ДЕТАМ**

2

1. первого года жизни
2. с 6-ти лет
3. в любом возрасте
4. с 3-х лет
- 5.

114. К БЫТОВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ ОТНОСИТСЯ

3

1. пыльца березы
2. пыльца полыни
3. домашняя пыль
4. белок коровьего молока
- 5.

115. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ

2

1. антиагреганты
2. антибактериальные препараты
3. антигистаминные препараты
4. антикоагулянты
- 5.

116. ПРИСТУП БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

4

1. болью в грудной клетке
2. инспираторной одышкой
3. кашлем с мокротой
4. экспираторной одышкой
- 5.

**117. ПОКАЗАТЕЛИ ПИКОВОЙ СКОРОСТИ ВЫДОХА 70-80% СООТВЕТСТВУЮТ
ЗОНЕ**

1

1. желтой
2. синей
3. зеленой
4. Красной
- 5.

**118. ОЦЕНКУ УРОВНЯ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОВОДЯТ ПРИ
ПОМОЩИ**

1

1. теста по контролю над астмой (AsthmaControlTest; АСТ)
 2. провокационного теста с метахолином
 3. определения уровня общего IgE
-

-
4. рентгенографии органов грудной клетки
 - 5.

119. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 5 ЛЕТ ИМЕЕТ

3

1. общий анализ крови
2. определение общего IgE в сыворотке крови
3. исследование функции внешнего дыхания
4. рентгенография органов грудной клетки
- 5.

120. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТ

1

1. ингаляционные глюкокортикоиды
2. антибиотики
3. бета-адреноблокаторы
4. ингибиторы циклооксигеназы
- 5.

121. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИМЕНЯЮТ

4

1. флутиказон
2. эуфиллин
3. цетиризин
4. сальбутамол
- 5.

122. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. развитие остеопороза
2. кандидоз полости рта и глотки
3. артериальная гипертония
4. гиперкортицизм
- 5.

123. ПРИ ВЫСЕВЕ В МОКРОТЕ БОЛЬНОГО МУКОВИСЦИДОЗОМ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКИ ПРИМЕНЯЮТ

1

1. цефтазидим
2. тетрациклин
3. оксациллин
4. Цефазолин
- 5.

124. КАКИМ СВОЙСТВОМ ОБЛАДАЕТ ЗАФИРЛУКАСТ?

3

1. блокирует гистаминовые рецепторы
2. оказывает отхаркивающее действие
3. является антагонистом лейкотриеновых рецепторов
4. является ингибитором синтеза простагландинов
- 5.

125. ПРИЗНАК, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

1

1. повышение хлоридов в поте и моче
-

-
2. жесткое дыхание
 3. гиперпродукция вязкой прозрачной мокроты
 4. рассеянные непостоянные сухие свистящие хрипы
 - 5.

126. 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

3

1. состояние иммунной системы организма
2. степень выраженности инфекционного процесса
3. степень бронхиальной обструкции
4. степень аллергизации организма
- 5.

127. С ПОМОЩЬЮ ПИКФЛОУМЕТРА ИЗМЕРЯЕТСЯ

4

1. жизненная емкость легких
2. остаточный объем легких
3. общая емкость выдоха
4. максимальная (пиковая) скорость выдоха (PEF)
- 5.

128. ОБСТРУКТИВНЫМ ЛЕГОЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. экзогенный аллергический альвеолит
2. бронхиальная астма
3. эозинофильная пневмония
4. фиброзирующий альвеолит
- 5.

129. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ В КЛИНИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. затрудненный вдох
2. асимметричные влажные хрипы в легких
3. затрудненный выдох
4. ослабление дыхания при аускультации легких
- 5.

130. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХООБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. напряжённый пневмоторакс
2. ателектаз
3. пиоторакс
4. абсцесс
- 5.

131. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1

1. экспираторной одышкой
2. афонией
3. инспираторной одышкой
4. Дизурией
- 5.

132. АУСКУЛЬТАТИВНО ДИФFUЗНОЕ ОСЛАБЛЕННОЕ ДЫХАНИЕ

ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

4

1. приступе бронхиальной астмы
2. коклюше
3. неосложненной пневмонии
4. остром бронхите
- 5.

133. В ПЕРЕЧЕНЬ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА БРОНХИАЛЬНУЮ АСТМУ ВХОДИТ

2

1. проведение скарификационных проб
2. определение общего IgE
3. пикфлоуметрия
4. спирография
- 5.

134. КОМБИНИРОВАННЫМ ПРЕПАРАТОМ, В СОСТАВ КОТОРОГО ВХОДЯТ ФЕНОТЕРОЛ + ИПРАТРОПИУМ БРОМИД, ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. сальбутамол
2. аскорил
3. бронхолитин
4. беродуал
- 5.

135. БЕТА2-АГОНИСТОМ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕПАРАТ

1

1. сальбутамол
2. беклометазон
3. сальметерол
4. Формотерол
- 5.

136. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ДВИГАТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

1

1. занятия в группе ЛФК и дыхательную гимнастику
2. занятия в подготовительной группе через 1 месяц после приступа
3. занятия в основной группе через 3 месяца после приступа
4. освобождение от физической нагрузки
- 5.

137. ПРИ ОБОСТРЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. монтелукаст
2. кетотифен
3. сальбутамол
4. преднизолон
- 5.

138. НАИЛУЧШИЙ ЭФФЕКТ ПРИ ПОДСВЯЗОЧНОМ ОТЕКЕ У ДЕТЕЙ БЫВАЕТ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ

1

1. ингаляций будесонида
-

2. парокислородных ингаляций
3. симпатомиметиков
4. диуретиков
- 5.

Неонатология

#
1
Живорожденный ребенок обязательно имеет признаки:
2
срок гестации 38-41 недель
самостоятельное дыхание, сердцебиение, пульсацию пуповины
массу тела более 2500 гр.
правильно сформированное телосложение
хорошо развитый подкожно-жировой слой
#
2
Ранний неонатальный период длится:
3
с рождения до 28 дней жизни
с рождения до 10 дней жизни
с рождения до 7 дней жизни
с начала родовой деятельности до 7 дней жизни
с 22 недели гестации до 7 дней после рождения
#
3
У ребенка на 7 сутки появилось увеличение молочных желез без воспалительных явлений и сохранялось в течение 3 недель. О чем можно думать?
3
мастит
флегмона грудной клетки
половой криз
локальный отек
абсцесс

#
4
Недоношенный ребенок рождается при сроке гестации (нед):
3
40-41
38-39
22-37
42-43
40-42
#
5
Поздний неонатальный период длится:
2
с рождения до 28 дней жизни
с 7 дней до 28 дней жизни
с 7 дней жизни до 1 года
с рождения до 7 дней жизни
с рождения до 40 дней
#
6
Доношенный ребенок рождается при сроке гестации(нед):
3
36
37
38-41
42-43
35
#
7
Согласно рекомендации ВОЗ за критерий жизнеспособности плода (новорожденного) принимается срок беременности (нед):
2
20
22

26
28
30
#
8
Ранняя неонатальная смертность - это смерть детей первых ____ дней жизни (на 1000 живорожденных):
5
1-2
2-4
4-6
28
7
#
9
Неонатальная (ранняя младенческая) смертность - это смерть детей в дни жизни__ (на 1000 живорожденных):
4
в родах
с 22 недели гестации по первые сутки
с 28 недели гестации по 28
первые 28
первые 7
#
10
Перинатальная смертность-это смерть детей... (на 1000 родившихся живыми и мертвыми):
3
в родах
в первые 7 дней после рождения
с 7 по 28 день жизни
с 22 недели гестации по первые 7 дней жизни

с 22 недели гестации по первые 28 дней жизни
#
11
Какие из указанных симптомов Вы отнесете к пограничным состояниям новорожденных:
2
внутриутробная гипоксия
половой криз, транзиторная лихорадка, физиологическая желтуха новорожденных
синдром рвоты и срыгивания
гемолитическая желтуха
омфалит
#
12
Физиологическая желтуха у доношенных здоровых новорожденных появляется и длится:
1
на 2-3 день и длится до 10-14 дней
в первые 12 часов и длится 7 дней
на 6 день и длится 3 недели
на 2-3 недели и длится 30 дней
при рождении, волнообразная
#
13
Ребенку 5 дней. Настоящая масса-3600 г, вес при рождении-3800 г, от срочных родов, рост 52см, ОГ-36 см, ОГК-34 см. Потеря веса за 5 дней – 200 г. Ваша тактика ?
1
лечения не требуется, т.к. потеря массы физиологическая
требуется инфузионная терапия
требуется введение дополнительного питания
необходимо обследование на наличие заболеваний
следует провести пероральную регидратацию
#

14
У ребенка на 7 сутки появилось увеличение молочных желез без воспалительных явлений и сохранялось в течение 3 недель. О чем можно думать?
5
мастит
флегмона грудной клетки
локальный отек
абсцесс
половой криз
#
15
Физиологической является потеря массы тела новорожденного (%):
3
2-4
4-6
6-8, не более 10
больше 10
менее 20
#
16
Пуповина должна быть перевязана новорожденному:
2
сразу после рождения, и не позднее, чем на 5-7 минуте
после прекращения пульсации пуповины, на первой минуте жизни
в первые 10 секунд
после первого вдоха
на 3 минуте
#
17
При асфиксии новорожденного оценку по шкале Апгар производят через:
1
1 мин
3 мин

5мин
каждые 10 мин
до нормализации состояния каждые 5 мин.
#
18
АВС-реанимация новорожденных в асфиксии состоит из следующих мероприятий, кроме:
5
освобождения, поддержания свободной проходимости воздухоносных путей
введения адреналина
И.В.Л.
восстановления и поддержания сердечной деятельности и гемодинамики
витаминотерапии
#
19
Основным звеном патогенеза асфиксии является:
1
гипоксия, гипоксемия, гиперкапния, ацидоз
гипогликемия, гипокалиемия, гипонатриемия
гиперкальцемию, гипомагниемия, фосфатурия
гипергликемия, гипербилирубинемия
гипопротеинемия, гипонатриемия
#
20
У новорожденного по шкале Апгар не оцениваются:
3
частота сердцебиения
цвет кожи
мочеиспускание, температура тела
дыхание
мышечный тонус, рефлексы
#

21
Клиническими симптомами асфиксии новорожденных являются:
5
тахикардия, гепатомегалия, отеки
иктеричность кожных покровов, гепатоспленомегалия
срыгивание желчью, повышение температуры тела
склерема, мраморность кожных покровов, брадикардия
нерегулярное дыхание, гипотония, гипорефлексия, цианоз кожи, нарушение ритма сердечных сокращений
#
22
Для оценки степени тяжести асфиксии используется шкала:
1
Апгар
Балларда
Сильвермана
Дубовича
Даунса
#
23
Ребенок на первой минуте жизни имеет следующие параметры: пульс - 90 вмин, общий цианоз, мышечная атония, гримаса, не дышит. Этот ребенок по шкале Апгар соответствует оценке (баллов):
4
6
4
3
2
1
#
24
Эпидуральные кровоизлияния у новорожденных возникают:
1
между внутренней поверхностью костей черепа и твердой мозговой оболочкой

в результате деформации теменных костей черепа
при разрыве намета мозжечка
в результате нарушения целостности мозговых сосудов
под мягкую мозговую оболочку
#
25
В терапии судорожного синдрома при внутричерепных родовых травмах применяют 20% раствор натрия оксибутирата из расчета:
2
1 мл/кг веса
50-100 мг/кг веса
20 мл однократно
5 мл однократно
500 мг/кг веса
#
26
При лечении родовой травмы центральной нервной системы применяют все, за исключением:
5
физический покой
краниocereбральную гипотермию
введение гемостатических средств
противосудорожную терапию
гемосорбцию
#
27
Геморрагическую болезнь новорожденных можно эффективно предупредить:
4
инфузией свежемороженой плазмы
инъекцией анти-Д-глобулина матери
переливанием тромбоцитов
ранним прикладыванием к груди и инъекцией вит "К" при рождении
дачей вит «К» матери

#
28
Геморрагическая болезнь новорожденных чаще всего проявляется:
2
в первые сутки
на 2-4 сутки
через неделю
через 30 минут после рождения
на 2 недели жизни
#
29
Клиническими проявлениями геморрагической болезни новорожденных не являются:
4
кровавая рвота
мелена
кефалогематома
телеангиоэктазии
кровотечения из пупочной ранки
#
30
Особенностью системы гемостаза у новорожденных не является:
4
повышенная проницаемость и хрупкость сосудистой стенки
сниженная агрегация тромбоцитов
дефицит К-зависимых факторов свертывания
низкое содержание тромбоцитов
гиперкоагуляция в первые 2-е суток
#
31
Достоверным признаком врожденной цитомегалии является:
4
микрофтальм и хориоретинит
кальцификаты в веществе мозга

остеопороз
обнаружение характерных клеток в осадке мочи, слюне, ликворе
менингоэнцефалит
#
32
Основным в лечении геморрагической болезни новорожденных является:
4
проведение оксигенотерапии
введение физраствора
введение преднизолона
введение витамина К
введение антибиотиков
#
33
Оцените физическое развитие ребенка, который родился в срок, массой 2300 гр, рост 50см:
1
доношенный, ЗВУР, гипотрофический вариант
недоношенный
ЗВУР, гипопластический вариант
ЗВУР, диспластический вариант
переношенный
#
34
В каком случае может развиваться ГБН по Rh-фактору, если:
3
у матери Rh (+); у ребенка Rh(-)
у матери Rh (+); у ребенка Rh(+)
у матери Rh (-); у ребенка Rh(+)
у матери Rh (-); у ребенка Rh(-)
у матери Rh (+); у отца Rh(-)
#
35
Основные клинические формы ГБН, кроме:

5
желтушная
анемическая
отечная
ядерная желтуха
геморрагическая
#
36
Показанием к заменному переливанию крови при ГБН является повышение билирубина в пуповинной крови выше (ммоль/л):
3
10,0
34,0
85,0
60,0
70,0
#
37
Решающим в постановке диагноза ГБН не является:
1
снижение Нв и эритроцитов и повышение прямого билирубина
снижение Нв эритроцитов и повышение непрямого билирубина
положительная прямая реакция Кумбса
эритробластоз, ретикулоцитоз
желтуха
#
38
Какой уровень билирубина у доношенных детей являет критическим для развития ядерной желтухи:
2
115 - 125 мкмоль/л
более 340 мкмоль/л
280 - 300 мкмоль/л

180 - 230 мкмоль/л
100 – 250 мкмоль/л
#
39
Для оценки этапности появления желтухи применяется:
3
шкала Сильвермана
шкала Даунса
шкала Крамера
шкала Апгар
шкала Баллард
#
40
В анализе периферической крови при гемолитической болезни новорожденного имеет место:
1
анемия, ретикулоцитоз
анемия, лейкоцитоз
анемия, тромбоцитопения
лимфоцитоз
моноцитоз
#
41
Гемолитическая болезнь новорожденных может быть обусловлена:
2
внутриутробной инфекцией
иммунологическим конфликтом
нарушением конъюгации билирубина
гемоглобинопатией
внутриутробной гипоксией
#
42

Какой уровень билирубина у недоношенных детей является критическим для развития ядерной желтухи:
5
50-60 мкмоль/л
95 - 125 мкмоль/л
120 - 135 мкмоль/л
150 - 160 мкмоль/л
более 171 мкмоль/л
#
43
При ГБН наиболее тяжелой и прогностически неблагоприятной формой является:
1
отечная форма и ядерная желтуха
анемическая форма и желтушная форма
смешанная форма с явлениями холестаза
геморрагическая форма
острая почечная недостаточность
#
44
Поражение какой системы является наиболее тяжелым осложнением при ГБН желтушной формы:
2
мочевыделительной
центральной нервной системы
сердечно-сосудистой формы
дыхательной системы
кровотворной системы
#
45
Какие данные из акушерского анамнеза матери с Rh«-» фактором могут указать на возможность возникновения ГБН у новорожденного:
2
ранний гестоз

мертворожденность, мед.аборт, выкидыш
сахарный диабет
кольпит
поздний гестоз
#
46
Для клинической картины ГБН желтушной формы характерно:
4
желтуха на 2-е сутки, удовлетворительное, хорошее состояние
желтуха на 2-3 сутки, гепатомегалия, геморрагический синдром
появление желтухи к концу 1-й недели, темная моча, ахоличный стул
желтуха в 1-е сутки, гепатоспленомегалия, вялое состояние
желтуха на 5-е сутки, гепатомегалия, гнойничковые высыпания
#
47
Мелена новорожденных является симптомом:
4
сепсиса
ГБН
тяжелой асфиксии
геморрагической болезни новорожденных
РДС-синдрома
#
48
Какое количество эритромаcсы и плазмы необходимо для ЗПКК при ГБН:
3
10-20 мл/кг
100-140 мл/кг
160-180 мл/кг
200-250 мл/кг
50-70 мл/кг
#

49
Оптимальным методом консервативной терапии при ГБН является:
1
фототерапия
инфузионная терапия
применение энтеросорбентов
лечение фенobarбиталом
применение антибиотиков
#
50
Клиническими вариантами ЗВУР являются:
1
гипотрофический, гипопластический, диспластический
смешанный, паратрофический
острый, хронический
подострый, вялотекущий
геморрагический
#
51
К внутричерепным родовым травмам не относятся:
4
эпидуральные кровоизлияния
субдуральные кровоизлияния
внутрижелудочковые кровоизлияния
родовая опухоль
внутримозговые кровоизлияния
#
52
Для подтверждения диагноза внутрижелудочкового кровоизлияния недоношенному ребенку необходимо обследование:
3
анализ крови
R-графия черепа

ультрасонография, КТГ мозга
ЭЭГ
РЭГ
#
53
R-логическими признаками синдрома дыхательных расстройств являются все, кроме:
3
диффузных очагов пониженной прозрачности
воздушной бронхограммы
локальных очагов воспаления в легких
пониженной пневматизации легочной ткани
расширения тени верхней трети средостения
#
54
Наиболее надежным критерием эффективности дыхания у новорожденных с РДСН является:
3
дыхательный объем
минутный объем дыхания
парциальное напряжение кислорода и углекислого газа крови
частота дыхания
pH крови
#
55
К пневмопатиям не относятся:
5
ателектазы легких
болезнь гиалиновых мембран
отечно-геморрагический синдром
аспирационный синдром
пневмонии
#
56
Сурфактант внутриутробно начинает вырабатываться с:

2
8-10 недели
20-24 недели
30-32 недели
37-38 недели
после рождения
#
57
Оценка по шкале Сильвермана у новорожденного с крайне тяжелой степенью СДР составляет (баллов):
3
5
6-7
10
4
8-9
#
58
Терапия РДС-синдрома у недоношенных детей включает все, кроме:
4
нормализации газового состава крови при помощи СД ППД и ИВЛ
нормализации КОС
восстановлении и поддержании ОЦК
введение дыхательных analeптиков (этимизола, кордиамина)
введение сурфактанта
#
59
Проба Апта считается положительной, если:
1
сохраняется розовый цвет
цвет становится коричневым
цвет становится черным
появляется голубой ободок
цвет становится белым

#
60
Здоровому новорожденному в роддоме необходимо сделать прививки:
3
АКДС, против полиомиелита
БЦЖ, АКДС
БЦЖ, ВГВ
против полиомиелита, кори
против эпид.паротита
#
61
Достоверно подтвердить диагноз ВУИ позволяет:
4
анемия
тромбоцитопения
лейкоцитоз
обнаружение специфического Jg M
обнаружение специфического Jg G
#
62
Наиболее частой причиной неонатального сепсиса является:
1
золотистый стафилакокк
кишечная палочка
протей
псевдомонас
аденовирусы
#
63
Невозможно достоверно диагностировать сепсис у детей грудного возраста при:
5
появлении пиемических очагов
при нарастании тяжести общего состояния
положительных результатах бактериологических исследований крови, мочи, кала, гноя

лейкоцитоза с нейтрофильным сдвигом влево
тимомегалии
#
64
Сепсис не характеризуется наличием метастических очагов воспаления в виде:
5
гнойного отита
остеомиелита
менингита
парапроктита
нефрита
#
65
Пузырчатка новорожденных вызывается:
3
грибками
стрептококком
золотистым стафилококком
кишечной палочкой
протеем
#
66
Экфолиативный дерматит Риттера обусловлен:
1
золотистым стафилококком
стрептококком
пневмококком
синегнойной палочкой
грибками
#
67
Появление на 2-й неделе жизни у новорожденного ребенка на коже ягодиц, бедер, естественных складок, головы, вначале прозрачных, затем наполненных мутным содержимым пузырьков на гиперемизованном фоне, диаметром до 2-3 см

свидетельствует о:
3
везикулопустулезе
склереме
пузырчатке новорожденных
псевдофурункулезе
врожденном эпидермолизе
#
68
При проведении первичной реанимации у доношенного новорожденного ребенка при снижении ОЦК вводится 0,9% физиологический раствор из расчета:
2
5 мл/кг веса
10 мл/кг веса
15 мл/кг веса
20 мл/кг веса
30 мл/кг веса
#
69
Микоплазма вызывает развитие:
1
пневмонии
сепсиса
везикулопустулеза
гидроцефалии
омфолита
70
Имеются следующие формы антенатальной патологии, кроме:
3
ранние фетопатии
бластопатии
пневмопатии
эмбриопатии

1

ПРИ НЕОНАТАЛЬНОМ СКРИНИНГЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ ВЫЯВЛЯЮТ:

1

1. галактоземию
2. синдром Дауна
3. синдром Нунан
4. врожденную тирозинемию
- 5.

2

**ВНУТРИУТРОБНО ОТ МАТЕРИ ПЛОДУ ПЕРЕДАЮТСЯ
ИММУНОГЛОБУЛИНЫ КЛАССА:**

4

1. IgA
2. IgM
3. IgE
4. IgG
- 5.

3

**ВЯЛЫЕ ПУЗЫРИ НА КОЖЕ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ВСТРЕЧАЮТСЯ
ПРИ:**

2

1. врожденном везикулопустулезе
2. пузырьчатке новорожденного
3. неонатальном пустулярном меланозе
4. врожденном буллезном эпидермолизе
- 5.

4

**К ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ КОЖИ У
НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСИТСЯ:**

1

-
1. везикулопустулез
 2. токсическая эритема
 3. буллезный эпидермолиз
 4. неонатальный пустулярный меланоз
 - 5.

5

НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ:

1

1. муковисцидоза
2. врожденного порока сердца
3. атрезии пищевода
4. тиреотоксикоза
- 5.

6

**СТЕПЕНЬ ЗРЕЛОСТИ НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО
ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ:**

3

1. Сильвермана
2. Даунса
3. Балларда
4. Дементьевой
- 5.

7

АРТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОТОК ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:

2

1. дефект межжелудочковой перегородки
2. соединение аорты и легочной артерии
3. дефект в межпредсердной перегородке
4. полную форму атриовентрикулярной коммуникации
- 5.

8

**ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ АСПИРАЦИОННОГО СИНДРОМА У
НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ:**

3

1. инфекционные заболевания матери
2. хромосомные аномалии развития плода
3. внутриутробная гипоксия
4. гемолитическая болезнь новорожденного
- 5.

9

**ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У
НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:**

1

1. метод спонтанного дыхания с постоянным положительным давлением в дыхательных путях
2. продленный вдох
3. ИВЛ мешком Амбу
4. подача кислорода через головной колпак
- 5.

10

**ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛТУХ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ
НЕПРЯМОЙ ФРАКЦИИ БИЛИРУБИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:**

2

1. инфузионная терапия
2. фототерапия
3. фенobarбитал
4. гепатопротектор
- 5.

11

**ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРПИИ ВРОЖДЕННОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:**

4

1. ампициллин
-

-
2. азитромицин
 3. амфотерицин
 4. ацикловир
 - 5.

12

ИЗ РАЦИОНА КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ ИСКЛЮЧАЮТСЯ:

- 3
1. коровье молоко
2. кукуруза
3. консервированные продукты
4. овощи
- 5.

13

ПОД МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТЬЮ ПОДРАЗУМЕВАЮТ ЧИСЛО ДЕТЕЙ, УМЕРШИХ В ВОЗРАСТЕ ДО:

- 1
1. 1 года из 1000 живорожденных
2. 2 лет из 1000 родившихся живыми и мертвыми
3. 2 лет из 1000 живорожденных
4. 1 года из 1000 родившихся живыми и мертвыми
- 5.

14

ДАЛЬНЕЙШЕЕ СНИЖЕНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В ОСНОВНОМ ЗАВИСИТ ОТ КАЧЕСТВА РАБОТЫ:

- 2
1. родильного дома
2. женской консультации
3. отделения патологии новорожденных
4. отделения реанимации
- 5.

15.

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ В РОДДОМЕ ГРУППОВОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ СЛЕДУЕТ:

4

1. перевести новорожденных в наблюдательное отделение и назначить лечение
2. оставить новорожденных на месте, назначив лечение
3. перевести новорожденных в отделение патологии новорожденных после проведенного лечения
- 4) немедленно перевести новорожденных в соответствующий стационар
- 5.

16

ОПТИМАЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ВОЗДУХА В ПАЛАТАХ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РОДИЛЬНОГО ДОМА СОСТАВЛЯЕТ _____ ГРАДУСОВ С:

2

1. 20-24
2. 22-24
3. 24-26
4. 26-28
- 5.

17

ВЛАЖНАЯ УБОРКА ПАЛАТ В ОТДЕЛЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ РОДИЛЬНОГО ДОМА ДОЛЖНА ПРОИЗВОДИТЬСЯ _____ В ДЕНЬ:

1

1. 3-5 раз
2. 1 раз
3. 2 раза
4. 6-7 раз
- 5.)

18

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕМОНТА, ДЕЗИНФЕКЦИОННЫХ И САНИТАРНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ОТДЕЛЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ В БОЛЬНИЦЕ ДОЛЖНО ЗАКРЫВАТЬСЯ:

3

1. 1 раз в год
2. ежеквартально
3. 2 раза в год
4. 1 раз в 2 года
- 5.

19

ПОКАЗАНИЯ К ПЕРЕВОДУ НОВОРОЖДЕННОГО ИЗ РОДИЛЬНОГО ДОМА В СТАЦИОНАР ОПРЕДЕЛЯЕТ:

4

1. главный врач родильного дома
2. заведующий отделением новорожденных стационара
3. главный врач стационара
4. заведующий отделением новорожденных родильного дома
- 5.

20

ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ВЛАЖНОСТЬ ВОЗДУХА В ПАЛАТАХ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ РОДИЛЬНОГО ДОМА ДОЛЖНА БЫТЬ ___ %:

1

1. 55-60
2. 20-30
3. 40-50
4. 70-80
- 5.

21.

У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В КАНАЛЬЦАХ ПОЧЕК ПРОИСХОДИТ ПОЛНАЯ РЕАБСОРЦИЯ:

3

1. аминокислот
 2. низкомолекулярных белков
 3. глюкозы
-

4. ионов натрия

5.

22

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ ТИП ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

4

1. хламидиоза
2. муковисцидоза
3. герпеса
4. цитомегаловирусной инфекции
- 5.

23

ПНЕВМОНИЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРОТЕКАЕТ ПО ТИПУ:

1

1. интерстициальной
2. очаговой
3. очагово-сливной
4. полисегментарной
- 5.

24

ЭКСФОЛИАТИВНЫЙ ДЕРМАТИТ РИТТЕРА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ:

2

1. стрептококковых пиодермий
2. стафилококковых пиодермий
3. генодерматозов
4. аллергодерматозов
- 5.

25

В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ СИМПТОМ:

4

-
1. диареи
 2. анорексии
 3. рвоты
 4. геморрагический
 - 5.

26

НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ ОТ МАТЕРЕЙ-НОСИТЕЛЬНИЦ HBS - АНТИГЕНА С ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА:

- 1
1. в первые часы жизни
2. на 2-3 сутки жизни
3. при выписке из родильного дома
4. в возрасте 1 месяца жизни
- 5.

27

У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АСФИКСИЮ В РОДАХ, ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ:

- 2
1. полицитемии
2. лейкоцитоза
3. лейкопении
4. тромбоцитопении
- 5.

28

СИНДРОМ ПОЛИЦИТЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОБУСЛОВЛЕН:

- 3
 1. гиповолемией
 2. гемодинамическими расстройствами
 3. метаболическими нарушениями
 4. усиленным эритропозом
-

5.

29

ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ:

3

1. врожденном гипотиреозе
2. диабетической эмбриопатии
3. ДВС-синдроме
4. тяжелой гипербилирубинемии

5.

30

В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ РАЗВИТИЮ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ:

1

1. прием матерью незадолго до родов медикаментозных препаратов, повышающих склонность к кровотечениям
2. ацидоз
3. гиперкапния
4. асфиксия

5).

31

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

2

1. повышенный фибринолиз
2. снижение протромбинового комплекса
3. тромбоцитопения
4. уменьшение в крови уровня глобулинов (VIII, IX, X факторов)

5.

32

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИ КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЕ

ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПОЯВЛЯЮТСЯ:

4

1. сразу после рождения
2. на 2-ой день жизни
3. на 2-й неделе жизни
4. к 3-5 дню жизни
- 5.

33

ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ ПРИ РОЖДЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

3

1. наследственный микросфероцитоз
2. дефицит эритроцитарных ферментов
3. кровопотеря
4. наследственная гипопластическая анемия
- 5.

34

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

1

1. 120
2. 130
3. 140
4. 150
- 5.

35

**ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ
АКТИВНОСТИ:**

3

1. аспаратаминотрансферазы
 2. аланинаминотрансферазы
 3. щелочной фосфатазы
 4. альдолазы
-

5.

36

**ЖЕЛТУХА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
НОВОРОЖДЕННЫХ ИСЧЕЗАЕТ К КОНЦУ _____ ЖИЗНИ:**

2

1. 3-й недели
2. 2-й недели
3. 2-го месяца
4. 1-го месяца
- 5.

37

**ПЕРВЫМ СИМПТОМОМ БИЛИРУБИНОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У
НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:**

4

1. резкое возбуждение
2. повышение мышечного тонуса
3. ригидность затылочных мышц
4. появление симптомов угнетения
- 5.

38

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

1

1. некротизирующий энтероколит
2. пилороспазм
3. халазия пищевода
4. высокая кишечная непроходимость
- 5.

39

КЛАССОМ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В ГРУДНОМ

**МОЛОКЕ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ МЕСТНЫЙ ИММУНИТЕТ КИШЕЧНИКА У
НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ:**

2

1. IgM
2. IgA
3. IgG
4. IgE
- 5.

40

**ПРИЧИНОЙ НАРУШЕНИЯ СТАНОВЛЕНИЯ БИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У
НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:**

2

1. гипоксия в родах
2. отсутствие грудного вскармливания с первых часов жизни
3. отсасывание слизи из желудка сразу после рождения
4. проведение реанимационных мероприятий в родильном зале
- 5.

41

ОБЪЕМ ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ЖИДКОСТИ В ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ:

3

1. увеличивается
2. у доношенных новорожденных увеличивается, у недоношенных – уменьшается
3. уменьшается
4. не изменяется
- 5.

42

МЕКОНИЙ ИЗ ТРАХЕИ СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ СЛЕДУЕТ ОТСАСЫВАТЬ:

1

1. эндотрахеальной трубкой соответствующего диаметра
 2. катетером для отсасывания слизи с концевым отверстием, введенным в эндотрахеальную трубку
 3. катетером для отсасывания слизи с концевыми отверстиями, введенным непосредственно
-

в трахею

4. катетером с концевым и двумя боковыми отверстиями, введенным непосредственно в трахею
- 5.

43

ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СВОБОДНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО УСТАНОВИЛОСЬ РЕГУЛЯРНОЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ. СРАЗУ ВСЛЕД ЗА ЭТИМ СЛЕДУЕТ:

4

1. начать ингаляцию кислорода через лицевую маску
2. оценить цвет кожных покровов
3. удалить содержимое желудка
4. оценить частоту сердечных сокращений
- 5.

44

ПОСЛЕ ОТСАСЫВАНИЯ СЛИЗИ ИЗ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, НОСОВЫХ ХОДОВ И ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО НЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ДЫХАНИЯ. ВАШЕ СЛЕДУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ:

3

1. оценить частоту сердечных сокращений
2. оценить цвет кожных покровов
3. начать ИВЛ с помощью дыхательного мешка и маски
4. ввести зонд в желудок и отсосать его содержимое
- 5.

45

ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ НОВОРОЖДЕННЫЙ ДЫШИТ, НО ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ 80 УДАРОВ В МИНУТУ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМО:

3

1. начать ингаляцию кислорода через лицевую маску
-

-
2. начать непрямой массаж сердца
 3. начать ИВЛ с помощью дыхательного мешка и маски
 4. ввести атропин под язык
 - 5.

46

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РУЧНОЙ ИВЛ САМОРАСПРАВЛЯЮЩИМСЯ МЕШКОМ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ НОВОРОЖДЕННОМУ, ПЕРЕНЕСШЕМУ ТЯЖЕЛУЮ АСФИКСИЮ, КОНЦЕНТРАЦИЯ КИСЛОРОДА В ПОДАВАЕМОЙ ЕМУ ГАЗОВОЙ СМЕСИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ ____ %:

- 1
1. 90-100
2. 70-80
3. 50-60
4. 30-40
- 5.

47

ТРАНЗИТОРНАЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ, СВЯЗАННАЯ С ГИПЕРИНСУЛИНИЗМОМ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ДЕТЕЙ:

- 2
1. с гемолитической болезнью новорожденных в результате резус-конфликта
2. от матерей с сахарным диабетом
3. с синдромом Видемана-Беквита
4. с врожденной гиперплазией коры надпочечников
- 5.

48

КЛОНИКО-ТОНИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ СОПРОВОЖДАЮТСЯ:

- 3
 1. резким увеличением метаболизма глюкозы
 2. повышением внутричерепного давления
 3. увеличением потребности мозга в кислороде
 4. повышением артериального давления
-

5.

49

ДЛЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ:

4

1. гипотрофии правого сердца
2. снижения PaO₂
3. респираторного ацидоза
4. прогрессирующей эмфиземы легких

5.

50

ПОЧКАМИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ХОРОШО ВЫВОДЯТСЯ:

1

1. ампициллин
2. меронем
3. ванкомицин
4. дигоксин

5.

51

**ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СДР НОВОРОЖДЕННОГО ЖЕНЩИНАМ С УГРОЗОЙ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ВВОДИТЬ:**

2

1. гидрокортизон
2. дексаметазон
3. преднизолон
4. тиреоидин

5.

52

**НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ОДНОГО КУРСА
ДЕКСАМЕТАЗОНА ПРИ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ СОСТАВЛЯЕТ:**

3

1. 1-1,5 мес.
-

-
2. 7-8 дней
 3. 10-14 дней
 4. короткий трех-четырехдневный курс
 - 5.

53

ПРИ АПНОЭ НЕДОНОШЕННЫХ ВЫБИРАЮТ:

- 4
1. этимизол
2. эуфиллин
3. преднизолон
4. кофеин
- 5.

54

СУЛЬФАТ МАГНИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН ПРИ СУДОРОГАХ:

- 1
1. гипомагниемических
2. гипогликемических
3. гипокальциемических
4. обусловленных гипоксически-ишемической энцефалопатией
- 5.

55

ПРЕПАРАТОМ, К ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ КОТОРОГО ОТНОСИТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ ОПАСНОСТИ РАЗВИТИЯ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- 2
1. диакарб
2. индометацин
3. сурфактант
4. дексаметазон
- 5.

56

**ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА «БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПАЗИЯ» У
ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПРАВОМОЧНА В ВОЗРАСТЕ НЕ РАНЕЕ _____
ЖИЗНИ:**

3

1. 56 суток
2. 6 месяцев
3. 28 суток
4. 1 года
- 5.

57

**К НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЯМ ПОЧЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ:**

3

1. гиперкалиемию и метаболический ацидоз
2. повышение уровней мочевины и креатинина в сыворотке крови
3. повышение уровней мочевины и калия в сыворотке крови
4. метаболический ацидоз и повышение уровня мочевины в сыворотке крови
- 5.

58

**К ТРАНЗИТОРНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У
НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТСЯ:**

2

1. мочекислый инфаркт и метаболический ацидоз
2. олигурия, протеинурия и мочекислый инфаркт
3. протеинурия и лейкоцитурия
4. олигурия и мочекислый инфаркт
- 5.

59

**ОЛИГУРИЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПЕРВЫХ СУТОК ЖИЗНИ СЧИТАЕТСЯ
ДИУРЕЗ МЕНЕЕ _____ МЛ/КГ/ЧАС:**

1

1. 0,5
-

2. 1,5

3. 3,0

4. 2,0

5.

60

САМЫМ ЧАСТЫМ ВАРИАНТОМ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АСФИКСИЮ В РОДАХ, ЯВЛЯЕТСЯ:

4

1. инфаркт миокарда

2. фиброэластоз

3. пароксизмальная наджелудочковая тахикардия

4. транзиторная ишемия миокарда

5.

61

КАКОЕ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЕ СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ:

3

1. цианоз, отеки, хрипы в легких

2. цианоз, одышка, тахикардия

3. одышка, тахикардия, увеличение размеров печени

4. одышка, тахикардия, хрипы в легких

5.

62

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПОЗДНЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1

1. осложнение ОРВИ

2. осложнение РДС

3. внутриутробное инфицирование

4. аспирация в родах

5.

63

ДИАГНОЗ ВНУТРИУТРОБНОЙ ПНЕВМОНИИ ПРАВОМОЧЕН ТОЛЬКО ПРИ ПОЯВЛЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ _____ ЖИЗНИ РЕБЕНКА:

4

1. первых 2-х часов
2. первых суток
3. первой недели
4. первых трех суток
- 5.

64

КОНЬЮГАЦИОННАЯ ЖЕЛТУХА ПОЯВЛЯЕТСЯ У НОВОРОЖДЕННОГО НА _____ СУТКИ ЖИЗНИ:

1

1. 3
2. 1
3. 5
4. 6
- 5.

65

ТРАНЗИТОРНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ МЕТАБОЛИЗМА НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЮТСЯ:

2

1. метаболический ацидоз, гипогликемия
2. метаболический ацидоз, гипогликемия, катаболическая направленность белкового обмена
3. катаболическая направленность белкового обмена, метаболический алкадоз, гипергликемия
4. гипергликемия, алкалоз
- 5.

66

ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ДЕЛИТСЯ НА:

3

1. антенатальный, интранатальный, ранний неонатальный, поздний неонатальный
2. ранний неонатальный, поздний неонатальный
3. поздний антенатальный, интранатальный, ранний неонатальный
4. антенатальный, неонатальный
- 5.

67

НОВОРОЖДЕННЫМ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ МЛАДЕНЕЦ, РОДИВШИЙСЯ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ _____ Г:

2

1. 2750
2. 1500
3. 2500
4. 2000
- 5.

68

ПОКАЗАТЕЛЬ (КОЭФФИЦИЕНТ) ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ РАССЧИТЫВАЮТ КАК ОТНОШЕНИЕ ЧИСЛА:

1

1. 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
2. умерших в течение первой недели после родов, к общему числу родившихся живыми за год; выражается в промилле
3. 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
4. детей, умерших в течение первой недели после родов, к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле
- 5.

69

СНИЖАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ:

4

1. партусистен
2. гинипрал
3. изоптин
4. дексаметазон
- 5.

70

НОВОРОЖДЕННЫМ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ МЛАДЕНЕЦ, РОДИВШИЙСЯ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ _____ Г:

4

1. 1200
2. 1500
3. 1750
4. 1000
- 5.

71

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ:

2

1. синдроме сгущения желчи
2. физиологической желтухе
3. семейном прогрессирующем внутрипеченочном холестазах
4. атрезии желчевыводящих путей
- 5.

72

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ОБУСЛОВЛЕНА:

3

1. дефицитом коагуляционного звена гемостаза
 2. несовместимостью по тромбоцитарным антигенам
 3. дефицитом витамина К
-

4. несовместимостью по эритроцитарным антигенам

5.

73

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ХЛАМИДИЙНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ:

1

1. навязчивый коклюшеподобный кашель

2. притупление перкуторного звука

3. локальные мелкопузырчатые хрипы

4. асимметрию хрипов

5.

74

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ:

4

1. нормальную температуру тела

2. выраженную одышку

3. пневмоторакс

4. мелкопузырчатые влажные хрипы в легких

5.

75

АНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ ОВАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ В КОНЦЕ ПЕРВОГО ____ ЖИЗНИ:

2

1. часа

2. года

3. первого полугодия

4. первого месяца

5.

76

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКРЫТИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У ЗДОРОВОГО

РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ В:

3

1. первое полугодие жизни
2. конце первого года жизни
3. первые часы после рождения
4. конце первого месяца жизни
- 5.

77

**ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ АПГАР ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АСФИКСИИ
НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ:**

1

1. 3 балла и менее
2. 4-5 баллов
3. 5-7 баллов
4. более 8 баллов
- 5.

78

**ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЗАГЛОЧЕННОЙ КРОВИ У
НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ:**

4

1. исследование коагулограммы
2. бактериологическое исследование промывных вод желудка
3. пенный тест
4. тест Апта
- 5.

79

**РАЗВИТИЕ ЯДЕРНОЙ ЖЕЛТУХИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ
МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ ПРИ УРОВНЕ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА,
СОСТАВЛЯЮЩЕГО:**

2

1. 250-300 мкмоль/л
 2. 340 мкмоль/л и более
-

3. 170-250 мкмоль/л

4. менее 170 мкмоль/л

5.

80

ПРИЗНАКАМИ ГЕМОЛИЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

2

1. анемия + ретикулоцитоз

2. ретикулоцитоз + повышение непрямого билирубина + анемия

3. повышение уровня непрямого билирубина + желтуха

4. желтуха + спленомегалия

5.

81

ПРИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

3

1. полусинтетические пенициллины

2. аминогликозиды

3. макролиды

4. цефалоспорины

5.

82

В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЮТ:

2

1. оксигенотерапию

2. препараты сурфактанта

3. кортикостероидную терапию

4. антибиотикотерапию

5.

83

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-

СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОВОДИТСЯ:

1

1. дексаметазоном
2. метилпреднизолоном
3. будесонидом
4. мометазоном
- 5.

84

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ:

3

1. ацикловир
2. виферон
3. цитотект
4. интерферон
- 5.

85

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ:

2

1. витамин E
2. канакион и свежезамороженную плазму
3. антикоагулянты
4. антиагреганты
- 5.

86

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ ВЫЗВАННЫХ МЕТИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТИМ СТАФИЛОКОККОМ ПРИМЕНЯЮТ:

1

1. ванкомицин
 2. линкомицин
 3. эритромицин
-

4. пенициллин

5.

87

ПЕРВИЧНЫЙ ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОВОДЯТ:

4

1. на 10-й день жизни

2. в возрасте одного месяца

3. в возрасте 2-х месяцев

4. в первые 3 дня после выписки из родильного дома

5.

88

**РЕТИНОПАТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ (РЕТРОЛЕНТАЛЬНАЯ ФИБРОПЛАЗИЯ)
СОПРОВОЖДАЕТСЯ ИЗМЕНЕНИЯМИ В:**

4

1. мышцах, регулирующих движение глазного яблока

2. костной ткани черепа

3. мышцах лица и шеи

4. сетчатке и стекловидном теле

5.

89

ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ:

1

1. 12–24 месяца

2. 3–6 месяцев

3. 9–11 месяцев

4. чем дольше, тем лучше

5.

90

НОЧНЫЕ КОРМЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ:

2

1. запрещаются

-
2. разрешаются всегда
 3. разрешаются лишь после консультации невролога
 4. разрешаются, если нет срыгиваний
 - 5.

91

НОВОРОЖДЕННЫЙ РЕБЁНОК, РОДИВШИЙСЯ ОТ СТРЕМИТЕЛЬНЫХ РОДОВ, С ОБВИТИЕМ ПУПОВИНЫ ВОКРУГ ШЕИ ИМЕЕТ РИСК РАЗВИТИЯ:

- 3
1. аллергических заболеваний
2. врождённых пороков развития органов
3. патологии ЦНС
4. анемии
- 5.

92

ПРИЗНАКОМ НЕЗРЕЛОСТИ НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 2
1. шелушение кожи
2. выраженная пушковость на коже
3. наличие «монголоидных» пятен
4. увеличение размеров большого родничка
- 5.

93

РЕБЕНКОМ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА СЧИТАЕТСЯ НОВОРОЖДЕННЫЙ С МАССОЙ _____ Г:

- 1
1. 1500-2500
2. 1000-1500
3. менее 1000
4. 2500-3000
- 5.

94

**ЧРЕЗМЕРНО КРУПНЫМ РЕБЕНКОМ СЧИТАЕТСЯ НОВОРОЖДЕННЫЙ С
МАССОЙ ТЕЛА БОЛЕЕ _____ Г:**

3

1. 4000

2. 5000

3. 4500

4. 3500

5.

95

**ПО ГЕСТАЦИОННОМУ ВОЗРАСТУ НЕДОНОШЕННЫМИ СЧИТАЮТСЯ ДЕТИ,
РОДИВШИЕСЯ В СРОК ДО ____ НЕДЕЛЬ:**

1

1. 37

2. 38

3. 39

4. 40

5.

96

ЗАДАЧЕЙ «С» - ЭТАПА РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

2

1. тактильная стимуляция дыхания

2. коррекция гемодинамики, реологических и метаболических расстройств

3. восстановление внешнего дыхания, вентиляции легких

4. восстановление проходимости дыхательных путей

5.

97

ЗАДАЧЕЙ «А» - ЭТАПА РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

4

1. коррекция гемодинамики, реологических и метаболических расстройств

2. введение адреналина

3. восстановление внешнего дыхания, вентиляции легких

4. восстановление проходимости дыхательных путей

5.

98

К ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ КИСЛОРОДОТЕРАПИИ ОТНОСЯТ:

1

1. раздражение дыхательных путей, подсыхание слизистой оболочки дыхательных путей
2. развитие сердечно-сосудистой недостаточности
3. развитие бронхоспазма, утолщение стенки альвеол, нарушение диффузии газов
4. развитие «шокового» легкого
- 5.

99

ЗАДАЧЕЙ «В» ЭТАПА РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ (ПРИНЦИП ABCD):

3

1. восстановление проходимости дыхательных путей
2. коррекция гемодинамики, реологических и метаболических расстройств
3. восстановление внешнего дыхания, вентиляции легких
4. проведение непрямого массажа сердца
- 5.

100

ДОНОШЕННЫМ СЧИТАЕТСЯ НОВОРОЖДЕННЫЙ, РОДИВШИЙСЯ НА СРОКЕ ГЕСТАЦИИ В _____ НЕД.:

2

1. 22-37
2. 38-42
3. 28-37
4. 36-40
- 5.

101

СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕДОНОШЕННЫХ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ:

1

1. Сильвермана
-

-
2. Глазго
 3. Дементьевой
 4. Апгар
 - 5.

102

К ОСОБЕННОСТЯМ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТ:

- 4
1. замедление времени свертывания
2. одинаковое время свертывания, как у взрослых
3. удлинение времени кровотечения
4. снижение активности плазменных витамин-К-зависимых факторов
- 5.

103

СООТНОШЕНИЕ ДЫХАНИЯ И ПУЛЬСА У НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ:

- 3
1. 1:2
2. 1:4
3. 1:3
4. 1:2,5
- 5.

104

АРТЕРИАЛЬНЫЙ (БОТАЛЛОВ) ПРОТОК СОЕДИНЯЕТ АОРТУ С:

- 3
1. нижней полой веной
2. левым предсердием
3. легочной артерией
4. легочной веной
- 5.

105

У ПЛОДА НАИБОЛЕЕ ОКСИГЕНИРОВАННУЮ КРОВЬ ПОЛУЧАЕТ:

1

1. печень
2. кишечник
3. сердце
4. легкие
- 5.

106

У ДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА МАССА ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ НИЖЕ:

2

1. 2800 г
2. 2500 г
3. 2000 г
4. 2300 г
- 5.

107

МАКСИМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ОТМЕЧАЕТСЯ:

3

1. к 6-7 дню жизни
2. к 8-10 дню жизни
3. к 3-5 дню жизни
4. к 1-2 дню жизни
- 5.

108

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА:

2

1. удаления сыровидной смазки
 2. потери воды через кожу
 3. кормления грудью
-

4. докармливания в первые дни жизни

5.

109

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА:

1.

1. потери воды через лёгкие при дыхании

2. удаления сыровидной смазки

3. кормления грудью

4. докармливания в первые дни жизни

5.

110

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА:

4

1. удаления сыровидной смазки

2. кормления грудью

3. докармливания в первые дни жизни

4. выделения мекония и мочи

5.

111

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ УБЫЛИ МАССЫ ТЕЛА НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОИСХОДИТ К:

4

1. 10-14 дню жизни

2. 14-21 дню жизни

3. 5-7 дню жизни

4. 7-10 дню жизни

5.

112

СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ (В СМ) ДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА ПРИ

РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ:

2

1. 30-32

2. 34-36

3. 32-34

4. 36-38

5.

113

**ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТЕРЯ МАССЫ У ДОНОШЕННЫХ
НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:**

1

1. развитием в первые трое суток жизни

2. меньшей потерей массы на искусственном вскармливании

3. восстановлением исходной массы тела к 30-му дню жизни

4. восстановлением исходной массы тела к 14-му дню жизни

5.

114

**ИЗМЕНЕНИЕ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА МОЧИ 3-4-ДНЕВНОГО
НОВОРОЖДЕННОГО СВЯЗАНО С:**

4

1. увеличением хлоридов

2. увеличением фосфатов

3. увеличением молочного сахара

4. увеличением мочевой кислоты

5.

115

СТИГМАМИ ДИСМОРФОГЕНЕЗА НАЗЫВАЮТ:

3

1. врожденные пороки развития органов и систем

2. большие родимые пятна

3. малые аномалии развития наружных частей тела

4. большие аномалии развития наружных частей тела

5.

116

КРИТИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ СТИГМАТИЗАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ СТИГМ:

2

1. 2-3

2. 5-6

3. 3-4

4. 1-2

5.

117

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА НОВОРОЖДЕННЫХ ПОЯВЛЯЕТСЯ НА _____ ДЕНЬ ЖИЗНИ:

2

1. 1-ый

2. 2-3-й

3. 5-7

4. 10-14

5.

118

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА НОВОРОЖДЕННЫХ ИСЧЕЗАЕТ К _____ ЖИЗНИ:

4

1. 4-5 дню

2. 3-4 неделе

3. 5-6 неделе

4. 7-10 дню

5.

119

ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1

-
1. повышенное разрушение эритроцитов
 2. аномалия строения эритроцитов
 3. аномалия строения гемоглобина
 4. несовместимость матери и ребенка по группам крови
 - 5.

120

АПНОЭ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ СВЯЗАНО С:

- 2
1. недостатком сурфактанта
2. незаконченной дифференцировкой дыхательного центра
3. слабостью сокращения диафрагмы
4. гипоксией дыхательного центра
- 5.

121

СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ В ПОКОЕ ЗА 1 МИН У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ:

- 3
1. 110
2. 90
3. 140
4. 170
- 5.

122

АРТЕРИАЛЬНЫЙ (БОТАЛЛОВ ПРОТОК) СОЕДИНЯЕТ:

- 1
1. легочную артерию и аорту
2. пупочную и нижнюю полую вены
3. легочную и правую подключичную артерии
4. аорту и левую подключичную артерии
- 5.

123

МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ РОЖДЕНИИ:

2

1. преимущественно бифидофлора
2. отсутствует
3. содержит патогенную микрофлору
4. условно-патогенная флора

124

ЗАСЕЛЕНИЕ КИШЕЧНИКА НОВОРОЖДЕННОГО МИКРОФЛОРОЙ (ФАЗА ТРАНЗИТОРНОГО ДИСБАКТЕРИОЗА) ПРОИСХОДИТ К:

3

1. 2-4 дню
2. 1 месяцу
3. 1 неделе
4. 1-2 дню
- 5.

125

СТАНОВЛЕНИЕ НОРМАЛЬНОГО СОСТАВА КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ (ФАЗА ТРАНСФОРМАЦИИ МИКРОФЛОРЫ) У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТЕ _____ НЕДЕЛЬ:

1

1. 2-4
2. 1-2
3. 4-6
4. 6-8
- 5.

126

У БОЛЬШИНСТВА НОВОРОЖДЕННЫХ МЕКОНИЙ ОТХОДИТ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ _____ ДНЕЙ:

1

1. 1-2
 2. 3-4
 3. 4-5
-

4. 5-6

5.

127

ЭМБРИОПАТИИ ФОРМИРУЮТСЯ ДО _____ НЕДЕЛИ ГЕСТАЦИИ:

1

1. 9

2. 14

3. 22

4. 28

5.

128

ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМ МЕЖДУНАРОДНЫМ ДОКУМЕНТОМ В ЗАЩИТЕ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

3

1. семейный кодекс

2. закон об основных гарантиях прав ребенка

3. конвенция о правах ребенка

4. закон об основах системы профилактики правонарушений несовершеннолетних

5.

129

К МЕРОПРИЯТИЯМ ПЕРВИЧНОЙ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОТНОСИТСЯ:

4

1. соблюдение беременной женщиной рациональной диеты

2. введение прикорма с 3 месяцев

3. введение прикорма после 6 месяцев

4. естественное вскармливание

5.

130

ПРОДУКТАМИ, СОСТАВЛЯЮЩИМИ ОСНОВАНИЕ «ПИЩЕВОЙ ПИРАМИДЫ», ЯВЛЯЮТСЯ:

2

1. мясо животных и птицы, яйца, рыба и морепродукты
2. овощи и фрукты, цельно зерновые продукты
3. молоко и кисломолочные продукты
4. хлеб и хлебобулочные изделия
- 5.

131

ЗРЕЛОСТЬ НОВОРОЖДЕННОГО ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО:

3

1. соматометрическим показателям новорожденного
2. сроку гестации и массе тела новорожденного
3. степени морфофункционального развития
4. сроку гестации и длине тела новорожденного
- 5.

132

ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ ЦИАНОЗА У НОВОРОЖДЕННОГО В ГОРИЗОНТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ И ЕГО ИСЧЕЗНОВЕНИЕ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

4

1. врожденном пороке сердца
2. болезни гиалиновых мембран
3. аспирационном синдроме
4. диафрагмальной грыже
- 5.

133

К НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОМУ ОСЛОЖНЕНИЮ СИНДРОМА МЕКОНИЕВОЙ АСПИРАЦИИ ОТНОСИТСЯ:

1

1. персистирующая легочная гипертензия
 2. сердечная недостаточность
 3. почечная недостаточность
 4. септический шок
 - 5.
-

134

КИСЛОРОДОТЕРАПИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ ЛЮБОМУ РЕБЕНКУ С САТУРАЦИЕЙ КРОВИ КИСЛОРОДОМ НИЖЕ ___%:

2

1. 98

2. 92

3. 85

4. 80

5.

135

ЧАСТОЕ РАЗВИТИЕ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНО:

3

1. меньшим диаметром альвеол, чем у взрослых

2. меньшим числом альвеол

3. исходным дефицитом сурфактанта

4. гиповолемией

5.

136

ПРИ ОСМОТРЕ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ У РЕБЕНКА 7 СУТОК ЖИЗНИ СОСТАВИЛА 20 В МИНУТУ. КАКОВА ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО?

1

1. брадипноэ

2. тахипноэ

3. апноэ

4. нормальная

5.

137

ПРИ ОСМОТРЕ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У РЕБЕНКА 5 СУТОК

ЖИЗНИ СОСТАВИЛА 100 В МИНУТУ. КАКОВА ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННОГО?

2

1. тахикардия
2. брадикардия
3. аритмия
4. нормальная
- 5.

138

ПРИ УМЕРЕННОЙ АСФИКСИИ НОВОРОЖДЕННЫЙ ИМЕЕТ ОЦЕНКУ ПО ШКАЛЕ АПГАР НА ПЕРВОЙ МИНУТЕ:

2

1. 3 балла и менее
2. 4-6 баллов
3. 7-8 баллов
4. 9-10 баллов
5. 2-3 балла

Кардиология

1

Одышечно-цианотические приступы наблюдаются при:

2

дефекте межпредсердной перегородки

тетраде Фалло

открытом артериальном протоке

дефекте межжелудочковой перегородки

коарктации аорты

#

2

При одышечно-цианотическом приступе у ребенка с тетрадой Фалло *нецелесообразно назначать:*

1

сердечные гликозиды
увлажненный кислород
пропранолол (анаприлин, обзидан)
промедол
инфузионную терапию
#
3
При тетраде Фалло <i>не наблюдается:</i>
4
общий цианоз
отставание в физическом развитии
отклонение электрической оси сердца вправо
акцент II тона на легочной артерии
гипертрофия правого желудочка
#
4
При тетраде Фалло не наблюдается:
3
декстрапозиция аорты
стеноз легочной артерии
стеноз аорты
гипертрофия стенки правого желудочка
дефект межжелудочковой перегородки
#
5
Форма сердца на рентгенограмме в виде "деревянного голландского башмачка" характерна для:
3
перикардита
аномального тотального дренажа легочных вен в верхнюю полую вену
тетрады Фалло
коарктации аорты
транспозиции магистральных артерий
#

6
При большом дефекте межжелудочковой перегородки у ребенка в возрасте 3 месяцев наблюдаются все перечисленные признаки, <i>за исключением:</i>
4
одышки и непереносимости физической нагрузки
повторных пневмоний
акцента второго тона на легочной артерии
судорог
тахикардии
#
7
При изолированном стенозе легочной артерии не наблюдается:
5
систолическое дрожание во 2-3 межреберьях слева от грудины
эпигастральная пульсация
грубый систолический шум во 2 межреберье слева
увеличение границ сердца в поперечнике за счет правого желудочка
диффузный цианоз
#
8
Для дефекта межпредсердной перегородки характерен:
3
систо-диастолический шум во втором межреберье слева
диастолический шум на верхушке
акцент II тона на a.pulmonalis
систолический шум во втором межреберье справа
диастолический шум во втором межреберье слева
#
9
Снижение диастолического давления характерно для:
2
анемии
открытого артериального протока
стеноза аорты

митральной недостаточности
митрального стеноза
#
10
Симптоматика открытого артериального протока включает всё, <i>за исключением:</i>
5
высокое пульсовое давление
грубый «машинный» шум во 2 межреберье слева, проводящийся на верхушку сердца сосуда шеи, и аорту
акцент II тона во 2 межреберье слева от грудины
одышка
грубый систолический шум в III -IV межреберье слева от грудины
#
11
При резко выраженной недостаточности аортального клапана артериальное давление <i>обычно:</i>
3
нормальное
высокое систолическое и низкое диастолическое
систолическое – нормальное, диастолическое – снижено
высокое на руках и низкое на ногах
высокое систолическое и высокое диастолическое
#
12
При резко выраженной недостаточности аортального клапана <i>не наблюдаются:</i>
2
признаки гипертрофии левого желудочка сердца на ЭКГ;
систолический шум с р.тах во 2-й точке сердца (2м/реберье справа от грудины)
диастолический шум с тах во 3-й точке сердца (2м/реберье слева от грудины)
границы сердца расширены влево
усиление и смещение верхушечного толчка вниз
#
13
Систолический шум с максимумом на верхушке сердца чаще всего связан с патологией:

2
аортального клапана
митрального клапана
трехстворчатого клапана
легочной артерии
легочных вен
#
14
При митральной недостаточности систолический шум бывает:
3
нежный, короткий, непостоянный
грубый, скребущий с эпицентром в V точке
дующий, на верхушке, проводится за пределы сердца, хорошо слышен в положении лёжа и стоя, усиливается при физической нагрузке
выслушивается максимально во 2 межреберье справа от грудины
выслушивается максимально во 2 межреберье слева от грудины
#
15
При митральном стенозе характерно все, <i>за исключением</i>
5
хлопающий 1 тон
рокочущий пресистолический шум
митральный щелчок
пресистолическое дрожание («кошачье мурлыканье»)
нежный, короткий, непостоянный систолический шум на верхушке сердца
#
16
При диагностике ревматической лихорадки наибольшее диагностическое значение имеет:
2
иммуноглобулины А
АСЛО
иммуноглобулины G
ревматоидный фактор
иммуноглобулины M

#
17
К основным критериям ОРЛ относятся все, <i>за исключением:</i>
5
кардит
полиартрит
хорея
ревматические подкожные узелки
очаговая склеродермия
#
18
К лабораторным критериям ОРЛ <i>не относится:</i>
4
ускорение СОЭ, + С-реактивный белок
повышение уровня сиаловых кислот
повышение проницаемости капилляров
повышение уровня антинуклеарных антител, ревматоидный фактор «+»
лейкоцитоз
#
19
Ревматической атаке наиболее <i>часто</i> предшествует:
1
стрептококковая инфекция
травма
сепсис
кишечная инфекция
краснуха
#
20
Учительница обратила внимание родителей на то, что девочка 10 лет стала обидчивой, плаксивой, у нее испортился почерк, плохо выполняет задания на уроках труда. В этой ситуации следует подумать в первую очередь о:
3
неврозе

нарушении зрения
хорее
неврите периферических нервов
нейроциркуляторной дистонии
#
21
Одним из основных диагностических критериев ревматической лихорадки является:
2
очаговая инфекция
кардит
общее недомогание
артралгия
лихорадка
#
22
Для диагностики ОРЛ по Киселю - Джонсу – Нестеру основными критериями являются:
3
повышение титра АСЛО
абдоминальный синдром
полиартрит
снижение зубца Т на ЭКГ
артралгии
#
23
Высокий титр АСЛО свидетельствует о:
2
ревматоидном артрите
инфекции β -гемолитическим стрептококком
сверхчувствительности к стафилококку
снижении резистентности организма
вирусной инфекции
#
24

Критерии Киселя - Джонса используются в диагностике:
2
ревматоидного артрита
острой ревматической лихорадки
системной красной волчанки
саркоидоза
реактивного артрита
#
25
Артрит "летучего" характера, появившийся после ангины, позволяет, <i>прежде всего</i> , предполагать:
2
ревматоидный артрит
ОРЛ
синдром Шенлейна - Геноха
системную красную волчанку
реактивный артрит
#
26
У детей раннего возраста для быстрой дигитализации <i>предпочтительнее</i> использовать:
2
дигитоксин
дигоксин
настой адониса
изоланид
лантозид
#
27
Бициллино-профилактику ревматической лихорадки следует начать:
3
после выписки из стационара в поликлинике
в санатории
в стационаре уже в активной фазе болезни
после улучшения состояния

в период ремиссии
#
28
Во время гормональной терапии при ревматической лихорадке рекомендуется включать в диету:
5
творог
овощные и фруктовые салаты
печеный картофель
кефир
все перечисленное
#
29
Ребенок 8 лет перенес 2 атаки ревматической лихорадки. Сформировалась митральная недостаточность. В этой ситуации проводить профилактику бициллином необходимо в течение:
5
1 года
2 лет
3 лет
5 лет
до 18 лет
#
30
У мальчика 10 лет боль и припухлость коленных и голеностопных суставов, температура 38° С. Левая граница сердца увеличена на 2 см. Тоны сердца приглушены. Неделю назад перенес ангину. Ваш предварительный диагноз:
2
постинфекционный миокардит
ревматическая лихорадка
ревматоидный артрит
септический кардит
реактивный артрит
#

31
Основной причиной формирования приобретенных пороков сердца у детей является:
3
фиброэластоз
системная красная волчанка
ревматическая лихорадка
септический эндокардит
ревматоидный артрит
#
32
Если ребенка с предварительным диагнозом "острая ревматическая лихорадка" не госпитализировали, то ему необходимо сделать все перечисленное, <i>кроме</i> :
2
клинического анализа крови на дому
Эхо-КГ в диагностическом центре
ЭКГ на дому
назначения аспирина
назначения пенициллина
#
33
За осуществление реабилитации детей, перенесших атаку ревматической лихорадки, в поликлинике отвечают:
1
участковый педиатр или семейный врач
физиотерапевт
ЛОР-специалист
врач ЛФК
зав. отделением
#
34
Нестероидные противовоспалительные препараты <i>не рекомендуются</i> при:
3
ревматической лихорадке
ревматоидном артрите

болезни Верльгофа
посттравматическом артрите
реактивном артрите
#
35
Применение стероидных (гормональных) противовоспалительных препаратов может вызвать:
5
усиление тромбообразования
повышение артериального давления
возникновение язвы в желудочно-кишечном тракте
гипергликемию
все перечисленное
#
36
При лечении больного цитостатическими иммуносупрессантами необходимо назначать регулярно:
2
консультацию окулиста
клинический анализ крови
рентгенографию (для выявления остеопороза костей)
измерение артериального давления
УЗИ органов брюшной полости
#
37
К группе нестероидных противовоспалительных препаратов <i>не относится</i> :
4
ацетилсалициловая кислота
диклофенак
индоцид
преднизолон
лорноксикам
#
38

Агрегацию тромбоцитов <i>не уменьшает:</i>
3
продектин
эуфиллин
строфантин
дипиридамола
тиклид
#
39
К прямым антикоагулянтам относится:
3
фенилин
дипиридамола
гепарин
тиклид
дикумарин
#
40
К непрямым антикоагулянтам относятся:
4
дипиридамола
гепарин
аспирин
фенилин
тиклид
#
41
К препаратам, уменьшающим агрегацию тромбоцитов, не относятся:
4
трентал
дипиридамола
преднизолон
стугерон
продектин (пармидин)

#
42
Во время гормональной терапии при ревматизме и ревматоидном артрите рекомендуется включить в диету:
5
овощные и фруктовые салаты
печеный картофель
творог и кефир
сухофрукты
все перечисленное
#
43
Утренняя скованность чаще наблюдается при:
2
ревматическом артрите
ревматоидном артрите
СКВ
реактивном артрите
посттравматическом артрите
#
44
Наиболее характерные лабораторные признаки при системной красной волчанке:
3
лейкоцитоз
лимфоцитоз
наличие LE-клеток
лейкопения
ревматоидный фактор
#
45
Для дерматомиозита не характерно
4
кальциноз мышц
дисфагия

сохранение движений в дистальных отделах конечностей
геморрагическая сыпь
лиловая эритема
#
46
При ревматоидном артрите может наблюдаться
5
высокая лихорадка
перикардит
увеличение лимфоузлов
СОЭ 60 мм/час
все перечисленное
#
47
При системной красной волчанке наибольшую диагностическую значимость имеет:
3
повышение иммуноглобулинов
диспротеинемия
LE-клетки
увеличение СОЭ
изменения в моче
#
48
К проявлениям острой сердечно-сосудистой недостаточности <i>не относится:</i>
4
бледность кожных покровов
нитевидный пульс
падение артериального давления
гиперемия кожи
одышка
#
49
При отеке легких средствами неотложной терапии являются
5

седуксен
наложение жгутов на ноги
лазикс
преднизолон
все перечисленное
#
50
При отеке легких <i>не наблюдается:</i>
4
одышка
ортопноэ
большое количество влажных хрипов в легких
учащенное мочеиспускание
задержка мочеиспускания
#
51
Высокую гипертензию чаще обуславливает:
1
порок развития сосудов почки
пиелонефрит
удвоение чашечно-лоханочной системы
наследственный нефрит
вегетодистония
#
52
Для выявления вазоренальной гипертензии наиболее информативным исследованием является:
4
УЗИ почек
внутривенная урография
цистография
ренальная ангиография
измерение артериального давления на ногах
#

53
Для дифференциальной диагностики гипертензии при коарктации аорты наиболее информативным является:
3
повышение в моче альдостерона
нормальное содержание в моче 17-кетостероидов
артериальное давление на ногах ниже, чем на руках
снижение в моче уровня катехоламинов
артериальное давление на ногах выше, чем на руках
#
54
Синусовая тахикардия на ЭКГ встречается при:
5
миокардите
выпотном перикардите
дистрофии миокарда
эндомиокардите
всем перечисленном
#
55
Для диагностики пароксизмальной тахикардии срочным исследованием является:
1
ЭКГ
рентгенография
ФКГ
исследование электролитов в крови
ЭХО-кардиография
#
56
Для наджелудочковой формы пароксизмальной тахикардии характерными ЭКГ - признаками являются:
1
ритм более 180 в минуту, регулярный, суправентрикулярный комплекс QRS

ритм 130 в минуту, регулярный, узкий комплекс QRS
ритм 160 в минуту, регулярный, резко деформированный комплекс QRS
ритм 150 в минуту, нерегулярный, узкий комплекс QRS
ритм 140 в минуту, уширенный комплекс QRS
#
57
При полной атриовентрикулярной блокаде (атриовентрикулярная блокада III степени) наблюдается:
3
тахикардия
тахиаритмия
выраженная брадикардия
дефицит пульса
внеочередные сокращения
#
58
При поствирусном миокардите наиболее часто отмечается:
5
систолюдиастолический шум
длинный дующий систолический шум на верхушке
мезодиастолический шум
поздний систолический шум
глухие тоны, мягкий, короткий систолический шум
#
59
Для бактериального (инфекционного) кардита характерны следующие симптомы:
5
лихорадка
поражение аортального клапана
увеличение СОЭ
гиперкоагуляция
все перечисленные
#
60

Для дилатационной кардиомиопатии характерно:
1
увеличение полостей желудочков
гипертрофия левого желудочка
гипертрофия правого желудочка
гипертрофия межжелудочковой перегородки
аномальная трабекула
#
61
Для гипертрофической кардиомиопатии при ультразвуковом исследовании сердца характерно:
1
гипертрофия межжелудочковой перегородки
увеличение полости левого желудочка
увеличение полости правого желудочка
гипертрофия предсердий
аномальное крепление митральных хорд
#
62
Наиболее информативным исследованием для диагностики пролапса митрального клапана является:
2
ЭКГ
ультразвуковое исследование сердца
ФКГ
рентгенограмма сердца
реограмма

1. КАРДИАЛГИЯ ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ

4

1. локализуется за грудиной, без иррадиации, тупая, различной продолжительности
 2. локализуется в области верхушки, без иррадиации, различной продолжительности
 3. любой локализации и иррадиации, острая, быстро нарастает
 4. локализуется за грудиной, иррадирует в левое плечо, надключичную область
-

5.

2. ОСОБЕННОСТЬЮ КАРДИАЛЬНОЙ БОЛИ ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. уменьшение в положении на спине, левом боку, при движении
2. усиление в положении на спине, левом боку, при движении
3. усиление в положении сидя с наклоном туловища вперед
4. уменьшение в положении с запрокинутой головой
- 5.

3. ШУМ ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1

1. в разные фазы сердечного цикла, вдоль левого края грудины, не связан с сердечными тонами, без зоны проведения
2. над всей сердечной областью с максимумом на мечевидном отростке, проводится в левую подмышечную область, грубый систолический
3. над всей сердечной областью, проводится в левую подмышечную и межлопаточную область, систоло-диастолический
4. на основании сердца, связан со II тоном, проводится на сосудах шеи и межлопаточную область, диастолический
- 5.

4. ОСОБЕННОСТЬЮ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. развитие фибринозного перикардита
2. значительный объем выпота
3. небольшой объем выпота
4. частое развитие тампонады сердца
- 5.

5. ДЛЯ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ХАРАКТЕРНО

2

1. смещение правой границы сердца
2. смещение левой границы сердца кнаружи
3. отсутствие смещения границ сердца
4. повышение систолического артериального давления
- 5.

6. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ И ДОСТУПНЫМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ БОЛЕЗНЯХ

ПЕРИКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ: ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ И

4

1. магниторезонансная томография сердца
2. рентгенография органов грудной клетки
3. перикардиоцентез
4. эхокардиография
- 5.

7. ПРИ ГИДРОПЕРИКАРДЕ ПОЛОСТЬ ПЕРИКАРДА ЗАПОЛНЕНА

1

1. транссудатом
2. лимфой
3. экссудатом
4. кровью
- 5.

8. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ КАРДИОМИОПАТИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. рентгенография сердца в 3-х проекциях
2. электрокардиография
3. эхокардиография
4. рентгенокимография
- 5.

9. К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ОТНОСИТСЯ

2

1. глухость сердечных тонов
2. длительная стойкая тахикардия
3. нерегулярный сердечный ритм
4. дующий систолический шум в сердце
- 5.

10. НОРМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ СРЕДНИХ УРОВНЕЙ СИСТОЛИЧЕСКОГО И/ИЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СООТВЕТСТВЕННО ПОЛУ, ВОЗРАСТУ И РОСТУ, НАХОДИТСЯ В ПРЕДЕЛАХ ПЕРЦЕНТИЛЕЙ

4

1. 90 и 95

2. 95 и 99

3. 10 и 50

4. 10 и 90

5.

**11. ПРИ СИНДРОМЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ
ИНТЕРВАЛ PQ**

1

1. укорочен

2. не изменен

3. незначительно увеличен

4. изменяется во времени

5.

12. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

2

1. узелковом периартериите

2. аортальной недостаточности

3. открытом артериальном протоке

4. геморрагическом васкулите

5.

**13. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У
ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСИТСЯ**

3

1. пиелонефрит

2. синдром вегетативной дистонии

3. порок развития сосудов почки

4. наследственный нефрит

5.

**14. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ С ЦЕЛЬЮ
ВЫЯВЛЕНИЯ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

1

1. ренальная ангиография

2. ультразвуковое исследование сосудов почек

3. измерение артериального давления на ногах

4. внутривенная урография

5.

15. ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ФОРМЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

3

1. ЧСС 140 в минуту, уширенный комплекс QRS
2. ЧСС 130 в минуту, регулярный ритм, узкий комплекс QRS
3. ЧСС 160 в минуту, регулярный ритм, резко деформированный комплекс QRS
4. ЧСС 150 в минуту, нерегулярный ритм, узкий комплекс QRS

5.

16. К ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТНОСИТСЯ

2

1. гипертрофия левого желудочка
2. увеличение полостей желудочков
- 3.) гипертрофия правого желудочка
4. гипертрофия межжелудочковой перегородки

5.

17. ИНТЕРВАЛ PQ ПРИ СИНДРОМЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ (СИНДРОМЕ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА) СОСТАВЛЯЕТ

--- СЕК

1

1. 0,10
2. 0,14
3. 0,18
4. 0,22

5.

18. ПРИ АВ-БЛОКАДЕ I СТЕПЕНИ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

3

1. выпадение комплекса QRS
2. прогрессирующее удлинение интервала PQ от цикла к циклу
3. удлинение интервала PQ
4. атриовентрикулярная диссоциация

5.

19. ПРИ АВ-БЛОКАДЕ II СТЕПЕНИ ТИПА МОБИТЦ I ПРИ

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

4

1. атриовентрикулярная диссоциация
2. удлинение интервала PQ (все интервалы одинаковой продолжительности)
3. выпадение комплекса QRS
4. прогрессирующее удлинение интервала PQ от цикла к циклу
- 5.

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

1

1. выпадение комплекса QRS
2. удлинение интервала PQ (все интервалы одинаковой продолжительности)
3. прогрессирующее удлинение интервала PQ от цикла к циклу
4. исчезновение зубца P
- 5.

21. ПРИ АВ-БЛОКАДЕ III СТЕПЕНИ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

2

1. удлинение интервала PQ
2. атриовентрикулярная диссоциация
3. прогрессирующее удлинение интервала PQ от цикла к циклу
4. выпадение комплекса QRS
- 5.

22. ПРИ ПЕРИКАРДИТАХ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ МОЖЕТ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ

3

1. синусовая брадикардия
2. патологический зубец Q
3. смещение сегмента ST выше изоэлектрической линии
4. увеличение общего вольтажа QRS
- 5.

23. ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПЕРИКАРДИТЕ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ МОЖЕТ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ

4

1. синусовая брадикардия
-

2. смещение сегмента ST ниже изоэлектрической линии

3. патологический зубец Q

4. уменьшение общего вольтажа QRS

5.

24. ДЛЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ФОРМЫ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ЭКГ-ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ РИТМ

1

1. 160 в минуту, регулярный, резко деформирован QRS

2. 130 в минуту, регулярный, узкий QRS

3. 150 в минуту, регулярный, узкий QRS

4. более 180 в минуту, регулярный, узкий QRS

5.

25. ДЛЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ПРЕДСЕРДНОЙ ТАХИКАРДИИ ХАРАКТЕРНО

4

1. выявление деформации и расширения QRS

2. отсутствие зубца P перед каждым комплексом QRS

3. наличие АВ-диссоциации

4. выявление ЧСС более 200 в минуту у детей раннего возраста и более 180 – у детей школьного возраста

5.

26. ДЕФИЦИТ ПУЛЬСА – ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ДЛЯ

1

1. мерцательной аритмии

2. полной АВ-блокады

3.) суправентрикулярной экстрасистолии

4. суправентрикулярной тахикардии

5.

27. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. тромбоз почечных артерий и вен

2. эссенциальная артериальная гипертензия

3. паренхиматозное заболевание почек

4. коарктация аорты

5.

28. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ 7-12 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. эссенциальная артериальная гипертензия
2. коарктация аорты
3. паренхиматозное заболевание почек
4. стеноз почечных артерий

5.

29. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ ДО 6 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. эссенциальная артериальная гипертензия
2. коарктация аорты
3. паренхиматозное заболевание почек
4. стеноз почечных артерий

5.

30. РАЗВИТИЕ АЛОПЕЦИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1

1. системной красной волчанке
2. острой ревматической лихорадке
3. ювенильном идиопатическом артрите
4. ювенильном дерматомиозите

5.

31. РАЗВИТИЕ ЛЕЙКОПЕНИИ И ТРОМБОПЕНИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

2

1. острой ревматической лихорадки
2. системной красной волчанки
3. системной склеродермии
4. ювенильного идиопатического артрита

5.

32. ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ДЛЯ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА ЯВЛЯЮТСЯ

4

1. дефицит пульса и снижение артериального давления
-

2. аннулярная эритема и ревматические узелки

3. малая хорея и утренняя скованность

4. некроз кожи и локальные отеки

5.

**33. ПРИ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ
НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ ЧСС В 1 МИН**

2

1. 160

2. 180

3. 140

4. 120

5.

34. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1

1. ливедо

2. миокардит

3. кальциноз мышц

4 склеродактилия

5.

35. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. деструктивная артропатия

2. геморрагическая сыпь

3. мышечная слабость

4. асимметрический полирадикулоневрит

5.

**36. К ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ
ОТНОСЯТ**

1

1. АНФ и АТ к двуспиральной ДНК

2. ревматоидный фактор и сиаловые кислоты

3. повышение титров АСЛО и АСГ

4. положительная реакция Райта и Хеддельсона

5.

37. НАЧИНАТЬ КУПИРОВАНИЕ ПРИСТУПА СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ

**ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ ПРИ АД 90/60 ММ
РТ.СТ. ЦЕЛЕСООБРАЗНО С ПОМОЩЬЮ**

4

1. добутаминовой пробы
2. нагрузочных проб
3. пробы Мак-Клюера-Олдрича
4. вагальных проб
- 5.

**38. ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ В ВИДЕ ИНДУРАЦИИ И АТРОФИИ НАБЛЮДАЕТСЯ
ПРИ**

2

1. ювенильном дерматомиозите
2. склеродермии
3. ювенильном артрите
4. болезни Шенлейна–Геноха
- 5.

**39. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ В ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ
ОБЯЗАТЕЛЬНО ВКЛЮЧАЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

3

1. антинейтрофильных цитоплазматических антител
2. ревматоидного фактора
3. антител к двуспиральной ДНК
4. креатинфосфокиназы
- 5.

**40. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА ДИКЛОФЕНАК НАТРИЯ
ПРИМЕНЯЮТ В ДОЗЕ _____ МГ/КГ МАССЫ ТЕЛА В СУТКИ**

1

1. 2-3
2. 0,2-0,3
3. 4-5
4. 20-30
- 5.

**41. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АПФ
ОТНОСИТСЯ**

4

-
1. гипогликемия
 2. гипергликемия
 3. гиперлипидемия
 4. гиперкалиемия

5.

42. ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ БОЛЕЕ БЫСТРОЕ ДИУРЕТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ОКАЗЫВАЕТ

3

1. гипотиазид
2. спиронолактон
3. лазикс
4. урегит

5.

43. СТАНДАРТНЫЕ СРОКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО МИОКАРДИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СОСТАВЛЯЮТ ОТ

2

1. 1 до 3 дней
2. 1 до 3 месяцев
3. 1 до 3 недель
4. 1 до 3 лет

5.

44. НЕОТЛОЖНУЮ ТЕРАПИЮ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ТАХИКАРДИИ С УЗКИМ QRS КОМПЛЕКСОМ НАЧИНАЮТ С ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ

1

1. аденозина
2. изоптина
- 3.) лидокаина
4. атропина

5.

45. ДОЗА НИФЕДИПИНА (СУБЛИНГВАЛЬНО ИЛИ ПЕРОРАЛЬНО) ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ

3

1. 25
 2. 2,5
-

3. 0,25

4. 0,025

5.

46. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ _____ МЕСЯЦА (МЕСЯЦЕВ) ОТ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ

1

1. 2-3

2. 4

3. 6

4. 12

5.

47. ИНТОКСИКАЦИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТАМИ

4

1. железа

2. калия

3. магния

4. кальция

5.

48. В КАЧЕСТВЕ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА НАЗНАЧАЮТ

4

1. циклофосфамид

2. азатиоприн

3. б меркаптопурин

4. метотрексат

5.

49. ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

3

1. блокаторов кальциевых каналов

2. ингибиторов АПФ

3. инотропных средств

4. препаратов калия

5.

50. КОНЬЮНКТИВИТ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ

2

1. Вольфа-Паркинсона -Уайта
2. Рейтера
3. Готтрона
4. Маршалла
- 5.

51. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ЧАСТО ОТМЕЧАЕТСЯ

1

1. лейкопения, тромбоцитопения
2. тромбоцитопения, эозинофилия
3. тромбоцитоз, лимфоцитоз
4. лейкоцитоз, тромбоцитопения
- 5.

52. К ЦЕНТРУ АВТОМАТИЗМА ПЕРВОГО ПОРЯДКА ОТНОСЯТ

2

1. автоматические клетки в левой ножке пучка Гиса
2. синусовый узел
3. автоматические клетки в волокнах Пуркинье
4. предсердные (эктопические) автоматические клетки
- 5.

53. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

4

1. бледность и сухость кожи, экзофтальм
2. тахикардия, повышение артериального давления
3. атонические запоры, редкое обильное мочеиспускание
4. брадикардия, понижение артериального давления
- 5.

54. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

2

-
1. приглушение тонов сердца при аускультации
 2. острое расширение границ сердца
 3. выраженное снижение зубца Т на ЭКГ
 4. тахикардия
 - 5.

55. ЗУБЕЦ Т НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ СООТВЕТСТВУЕТ

1

1. реполяризации желудочков
2. деполяризации предсердий
3. реполяризации предсердий
4. деполяризации предсердий и желудочков
- 5.

**56. ИНТЕРВАЛ PQ(R) НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ СООТВЕТСТВУЕТ
ВРЕМЕНИ ПРОВЕДЕНИЯ ВОЗБУЖДЕНИЯ**

4

1. от синусового узла до волокон Пуркинье
2. по предсердиям
3. от синусового узла до АВ-узла
4. от синусового узла до желудочков
- 5.

57. ПРИ СИНУСОВОМ РИТМЕ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ

1

1. зубцы Р во II стандартном отведении положительны и предшествуют неизменному желудочковому комплексу QRS
2. зубцы Р отрицательные, регистрируются во II и III отведении после неизменных желудочковых комплексов
3. закономерная связь комплексов QRS и зубцов Р отсутствует
4. зубцы Р отрицательные, регистрируются во II и III отведении перед неизменными желудочковыми комплексами
- 5.

**58. В НОРМЕ У ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО НА
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ**

4

1. преобладают потенциалы правого предсердия
 2. преобладают потенциалы левого желудочка
-

-
3. преобладают потенциалы левого предсердия
 4. преобладают потенциалы правого желудочка
 - 5.

59. ПОЯВЛЕНИЕ ШИРОКОГО ДВУГОРБОГО ЗУБЦА Р В ОТВЕДЕНИЯХ I, II, AVL ОБУСЛОВЛЕНО

3

1. гипертрофией левого желудочка
- 2.) гипертрофией правого желудочка
3. гипертрофией левого предсердия
4. замедлением проведения по волокнам Пуркинье
- 5.

60. АБСОЛЮТНОМУ РЕФРАКТЕРНОМУ ПЕРИОДУ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ СООТВЕТСТВУЕТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ

4

1. QRS-T
2. QRS
3. ST
4. T-P
- 5.

61. ЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ СИСТОЛУ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА

2

1. ST
2. QRS-T
3. T-P
4. P-Q
- 5.

62. НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ОТРАЖАЕТ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВОЗБУЖДЕНИЯ В МИОКАРДЕ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА

1

1. QRS
 2. QRS-T
-

3. ST

4. T-P

5.

63. ПРИ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЮТ

4

1. увеличение амплитуды зубца T

2. уменьшение амплитуды зубца T

3. депрессию сегмента ST

4. высокие заостренные зубцы T

5.

64. ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ

2

1. синдром Рейно

2. генерализованное поражение мышц

3. нейропатия

4. нефропатия

5.

65. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ИНОТРОПНЫМ ЭФФЕКТОМ ГЛИКОЗИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. замедление проводимости

2. урежение сердечного ритма, удлинение диастолы

3. повышение сократительной способности миокарда

4. повышение активности гетеротопных очагов автоматизма

5.

66. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЮТСЯ

4

1. спазмолитики

2. нестероидные противовоспалительные препараты

3. антигистаминные препараты

4. системные глюкокортикостероиды

5.

**67. ДО УСТАНОВЛЕНИЯ ТОЧНОГО ДИАГНОЗА АРТРИТА В ЕГО ЛЕЧЕНИИ
МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ**

1

1. нестероидные противовоспалительные препараты
2. антибиотики
3. преднизолон
4. сульфаниламиды

5.

**68. ФИКСИРОВАННАЯ ЭРИТЕМА НА СКУЛОВЫХ ДУГАХ С ТЕНДЕНЦИЕЙ К
РАСПРОСТРАНЕНИЮ НА НАЗОЛАБИАЛЬНЫЕ СКЛАДКИ ЧАЩЕ
ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ**

2

1. ювенильном дерматомиозите
2. системной красной волчанке
- 3.) системной склеродермии
4. узловатой эритеме

5.

**69. К ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКАМ ОТРАВЛЕНИЯ СЕРДЕЧНЫМИ
ГЛИКОЗИДАМИ ОТНОСЯТ**

3

1. тахикардию
2. увеличение диуреза
3. угнетение ЦНС
4. запор

5.

**70. К КАРДИАЛЬНЫМ ПРИЧИНАМ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ОТНОСЯТ**

4

1. нарушения сердечного ритма
2. острую декомпенсацию хронической сердечной недостаточности
3. тяжёлые врожденные пороки сердца
4. перегрузку давлением или объёмом

5.

71. ОСТРАЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С СИМПТОМАМИ

ЗАСТОЯ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

1

1. перегрузки правых отделов сердца
2. перегрузки левых отделов сердца
3. нарушений сердечного ритма
4. ишемии миокарда
- 5.

72. СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ I СТАДИИ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

3

1. цианозом в покое
2. тахикардией в покое
3. тахипноэ при физической нагрузке
4. увеличением печени
- 5.

73. ПРИМЕРОМ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ДИССОЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1 - правильный ответ

1. АВ-блокада III степени
2. тахиаритмия с ЧСС больше 120 в 1 мин
3. брадикардия с ЧСС менее 70 в 1 мин
4. любая АВ-блокада
- 5.

74. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. недостаточный объем крови
2. неадекватное распределение внутрисосудистого объема
3. снижение сократимости сердца
4. препятствие кровотоку
- 5.

75. АНТИДОТОМ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. хлорид кальция
 2. унитиол
-

3. хлорид калия

4. фентанил

5.

76. К ЭФФЕКТАМ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ОТНОСИТСЯ

4

1. положительный дромотропный

2. положительный миотропный

3. отрицательный инотропный

4. отрицательный хронотропный

5.

77. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧСС ПРИ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИМЕНЯЮТ

1

1. β -адреноблокаторы

2. сердечные гликозиды

3. амиодарон

4. лидокаин

5.

78. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОТМЕНЫ В-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. тахикардия

2. продолжительность QRS 0,10 с

3. продолжительность PQ 0,18 с

4. АВ-блокада

5.

79. АТРОПИН ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ

2

1. острой задержке мочи

2. нарушении атриовентрикулярной проводимости

3. кишечной непроходимости

4. передозировке наркотических препаратов

5.

80. ДЛЯ ТЕРАПИИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ ТАХИАРИТМИИ, ВОЗНИКШЕЙ У БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА, НА

ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1

1. дигоксин
2. новокаинамид
3. пропранолол
4. верапамил
- 5.

81. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ СЫПИ

2

1. на животе
2. на спинке носа, щеках
3. на разгибательных поверхностях конечностей
4. в межпальцевых промежутках
- 5.

82. ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ БОЛЕЕ 200 В МИНУТУ ПРИ СОХРАНЕННОМ ЗУБЦЕ P ПЕРЕД КАЖДЫМ КОМПЛЕКСОМ QRS У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ

3

1. атриовентрикулярной блокады 2 степени
2. пароксизмальной желудочковой тахикардии
3. пароксизмальной предсердной тахикардии
4. предсердной экстрасистолии
- 5.

83. К СЕЛЕКТИВНЫМ МАРКЕРАМ МИОКАРДИАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ОТНОСЯТ

4

1. аланинаминотрансферазу
2. С-реактивный белок
3. аспартатаминотрансферазу
4. креатинфосфокиназу и МВ-фракции
- 5.

84. ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1

-
1. ослабление 1 тона
 2. усиление 2 тона на легочной артерии
 3. систолический шум вдоль нижней половины левого края грудины
 4. брадикардия

5.

85. 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

2

1. высокое пульсовое давление
2. артериальная гипертензия
3. гипертоническая болезнь
4. нормальное артериальное давление

5.

86. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТОНИЯ У РЕБЕНКА 7-9 ЛЕТ РЕГИСТРИРУЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НИЖЕ _____

РТ. СТ.

4

1. 100/60
2. 90/50
3. 70/40
4. 80/40

5.

87. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ПОКАЗАН КОНТРОЛЬ _____ КРОВИ

1

1. калия
2. глюкозы
3. гемоглобина
4. щелочной фосфатазы

5.

88. ВЕДУЩИМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ПРИ СИНДРОМЕ WPW ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. слабость синусового узла
2. неполная блокада правой ножки пучка Гиса
3. наличие пучка Кента
4. сердечная недостаточность
- 5.

89. К ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ЭКГ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НЕ ОТНОСИТСЯ

2

1. синусовая аритмия
2. дельта-волна
3. миграция источника ритма в пределах предсердий
4. отрицательный зубец Т в правых отведениях
- 5.

90. К ПРИЗНАКАМ НА ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГИПЕРКАЛИЕМИИ, ОТНОСЯТ

1

1. деформацию комплекса QRS и высокий острый зубец Т
2. уплощение зубца Т
3. снижение интервала ST, отрицательный зубец Т
4. снижение амплитуды всех зубцов ЭКГ
- 5.

91. ДЕТИ С СИНДРОМОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ НА ЭКГ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ ГРУППУ РИСКА ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ

3 - правильный ответ

1. гипертрофической кардиомиопатии
2. ревматизма
3. пароксизмальной тахикардии
4. перикардита
- 5.

92. НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. верапамил
2. амиодарон
3. лидокаин
4. аденозин
- 5.

93. ДИАГНОСТИРОВАТЬ ФИБРИЛЛЯЦИЮ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА МОЖНО

1

1. на ЭКГ
2. при пальпации верхушечного толчка
3. при аускультации
4. по пульсу на крупных артериях
- 5.

94. УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ

3

1. левожелудочковой сердечной недостаточности
2. сосудистой недостаточности
3. правожелудочковой сердечной недостаточности
4. синусовой аритмии
- 5.

95. ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

2

1. сухими хрипами в легких
2. падением артериального давления
3. влажными хрипами в легких
4. влажным кашлем
- 5.

96. СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ

4 - правильный ответ

1. инфекционного эндокардита
 2. врожденных пороков сердца
 3. тяжелых нарушений сердечного ритма
 4. заболеваний желудочно-кишечного тракта
 - 5.
-

97. ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1

1. появлением влажных хрипов в легких, тахикардией, тахипноэ
2. увеличением размеров печени
- 3.) повышением артериального давления
4. отеками на ногах
- 5.

98. ИНТОКСИКАЦИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ВОЗМОЖНА ПРИ СОЧЕТАНИИ ИХ С

3

1. анаприлином
2. препаратами калия
3. препаратами кальция
4. диуретиками
- 5.

99. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПОВ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

4

1. АТФ
2. аймалин (гилуритмал)
3. новокаинамид
4. лидокаин
- 5.

100. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИМЕНЯЮТ

1

1. АТФ, новокаинамид, финоптин (изоптин)
2. аймалин (гилуритмал)
3. лидокаин
4. кордарон, дигоксин
- 5.

1
Спленомегалия <i>не характерна</i> для:
4
Гепатита
Сепсиса
Бруцеллеза
железодефицитной анемии
врожденного сифилиса
#
2
Для анемии Фанкони <i>не характерно</i> :
2
Это аутосомно-рецессивное заболевание, которое характеризуется угнетением всех ростков кроветворения, гематологические расстройства проявляются не ранее 1-5 лет
Это аутосомно-рецессивное заболевание, которое характеризуется с изолированным поражением эритроидного ростка кроветворения, гематологические расстройства проявляются с рождения или до 12 месяцев жизни
Характерны пятна гиперпигментации, скелетные аномалии, пороки почек, сердца, глаз
Характерна кровоточивость на слизистых, петехии и экхимозы на коже
В общ.ан.крови – анемия, нейтропения, тромбоцитопения
#
3
Для анемии Блефена-Даймонда не характерно:
5
гематологические расстройства проявляются с рождения или до 12 месяцев жизни
малые пороки развития (расщелина неба, широкая переносица, складки на шее)
нормохромная анемия
ретикулоцитопения
тромбоцитопения
#
4
Какие из перечисленных этиологических факторов приводят к мегалобластным анемиям (преобладают крупные эритроциты- мегалобласты, с диаметром 10-12мкм)?

1
дефицит витамина B12 и фолиевой кислоты
дефицит железа
дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы
белковый дефицит
дефицит витамина E
#
5
Для гемолитического криза наследственного сфероцитоза характерны симптомы:
1
бледность, желтуха, увеличение селезенки
кровоточивость
увеличение печени
«географический язык»
моча красного цвета
#
6
Укажите главное звено патогенеза первой стадии острой постгеморрагической анемии:
2
повреждение сосуда
уменьшение объема циркулирующей крови
гипоксия гемического генеза
дефицит железа
снижение содержания эритроцитов в крови
#
7
Наличие ДВС-синдрома не подтверждает:
1
СОЭ
этаноловый тест
протамин-сульфатный тест
тест «склеивания стафилококков»
Гемоглобин
#

8
Наиболее характерными признаками внутриклеточного гемолиза являются:
2
повышение прямого билирубина + желтуха
повышение непрямого билирубина + желтуха
повышение прямого билирубина + свободный гемоглобин
повышение непрямого билирубина + свободный гемоглобин
желтуха + рвота
#
9
Патогенез серповидноклеточной анемии обусловлен:
2
снижением синтеза полипептидных цепей гемоглобина
аномальным гемоглобином, в котором одна аминокислота заменена на другую
снижением титра трансферрина
Дефицит витамина В-12
Повышение титра аутоантител к эритроцитам
#
10
При наследственном сфероцитозе осмотическая резистентность эритроцитов:
3
Увеличивается
не меняется
Снижается
Увеличивается на ранних стадиях
Увеличивается на поздних стадиях
#
11
При кризе иммунной гемолитической анемии на первом месте стоит назначение:
2
заместительной терапии
глюкокортикоидов
Спленэктомии
Цитостатиков

НПВС
#
12
Основной гематологический признак гемолиза:
1
Ретикулоцитоз
Лейкоцитоз
повышение СОЭ
Тромбоцитоз
Полицитемия
#
13
Для идиопатической тромбоцитопенической пурпуры характерно изменение:
1
времени кровотечения
времени свертываемости
и того, и другого
ни того, ни другого
дефицит плазменных факторов
#
14
Патогенез кровоточивости при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре обусловлен:
3
патологией сосудистой стенки
дефицитом плазменных факторов свертывания
нарушениями в сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза
Снижением времени свертывания
Увеличением селезенки
#
15
При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре тромбоцитопения обусловлена:
2
недостаточным образованием тромбоцитов

повышенным разрушением тромбоцитов
перераспределением тромбоцитов
Снижение времени кровотечения пробы по Дюке
Повышение времени кровотечения пробы по Дюке
#
16
Для клинической картины идиопатической тромбоцитопенической пурпуры <i>не типично:</i>
4
наличие полихромных, полиморфных (петехии, экхимозы), несимметричных высыпаний
спонтанность появления высыпаний (часто – по ночам)
кровоизлияния из носа, из лунки удаленного зуба, маточные
кровоизлияния в суставы, высыпания вокруг суставов (симметричные)
умеренная спленомегалия
#
17
Клинические проявления гемофилии А связаны с дефицитом:
3
IX фактора
XI фактора
VIII фактора
VII фактора
X фактора
#
18
При гемофилии время кровотечения:
2
Удлиняется
не меняется
Укорачивается
Снижение времени кровотечения пробы по Дюке
Повышение времени кровотечения пробы по Дюке
#
19
Тип наследования гемофилии:

1
сцепленный с X-хромосомой
аутосомно-доминантный
аутосомно-рецессивный
несцепленный с X-хромосомой
сцепленный с Y-хромосомой
#
20
Кровотечения при гемофилии:
2
появляются сразу после травмы
появляются через 1/2-4 часа после травмы, длительные, возможны кровоизлияния в суставы
быстро останавливаются
преимущественно у девочек
преимущественно носовые
#
21
При гемофилии наиболее информативно исследование:
1
определение плазменных факторов свертывания
определение времени кровотечения
определение времени свертывания
подсчет тромбоцитов
Гемоглобин
#
22
При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре тип кровоточивости:
3
гематомный
васкулитно – пурпурный
петехиально – пятнистый
смешанный

ангиоматозный
#
23
При гемофилии А следует вводить гемопрепарат:
2
«отмытые» эритроциты
концентрат VIII фактора
переливание крови длительного хранения
прямое переливание крови
прямое переливание крови от матери
#
24
Геморрагический синдром при геморрагическом васкулите связан с:
3
Тромбоцитопенией
дефицитом факторов свертывания
патологией сосудистой стенки
Увеличением печени
Увеличением селезенки
#
25
К клиническим синдромам при геморрагическом васкулите, <i>не относится</i> :
5
Кожный
Суставной
Абдоминальный
Почечный
Печеночный
#
26
Кожные поражения при геморрагическом васкулите (<i>укажите нетипичную характеристику</i>):
5
Макуло-папулезные высыпания папулезные высыпания, при надавливании бледнеют

Через некоторое время сыпь становится геморрагической (красно-багровой)
Сыпь располагается симметрично, над суставами, на ягодицах, вн. поверхности бедер и т.д.
Волнообразность подсыпаний и их полиморфность
Сыпь синячкового типа, несимметричность
#
27
Основными факторами, повреждающими сосудистую стенку при геморрагическом васкулите, являются:
4
Вирусы
микротромбы
бактериальные токсины
иммунные комплексы
Антитромбоцитарные антитела
#
28
Для гемолитико-уремического синдрома <i>не характерно</i> :
2
геморрагический синдром
неврологическая симптоматика
тромбоцитопения
анемия
острая почечная недостаточность
#
29
<i>Нехарактерным</i> проявлением талассемии является:
4
анемический синдром
желтуха
увеличение селезенки
увеличение печени
снижение цветового показателя
#

30
При дефиците фолиевой кислоты анемия:
3
гипохромная, микроцитарная
нормохромная
гиперхромная, мегалобластическая
гипорегенераторная
норморегенераторная
#
31
Отеки на конечностях, лице и т.д. характерны для анемии, связанной с дефицитом:
5
витамина А
железа
фолиевой кислоты
витамина В ₁₂
витамина К
#
32
Кровоточивость по сосудисто-тромбоцитарному типу характерна для гиповитаминоза ____:
5
А
В ₆
В ₁₂
Е
К
#
33
Гемолитическая анемия является одним из ведущих проявлений гиповитаминоза ____:
4
А
В ₆
С

Е
К
#
34
Причиной серповидно-клеточной анемии является:
1
наследственная аномалия синтеза гемоглобина
приобретенное клональное расстройство гемопоэтических стволовых клеток
наследственный дефект мембраны эритроцитов
дефицит железа
дефицит витамина В ₁₂
#
35
По клинической картине идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура подразделяется на:
1
«сухая» и «влажная» пурпура
пурпура локальная
системная пурпура
симметричная пурпура
смешанная пурпура
#
36
По течению идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура подразделяется на формы, исключая одну из них:
2
острая
подострая
хроническая с редкими рецидивами
хроническая с редкими рецидивами
непрерывно-рецидивирующая
#
37
Болезнь Бернара-Сулье это:

2
идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
наследственная тромбоцитопатия, связанная с дефектом мембраны тромбоцитов, со <i>снижением агрегации</i> тромбоцитов и неспособностью их связывать фибриноген
приобретенная тромбоцитопатия
наследственная тромбоцитопатия, с <i>нормальной агрегацией</i> тромбоцитов, но – <i>снижением</i> их адгезии
наследственная тромбоцитопатия со снижением кроветворной функции
#
38
Для геморрагического синдрома при геморрагическом васкулите характерно:
2
наличие зуда
склонность элементов к слиянию, симметричность высыпаний
несимметричность высыпаний
наличие гемартрозов
синяки
#
39
Препараты, применяющиеся для лечения геморрагического васкулита:
2
дицинон
антиагреганты, преднизолон, гепарин
антибиотики
цитостатики
факторы свертывания крови
#
40
Не улучшает микроциркуляцию:
2
винпоцетин
гентамицин
трентал
эуфиллин

тромбоасс
#
41
Индукция ремиссии острого лейкоза включает в себя применение:
4
глюкокортикоидов
лучевой терапии
глюкокортикоидов+полихимиотерапии
глюкокортикоидов+полихимиотерапии+лучевой терапии
нпвс
#
42
Нехарактерные изменения периферической крови при остром лейкозе:
2
ретикулоцитопения
ретикулоцитоз
Нейтропения
тромбоцитопения
анемия
#
43
Первичным источником образования лейкозных клеток является:
2
лимфатические узлы
костный мозг
ЦНС
паренхиматозные органы
печень
#
44
При экстрамедуллярном рецидиве острого лейкоза поражаются:
2
лимфатические узлы
ЦНС, яички

печень
костный мозг
сердце
#
45
Диагноз лимфогранулематоза ставится на основании:
3
анализа периферической крови
пункции лимфатического узла
биопсии лимфатического узла
пункции костного мозга
Каогулограммы
#
46
Решающим в постановке диагноза лимфогранулематоза является:
3
увеличение шейных лимфатических узлов
увеличение паратрахеальных лимфатических узлов
обнаружение клеток Березовского-Штернберга
Гиперлейкоцитоз
Гипертромбоцитоз
#
47
Для лечения IV стадии лимфогранулематоза применяется:
1
глюкокортикоиды+полихимиотерапия+лучевая терапия
только лучевая терапия
только полихимиотерапия
полихимиотерапия+лучевая терапия
посиндромная терапия
#
48
Наименее благоприятный прогноз при гистологическом варианте лимфогранулематоза:
4

нодулярный склероз
с лимфоцитарным преобладанием
смешанно-клеточный
с лимфоцитарным истощением
смешанно-тромбоцитарный

1К ПРЯМЫМ АНТИКОАГУЛЯНТАМ ОТНОСИТСЯ

4

1. курантил
2. трентал
3. фенилин
4. гепарин
- 5.

2 К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ В КОСТЯХ СКЕЛЕТА, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ (ГЕМОГЛОБИНОПАТИЙ), ОТНОСЯТ

1

1. симптом «щетки», «рыбьи позвонки», остеопороз
2. пальцевые вдавления на черепе, долихо- и брахицефалия
3. патологические переломы
4. отставание костного возраста на рентгенограмме кисти
- 5.

3 К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ОТНОСИТСЯ

2

1. гиперхромная, гипорегенераторная анемия, умеренная тромбоцитопения, лейкопения, умеренные нарушения билирубинового обмена за счет непрямой фракции
2. анемия, ретикулоцитоз, нарушение билирубинового обмена за счет непрямой фракции
3. гипохромная, микросфероцитарная анемия, сниженное содержание сывороточного железа

4. нормохромная анемия, ретикулоцитоз, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, нормальные показатели билирубинового обмена
- 5.

4 В ПАТОГЕНЕЗЕ МИКРОСФЕРОЦИТАРНОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

3

1. генетическая мутация, приводящая к дисбалансу синтеза цепей глобина
2. нарушение внутриклеточной системы энзимов эритроцитов, приводящих к кислородному взрыву
3. функциональный дефект или снижение содержания белка спектрина в мембране эритроцитов
4. образование гаптенных комплексов, прикрепленных к мембране эритроцита
- 5.

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

1

1. III степени, нормохромной
2. II степени, гипохромной
3. III степени, гипохромной
4. II степени, нормохромной
- 5.

6 К КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ НАСЛЕДСТВЕННОЙ МИКРОСФЕРОЦИТАРНОЙ АНЕМИИ, ОТНОСЯТ

2

1. анемию, желтуху, тромбоцитопению
2. анемию, желтуху, спленомегалию
3. анемию, тромбоцитопению, гепатомегалию
4. желтуху, спленомегалию, гипоплазию костного мозга
- 5.

7 АНЕМИЯ ПРИ ПРИОБРЕТЕННОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ

3

1. гипохромная, микроцитарная, гиперрегенераторная
2. нормохромная, нормоцитарная, гипорегенераторная
3. нормохромная, нормоцитарная, гиперрегенераторная
4. гиперхромная, макроцитарная, гипорегенераторная
- 5.

8 НА ВСАСЫВАНИЕ ВИТАМИНА В12 ВЛИЯЕТ

4

1. липаза
2. амилаза
3. гастрин
4. соляная кислота
- 5.

9 КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ У ПАЦИЕНТА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГИПЕРРЕГЕНЕРАТОРНОЙ АНЕМИИ?

1

1. гемолитическую анемию
2. гипопластическую анемию
3. сидеробластную анемию
4. витаминдефицитную анемию
- 5.

10 КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ РЕБЕНКУ С В-ТАЛАССЕМИЕЙ, ЧТОБЫ КОНТРОЛИРОВАТЬ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ГЕМОСИДЕРОЗА?

2

1. пробу на аутогемолиз
2. десфераловый тест
3. определение уровня метгемоглобина
4. электрофорез гемоглобина
- 5.

11 КАКОЙ ВИТАМИН ПРИНИМАЕТ УЧАСТИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ СИДЕРОБЛАСТНОЙ АНЕМИИ?

3

1. цианокобаламин
2. рибофлавин
3. пиридоксин
4. тиамин
- 5.

12 В МИЕЛОГРАММЕ ПРИ АНЕМИИ ФАНКONI ВЫЯВЛЯЮТ УГНЕТЕНИЕ

4

1. эритроидного ростка
2. миелоидного ростка
3. мекариоцитарного ростка
4. 3-х ростков одновременно
- 5.

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

1

1. ретикулоцитов
2. тромбоцитов
3. сывороточного железа
4. сывороточного ферритина
- 5.

14 ЧЕРЕЗ НЕДЕЛЮ ПОСЛЕ ОБИЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ В ГЕМОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЮТ _____ АНЕМИЮ

3

1. гиперхромную, гиперрегенераторную
2. гипохромную, регенераторную
3. нормохромную, гиперрегенераторную
4. гиперхромную, регенераторную
- 5.

15 В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ОБИЛЬНОЙ КРОВОПОТЕРИ В КРОВИ ВЫЯВЛЯЮТ

4

1. гиперрегенераторную анемию, лейкопению, гипокоагуляцию
2. нормоцитарную, нормохромную анемию, активацию фибринолиза
3. нормоцитарную, нормохромную анемию, гипокоагуляцию
4. нейтрофильный лейкоцитоз, тромбоцитоз, гиперкоагуляцию
- 5.

16 КАКИЕ ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ИСТОЧНИКАМИ ВИТАМИНА В12?

4

1. овощи и фрукты
2. чечевица, фасоль, горох
3. крупяные каши
4. мясо и молоко
- 5.

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

2

1. апластическая анемия
2. острый лейкоз
3. инфекционный мононуклеоз
4. тромбоцитопеническая пурпура
- 5.

18 ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОФИЛИИ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

1

1. времени свертываемости
2. времени кровотечения
3. плазминогена
4. количества D-димеров
- 5.

19 ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЛЕБРАНДА _____ ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ

1

1. синячково-гематомный
2. петехиально-пятнистый
3. васкулитно-пурпурный
4. Гематомный
- 5.

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

1

1. VIII или IX
2. I или II
3. III или IV
4. V или VI
- 5.

21 В МИЕЛОГРАММЕ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ ХАРАКТЕРНО ВЫЯВЛЕНИЕ

2

1. нормального числа мегакариоцитов
2. раздражения мегакариоцитарного ростка
3. угнетения мегакариоцитарного ростка
4. близкого к нормальному числу мегакариоцитов
- 5.

22 СЫПЬ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ

2

1. пятнисто-папулезная, несимметричная, на туловище
2. папулезно-геморрагическая, симметричная, на нижних конечностях
3. полиморфная, появляется одновременно на всем теле
4. в виде петехий, экхимозов на лице и туловище
- 5.

23 ОСНОВНЫМ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГЕМОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. мегакариоцитоз
2. микросфероцитоз
3. ретикулоцитоз
4. анизопойкилоцитоз
- 5.

24 ПРИ ГЕМОФИЛИИ КРОВОТОЧИВОСТЬ БЫВАЕТ

3

1. петехиально-пятнистой
2. васкулитно-пурпурной
3. гематомной
4. ангиоматозной
- 5.

25 СИММЕТРИЧНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ВЫСЫПАНИЙ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ БОЛЕЗНИ

4

1. Рендю-Ослера-Вебера
2. фон Виллебрандта
3. Вискотта-Олдрича
4. Шенлейн-Геноха
- 5.

26) УДЛИНЕНИЕ ВРЕМЕНИ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

4

1. гемолитической анемии
2. геморрагического васкулита
3. тромбоцитопенической пурпуры
4. гемофилии
- 5.

27 В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА НЕЗАВИСИМО ОТ ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ

1

1. дезагреганты
2. антикоагулянты

3. глюкокортикоиды
4. мембраностабилизаторы
- 5.

28] ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ ТРОМБОЦИТАРНОЙ МАССЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1

1. тромбоцитопения менее 10 000 в 1 мкл
2. геморрагический синдром
3. тромбоцитопения менее 40 000 в 1 мкл
4. наследственная тромбоцитопатия
- 5.

29 ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО КОЖА И

2

1. суставы, легкие, кишечник
2. суставы, почки, кишечник
3. сердце, почки, кишечник
4. легкие, ЦНС, кишечник
- 5.

30 ПРИЗНАКОМ, КОТОРЫЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ГЕМОЛИЗ, ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. повышение уровня связанного билирубина
2. гиперретикулоцитоз
3. удлинение времени кровотечения
4. удлинение времени свертывания
- 5.

31 СРЕДИ РОДСТВЕННИКОВ РЕБЁНКА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ГЕМОФИЛИЮ БОЛЬНЫМ МОЖЕТ БЫТЬ

4

1. дядя по отцовской линии
2. отец ребенка
3. дедушка по отцовской линии
4. дядя по материнской линии
- 5.

32 ПРИ ГЕМОФИЛИИ «В» В ПЛАЗМЕ КРОВИ СНИЖАЕТСЯ СОДЕРЖАНИЕ ФАКТОРА

1

1. IX
2. VIII
3. VII
4. Виллебранда
- 5.

33 ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ВРОЖДЕННОЙ И ПРИОБРЕТЕННОЙ ИММУННОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

2

1. проба с диэпоксипутаном
2. проба Кумбса
3. степень увеличения селезенки
4. уровень ретикулоцитов в крови
- 5.

34 НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. коагулограмма
2. пункция костного мозга
3. общий анализ крови
4. трепанобиопсия
- 5.

35 ДИАГНОЗ «ТРОМБОЦИТОПАТИЯ» ОСНОВЫВАЕТСЯ НА НАЛИЧИИ

1

1. функциональной неполноценности тромбоцитов
2. тромбоцитопении
3. геморрагического синдрома
4. изменений в коагулограмме
- 5.

36 ЛЕЧЕНИЕ НЕФРИТА ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ ВКЛЮЧАЕТ

2

1. аспирин и преднизолон
2. преднизолон и циклофосфан
3. сульфосалазин и аспирин
4. преднизолон и фурагин
- 5.

37 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ТЕРАПИИ ПРИ ВРОЖДЕННОМ СФЕРОЦИТОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. терапия глюкокортикоидами
2. пересадка костного мозга
3. назначение иммуноглобулина
4. спленэктомия
- 5.

38 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНГИБИТОРНОЙ ФОРМЫ ГЕМОФИЛИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

1

1. новосевэн
2. октанат
3. октанайн
4. гемоктин
- 5.

39 ФАКТОР VIII БОЛЬНОМУ ГЕМОФИЛИЕЙ А ВВОДИТСЯ

3

1. внутривенно капельно
2. подкожно
3. внутривенно струйно
4. внутримышечно
- 5.

40 ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРИОБРЕТЕННЫХ АПЛАСТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ РАССМАТРИВАЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬ

4

1. спленэктомии

2. заместительной терапии
3. иммуносупрессивной терапии
4. трансплантации костного мозга
- 5.

41 К ЭФФЕКТИВНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ОТНОСЯТ

2

1. спленэктомия
2. трансплантацию костного мозга
3. полихимиотерапию
4. лучевую терапию
- 5.

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

1

1. VIII
2. IX
3. X
4. XI
- 5.

43 ДИАГНОЗ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ СТАНОВИТСЯ НЕСОМНЕННЫМ ПРИ

2

1. снижении уровня гемоглобина
2. снижении продолжительности жизни эритроцитов
3. снижении уровня железа сыворотки
4. гипербилирубинемии
- 5.

44 БИОХИМИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО ГЕМОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ

4

1. прямого билирубина
2. прямого билирубина + свободного гемоглобина
3. непрямого билирубина + свободного гемоглобина

4. непрямого билирубина
- 5.

45 ПРИЗНАКАМИ ГЕМОЛИЗА ЯВЛЯЮТСЯ

3

1. анемия + ретикулоцитоз
2. повышение уровня непрямого билирубина + желтуха
3. ретикулоцитоз + повышение непрямого билирубина + анемия
4. желтуха + спленомегалия
- 5.

46 ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ РЕТИКУЛОЦИТОВ В КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1

1. острой кровопотери
2. апластической анемии
3. тромбоцитопении
4. острого лейкоза
- 5.

47 ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОФИЛИИ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

4

1. активированного частичного тромбопластинового времени
2. времени кровотечения
3. плазминогена
4. концентрации факторов свертываемости
- 5.

48 НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. общий анализ крови
2. трепанобиопсия
3. стеральная пункция
4. цитогенетическое исследование
- 5.

49 КЛИНИЧЕСКАЯ ТРИАДА АНЕМИИ МИНКОВСКОГО – ШОФФАРА СОСТОИТ ИЗ

3

1. анемии, кровоточивости, гепатоспленомегалии
2. анемии, лимфаденопатии, оссалгии
3. анемии, желтухи и спленомегалии
4. анемии, кровоточивости, лимфаденопатии
- 5.

50 ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ У ДЕТЕЙ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ СЧИТАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ТРОМБОЦИТОВ МЕНЕЕ _____ ×10⁹/Л

1

1. 100
2. 150
3. 200
4. 300
- 5.

51 ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

4

1. геморрагическом васкулите
2. железодефицитной анемии
3. гемолитической анемии
4. остром лейкозе
- 5.

52 ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

3

1. геморрагическом васкулите
2. железодефицитной анемии
3. тромбоцитопенической пурпуре
4. гемолитической анемии
- 5.

53 ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

3

1. геморрагическом васкулите
2. гемофилии А
3. апластической анемии
4. гемолитической анемии
- 5.

54 ТРОМБОЦИТОЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

2

1. апластической анемии
2. опухолевых процессах
3. гемолитической анемии
4. гемофилии А
- 5.

**55 ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН
_____ СИНДРОМ**

2

1. гипертензионный
2. гемолитический
3. судорожный
4. отечный
- 5.

**56 ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН
_____ СИНДРОМ**

1

1. анемический
2. гипертензионный
3. судорожный
4. мальабсорбции
- 5.

**57 ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН
_____ СИНДРОМ**

4

1. гипертензионный
2. судорожный
3. отечный
4. геморрагический
- 5.

58 ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1

1. бледность кожи и видимых слизистых оболочек с желтушным оттенком
2. бледность кожи и слизистых оболочек
3. стойкое повышение температуры тела
4. увеличение лимфатических узлов
- 5.

59 ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. бледность кожи
2. гепато- и спленомегалия
3. обесцвечивание кала
4. увеличение лимфатических узлов
- 5.

60 ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. бледность кожи и слизистых оболочек
2. стойкое повышение температуры тела
3. темная окраска мочи и кала
4. увеличение лимфатических узлов
- 5.

61 ДЛЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. гипокалиемия
2. гипопротеинемия
3. гипомагниемия
4. гиперкалиемия
- 5.

62 ДЛЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. гипернатриемия
2. гиперхолестеринемия
3. прямая гипербилирубинемия
4. непрямая гипербилирубинемия
- 5.

63 ДЛЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1

1. гиперретикулоцитоз
2. гипокалиемия
3. прямая гипербилирубинемия
4. гиперкальциемия
- 5.

64 ДЕКОМПЕНСАЦИЯ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ АНЕМИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

4

1. лихорадкой
2. бледностью
3. гипертензией
4. одышкой
- 5.

65 ДЕКОМПЕНСАЦИЯ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ АНЕМИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

3

1. лихорадкой
2. бледностью
3. гипотензией
4. диареей
- 5.

**66 ДЕКОМПЕНСАЦИЯ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ АНЕМИИ
ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

3

1. лихорадкой
2. гипертензией
3. тахикардией
4. бледностью
- 5.

**67 МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЙ (ПЯТНИСТО-ПЕТЕХИАЛЬНЫЙ) ТИП
КРОВОТОЧИВОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ**

2

1. гемофилии
2. тромбоцитопатии
3. анемии
4. васкулита
- 5.

**68 МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЙ (ПЯТНИСТО-ПЕТЕХИАЛЬНЫЙ) ТИП
КРОВОТОЧИВОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ**

2

1. анемии
2. тромбоцитопении
3. васкулита
4. гемофилии
- 5.

69 МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЙ (ПЯТНИСТО-ПЕТЕХИАЛЬНЫЙ) ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

1

1. петехий
2. папул
3. гематом
4. гемартрозов
- 5.

70 ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ КОАГУЛОПАТИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

1

1. гематом
2. экхимозов
3. петехий
4. папул
- 5.

71 ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ КОАГУЛОПАТИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

2

1. множественных экхимозов
2. кровоизлияний в суставы и мышцы
3. единичных петехий
4. паулезной сыпи
- 5.

72 ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ КОАГУЛОПАТИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

3

1. единичных экхимозов
2. папулезной сыпи
3. посттравматических кровотечений
4. множественными петехиями
- 5.

**73 ГЕМАТОМНЫЙ ТИП ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРЕН
ДЛЯ**

4

1. тромбоцитопатий
2. тромбоцитопений
3. васкулита
4. коагулопатий
- 5.

**74 ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ
СИНДРОМОМ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ**

1

1. обширность и глубину геморрагической сыпи на коже и слизистых оболочках
2. выраженность сердечной и дыхательной недостаточности
3. выраженность болевого синдрома и цвет кожных покровов
4. степень обезвоживания, частоту сердечных сокращений, частоту дыхания
- 5.

**75 ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ
СИНДРОМОМ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ**

4

1. выраженность сердечной недостаточности
2. выраженность отеков
3. степень обезвоживания
4. степень и скорость кровопотери
- 5.

**76 ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ
СИНДРОМОМ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ**

2

1. выраженность сердечной недостаточности
2. степень снижения активности факторов свертывающей системы
3. выраженность болевого синдрома
4. степень обезвоживания
- 5.

77 СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

3

1. тромбоцитопенической пурпуре
2. гемофилии А
3. гемолитической анемии
4. железодефицитной анемии
- 5.

78 СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

1

1. остром лейкозе
2. тромбоцитопенической пурпуре
3. Гемофилии А
4. болезни Виллебранда
- 5.

79 СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

1

1. мегалобластической анемии
2. тромбоцитопенической пурпуре
3. Гемофилии А
4. болезни Виллебранда
- 5.

80 НАРУШЕНИЕ УСВОЕНИЯ КАКОГО ВИТАМИНА МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ РАЗВИТИЕМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ АНЕМИИ?

4

1. В1
2. В2
3. В6
4. В12
- 5.

8. Иммунология

#

1
К факторам специфической защиты относятся:
3
система комплемента
простагландины
антитела
С-реактивный белок
фактор некроза опухолей
#
2
К факторам неспецифической защиты <i>не относятся:</i>
4
фагоцитоз
лизоцим
интерферон
лимфоциты
комплемент
#
3
К клеткам иммунной системы не относятся:
4
Т-лимфоциты
В-лимфоциты
плазматические клетки
эритроциты
дендритные клетки
#
4
Плазматические клетки, непосредственно синтезирующие антитела, формируются из:
1
В-лимфоцитов
нейтрофилов
базофилов
макрофагов

Т-лимфоцитов
#
5
К фагоцитирующим клеткам относят:
1
моноциты
Т-лимфоциты
ретикулоциты
плазмоциты
нормальные киллеры
#
6
К антителам относится:
3
белки острой фазы
гликозаминогликаны
иммуноглобулин А
С-реактивный белок
система комплемента
#
7
К показателям гуморального иммунитета относят:
1
уровни иммуноглобулинов А, М, G, Е
параметры фагоцитоза
реакцию бласттрансформации лейкоцитов
реакцию розеткообразования
количество нормальных киллерных клеток (СД 16)
#
8
К показателям клеточного иммунитета относят:
3
уровень гамма-глобулина сыворотки крови
уровень иммуноглобулинов А, М, О

реакцию бласттрансформации лейкоцитов
интерферонопродукцию
количество В-лимфоцитов
#
9
Иммуноглобулины класса А в основном продуцирует лимфоидная ткань слизистых оболочек:
4
аппендикса
bronхов
глоточного кольца Пирогова
тонкой кишки
мочеполовой системы
#
10
Первичный гуморальный ответ сопровождается преимущественно продукцией иммуноглобулинов класса
2
G
M
A
E
секреторных A
#
11
Информация об антигене передается лимфоцитам через рецепторы:
1
макрофагов
плазматических клеток
базофилов
эритроцитов
тромбоцитов
#
12

Функция Тхелперных клеток 2 типа (Th 2) состоит:
2
в активации клеточного иммунитета
усилении преимущественно продукции Ig M и IgG
усилении преимущественно продукции IgE
организации воспалительного процесса.
активации комплемента
#
13
Антитела не формируются в структуре:
1
гаптоглобина
иммуноглобулина E
иммуноглобулина M
иммуноглобулина G
иммуноглобулина A
#
14
Для дефицита Т-клеточного иммунитета характерны:
5
частые микобактериальные и микоплазменные инфекции
частые вирусные инфекции
грибковые заболевания
прогностически неблагоприятные заболевания (напр.-коллагенозы, или хронизация); может снижаться и гуморальный иммунитет с частыми бактериальными инфекциями
все вышеперечисленное
#
15
Дефицит гуморального звена иммунитета чаще всего характеризуется:
4
грибковыми заболеваниями
частыми вирусными заболеваниями
отрицательной реакцией бласттрансформации
частыми заболеваниями микробной этиологии

снижением уровня Т-супрессоров
#
16
К иммунодефицитным состояниям относятся:
2
синдром Альпорта
синдром Луи-Бар (атаксия-телеангиоэктазия)
синдром Марфана
синдром де Тони-Дебре-Фанкони
синдром Элерса-Данлоса
#
17
Вторичная иммунная недостаточность часто наблюдается при
2
пиелонефрите
нефротическом синдроме
ревматизме
хроническом гастрите
гемваскулите
#
18
На внутриутробную инфекцию у новорожденных 5-ти дней указывает:
2
количество лейкоцитов $15000 \times 10^9/\text{л}$
увеличение IgM
количество лимфоцитов 50%
снижение IgG
количество нейтрофилов $7000 \times 10^9/\text{л}$
#
19
Первичный иммунологический статус здорового новорожденного не включает:
4
Высокое абсолютное содержание Т-лимфоцитов
Высокое содержание Т-супрессоров

Высокое абсолютное содержание В-лимфоцитов
Низкая способность к продукции антител
Развернутый анализ крови
#
20
Аномалия Ди-Джоржи, первичное иммунодефицитное заболевание, связанное с
3
X-сцепленной гипогаммаглобулинемией
C хромосомной нестабильностью в лимфоцитах
Эмбриопатией с повреждением развития тимуса и множественными дефектами органов
Аллергическими реакциями 1 типа
Дефицитом аденозиндезаминазы
#
21
Болезнь Брутона заключается это:
1
наследственный иммунодефицит с дефектом синтеза антител (X-сцепленная агаммаглобулинемия)
эмбриопатия с повреждением развития тимуса
наследственный комбинированный иммунодефицит
наследственный Т-клеточный иммунодефицит
приобретенный иммунодефицит
#
22
Синдром Луи-Бар, это первичное иммунодефицитное заболевание, для которого <i>не характерно:</i>
2
Атаксия
Гипоплазия парашитовидных желёз и гипокальциемия
Телеангиоэктазии
Злокачественные опухоли
Дефекты клеточного и гуморального иммунитета
#
23

К основным причинам вторичного иммунодефицита не относится:
5
Инфекции и гельминтозы
Низкая масса тела при рождении
Оперативные вмешательства
Стресс
Эмбриопатии (тимус)
#
24
Для атопических заболеваний характерно увеличение уровня иммуноглобулина:
4
A
G
M
E
секреторного IgA

1 РАЗВИТИЕ ЛЕЙКОПЕНИИ И ТРОМБОПЕНИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1

1. системной красной волчанки
2. острой ревматической лихорадки
3. системной склеродермии
4. ювенильного идиопатического артрита

2 К ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ОТНОСЯТ

4

1. ревматоидный фактор и сиаловые кислоты
2. повышение титров АСЛО и АСГ
3. положительная реакция Райта и Хеддельсона
4. АНФ и АТ к двуспиральной ДНК
- 5.

3 НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

2

1. лекарственные препараты

2. острые респираторные вирусные инфекции
3. гомеопатические препараты
4. бактериальные инфекции
- 5.

4 ГЕМАТУРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ

3

1. пиелонефрите
2. идеопатическом нефротическом синдроме
3. иммуноглобулин А нефропатии (болезни Берже)
4. почечном тубулярном ацидозе
- 5.

5 ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ СИНДРОМЕ АЛЬПОРТА ЯВЛЯЕТСЯ

1

1. гематурия
2. протеинурия
3. лейкоцитурия
4. бактериурия

6 ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ В ВИДЕ ИНДУРАЦИИ И АТРОФИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1

1. склеродермии
2. ювенильном дерматомиозите
3. ювенильном артрите
4. болезни Шенлейна–Геноха

7 ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ В ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО ВКЛЮЧАЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

2

1. ревматоидного фактора
2. антител к двуспиральной ДНК
3. антинейтрофильных цитоплазматических антител
4. Креатинфосфокиназы

5.

**8 ДЕТЯМ С ПЕРВИЧНЫМ ИММУНОДЕФИЦИТОМ ПРОТИВОПОКАЗАНА
ВАКЦИНАЦИЯ**

3

1. корпускулярными вакцинами
2. рекомбинантными вакцинами
3. живыми вакцинами
4. анатоксинами
- 5.

**9 В КАЧЕСТВЕ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА НАЗНАЧАЮТ**

3

1. азатиоприн
2. 6 меркаптопурин
3. метотрексат
4. циклофосфамид
- 5.

**10 ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ
ОТМЕЧАЕТСЯ**

4

1. тромбоцитопения, эозинофилия
2. тромбоцитоз, лимфоцитоз
3. лейкоцитоз, тромбоцитопения
4. лейкопения, тромбоцитопения
- 5.

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

4

1. острый ринит
2. острый синусит

3. Аденоидит
4. аллергический ринит
- 5.

12 АНТИТЕЛА ВЫРАБАТЫВАЮТСЯ

1

1. плазмócитами
2. эозинофилами
3. базофилами
4. эритроцитами

13 ПЛАЗМАТИЧЕСКИЕ КЛЕТКИ, НЕПОСРЕДСТВЕННО СИНТЕЗИРУЮЩИЕ АНТИТЕЛА, ФОРМИРУЮТСЯ ИЗ

2

1. Т-лимфоцитов
2. В-лимфоцитов
3. макрофагов
4. Нейтрофилов
- 5.

14 ВЫСОКОЙ СЕНСИБИЛИЗИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ

3

1. кролик
2. конина
3. рыба
4. индейка
- 5.

15 ВЫСОКОЙ СЕНСИБИЛИЗИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ

1

1. арахис
2. картофель
3. топинамбур
4. огурцы

**16 В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ _____
СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ**

2

1. бытовая
2. пищевая
3. эпидермальная
4. Пыльцевая
- 5.

**17 ВЫЯВЛЕНИЕ ЭОЗИНОФИЛОВ ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ
МАЗКОВ-ОТПЕЧАТКОВ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА
СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ**

3

1. полипа
2. вазомоторного ринита
3. аллергического ринита
4. острого респираторного заболевания
- 5.

18 АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ – ЭТО

4

1. хронический инфекционный процесс
2. симптом системного заболевания соединительной ткани
3. острый инфекционный процесс
4. хроническое аллергическое воспаление слизистой оболочки носа у пациентов с сенсibilизацией к экзогенным неинфекционным аллергенам
- 5.

19. ЭКЗОГЕННЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ АЛЬВЕОЛИТ – ЭТО

4

1. инфекционно-воспалительное заболевание легких
2. острое вирусное заболевание респираторного отдела дыхательной системы
3. хроническая обструктивная болезнь легких
4. аллергическое воспаление легочноинтерстиция
- 5.

20 К БЫТОВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ ОТНОСИТСЯ

1

1. домашняя пыль
2. пыльца полыни
3. пыльца березы
4. белок коровьего молока

21 АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ

2

1. антигистаминные препараты
2. антибактериальные препараты
3. антикоагулянты
4. Антиагреганты
- 5.

22 ПРИ КРАПИВНИЦЕ СЫПЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА

3

1. лице
2. туловище
3. любых участках тела
4. конечностях
- 5.

23 К ТЯЖЕЛЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА ОТНОСЯТ

4

1. крапивницу
2. аллергический дерматит
3. аллергический васкулит
4. анафилактический шок
- 5.

**24 АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ _____
АЛЛЕРГЕНЫ**

1

1. лекарственные
2. бытовые
3. пищевые
4. пыльцевые

25 РЕЗКОЕ ПАДЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1

1. анафилактическом шоке
2. крапивнице
3. сывороточной болезни
4. отеке Квинке

26 ПИЩЕВУЮ АЛЛЕРГИЮ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТ

2

1. огурец
2. рыба
3. мясо
4. вишня
- 5.

27 К СПЕЦИАЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ ДО 6 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ОТНОСЯТ

2

1. копрологию
2. элиминационно- провокационные пробы
3. кожные пробы с пищевыми аллергенами
4. определение рН кала
- 5.

28 НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. атопический дерматит
2. токсидермия

3. синдром Лайелла
4. синдром Стивенса-Джонсона
- 5.

29 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПОЛЛИНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. аллергический цистит
2. крапивница
3. аллергический ринит
4. аллергический миокардит
- 5.

30 КАКИЕ АЛЛЕРГЕНЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЧИНОЙ ПОЛЛИНОЗОВ?

1

1. пыльцевые
2. белковые
3. пищевые
4. эпидермальные

31 АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА РАЗВИВАЮТСЯ

2

1. через 6-8 часов после воздействия аллергена
2. в течение первых 6 часов после контакта с аллергеном
3. через 48-72 часа после контакта с аллергеном
4. в течение первой недели после контакта с аллергеном
- 5.

32 ОТСРОЧЕННЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ МЕДЛЕННОГО ТИПА РАЗВИВАЮТСЯ

3

1. в течение первых 6 часов после контакта с аллергеном
2. через 48-72 часа после контакта с аллергеном
3. через 6-8 часов после воздействия аллергена
4. в течение первой недели после контакта с аллергеном
- 5.

33 АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ЗАМЕДЛЕННОГО ТИПА РАЗВИВАЮТСЯ

1

1. через 48-72 часа после контакта с аллергеном
2. в течение первых 6 часов после контакта с аллергеном
3. через 6-8 часов после воздействия аллергена
4. в течение первого месяца после воздействия аллергена

34 ТИП РЕАКЦИЙ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЙСЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ

4

1. анафилактический
2. цитотоксический
3. Иммунокомплексный
4. гипертермический
- 5.

35 ДЛЯ ТЕРАПИИ НЕОСЛОЖНЕННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

2

1. антигистаминные средства
2. интраназальные антибактериальные препараты
3. антилейкотриеновые препараты
4. интраназальные глюкокортикостероиды
- 5.

36. ПРЕОБЛАДАНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ НЕЙТРОФИЛЬНОГО ХАРАКТЕРА В МОЧЕВОМ ОСАДКЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

3

1. аномалии развития органов мочевой системы
2. гломерулонефрите
3. пиелонефрите
4. тубуло-интерстициальном нефрите
- 5.

37. ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1

1. иммунокомплексное

2. абактериальное токсико-аллергическое
3. аутоиммунное
4. бактериальное

38 ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

2

1. токсико-аллергическим
2. иммунокомплексным
3. инфекционно-воспалительным
4. инфекционно-аллергическим
- 5.

39 ПОКАЗАТЕЛЕМ, ОТРАЖАЮЩИМ АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. мочевины сыворотки крови
2. креатинина сыворотки крови
3. С-реактивный белок
4. общий белок сыворотки крови
- 5.

40 ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЦЕЛИАКИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

3

1. антител к сахаромицетам
2. фекального кальпротектина
3. антител к тканевой трансглутаминазе
4. антител к цитоплазме нейтрофилов
- 5.

41 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

3

1. тяжелая персистирующая
2. легкая интермиттирующая
3. среднетяжелая персистирующая
4. легкая персистирующая
- 5.

42 ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. острый гломерулонефрит
2. идиопатический нефротический синдром
3. врожденный нефротический синдром
4. болезнь Берже
- 5.

43 ДЕТЯМ С ЛИМФАТИКО-ГИПОПЛАСТИЧЕСКИМ ДИАТЕЗОМ РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ ДИЕТЫ С ОГРАНИЧЕНИЕМ

2

1. продуктов, богатых пуринами
2. продуктов, богатых легкоусвояемыми углеводами
3. жиров
4. глютенсодержащих продуктов, жиров и продуктов, богатых пуринами
- 5.

44 К ТОПИЧЕСКИМ ИНГИБИТОРАМ КАЛЬЦИНЕВРИНА, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, ОТНОСИТСЯ

1

1. пимекролимус
2. декспантенол
3. флутиказон
4. мометазон

45] К МЕСТНЫМ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМ СЛАБОЙ СИЛЫ ОТНОСИТСЯ

2

1. бетаметазон

2. преднизолон
3. мометазон
4. Флутиказон
- 5.

46 ДЛЯ БЫСТРОГО КУПИРОВАНИЯ СИМПТОМОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТ

3

1. ингаляционные глюкокортикостероиды
2. теофиллины замедленного высвобождения
3. бета-2 агонисты короткого действия
4. антигистаминные препараты
- 5.

47 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. недостаточность коры надпочечников
2. остеопороз
3. Гипогликемия
4. кандидоз полости рта
- 5.

48 ОСМОТР ВРАЧОМ-РЕВМАТОЛОГОМ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ИММУНОДЕПРЕСАНТЫ, ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В

4

1. 3 месяца
2. 6 месяцев
3. Год
4. месяц
- 5.

49 РЕБЕНКУ И ЕГО СЕМЬЕ ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ У НЕГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВРАЧ ДОЛЖЕН РЕКОМЕНДОВАТЬ

3

1. обучение на дому
2. исключение всех физических нагрузок
3. посещение астма-школы
4. смену места жительства
- 5.

50 ОСНОВУ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СОСТАВЛЯЮТ МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА

3

1. предотвращение развития аллергической сенсибилизации
2. исключение воздействия табачного дыма как в пренатальном, так и в постнатальном периодах
3. устранение контакта со значимыми аллергенами
4. укрепление иммунитета
- 5.

51 ПИК ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БРОНХИОЛИТОМ НАБЛЮДАЕТСЯ У ДЕТЕЙ

4

1. в возрасте от 1 до 3 лет
2. дошкольного возраста
3. младшего школьного возраста
4. первого года жизни
- 5.

52 ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В МЕЖПРИСТУПНОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДЯТ

1

1. кожные пробы
2. бронхоскопию
3. компьютерную томографию
4. Бронхографию
- 5.

53 В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

1

1. антибиотиков
2. иммуностимуляторов
3. противовирусных препаратов
4. глюкокортикоидов

54 С ЦЕЛЮ ПРОФИЛАКТИКИ ОБОСТРЕНИЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПАЦИЕНТАМ НЕОБХОДИМО СОБЛЮДЕНИЕ ДИЕТЫ

3

1. высококалорийной
2. низкокалорийной
3. гипоаллергенной
4. с ограничением животного белка
- 5.

55 ИСКЛЮЧЕНИЕМ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. повышение IgE в крови
2. повышение эозинофилов в крови
3. повышение хлоридов в поте и моче
4. нарушение функции внешнего дыхания
- 5.

56 ДЛЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА В АНАЛИЗЕ МОЧИ ХАРАКТЕРНА ЛЕЙКОЦИТУРИЯ _____ ХАРАКТЕРА

1

1. нейтрофильного
2. лимфоцитарного
3. моноцитарного
4. Эозинофильного
- 5.

57 ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЮТ

1

1. «немое легкое»
2. ослабленное дыхание

3. жесткое дыхание
4. везикулярное дыхание
- 5.

58 ПРИ АСПИРИНОВОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИЕМ

2

1. антигистаминных препаратов
2. нестероидных противовоспалительных препаратов
3. стабилизаторов мембран тучных клеток
4. антибактериальных препаратов
- 5.

59 ПРИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ГИПЕРПРОДУКЦИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КЛАССА

2

1. А
2. Е
3. М
4. G

60 К БЫТОВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ ОТНОСИТСЯ

3

1. пыльца полыни
2. пыльца березы
3. домашняя пыль
4. белок коровьего молока
- 5.

9.Гастроэнтерология

#
1
Каковы показания для определения кислотности желудочного содержимого у детей?
2
дизуретические явления
голодные боли в эпигастральной области

боли при дефекации
дисфагия
тошнота
#
2
Наиболее достоверным рентгенологическим признаком язвенной болезни 12-перстной кишки является:
2
конвергенция складок
остаточное пятно бария
раздраженная луковица
отечность складок
отсутствие складчатости
#
3
Для синдрома подпеченочного холестаза <i>не характерно</i> :
4
гипертензия в билиарной системе
задержка желчевыделения в двенадцатиперстную кишку
гиперхолестеринемия, повышение щелочной фосфатазы
гипертрансаминаземия
дисфункция желчного пузыря
#
4
При циррозе печени предпочтительнее употреблять пищу:
1
отварную
жареную
копченую
сырую
соленую
#
5
К патогенетическим средствам лечения приступа панкреатита относятся:

3
антибиотики
десенсибилизирующие препараты
ингибиторы ферментов (контрикал, трасилол и др.)
холинолитики (атропин, платифиллин)
нестероидные противовоспалительные
#
6
К основному копрологическому признаку неспецифического язвенного колита относится:
1
выделение слизи с кровью
стеаторея
амилорея
креаторея
наличие йодофильной флоры
#
7
Диагноз пилорического хеликобактериоза наиболее точен:
3
при гистологическом обнаружении микроба в биоптате
при положительном уреазном тесте с биоптатом
при выделении чистой культуры пилорического хеликобактера из биоптата
при клинико-эндоскопическом исследовании
при сборе жалоб и анамнеза
#
8
В период обострения язвенной болезни 12-перстной кишки целесообразно в качестве антацидов использовать:
3
соду
только пищевые продукты
нерастворимые антациды
минеральную воду
молоко

#
9
Для хронического гепатита <i>наиболее характерен</i> признак:
1
повышение трансаминаз в 1.5-2 раза по сравнению с нормой
повышение трансаминаз более чем в 5 раз по сравнению с нормой
гиперхолестеринемия
гипербилирубинемия
гиперлипаземия
#
10
Какой клинический признак <i>не характерен</i> для приступа панкреатита?
1
боли в гипогастрии
вздутие живота
тошнота
рвота
опоясывающие боли
#
11
Наиболее частой причиной развития энтероколита у детей старшего возраста является:
3
наличие запоров
нарушение диеты
наличие затяжной кишечной инфекции
наличие компенсированного дисбактериоза
вирусная инфекция
#
12
Какие симптомы являются показанием для проведения ирригоскопии?
3
боли натощак в эпигастрии
боли по ходу толстой кишки перед дефекацией
выделение слизи, крови с калом

боли в области ануса после дефекации
жидкий стул
#
13
Наиболее информативным исследованием при гастрите является:
1
эндоскопия
рентгеноконтрастное обследование
УЗИ
ирригодиагностика
биохимические исследования
#
14
Какой признак на УЗИ <i>не характерен</i> для дисхолии?
4
наличие осадка гетерогенного по эхоплотности
утолщение стенки желчного пузыря
наличие перетяжек, перегородок
нормальная стенка желчного пузыря
наличие сладжа
#
15
Какое исследование наиболее информативно в отношении хронического гепатита?
4
УЗИ
радиоизотопное исследование печени
радиоизотопное исследование печени с технецием
радиоизотопное исследование печени в динамике
обзорная рентгенография брюшной полости
#
16
Для верификации диагноза панкреатита необходимо исследовать:
5
состав периферической крови

сахар крови
уровень кальция в сыворотке крови
уровень железа в сыворотки крови
уровень амилазы и липазы крови
#
17
Ведущим клиническим синдромом при хроническом энтерите является:
2
боли в гипогастрии
синдром нарушенного всасывания
боли натощак
запоры
снижение аппетита
#
18
В начальной стадии неспецифического язвенного колита, поражается как правило:
4
восходящая ободочная кишка
прямая кишка
тонкий кишечник
прямая кишка, сигмовидная кишка
нисходящая ободочная кишка
#
19
Наиболее достоверным клиническим признаком язвенной болезни является:
4
сезонность болей
боли в гипогастрии
рецидивирующая рвота
кровотечение
тошнота
#
20
Какой продукт питания предпочтителен при наличии гипомоторной дискинезии

желчевыводящих путей из-за слабого сокращения мышц стенок желчного пузыря?
3
фрукты
мясо
яйца
творог
овощи
#
21
Определяющим клиническим признаком при циррозе печени является:
2
увеличение печени и селезенки
уплотнение печени и селезенки
дистрофические изменения
желтуха
анемия
#
22
Какое дополнительное инструментальное исследование <i>наиболее</i> информативно при панкреатите?
2
рентгеноконтрастное исследование желудка
ультразвуковое исследование поджелудочной железы
рентгеноконтрастное исследование 12-перстной кишки
обзорная рентгенограмма брюшной полости
ультразвуковое исследование 12-перстной кишки
#
23
Какие препараты являются основными в лечении хронического энтерита?
4
соляная кислота с пепсином
анаболические препараты
минеральные воды
полиферментные препараты

антациды
#
24
Непрерывная диетическая профилактика колитов, сопровождающихся запорами, заключается в назначении:
1
шлакогонной диеты с механической обработкой клетчатки
желчегонной диеты
молочно-растительной диеты
возрастного общего стола
механически щадящей диеты
#
25
Наличие изжоги свидетельствует о:
1
забросе желудочного содержимого в пищевод
понижении кислотности желудочного содержимого
диафрагмальной грыже
язвенной болезни желудка
гастродуодените
#
26
Для выявления варикозного расширения вен пищевода <i>наиболее</i> информативным исследованием является:
1
эзофагогастрофибродуоденоскопия
рентгенография ЖКТ с барием
исследование кала на скрытую кровь
анализ крови
внутрижелудочная рН-метрия
#
27
Высокий риск развития патологии пищевода имеет место при:
1

недостаточности эзофагокардиального отдела
спастическом запоре
гепатите
дисфункции билиарного тракта
панкреатите
#
28
При подозрении на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы необходимо провести:
1
рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с проведением водно-сифонной пробы
гастрофибродуоденоскопию
внутрижелудочную рН-метрию
рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с барием
УЗИ желудка
#
29
Для выявления язвенного эзофагита <i>наиболее</i> информативным исследованием является:
2
рентгенография ЖКТ с барием
гастрофибродуоденоскопия
внутрижелудочная рН-метрия
исследование кала на скрытую кровь
анализ крови
#
30
Для эзофагита характерно:
2
метеоризм
боли за грудиной
тошнота
жидкий стул
запоры
#

31
Наличие изжоги свидетельствует о:
3
понижении кислотности желудочного содержимого
гастродуодените
забросе желудочного содержимого в пищевод
язвенной болезни желудка
диафрагмальной грыже
#
32
Для халазии характерен следующий симптом:
4
боли в правом подреберье
запоры
боли натощак в эпигастрии
рецидивирующая рвота
метеоризм
#
33
Ахалазия сопровождается:
5
срыгиванием через 1 час после еды
рвотой переваренной пищей
рвотой с примесью желчи
отрыжкой воздухом
рвотой непереваренной пищей
#
34
Среди осложнений при упорной рвоте <i>не наблюдается</i> :
1
полиурии
алкалоза
эксикоза
кетацидоза

нарушений электролитного обмена
#
35
Для гиперацидности <i>не характерны</i> :
1
понос
тощаковая боль в гастродуоденальной зоне
изжога
обложенность языка
запор
#
36
При недостаточности привратника <i>не рекомендуется</i> :
1
запивать пищу водой
начинать еду с кислого
тепловые процедуры на эпигастрий
мотилиум
координакс
#
37
Дуоденогастральные рефлюксы способствуют развитию:
4
синдрома раздраженного кишечника
язвенной болезни 12-перстной кишки
перегиба желудка
антрального гастрита
дивертикула желудка
#
38
В целях выявления дуоденогастрального рефлюкса <i>наименее</i> информативны:
2
антральный гастрит при гастроскопии
гиперацидность

данные УЗИ желудка, 12-перстной кишки с жидкостью
примесь желчи в рвотных массах
обнаружение при гастроскопии темной желчи в желудке
#
39
С течением дуоденита связана патология:
2
хронический тонзиллит
синдром билиарной дисфункции
эзофагит
пиелонефрит
колиты
#
40
При непрерывно рецидивирующем течении язвенной болезни <i>наименее</i> эффективна:
5
диета
эндоскопическая санация
лазеротерапия
гипербарическая оксигенация
акупунктура
#
41
При язвенной болезни и двенадцатиперстной кишки <i>не оказывает</i> репаративного действия:
4
солкосерил
облепиховое масло
вентер
альмагель
актовегин
#
42
Особенно предрасполагают к развитию холепатии:

1
заболевания 12-перстной кишки
хронический тонзиллит
гастрит
пневмония
панкреатит
#
43
Риск развития гепато- и холепатии повышается при наличии всех перечисленных факторов, <i>кроме:</i>
2
наследственного
воздушно-капельной инфекции
перенесенного вирусного гепатита
дисбактериоза
желчнокаменной болезни
#
44
Дискинезия желчных путей не является причиной появления одного из симптомов:
4
боль в правом подреберье
субиктеричность склер
обложенность языка
телеангиоэктазии на коже
горечь во рту
#
45
На развитие холестаза <i>не влияет:</i>
1
гастрит
патология билиарных путей
обилие жира в пище
желчнокаменная болезнь
повреждение гепатоцита

#
46
Какой из перечисленных симптомов <i>не характерен</i> для острого панкреатита у ребенка?
5
симптом Мейо-Робсона
болезненность в точке Мейо-Робсона
болезненность в точке Кача
болезненность в точке Де-Жардена
выраженная болезненность в точке Кера
#
47
Назначьте диету больному ребенку в периоде субремиссии при хроническом панкреатите:
4
стол № 1 по Певзнеру
стол № 1а по Певзнеру
стол № 2 по Певзнеру
стол № 5п по Певзнеру
стол № 7 по Певзнеру
#
48
Какому из ферментных препаратов вы отдадите предпочтение при внешнесекреторной недостаточности при хроническом панкреатите?
3
панзинорм-форте
фестал
креон
мезим-форте
панкрим
#
49
Классификация хронических панкреатитов у детей включает:
5
происхождение (первичный, вторичный)
течение заболевания (рецидивирующий, с постоянными болями и латентный)

по периоду (обострение, субремиссия, ремиссия)
по тяжести (легкая, ср.тяжелая, тяжелая)
все перечисленное
#
50
Объективным критерием тяжести хронического панкреатита у детей является:
1
степень экзокринной недостаточности железы
степень эндокринной недостаточности железы
выраженность болевого синдрома
данные УЗИ
уровень трансаминаз крови
#
51
В патогенезе экссудативной энтеропатии <i>ведущую</i> роль играет:
1
неселективная потеря белка за счет разрыва расширенных лимфатических сосудов и усиление экссудации плазмы из интактных капилляров кишечника
выработка антител к глютену и аутоантител к структурам энтероцита, хроническое воспаление и повреждение слизистой оболочки тонкой кишки, её атрофия.
сгущение секрета поджелудочной железы, затруднение его эвакуации в просвет кишечника, вторичные изменения в железе (склероз, кистоз, жировая инфильтрация)
лактазная недостаточность, брожение в дистальных отделах кишечника
аллергическая энтеропатия
#
52
Какой из перечисленных признаков <i>не характерен</i> для экссудативной энтеропатии?
5
диарея и с первых месяцев жизни
периферические отеки
гипопротеинемия
неселективная потеря белка
стеаторея кишечного типа (жирные кислоты)
#

53
В патогенезе целиакии <i>ведущую</i> роль играет:
2
неселективная потеря белка за счет разрыва расширенных лимфатических сосудов и усиление экссудации плазмы из интактных капилляров кишечника
выработка антител к глютену и аутоантител к структурам энтероцита, хроническое воспаление и повреждение слизистой оболочки тонкой кишки, её атрофия
сгущение секрета поджелудочной железы, затруднение его эвакуации в просвет кишечника, вторичные изменения в железе (склероз, кистоз, жировая инфильтрация)
лактазная недостаточность, брожение в дистальных отделах кишечника
аллергическая энтеропатия
#
54
В патогенезе кишечной формы муковисцидоза <i>ведущую</i> роль играет:
3
неселективная потеря белка за счет разрыва расширенных лимфатических сосудов и усиление экссудации плазмы из интактных капилляров кишечника
выработка антител к глютену и аутоантител к структурам энтероцита, хроническое воспаление и повреждение слизистой оболочки тонкой кишки, её атрофия
сгущение секрета поджелудочной железы, затруднение его эвакуации в просвет кишечника, вторичные изменения в железе (склероз, кистоз, жировая инфильтрация)
лактазная недостаточность, брожение в дистальных отделах кишечника
аллергическая энтеропатия
#
55
Различают следующие типы мальабсорции (всемирн. конгресс гастроэнтерологов 1977г), укажите <i>неверный</i> вариант:
4
внутриполостная
энтероцеллюлярная
постцеллюлярная
печеночная
внутрикишечная
#

56
Укажите заболевание, в основе которого лежит внутрисполостная мальабсорбция:
1
муковисцидоз
целиакия
экссудативная энтеропатия
дисахарозная недостаточность
аллергическая энтеропатия
#
57
Наиболее объективным лабораторным тестом для подтверждения диагноза муковисцидоз является:
4
общий анализ крови
копрограмма
проба с трихлоуксусным железом (синее окрашивание кала)
потовый тест (показатели хлора и натрия)
биохимические тесты (протеинемия, гликемия и проч.)
#
58
К объективным симптомам холецистита не относится:
3
симптом Кера
- Ортнера
- Мейо-Робсона
- Мюссе-Георгиевского
- Мерфи
#
59
Какой из перечисленных желчегонных препаратов является холекинетиком (стимулирует желчевыделение):
4
аллахол
оксафенамид

холосас
сульфат магния
гепабене
#
60
Какой из перечисленных биохимических показателей указывает на нарушение целостности цитоплазматической мембраны гепатоцитов при хроническом гепатите?
2
повышение активности щелочной фосфатазы
повышение активности АсТ, АлТ
гипоальбуминемия
гипохолестеринемия
непрямая гипербилирубинемия

1.

ЭЗОФАГИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ БОЛЯМИ

1

1. за грудиной
2. в эпигастрии
3. в правой подреберье
4. в левом подреберье

5.

2.

НАЛИЧИЕ ИЗЖОГИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

2

1. повышении кислотности желудочного содержимого
2. забросе желудочного содержимого в пищевод
3. забросе желчи в желудок
4. дискинезии желчевыводящих путей

5.

3.

ДИАГНОЗ ПИЛОРИЧЕСКОГО ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА УТОЧНЯЕТСЯ ПРИ

3

1. положительном уреазном тесте
2. клинико-эндоскопическом исследовании

3. выделении чистой культуры пилорического хеликобактера из биоптата
4. серологическом исследовании
- 5.
- 4.

НАИБОЛЕЕ ФИЗИОЛОГИЧНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КИСЛОТНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. ацидотест
2. фракционный метод
3. метод толстым зондом по Боасу - Эвальду
4. рН-метрия
- 5.
- 5.

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВЕН ПИЩЕВОДА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПЕРВЫМ ПРОВЕСТИ

1

1. эзофагоскопию
2. УЗИ брюшной полости
3. рентгеноконтрастное исследование пищевода с барием
4. УЗИ пищевода
- 5.
- 6.

HELICOBACTER PYLORI ОТНОСИТСЯ К

2

1. вирусам
2. грамотрицательным бактериям
3. грамположительным бактериям
4. простейшим
- 5.
- 7.

HELICOBACTER PYLORI ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПАРАЗИТИРУЕТ В

3

1. теле желудка
2. луковице двенадцатиперстной кишки
3. антральном отделе желудка

4. в области дна желудка

5.

8.

ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. конвергенция складок

2. отечность складок

3. раздраженная луковица

4. остаточное пятно бария

5.

9.

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1

1. определение уровня ферментов поджелудочной железы в крови

2. ультразвуковое исследование поджелудочной железы

3. копрологический

4. эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта

5.

10.

К ГРУППЕ БЛОКАТОРОВ «ПРОТОННОЙ ПОМПЫ» ОТНОСИТСЯ

2

1. гастрोцепин

2. омепразол

3. ранитидин

4. фамотидин

5.

11.

К ХОЛЕКИНЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ

3

1. аллохол

2. лиобил

3. сорбит

4. никодин

5.

12

СНИЖЕНИЕ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

4

1. экссудативной энтеропатии
2. сахарного диабета
3. дисахаридазной недостаточности
4. муковисцидоза

5.

13.

К ФЕРМЕНТАТИВНЫМ МИКРОСФЕРИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ

1

1. креон
2. мезим
3. фестал
4. панзинорм

5.

14.

ДЛЯ ДИСХОЛИИ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНО

2

1. наличие перегородок и перетяжек
2. утолщение стенок желчного пузыря
3. наличие эхоплотного гетерогенного осадка
4. уплотнение печеночных протоков

5.

15.

В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕЛИАКИИ РЕШАЮЩИМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. копрологическое исследование
2. определение антител к тканевой трансглутаминазе в сыворотке крови
3. эзофагогастроуденоскопия с биопсией тонкой кишки
4. УЗИ брюшной полости

5.

16.

В ОСНОВЕ ЦЕЛИАКИИ ЛЕЖИТ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ

4

1. белков животного происхождения
2. белков молока
3. углеводов злаков
4. белков злаков
- 5.

17.

ВТОРИЧНАЯ ЛАКТАЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МАНИФЕСТИРУЕТ

1

1. в любом возрасте
2. во втором полугодии жизни
3. в пубертатном возрасте
4. в дошкольном возрасте
- 5.

18.

ДИЕТА ПРИ ЦЕЛИАКИИ НАЗНАЧАЕТСЯ

2

1. на 1-2 месяца
2. пожизненно
3. от 6 мес. до 1 года
4. до пубертатного периода
- 5.

19

К ПРЕПАРАТАМ, СТИМУЛИРУЮЩИМ ПРОЦЕССЫ РЕГЕНЕРАЦИИ, ОТНОСЯТ

3

1. маалокс
2. альмагель
3. метилурацил
4. релцер
- 5.

20.

**НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ ЭФФЕКТОМ ПОДАВЛЕНИЯ СЕКРЕЦИИ
КИСЛОТЫ В ЖЕЛУДКЕ ОБЛАДАЮТ**

4

1. антациды
2. блокаторы гистаминовых рецепторов 2-го типа
3. М-холинолитики
4. блокаторы «протонного насоса»

5.

21.

**ОПТИМАЛЬНОЙ СХЕМОЙ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРИТА АССОЦИИРОВАННОГО
HELICOBACTER PYLORII ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ**

1

1. де-нола, антибиотиков, антисекреторных препаратов
2. антацидов, трихопола
3. антацидов, антисекреторных препаратов
4. цитопротекторов, трихопола

5.

22.

ПРОКИНЕТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ

2

1. лактулоза
2. мотилиум (домперидон)
3. но-шпа
4. форлакс (макрогол)

5.

23.

ПРИ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАЗНАЧАЕТСЯ

1

1. лактазар
2. фестал
3. панзинорм
4. креон

5.

24.

К АНТАЦИДАМ ОТНОСИТСЯ

4

1. актовегин
2. солкосерил
3. облепиховое масло
4. альмагель
- 5.

25

М-ХОЛИНОБЛОКИРУЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ

1

1. гастрोцепин
2. амоксициллин
3. де-нол
4. трихопол
- 5.

26.

ДИЕТИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ КОЛИТОВ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ЗАПОРАМИ, ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

2

1. желчегонной диеты
2. диеты с механически обработанной клетчаткой
3. молочно-растительной диеты
4. возрастного общего стола
- 5.

27.

НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КИСЛОТНОСТИ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. одномоментное исследование по Боасу-Эвальду
2. фракционное исследование с последующим титрованием
3. рН-метрия
4. ацидотест
- 5.

28.

ПРИЧИНОЙ АНТРАЛЬНОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. хеликобактериоз
2. дуоденогастральный рефлюкс
3. травма слизистой оболочки желудка
4. анацидность
- 5.

29.

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ ГАСТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1

1. эндоскопия
2. рентгеноконтрастное исследование
3. УЗИ
4. иридодиагностика
- 5.

30.

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. гиперацидность
2. обнаружение при гастроскопии темной желчи в желудке
3. горечь во рту
4. рвота пищей, съеденной накануне с примесью желчи
- 5.

31.

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДУОДЕНИТА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ ДАННЫЕ

3

1. рентгеноскопии
2. рентгенографии
3. эндоскопии
4. копрологии
- 5.

32.

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЯЗВЕННУЮ БОЛЕЗНЬ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ

4

1. дуоденальное зондирование
2. исследование кала на скрытую кровь
3. рентгеноконтрастное исследование
- 4 гастродуоденоскопию
- 5.

3

33.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1

1. кровотечение
2. перфорация
3. пенетрация в поджелудочную железу
4. малигнизация
- 5.

34.

ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ

2

1. Пастернацкого
2. Мерфи
3. Щеткина-Блюмберга
4. Мейо-Робсона
- 5.

35.

ПРИЗНАКОМ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1

1. боль в правом подреберье
2. субиктеричность склер
3. обложенность языка
4. появление телеангиоэктазий
- 5.

36.

ПОРАЖЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРИ

3

1. кишечной инфекции
2. скарлатине
3. муковисцидозе
4. колите
- 5.

37.

ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ПАНКРЕАТИТА НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ

4

1. сахар крови
2. клинический анализ крови
3. уровень кальция в сыворотке крови
4. уровень амилазы сыворотки крови
- 5.

38.

В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1

1. кукурузную кашу
2. ячменную кашу
3. ржаной хлеб
4. пшеничный хлеб
- 5.

39.

БОЛЬНОМУ С ЭЗОФАГИТОМ НАЗНАЧАЮТ

2

1. ферменты
2. нерастворимые антациды
3. спазмолитики
4. седативные препараты
- 5.

40.

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. цитологический
2. уреазный

3. гистологический

4. серологический

5.

41.

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ

4

1. фиброэластометрия

2. ангиография

3. гепатобилисцинтиграфия

4. панкреатохолангиография

5.

42.

**ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ, ОБЛАДАЮЩИМ
АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНЫМ ДЕЙСТВИЕМ, ЯВЛЯЕТСЯ**

1

1. кларитромицин

2. гентамицин

3. эзомепразол

4. метоклопрамид

5.

43.

**ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ЭФФЕКТИВНО
НАЗНАЧЕНИЕ**

2

1. актовегина

2. метоклопрамида

3. амоксициллина

4. папаверина

5.

44.

**ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕШЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ПРИМЕНЯЮТ**

3

1. холензим

2. гептрал
3. креон
4. омез
- 5.

45.

ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИП В ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ЛЕЧЕНИИ

4

1. заболеваний поджелудочной железы
2. очагов хронической инфекции
3. кишечных инфекций
4. семейного хеликобактериоза
- 5.

46.

МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

1

- 1 рациональное питание
2. физическая нагрузка
3. режим дня
4. медикаментозная терапия
- 5.

47.

ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. изжога
2. рвота
3. запор
4. зуд кожи
- 5.

48.

ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ

3

1. белка
2. холестерина

3. амилазы

4. калия

5.

49.

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ АССОЦИИРОВАННОМ С ХЕЛИКОБАКТЕРОМ ПИЛОРИЧЕСКИМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

4

1. локализация процесса в теле желудка

2. В12-дефицитная анемия

3. базальная секреция с рН выше 2,5

4. эрозивный антральный гастрит

5.

50.

К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ОТНОСИТСЯ

1

1. пенетрация

2. холестаз

3. хронический запор

4. рефлюксная болезнь

5.

51.

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

2

1. пилороспазме

2. пилоростенозе

3. кишечной инфекции

4. адреногенитальном синдроме

5.

52.

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. общий анализ крови
2. общий анализ мочи
3. биохимический анализ крови
4. копрограмма

5.

53.

ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. гипопроотеинемия
2. гипербилирубинемия
3. гиперурикемия
4. амилаземия

5.

54.

ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1

1. липаземия
2. гипопроотеинемия
3. гипербилирубинемия
4. гиперурикемия

5.

55.

ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. уробилиногенурия
2. амилазурия
3. протеинурия
4. кристаллурия

5.

56.

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ ДАННЫЕ ОБ УРОВНЕ

3

1. белка в крови
2. белка в моче
3. ферментов в крови
4. глюкозы в крови
- 5.

57.

ДУОДЕНО-ГАСТРАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС СПОСОБСТВУЕТ РАЗВИТИЮ

4

1. перегиба желудка
2. дивертикула желудка
3. эзофагеальной рефлюксной болезни
4. антрального гастрита
- 5.

58.

НАЛИЧИЕ ИЗЖОГИ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

1

1. забросе желудочного содержимого в пищевод
2. повышенной кислотности желудочного содержимого
3. язвенной болезни желудка
4. диафрагмальной грыже
- 5.

59.

ОМЕПРАЗОЛ

2

1. является ингибитором H₂-гистаминовых рецепторов
2. уменьшает образование соляной кислоты
3. относится к антацидным препаратам
4. влияет на перистальтику кишечника
- 5.

60.

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ ГАСТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. дыхательный уреазный тест

2. фракционное желудочное зондирование
3. эзофагогастродуоденоскопия
4. анализ кала на скрытую кровь
- 5.

61.

ГАСТРИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С HELICOBACTER PYLORI, ОТНОСИТСЯ К

4

1. аутоиммунному (тип А)
2. смешанному (тип А и В)
3. химико-токсически индуцированному (тип С)
4. бактериально обусловленному (тип В)
- 5.

62.

УСИЛИВАЮТ СОКРАЩЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

1

1. холецистокинин и гастрин
2. глюкагон и кальцитонин
3. тироксин и трийодтиронин
4. гормоны гипофиза
- 5.

63.

К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСИТСЯ

2

1. желтуха
2. пенетрация
3. долихоколон
4. холецистохолангит
- 5.

5.

64.

К СИМПТОМАМ НАРУШЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У РЕБЕНКА С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОТНОСЯТ

3

1. диспепсические явления, сниженный аппетит

2. интенсивный характер ночной и «голодной» боли
3. дистальный гипергидроз, артериальная гипотония, брадикардия
4. неустойчивость стула, склонность к запорам
- 5.

65.

В ФАЗЕ ОБОСТРЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ

4

1. Филатова
2. Ситковского
3. Ровсинга
4. Менделя
- 5.

66.

СТЕНОЗ ПИЛОРОБУЛЬБАРНОЙ ЗОНЫ У РЕБЕНКА С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ НАЛИЧИИ

1

1. рвоты пищей, съеденной накануне, приносящей облегчение, усиления перистальтики желудка
2. рвоты цвета «кофейной гущи», черного дегтеобразного стула
3. рвоты, не приносящей облегчения, усиления болевого синдрома с иррадиацией в спину
4. многократной рвоты и жидкого стула, лихорадки, симптомов интоксикации
- 5.

67.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ УМЕНЬШЕНИЯ ГИПЕРЕМИИ, СГЛАЖИВАНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ВАЛА, ПРИЗНАКОВ ОЧИЩЕНИЯ ДНА ЯЗВЫ ОТ ФИБРИНА СООТВЕТСТВУЕТ ___ СТАДИИ ЯЗВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ

3

1. I
2. III
3. II
4. IV
- 5.

68.

К НЕИНВАЗИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ВЫЯВЛЕНИЯ HELICOBACTER PYLORI (H. PYLORI) ОТНОСИТСЯ

2

1. биохимический метод (быстрый уреазный тест)
2. изотопный уреазный дыхательный тест
3. иммуногистохимический метод с применением моноклональных антител
4. выявление H.pylori в слизистой оболочке желудка методом полимеразной цепной реакции
- 5.

69.

К ПОСЛЕДСТВИЯМ ПРЕКРАЩЕНИЯ ИЛИ РЕЗКОГО УМЕНЬШЕНИЯ ПОСТУПЛЕНИЯ ЖЕЛЧИ В КИШЕЧНИК ОТНОСЯТ

3.

1. уменьшение всасывания витаминов B1, B2, C
2. усиление пристеночного расщепления жиров
3. усиление гниения белков в кишечнике
4. уменьшение всасывания углеводов
- 5.

10.Нефрология

#
1
Нефротическая форма гломерулонефрита <i>чаще</i> развивается в возрасте:
2
до 1 года
с 1 года до 7 лет
в пубертатном возрасте
в любом возрасте
ясельном
#
2
Нефритическая форма гломерулонефрита <i>чаще</i> развивается в возрасте:

2
ясельном
после 6-7 лет
в старшем школьном возрасте
в подростковом
в любом возрасте
#
3
Гломерулонефрит <i>чаще</i> развивается:
2
на фоне респираторного заболевания
через 7-14 дней после респираторного заболевания
через два месяца после переохлаждения
преимущественно после перенесенной ОКИ
через 30 дней после простуды
#
4
Показателем активности при нефротической форме гломерулонефрита <i>не является</i> :
4
отечный синдром
выраженная протеинурия
олигурия
гепатомегалия
гипопротеинемия
#
5
При какой форме гломерулонефрита в начале заболевания может наблюдаться абактериальная лейкоцитурия?
4
при гематурической форме
при смешанной форме
при нефротической форме
при всех формах гломерулонефрита
при изолированном мочевом синдроме

#
6
Осложнением острого гломерулонефрита <i>не является:</i>
1
снижение слуха
тромботические осложнения
эклампсия
почечная недостаточность
гипертония
#
7
Из осложнений гематурической формы гломерулонефрита <i>чаще</i> наблюдается:
1
гипертоническая энцефалопатия
отек легких
кровотечение
сердечная недостаточность
эклампсия
#
8
Гломерулонефрит является заболеванием:
1
иммунокомплексным
микробно-воспалительным
неиммунным
инфекционным
вирусным
#
9
Для какой патологии почек характерно <i>на ранних стадиях</i> повышение артериального давления?
2
для наследственного нефрита
для гломерулонефрита

для пиелонефрита
для дисметаболической нефропатии
для цистита
#
10
Причиной развития гломерулонефрита могут быть:
5
стрептококк
вирусы
белковые антигены (профилактические прививки)
стафилококк
все перечисленное
#
11
Основным клиническим синдромом гломерулонефрита <i>не является</i> :
5
отечный
гипертензионный
мочевой
олигурия
абдоминальный
#
12
Для нефротического синдрома характерна:
4
гипофибриногенемия
гипертония
гиполипидемия
значительная протеинурия, гипоальбуминемия
гематурия
#
13
Показателем активности при нефротической форме гломерулонефрита <i>не является</i> :
1

анемия
выраженная протеинурия
олигурия
отечный синдром
гипоальбуминемия
#
14
Об истинности нефротической формы гломерулонефрита <i>не свидетельствует:</i>
1
снижение зубца Т на ЭКГ
диспротеинемия
гиперлипидемия
гипоальбуминемия
протеинурия
#
15
Какой мочевой синдром наиболее характерен для смешанной формы гломерулонефрита?
1
гематурия с протеинурией
изолированная протеинурия
абактериальная лейкоцитурия
длительно сохраняющаяся гематурия
цилиндрурия
#
16
При какой форме гломерулонефрита показано применение преднизолона с первых дней болезни?
1
при нефротической
при гематурической
при смешанной
при всех формах
при изолированном мочевом синдроме

#
17
Ингибитором синтеза ангиотензина-II является:
4
анаприлин
апрессин
дибазол
каптоприл
фуросемид
#
18
При назначении антибиотиков больным с патологией почек учитывается:
5
pH мочи
функциональное состояние почек
нефротоксичность
чувствительность флоры
все перечисленное
#
19
Среди факторов, определяющих развитие хронического пиелонефрита, <i>ведущую</i> роль играют:
2
генетическая предрасположенность
нарушение уродинамики
вирулентность микроба
иммунокомплексный процесс
чувствительность к антибиотикам
#
20
У ребенка пиелонефрит. Бактериурия - 100 000 микробных тел кишечной палочки в 1 мл мочи. С какой терапии целесообразно начать лечение?
1
ампициллин с фурагином

сульфаниламидные препараты
5-нок
оксациллин
цефтриаксон
#
21
Ведущим симптомом при смешанной форме гломерулонефрита является:
5
гипертензия
гематурия
протеинурия
гипопротеинемия
все перечисленное
#
22
Какой из диуретиков целесообразно применять у больного с гломерулонефритом при анасарке и угрозе отека легкого?
3
верошпирон
верошпирон в сочетании с гипотиазидом
лазикс
урегит
спиронолактон
#
23
Что является угрожающим для жизни при острой почечной недостаточности?
4
повышение мочевины в крови
повышение креатинина в крови
гиперурикемия
гиперкалиемия
гипокальциемия
#
24

По анализу мочи по Нечипоренко можно судить:
4
об оксалурии
о бактериурии
об уратурии
о лейкоцитурии
протеинурии
#
25
Для нефротического синдрома характерно:
1
значительная протеинурия, гипоальбуминемия
гиполипидемия
гипертония
гипофибриногенемия
анемия
#
26
Ограничение соли показано при всех состояниях гломерулонефрита, за исключением:
4
олигоанурии
артериальной гипертензии
отечного синдрома
микропротеинурии
эклампсии
#
27
Оксалатную нефропатию чаще выявляют у детей с?
1
атопическим диатезом
нервно-артритическим диатезом
лимфатико-гипопластическим диатезом
врожденными аномалиями развития мочевыделительной системы
анемией

#
28
Уратную нефропатию чаще выявляют у детей с?
2
Атопическим диатезом
Нервно-артритическим диатезом
Лимфатико-гипопластическим диатезом
Врожденными аномалиями развития мочевыделительной системы
анемией
#
29
Для диагностики инфекции мочевой системы <i>меньшее</i> значение имеет:
1
определение мочевины в крови;
количественный анализ мочи;
анализ мочи на бактериурию;
общий анализ мочи;
двухстаканная проба мочи.
#
30
Мальчику 9 месяцев рвота, температура 39°C, беспокоен, часто мочится. В моче следы белка, эритроциты - 20 в поле зрения, лейкоциты - до 80 в поле зрения. Ваш диагноз?
3
нефротический синдром
острый гломерулонефрит
пиелонефрит
хронический цистит
нефритический синдром
#
31
Наиболее достоверным признаком хронической почечной недостаточности является:
3
артериальная гипертензия
гипергликемия

повышение уровня мочевины
полиурия
полидипсия
#
32
Гломерулонефрит является заболеванием:
1
иммунокомплексным
неиммунным
микробно-воспалительным
инфекционным
вирусным
#
33
Для начала гломерулонефрита наиболее характерно:
3
температурная реакция
абдоминальный синдром
олигурия
катаральные явления
полиурия
#
34
Показанием к назначению глюкокортикоидов при заболеваниях почек является:
1
нефротическая форма гломерулонефрита
гематурическая форма гломерулонефрита
тубулоинтерстициальный нефрит
дизметаболическая нефропатия
пиелонефрит
#
35
Когда целесообразно провести рентгеноконтрастное исследование мочевой системы больному с пиелонефритом?

2
на высоте активности процесса
при стихании процесса
при улучшении самочувствия
при нормализации температуры
при улучшении аппетита
#
36
Какая диета показана больному с нефротической формой гломерулонефрита?
1
стол без соли и мяса
стол без соли с мясом
печеночный стол
стол без ограничений
стол без сладкого
#
37
Какая диета показана больному с уратурией?
1
с ограничением продуктов, содержащих пурины более 50 мг/100г.
с ограничением продуктов, содержащих оксалаты более 1г/кг.
с ограничением продуктов, содержащих фосфор более 200 мг/100г.
с ограничением продуктов, содержащих углеводов более 50 г/кг.
с ограничением жирных продуктов
#
38
При лечении оксалурии <i>неправильно</i> одно из назначений:
2
большое потребление жидкости, в том числе питьё перед сном 200-400мл
ограничение приёма жидкости в, том числе питьё перед сном (опасность энуреза)
вит Е, В ₆ (20-40 мг в сутки)
жженная магнезия
цитратная смесь
#

39
В каких продуктах <i>не содержится</i> избышек оксалатов?
4
какао
сельдерей, петрушка
бульоны
абрикосы, бананы, капуста
шоколад
#
40
Какой препарат может увеличить количество оксалатов в моче?
4
аспирин
делагил
витамин В6
аскорбиновая кислота
баралгин
#
41
Противопоказаны при оксалурии все перечисленные продукты, <i>за исключением:</i>
1
картофеля и капусты
мандарин
шоколада
лимонада
большого количества помидор
#
42
Для какого заболевания характерна деформация нижних конечностей?
1
для синдрома де Тони - Дебре - Фанкони
для хронического пиелонефрита
для дисметаболической нефропатии
для цистита

для гломерулонефрита
#
43
Гемолитико-уремический синдром характеризуется :
1
внутрисосудистым свертыванием крови
полиурией
цианозом
лейкоцитурией
всем перечисленным
#
44
Что является угрожающим для жизни при острой почечной недостаточности?
4
повышение мочевины в крови
повышение креатинина в крови
гиперурикемия
гиперкалиемия
гиперкальциемия
#
45
У ребенка с гематурией для подтверждения диагноза наследственного нефрита важно выявить наличие у родственников всех симптомов, <i>кроме</i> :
4
тугоухости
гематурии
патологии зрения
дисплазии тазобедренного сустава
развитие ХПН в раннем возрасте
#
46
Наличие малых аномалий (диспластических признаков) <i>не характерно</i> для:
3
наследственного нефрита

тубулопатии
гломерулонефрита
кистозной болезни
дисметаболической нефропатии
#
47
Повышение мочевой кислоты в крови может свидетельствовать о:
4
нарушении обмена кальция
нарушении обмена щавелевой кислоты
атопическом дерматите
нарушении обмена пуринов
нарушении обмена цистина
#
48
Преобладание нейтрофилов в мочевом осадке свидетельствует о:
1
о пиелонефрите
о тубуло-интерстициальном нефрите
о гломерулонефрите
о наследственном нефрите
о дисметаболической нефропатии
#
49
Собирать мочу на посев рекомендуется методом:
2
пункцией мочевого пузыря
из средней струи в стерильную посуду
при двухстаканной пробе
из анализа мочи по Нечипоренко
из суточной мочи
#
50
Экскреция оксалатов, уратов в моче определяется обычно:

1
в суточной моче
в утренней порции
в трехчасовой моче
из средней струи
во всем перечисленном
#
51
Активность воспалительного процесса в почках <i>не отражает:</i>
1
электролиты крови
фибриноген крови
с-реактивный белок
серомукоид
белковые фракции
#
52
Гиперлипидемия наиболее характерна для:
1
гломерулонефрита нефротической формы
гломерулонефрита гематурической формы
пиелонефрита
тубулоинтерстициального нефрита
тубулопатии
#
53
Выраженная фибриногемия наблюдается при:
1
гломерулонефрите нефротической формы
цистите
наследственном нефрите
дизметаболической нефропатии
пиелонефрите
#

54
При цистографии уточняются все перечисленные данные, <i>за исключением:</i>
3
наличия рефлюксов
состояния уретры
функционального состояния почек
количества остаточной мочи
состояние детрузора
#
55
Какой из перечисленных анализов <i>характеризует</i> концентрационную функцию почек?
1
проба Зимницкого
белок и белковые фракции
анализ мочи по Нечипоренко
общий анализ мочи
двухстаканная проба
#
56
Какой из перечисленных показателей <i>характеризует</i> фильтрационную способность почек?
5
уровень кальция крови
билирубин крови
уровень сывороточного железа
сахар крови
клиренс эндогенного креатинина
#
57
В норме выделяется с мочой:
5
1/6 объема выпитой жидкости
1/4 объема выпитой жидкости
1/3 объема выпитой жидкости

1/2 объема выпитой жидкости
2/3 объема выпитой жидкости
#
58
Показанием к проведению ангиографии является все перечисленное, за <i>исключением</i> :
4
стойкого повышения артериального давления
подозрения на патологию сосудов почек
подозрения на опухоль почек
энуреза
аномалии развития почек
#
59
Показаниями к проведению рентгеноконтрастного исследования мочевой системы являются:
2
признаки соединительнотканной дисплазии
аномалия развития уrogenитальной области
недоношенность
симптомы интоксикации
симптомы анемии
#
60
При длительной макрогематурии следует в первую очередь выполнить:
1
цистоскопию
изотопную ренографию
цистографию
ангиографию
обзорную рентгенографию
#
61
Через сколько лет после начала ремиссии можно снять с диспансерного учета девочку с диагнозом "вторичный пиелонефрит, неполное удвоение собирательной системы обеих

почек, функция почек сохранена"?
3
через 3 года ремиссии
через 2 года ремиссии
с учета не снимать
при передаче под наблюдение подросткового врача
через 5 лет ремиссии
#
62
Через сколько лет после начала ремиссии можно снять с диспансерного учета девочку 5 лет с диагнозом "гломерулонефрит, нефротическая форма, полная клинико-лабораторная ремиссия, функция почек сохранена"?
4
через 3 года
через 1 год
не снимать
через 5 лет
через 2 года

1. ФИЛЬТРАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК ХАРАКТЕРИЗУЕТ

1

- 1) клиренс эндогенного креатинина
- 2) осмолярность мочи
- 3) относительная плотность мочи
- 4) уровень общего белка крови
- 5)

2. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНА

2

- 1) бактериурия
- 2) протеинурия более 3 г/сут., гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия
- 3) гематурия
- 4) гипертония
- 5)

3.МОЧЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

3

- 1) протеинурией
- 2) гематурией
- 3) лейкоцитурией с бактериурией
- 4) цилиндрурией
- 5)

4.ДЛЯ СМЕШАННОЙ ФОРМЫ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНА

4

- 1) протеинурия
- 2) гематурия
- 3) лейкоцитурия с бактериурией
- 4) гематурия с протеинурией
- 5)

5.ОДНА ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА – ЭТО

1

- 1) агенезия или гипоплазия почек
- 2) гемолитико-уремический синдром
- 3) хронический и подострый гломерулонефрит
- 4) капилляротоксический и волчаночный нефрит
- 5)

6.НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПЕРВИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

2

- 1) клебсиелла
- 2) кишечная палочка
- 3) протей
- 4) синегнойная палочка
- 5)

7. ОБНАРУЖЕНИЕ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ ЦИЛИНДРОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

3

- 1) острого цистита
- 2) вульвовагинита
- 3) гломерулонефрита
- 4) пиелонефрита
- 5)

8. ОСТРЫЙ ПОСТСТРЕПТОКОККОВЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ

4

- 1) без связи с перенесенными заболеваниями
- 2) на высоте респираторного заболевания
- 3) через месяц после перенесенного респираторного заболевания
- 4) через 7-14 дней после перенесенной стрептококковой инфекции
- 5)

9. ПРЕОБЛАДАНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ НЕЙТРОФИЛЬНОГО ХАРАКТЕРА В МОЧЕВОМ ОСАДКЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

1

- 1) пиелонефрите
- 2) аномалии развития органов мочевой системы
- 3) гломерулонефрите
- 4) тубуло-интерстициальном нефрите
- 5)

10. ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

2

- 1) абактериальное токсико-аллергическое
- 2) иммунокомплексное
- 3) аутоиммунное
- 4) бактериальное
- 5)

11. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

3

- 1) непереносимость белков коровьего молока
- 2) острая почечная недостаточность
- 3) непереносимость йода
- 4) нарушение концентрационной способности почек
- 5)

12. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ НА

4

- А) весь период терапии
- Б) 1 месяц
- В) 3 месяца
- Г) 7-14 дней

5)

13.

13. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

1

- 1) спазмолитиков
- 2) антибиотиков
- 3) анальгетиков
- 4) мочегонных препаратов
- 5)

14. РЕЖИМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ДОЛЖЕН БЫТЬ

2

- 1) общим
- 2) постельным
- 3) палатным
- 4) полупостельным
- 5)

15. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СТРЕПТОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА РЕКОМЕНДОВАНО ИССЛЕДОВАНИЕ

3

- 1) иммуноглобулинов А, М, G
- 2) креатинина, мочевины сыворотки крови
- 3) антистрептолизина О, антигиалуронидазы
- 4) общего анализа крови
- 5)

16. ПОКАЗАТЕЛЕМ, ОТРАЖАЮЩИМ АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

4

- 1) общий белок сыворотки крови
- 2) мочевина сыворотки крови
- 3) креатинин сыворотки крови
- 4) С-реактивный белок
- 5)

17. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

1

- 1) цистографию
- 2) в/в урографию
- 3) ангиографию
- 4) компьютерную томографию
- 5)

18. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ОСТРОГО ПОСТСТРЕПТОКОККОВОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

2

- 1) нефротический
- 2) нефритический
- 3) изолированный мочево
- 4) анемический
- 5)

19. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНА

3

- 1) гипополипидемия
- 2) гиперальбуминемия
- 3) гипоальбуминемия
- 4) гиперпротеинемия
- 5)

20. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ

4

- 1) бактериурия, гематурия, протеинурия
- 2) повышение температуры, протеинурия, гематурия
- 3) отеки, гематурия, лейкоцитурия
- 4) повышение температуры, лейкоцитурия, бактериурия
- 5)

21. ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1

- 1) бактериурия
- 2) гематурия
- 3) протеинурия
- 4) цилиндрурия
- 5)

22. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

2

- 1) эпидермальный стафилококк
- 2) кишечная палочка
- 3) золотистый стафилококк
- 4) синегнойная палочка

5)

**23. ПРИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ
ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ**

3

- 1) билирубина
- 2) альбумина
- 3) креатинина
- 4) холестерина
- 5)

**24. ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ
СОХРАНЕНИИ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ В ТЕЧЕНИЕ __ МЕС. И БОЛЕЕ**

4

- 1) 1
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 6
- 5)

**25. КАКОЕ СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ ПАТОГНОМОНИЧНО ДЛЯ
ПИЕЛОНЕФРИТА?**

1

- 1) повышение температуры + боли в животе + нейтрофильная лейкоцитозия + бактериурия
- 2) повышение температуры + отеки + протеинурия + гематурия
- 3) повышение температуры + боли в животе + лимфоцитарная лейкоцитозия + бактериурия
- 4) отеки + головная боль + протеинурия + гематурия
- 5)

26. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНА

2

- 1) гематурия более 1млн./сутки
- 2) протеинурия более 2,5-3,0 г/л

- 3) бактериурия более 100000/мл
- 4) лейкоцитурия более 40 млн./сутки
- 5)

**27. ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

3

- 1) эозинофилией
- 2) лейкопенией
- 3) повышением СОЭ
- 4) тромбоцитопенией
- 5)

11. Эндокринология

#
1
Для врожденного первичного гипотиреоза <i>не характерно</i> :
4
задержка психомоторного развития
длительно существующая желтуха новорожденных
сухость кожи
диарея
пупочная грыжа
#
2
При сольтеряющей форме адреногенитального синдрома характерно:
5
вялость
мышечная гипотония
жидкий стул
рвота фонтаном
все перечисленное
#
3
Для больного сахарным диабетом не характерно:
3
жажда
полиурия
экзофтальм
расчесы на коже
диабетический румянец
#
4
Мальчик 8 лет потерял сознание 1 час назад. Отмечаются: дыхание Куссмауля, гиперемия щек, сухость кожи. Глазные яблоки мягкие, печень - 3 см, запах ацетона. В течение 3 недель жажда, частые мочеиспускания; похудание. Ваш предварительный диагноз?
3
сахарный диабет
несахарный диабет
диабетическая кетоацидотическая кома
менингит
гипогликемическая кома
#
5
Для подтверждения диагноза сахарного диабета у ребенка важны все перечисленные данные, <i>кроме</i> :
1
гипербилирубинемии
гипергликемии
глюкозурии
наличия ацетона в моче
гликированный гемоглобин
#
6

**1.ГИПОНАТРЕМИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ
ВСЛЕДСТВИЕ**

1

- 1) врожденной гиперплазии коры надпочечников
- 2) снижения секреции антидиуретического гормона
- 3) терапии диуретиками
- 4) внутривенного введения больших объемов жидкости
- 5)

**2. ЗАДЕРЖКА РОСТА, ОБУСЛОВЛЕННАЯ СОМАТОТРОПНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

3

- 1) на первом году жизни
- 2) при рождении
- 3) в возрасте 2-4 года
- 4) в пубертате
- 5)

**3. ЦЕНТРАЛЬНАЯ ФОРМА НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА РАЗВИВАЕТСЯ
ВСЛЕДСТВИЕ**

4

- 1) избытка инсулина
- 2) недостатка инсулина
- 3) избытка антидиуретического гормона
- 4) недостатка антидиуретического гормона
- 5)

**4.УРОВЕНЬ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА В НОРМЕ
СОСТАВЛЯЕТ _____ %**

2

- 1) 6-8
- 2) 4-6
- 3) 8-10
- 4) 12-15
- 5)

5.ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

2

- 1) дефицит глюкагона
- 2) дефицит инсулина
- 3) избыток инсулина
- 4) избыток глюкагона
- 5)

6.ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

3

- 1) лейкоцитурия
- 2) бактериурия
- 3) микроальбуминурия
- 4) гематурия
- 5)

7.ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

2

- 1) длительно существующая желтуха новорожденных
- 2) задержка психомоторного развития
- 3) сухость кожи
- 4) диарея
- 5)

8.ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ УРОВЕНЬ ТТГ В КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ

1

- 1) повышенным
- 2) не измененным
- 3) сниженным
- 4) значительно сниженным
- 5)

9. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫМ КРИТЕРИЕМ ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ

4

- 1) артериального давления
- 2) Т4 в крови
- 3) Т3 в крови
- 4) ТТГ в крови
- 5)

10.КЛИНИЧЕСКИ ГИПОПАРАТИРЕОЗ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

3

- 1) густыми выющимися волосами на голове
- 2) мышечной гипотонией
- 3) скрытой или выраженной тетанией
- 4) блефароспазмом, светобоязнью
- 5)

11.ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ УРОВНЯ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА

3

- 1) муковисцидоза
- 2) врожденного гипотиреоза
- 3) адреногенитального синдрома
- 4) фенилкетонурии
- 5)

12.КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (БОЛЕЗНИ АДДИСОНА) ЯВЛЯЕТСЯ

4

- 1) бледность кожи
- 2) желтушность кожи
- 3) петехиальная сыпь
- 4) гиперпигментация кожи
- 5)

13.К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (БОЛЕЗНИ АДДИСОНА) ОТНОСЯТ

1

- 1) выраженную слабость, утомляемость
- 2) повышение аппетита
- 3) повышение артериального давления
- 4) повышение температуры тела
- 5)

14.ХРОНИЧЕСКАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (БОЛЕЗНЬ АДДИСОНА) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1

- 1) гиперпигментацией кожи
- 2) судорогами
- 3) повышенным аппетитом
- 4) желтушностью кожи
- 5)

15.ДЛЯ ГИПЕРКОРТИЦИЗМА ХАРАКТЕРНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

4

- 1) артериальная гипотония
- 2) желтуха
- 3) повышенная ломкость костей
- 4) артериальная гипертензия
- 5)

16.ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

2

- 1) артериальная гипотония
- 2) артериальная гипертензия
- 3) гипергликемия
- 4) гиперхолестеринемия
- 5)

17.КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

4

- 1) пастозность
- 2) полифагия
- 3) потеря массы тела
- 4) полиурия
- 5)

18.К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ОТНОСИТСЯ _____ ТЕРАПИЯ

3

- 1) противовоспалительная
- 2) заместительная
- 3) тиреостатическая
- 4) противосудорожная
- 5)

19.ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

2

- 1) верошпирон
- 2) кортинефф
- 3) инсулин
- 4) андрокур
- 5)

20.ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПОФИЗАРНОГО НАНИЗМА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРИМЕНЕНИИ

3

- 1) хорионического гонадотропина
- 2) тиреоидных гормонов
- 3) соматотропного гормона
- 4) эстрогенов
- 5)

21.В ЛЕЧЕНИИ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОГО ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

1

- 1) диетотерапию
- 2) анорексигенные препараты
- 3) метод бандажирования желудка
- 4) липосакцию
- 5)

22.СРЕДНЕСУТОЧНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЙОДЕ ДЛЯ ПОДРОСТКА СОСТАВЛЯЕТ _____ МКГ

4

- 1) 500
- 2) 50
- 3) 10
- 4) 200
- 5)

23.ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

1

- 1) дефицита йода
- 2) дефицита селена
- 3) недостатка железа
- 4) дефицита кальция
- 5)

24.НЕКОРРЕГИРУЕМЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

2

- 1) особенность пищевого поведения
- 2) отягощенная наследственность
- 3) низкий уровень физической активности
- 4) нарушение баланса между поступлением энергии и ее расходом
- 5)

**25.ДЛЯ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОГО ОЖИРЕНИЯ
ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

4

- 1) хроническое соматическое заболевание
- 2) нейроинфекция
- 3) длительное лечение стероидными препаратами
- 4) наследственная предрасположенность
- 5)

**26.ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ
НЕОБХОДИМА**

2

- 1) рентгенография органов грудной клетки и консультация диетолога
- 2) консультация окулиста с исследованием глазного дна
- 3) консультация психолога
- 4) консультация диетолога
- 5)

27.К ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ САХАРНОГО ДИАБЕТА ОТНОСИТСЯ

1

- 1) кетоацидоз
- 2) диабетическая нефропатия
- 3) офтальмопатия
- 4) артериальная гипертензия
- 5)

28.ГИПОКОРТИЦИЗМ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СНИЖЕНИЕМ УРОВНЯ ГОРМОНА

3

- 1) адренокортикотропного
- 2) инсулина
- 3) кортизола
- 4) тиреотропного
- 5)

29. ЧТО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА

4

- 1) антитела к тиреоглобулину
- 2) антитела к рецептору тиреотропного гормона
- 3) свободный трийодтиронин
- 4) свободный тироксин и тиреотропный гормон
- 5)

30. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИМЕНЯЮТ

3

- 1) гонадотропин хорионический
- 2) соматотропин
- 3) гидрокортизон
- 4) инсулин
- 5)

31. ПРИ СОЛТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЕ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРОВОДЯТ ТЕРАПИЮ

2

- 1) прерывистыми курсами
- 2) непрерывную, пожизненную
- 3) противорецидивную
- 4) краткосрочную
- 5)

32. ЛЕВОТИРОКСИН НАТРИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИПОТИРИОЗЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ _____ МКГ/КГ/СУТ

4

- А) 30,0 - 50,0
- Б) 15,0 - 20,0
- В) 25,0 - 30,0
- Г) 10,0 - 15,0
- 5)

33.К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОЖИРЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

1

- 1) сахарный диабет 2 типа
- 2) сахарный диабет 1 типа
- 3) несахарный диабет
- 4) гипотиреоз
- 5)

34.ДЛЯ ДИАГНОЗА САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У РЕБЕНКА ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

3

- 1) высокий удельный вес мочи
- 2) гипокалиемия
- 3) гипергликемия
- 4) гиперхолестеринемия
- 5)

35.ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЕМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

3

- 1) повышение холестерина
- 2) повышение ТТГ
- 3) повышение Т4
- 4) снижение глюкозы
- 5)

36.ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

2

- 1) гиперкальциемия
- 2) гипокальциемия
- 3) гипофосфатемия
- 4) снижение ЩФ
- 5)

37.ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ГИПОПАРАТИРЕОЗА ПРОВОДИТСЯ С

3

- 1) врожденным гипотиреозом
- 2) болезнью Аддисона
- 3) спазмофилией
- 4) тиреотоксикозом
- 5)

38.ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ

1

- 1) 17-оксипрогестерон в крови
- 2) лютеинизирующий гормон
- 3) эстрогены
- 4) фолликулостимулирующий гормон
- 5)

39.СИМПТОМОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ВИРИЛЬНОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

4

- 1) артериальная гипотензия
- 2) артериальная гипертензия
- 3) рвота у девочек
- 4) гермафродитное строение гениталий у девочек
- 5)

40.ВТОРИЧНЫЙ ГИПОКОРТИЦИЗМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ

1

- 1) гипофиза
- 2) щитовидной железы
- 3) гипоталамуса
- 4) гонад
- 5)

41.ПРИ СИНДРОМЕ УОТЕРХАУСА-ФРИДЕРИКСЕНА В НАДПОЧЕЧНИКАХ ОБНАРУЖИВАЮТ

2

- 1) гиперплазию пучковой зоны коры надпочечников
- 2) массивные кровоизлияния
- 3) атрофию коры надпочечников
- 4) туберкулез
- 5)

42. ПЕРЕДНЕЙ ДОЛЕЙ ГИПОФИЗА ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ

3

- 1) Т4
- 2) Т3
- 3) ТТГ
- 4) окситоцин
- 5)

43. АЛЬДОСТЕРОН СИНТЕЗИРУЕТСЯ

2

- 1) задней долей гипофиза
- 2) клубочковой зоной надпочечников
- 3) щитовидной железой
- 4) передней долей гипофиза
- 5)

44. В ПОЛОВОЙ ФОРМУЛЕ У МАЛЬЧИКОВ СИМВОЛ «L» ОЗНАЧАЕТ

4

- 1) оволосение на лице
- 2) оволосение в подмышечной и паховой области, изменение голоса
- 3) мутацию (ломку) голоса
- 4) отчетливое выпячивание щитовидного хряща (кадык)
- 5)

45. ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ИСПОЛЬЗУЮТ ТЕРМИН

3

- 1) Гипостатура
- 2) Гиподинамия

- 3) Нанизм
- 4) Гипотрофия
- 5)

46.ПАТОЛОГИЧЕСКИ ВЫСОКИЙ РОСТ – ЭТО

1

- 1) Гигантизм
- 2) Гипостатура
- 3) Акселерация
- 4) Нанизм
- 5)

47.ФОРМУЛА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧКИ МА2АХ1Р1 ОЗНАЧАЕТ, ЧТО

1

- 1) околососковый кружок имеет большие размеры, железа несколько выдается, имеются единичные волосы в подмышечных впадинах и на лобке
- 2) железы не выдаются, сосок поднимается над околососковым кружком, имеются густые волосы на центральном участке подмышечных впадин и лобке
- 3) околососковый кружок имеет большие размеры, железа несколько выдается, отсутствуют волосы в подмышечных впадинах, присутствуют единичные волосы на лобке
- 4) 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
- 5)

48.РАЗВИТИЕ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА В ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГЕОГРАФИЧЕСКИХ РАЙОНАХ ОБУСЛОВЛЕНО НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

3

- 1) железа
- 2) кальция
- 3) йода
- 4) селена
- 5)

49.РАЗВИТИЕ СИНДРОМА УОТЕРХАУСА-ФРИДЕРИКСЕНА (ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

4

- 1) стафилококкового менингита
- 2) менингита, вызванного вирусом Коксаки
- 3) пневмококкового менингита
- 4) менингококкцемии
- 5)

50.ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ (ДИАБЕТИЧЕСКОЙ) КОМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1

- 1) дефицит инсулина
- 2) дефицит глюкагона
- 3) избыток глюкагона
- 4) избыток инсулина
- 5)

5. Поликлиническая и неотложная педиатрия

#
1
К терминальным состояниям не относится:
2
шок IV степени
кома
агония
клиническая смерть
терминальная пауза
#
2
Критерии смерти мозга:

5
отсутствие сознания (без седации) более 24 ч
отсутствие реснитчатого, роговичного, зрачкового, рвотного, кашлевого рефлексов
изолиния на ЭЭГ
апноэ
все перечисленное
#
3
Для улучшения перфузии мозга у больного в коматозном состоянии необходимо:
3
максимально повысить среднее артериальное давление
снизить внутричерепное давление с помощью дегидратации
поддержать среднее артериальное давление на нормальных цифрах
улучшить реологические свойства крови
подключить к аппарату ИВЛ
#
4
Для отека легких не характерно:
3
кашель с выделением пенистой розовой мокроты
тахикардия
отеки на ногах
обилие влажных хрипов в легких
эспираторная одышка
#
5
Что не относится к мероприятиям неотложной помощи детям при острой дыхательной недостаточности?
1
витамиотерапия
восстановление объема циркулирующей крови
коррекция кислотно—щелочного равновесия
оксигенотерапия
ликвидация дыхательной недостаточности

#
6
При острой дыхательной недостаточности неотложная помощь не включает:
4
обеспечение проходимости дыхательных путей
стимуляцию кашля
оксигенотерапию
применение препаратов, содержащих кофеин
внутривенное введение эуфиллина с атропином
#
7
Что является клиническим признаком остановки дыхания:
1
цианоз, отсутствия дыхательных движений
остановка сердца
втяжение межреберных промежутков
тахикардия
все перечисленное
#
8
Что не относится к доступным способам восстановления свободной проходимости дыхательных путей?
4
разгибания шеи
обследования и освобождения ротоглотки от слизи
вывода и фиксации языка
трахеостомия
освобождение ротоглотки от инородных тел пальцем
#
9
При астматическом статусе назначается:
4
внутривенное введение преднизолона
оксигенотерапия

седативные препараты
все перечисленное
дыхательные упражнения
#
10
Что не является критерием острого стенозирующего ларинготрахеита?
4
изменение голоса
грубый лающий кашель
втяжение уступчивых мест грудной клетки
удлинение вдоха
дыхательная недостаточность
#
11
При лечении больных с подвязочным отеком голосовых связок лучший эффект дает применение:
4
диуретиков
гормонов
симпатомиметиков
парокислородных ингаляций
ингаляционных β -2-агонистов
#
12
При крупе III степени ингаляции следует проводить:
3
30 мин
2 часа
до появления продуктивного кашля
15 минут
каждые 3 часа по 10 минут
#
13
Основная задача начального этапа инфузионной терапии при большинстве

патологических состояний заключается:
2
в восстановлении объема экстрацеллюлярной жидкости
в восстановлении объема циркулирующей плазмы
в дезинтоксикации
в восстановлении объема циркулирующих эритроцитов
в устранении дефицита калия
#
14
Какой препарат в большей степени увеличивает текучесть крови?
5
5% раствор альбумина
10% раствор альбумина
рингер-лактат
нативная плазма
реополиглюкин

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ ПЕДИАТРИЯ

1. КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОКАЗЫВАЕТ МЕТОДИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ

1

- 1) беременным женщинам и детям раннего возраста
- 2) только беременным женщинам
- 3) семье, имеющей детей среднего возраста
- 4) семье, имеющей детей раннего возраста
- 5)

2. В КАБИНЕТЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ПОСТОЯННО РАБОТАЕТ

3

- 1) врач-педиатр или медицинская сестра
- 2) участковый педиатр
- 3) медицинская сестра или фельдшер
- 4) медицинский регистратор
- 5).

3. ОЦЕНКУ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ НУЖНО ПРОВОДИТЬ 1 РАЗ В

1

- 1) месяц
- 2) 3 месяца
- 3) 6 месяцев

- 4) год
- 5).

4. ДЕТЕЙ ВТОРОГО ГОДА ЖИЗНИ ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ 1 РАЗ В:
2

- 1) 2 месяца
- 2) квартал
- 3) 6 месяцев
- 4) год
- 5).

**5. ОЦЕНКУ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ
НУЖНО ПРОВОДИТЬ 1 РАЗ В:**
1

- 1) месяц
- 2) 3 месяца
- 3) 6 месяцев
- 4) год
- 5).

6. РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ 1 МЕСЯЦА НУЖНО СДЕЛАТЬ:
3

- 1) клинический анализ крови и общий анализ мочи
- 2) глюкозу сыворотки крови
- 3) антропометрию и оценку психомоторного развития
- 4) клинический анализ крови
- 5).

7. ПЕРВИЧНЫЙ ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОВОДЯТ
1

- 1) в первые 3 дня после выписки из родильного дома
- 2) на 10-й день жизни
- 3) в возрасте одного месяца
- 4) в возрасте 2-х месяцев
- 5).

8. ПЕРВИЧНЫЙ ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОВОДЯТ
4

- 1) педиатр и детский невропатолог
- 2) детский невропатолог и медицинская сестра
- 3) педиатр и терапевт
- 4) педиатр и медицинская сестра
- 5).

**9. БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППАМ
ЗДОРОВЬЯ**
4

- 1) 2, 3, 4
- 2) 1, 3, 4

- 3) 2, 3, 5
- 4) 3, 4, 5
- 5).

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

4

- 1) 5
- 2) 4
- 3) 2
- 4) 1
- 5).

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

2

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4
- 5).

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

- 1) 2
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4
- 5).

13. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРОВОДИТСЯ

4

- 1) в течение 3 лет
- 2) в течение 5 лет
- 3) в течение 10 лет
- 4) до передачи во взрослую сеть
- 5).

14. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ОБОСТРЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ

1

- 1) в течение 3 лет
- 2) в течение 5 лет
- 3) в течение 1 года
- 4) до перевода во взрослую сеть
- 5).

15. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ У ДЕТЕЙ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ

1

- 1) в течение 2 лет
- 2) в течение 3 лет
- 3) в течение 5 лет
- 4) до перевода во взрослую сеть
- 5).

16. ДИСПАНСЕРНЫЙ ОСМОТР У ДЕТЕЙ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПРОВОДИТСЯ

3

- 1) ежемесячно
- 2) 1 раз в 3 месяца
- 3) 1 раз в 6 месяцев
- 4) Ежегодно
- 5).

17. КОНСУЛЬТАЦИЯ ГЕМАТОЛОГА ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЧЕРЕЗ _____ НЕЭФФЕКТИВНОГО АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

2

- 1) 1-2 недели
- 2) 4 недели
- 3) 6 недель
- 4) 8-16 недель
- 5).

18. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В МЕЖПРИСТУПНЫЙ ПЕРИОД ЯВЛЯЕТСЯ

4

- 1) аэрофитотерапия
- 2) дарсонвализация
- 3) электросонтерапия
- 4) климатотерапия
- 5).

19. РЕБЕНКА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ

2

- 1) направляет, поскольку у него поставлен диагноз «бронхиальная астма»
- 2) направляет при наличии у него данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное бронхиальной астмой
- 3) направляет при наличии у него тяжелой персистирующей бронхиальной астмы
- 4) не направляет, так как бронхиальная астма не приводит к развитию стойких нарушений функций организма у детей
- 5).

20. В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРОВЕДЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЦА ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ ПОКАЗАНО В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦА (МЕСЯЦЕВ)

1

- 1) 1
- 2) 3
- 3) 6
- 4) 12
- 5)

21. В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРОВЕДЕНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ ПОКАЗАНО В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦА (МЕСЯЦЕВ)

4

- 1) 1
- 2) 3
- 3) 6
- 4) 12
- 5)

22. ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

3

- 1) проводится в соответствии с национальным календарем профилактических прививок
- 2) проводится по желанию родителей
- 3) проводится по индивидуальному плану только в периоды стойкой ремиссии
- 4) не проводится
- 5)

23. ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ ИНТЕРМИТТИРУЮЩЕЙ И ЛЕГКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЧАСТОТА ОСМОТРОВ УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В _____ МЕСЯЦ (МЕСЯЦА)

3

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 6
- 5)

24. ПРАВИЛЬНАЯ ТАКТИКА УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У РЕБЕНКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

2

- 1) проведении повторного анализа мочи
- 2) срочной госпитализации в нефрологическое отделение
- 3) направлении на консультацию к нефрологу
- 4) назначении антибактериальной терапии
- 5)

25. РЕБЁНОК С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОТНОСИТСЯ К _____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

2

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV
- 5)

26. РЕБЕНОК С ДЕФЕКТОМ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПРИ ОТСУТСТВИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТНОСИТСЯ К _____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

3

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV
- 5)

27. ВАКЦИНАЦИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ ____ МЕС.

1

- 1) 2
- 2) 12
- 3) 18
- 4) 24
- 5)

28. СНЯТИЕ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА С ПЕРВИЧНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ _____ СТОЙКОЙ РЕМИССИИ

1

- 1) 3 года
- 2) 4 года
- 3) 2 года
- 4) 1 год
- 5)

29. УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 1 РАЗ В ____ МЕС.

1

- 1) 3
- 2) 6
- 3) 12
- 4) 24
- 5)

30. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ ДЕТЯМ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРОВОДЯТ В ПЕРИОД

3

- 1) обострения
- 2) приступа

- 3) ремиссии
- 4) подростковый
- 5)

31. СРОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ДИФфузно-ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ ДЛИТСЯ

4

- 1) в течение 2 лет
- 2) в течение 3 лет
- 3) в течение 5 лет
- 4) пожизненно
- 5)

32. ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ РАЗРЕШЕНО В КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КОМПЕНСАЦИИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ НЕ МЕНЕЕ _____ МЕС.

4

- 1) 6
- 2) 3
- 3) 2
- 4) 1
- 5)

33. ПРИ ГИПЕРТЕРМИИ У ДЕТЕЙ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ СИНДРОМНУЮ ТЕРАПИЮ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ПРИМЕНЕНИЯ

2

- 1) диклофенака
- 2) парацетамола
- 3) анальгина
- 4) ацетилсалициловой кислоты
- 5)

34. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИМЕНЯЮТ

2

- 1) эуфиллин
- 2) сальбутамол
- 3) флутиказон
- 4) цетиризин
- 5)

35. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

3

- 1) гиперкортицизм
- 2) развитие остеопороза
- 3) кандидоз полости рта и глотки
- 4) артериальная гипертензия
- 5)

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

1

- 1) 500
- 2) 1000
- 3) 1500
- 4) 2000
- 5)

37. ДЕТИ, СТРАДАЮЩИЕ СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ПОДЛЕЖАТ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ

1

- 1) до передачи во взрослую поликлинику
- 2) 10 лет
- 3) 5 лет
- 4) 3 года
- 5)

38. ОБЩИЕ АНАЛИЗЫ МОЧИ ДЕТЯМ, СТРАДАЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ, В ПЕРИОДЕ СТОЙКОЙ РЕМИССИИ ПРОВОДЯТ

2

- 1) ежегодно
- 2) ежеквартально
- 3) ежемесячно
- 4) еженедельно
- 5)

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

4

- 1) числу детей, отнесенных к первой группе здоровья
- 2) снижению острой заболеваемости
- 3) снижению детской смертности
- 4) отсутствию отрицательной динамики по группам здоровья
- 5)

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

1

- 1) динамическое наблюдение за здоровьем детей в возрасте от рождения до 7 лет
- 2) восстановительного лечения
- 3) организация диспансерных осмотров детей врачами–специалистами и лабораторно-диагностических исследований
- 4) подготовка детей к поступлению в дошкольное учреждение и школу
- 5)

41. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЁСШИМИ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ПРОДОЛЖАЕТСЯ

2

- 1) в течение одного года
- 2) в течение трёх лет
- 3) в течение пяти лет
- 4) до перевода во взрослую сеть здравоохранения
- 5)

42. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЁСШИМИ ГЕНУИННЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ПРОВОДИТСЯ

4

- 1) в течение одного года
- 2) в течение 3 лет
- 3) в течение 5 лет
- 4) до перевода ребёнка под наблюдение взрослой поликлиники
- 5)

43. РЕБЕНОК С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ, КРОМЕ ПЕДИАТРА, ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ

1

- 1) неврологом
- 2) фтизиатром
- 3) инфекционистом
- 4) хирургом
- 5)

44. ДЕТИ, ПЕРЕНЕСШИЕ ИНФЕКЦИОННЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ, НАБЛЮДАЮТСЯ

1

- до перевода в подростковый кабинет поликлиники
- в течение 5 лет
 - в течение 3 лет
 - в течение 1 года
 - 5)

45. ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ НАХОДЯТСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО ДО

1

- 1) 18 лет
- 2) 10 лет
- 3) 7 лет
- 4) года
- 5)

46. ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВЕДЕНИЕ

2

- 1) рентгенографии органов грудной клетки
- 2) ультразвукового исследования почек 1 раз в 6 месяцев
- 3) общего анализа крови 1 раз в 2 недели
- 4) гормонального анализа крови
- 5)

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

4

- 1) 1 раз в месяц
- 2) 6 раз в год
- 3) 2 раза в год
- 4) 4 раза в год
- 5)

48. В ПЛАН ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РЕБЕНКОМ С ГЕМОМРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ НЕ ВКЛЮЧАЕТСЯ

1

- 1) анализ кала на скрытую кровь
- 2) определение общего белка и белковых фракций
- 3) общий анализ мочи
- 4) клинический анализ крови
- 5)

49. ЧАСТОТА НАБЛЮДЕНИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ГАСТРОДУОДЕНИТОМ НА 2-ОМ ГОДУ НАБЛЮДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В

3

- 1) месяц
- 2) 3 месяца
- 3) 6 месяцев
- 4) год
- 5)

50. ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В ПОЛИКЛИНИКЕ ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВЕДЕНИЕ

2

- 1) биохимического анализа крови
- 2) исследования желудочной секреции (рН-метрия)
- 3) общего анализа мочи
- 4) посева на кишечную группу
- 5)

51. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ В

2

- 1) два этапа
- 2) три этапа

- 3) пять этапов
- 4) шесть этапов
- 5)

52. ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ

4

- 1) осмотр педиатра
- 2) лечение в стационаре
- 3) лабораторное обследование
- 4) проведение скрининг-программы медицинской сестрой
- 5)

53. ОСНОВНЫМ УЧЕТНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

4

- 1) форма №079/у
- 2) форма №112/у
- 3) форма №026/у
- 4) форма №030/у
- 5)

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

2

- 1) старшую медицинскую сестру
- 2) педиатра
- 3) заместителю главного врача организации медицинской помощи детям
- 4) клинического руководителя
- 5)

55. РЕБЕНОК С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ

1

- 1) эндокринологом
- 2) эпидемиологом
- 3) хирургом
- 4) психологом
- 5)

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

2

- 1) еженедельно
- 2) ежемесячно
- 3) 1 раз в квартал
- 4) ежедневно
- 5)

57. ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПЕДИАТР И РЕВМАТОЛОГ НАБЛЮДАЮТ

4

- 1) 2 раза в 6 месяцев
- 2) ежемесячно
- 3) 1 раз в год
- 4) 2 раза в год
- 5)

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

3

- 1) 1 раз в месяц
- 2) 1 раз в год
- 3) 2 раза в год
- 4) 3 раза в год
- 5)

59. ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ БЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ ПОРОКА СЕРДЦА, СНИМАЮТ С ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЧЕРЕЗ

3

- 1) 1 год
- 2) 2 года
- 3) 5 лет
- 4) 10 лет
- 5)

60. ПАЦИЕНТЫ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА СНИМАЮТСЯ С ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПО ЗАКЛЮЧЕНИЮ

3

- 1) педиатра
- 2) кардиолога
- 3) кардиохирурга
- 4) ревматолога
- 5)

61. ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ НЕ РЕЖЕ, ЧЕМ

2

- 1) 1 раз в месяц
- 2) 2 раза в год
- 3) 1 раз в год
- 4) 4 раза в год
- 5)

62. ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ

1

- 1) 1 раз в месяц
- 2) 1 раз в год
- 3) 2 раза в год
- 4) 1 раз в квартал
- 5)

63. ПАЦИЕНТАМ С ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ НЕОБХОДИМО РЕГУЛЯРНО ПРОВОДИТЬ

3

- 1) общий анализ крови
- 2) общий анализ мочи
- 3) мониторинг АД
- 4) РЭГ
- 5)

64. БИЦИЛЛИНОПРОФИЛАКТИКА ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ С

2

- 1) гломерулонефритом
- 2) хронической ревматической болезнью сердца
- 3) вегетативной дисфункцией
- 4) заболеваниями соединительной ткани
- 5)

65. ПАЦИЕНТАМ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ АНАЛИЗ МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО ПРОВОДЯТ 1 РАЗ В

1

- 1) месяц
- 2) квартал
- 3) 6 месяцев
- 4) год
- 5)

66. ПАЦИЕНТАМ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ ПРИ НАЛИЧИИ ЛЕЙКОЦИТУРИИ ПРОВОДЯТ

4

- 1) общий анализ крови
- 2) биохимический анализ крови
- 3) посевы крови
- 4) посевы мочи
- 5)

67. ПАЦИЕНТАМ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ УРОВЕНЬ КРЕАТИНИНА ОЦЕНИВАЮТ

4

- 1) 1 раз в год
- 2) 2 раза в месяц
- 3) 1 раз в месяц
- 4) 2 раза в год

5)

68. ПАЦИЕНТАМ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ УРОВЕНЬ МОЧЕВИНЫ ОЦЕНИВАЮТ

4

- 1) 1 раз в месяц
- 2) 2 раза в месяц
- 3) 1 раз в год
- 4) 2 раза в год
- 5)

69. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КУРС УРОСЕПТИКОВ ПАЦИЕНТАМ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ ПРОВОДИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ ___ ДНЕЙ

2

- 1) 5
- 2) 7
- 3) 10
- 4) 14
- 5)

70. ПАЦИЕНТАМ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА ФИБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЮ ПРОВОДЯТ

3

- 1) 2 раза в год
- 2) 1 раз в полгода
- 3) 1 раз в год
- 4) 1 раз в 2 года
- 5)

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

3

- 1) 1 раз в полгода
- 2) 3 раза в год
- 3) 1 раз в год
- 4) 1 раз в 2 года
- 5)

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

2

- 1) 1 года
- 2) 2 лет
- 3) 4 лет
- 4) 5 лет
- 5)

73. ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ПОСЕВ КАЛА ПРОВОДЯТ 1 РАЗ В

2

- 1) месяц
- 2) 3 месяца
- 3) 4 месяца
- 4) 6 месяцев
- 5)

74. ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ РАССТРОЙСТВЕ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ СНЯТИЕ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА ПОСЛЕ НАСТУПЛЕНИЯ РЕМИССИИ ПРОИСХОДИТ ЧЕРЕЗ

3

- 1) 3 месяца
- 2) 6 месяцев
- 3) 1 год
- 4) 2 года
- 5)

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

1

- 1) 1 раз в год
- 2) 2 раза в год
- 3) 1 раз в 2 года
- 4) 1 раз в 5 лет
- 5)

76. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ У ДЕТЕЙ PH-МЕТРИЯ ПОКАЗАНА

4

- 1) 2 раза в год
- 2) 1 раз в квартал
- 3) 1 раз в 2 года
- 4) 1 раз в год
- 5)

77. ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В

3

- 1) месяц
- 2) 6 месяцев
- 3) 3 месяца
- 4) год
- 5)

78. ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ВО ВТОРОЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В

1

- 1) 6 месяцев

- 2) 3 месяца
- 3) месяц
- 4) год
- 5)

79. ПРИ РЕМИССИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА УЗИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРОВОДЯТ 1 РАЗ В

- 2
- 1) 3 месяца
 - 2) год
 - 3) 2 года
 - 4) 6 месяцев
 - 5)

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

- 4
- 1) 1 год
 - 2) 5 лет
 - 3) 3 года
 - 4) до перевода во взрослую сеть
 - 5)

81. РЕБЕНКА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ В ПЕРВОМ ПОЛУГОДИИ 1 РАЗ В

- 3
- 1) месяц
 - 2) 2 месяца
 - 3) 2 недели
 - 4) 3 месяца
 - 5)

82. РЕБЕНКА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ В ВТОРОМ ПОЛУГОДИИ 1 РАЗ В

- 4
- 1) 2 месяца
 - 2) 3 месяца
 - 3) 2 недели
 - 4) месяц
 - 5)

83. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗАВИСИТ ОТ

- 1
- 1) вида заболевания
 - 2) стадии заболевания
 - 3) осложнений заболевания
 - 4) сопутствующей патологии
 - 5)

84. КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЗАВИСИТ ОТ

3

- 1) вида заболевания
- 2) осложнений заболевания
- 3) стадии заболевания
- 4) вида сопутствующей патологии
- 5)

85. КОНЕЧНОЙ ЦЕЛЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

4

- 1) противорецидивное лечение
- 2) контроль функций поражённых органов и систем
- 3) статистическая отчётность
- 4) медико-социальная реабилитация больного
- 5)

86. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ОТНОШЕНИИ

2

- 1) совершеннолетних, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями
- 2) несовершеннолетних, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями
- 3) несовершеннолетних и совершеннолетних, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями
- 4) несовершеннолетних и совершеннолетних, страдающих острыми инфекционными заболеваниями
- 5)

87. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ИСКЛЮЧАЕТСЯ В ОТНОШЕНИИ

3

- 1) несовершеннолетних, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний
- 2) несовершеннолетних, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных травм и отравлений
- 3) совершеннолетних, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями
- 4) несовершеннолетних, страдающих хроническими инфекционными заболеваниями
- 5)

88. ФОРМЫ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ИСКЛЮЧАЮТ

1

- 1) изолированную
- 2) простую
- 3) сольтеряющую
- 4) стертую
- 5)

89. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

4

- 1) статистик лечебно-профилактического учреждения
- 2) экономист лечебно-профилактического учреждения
- 3) врач-логопед
- 4) врач-педиатр участковый или врач общей практики (семейный врач)
- 5)

90. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

1

- 1) врач-специалист (по профилю заболевания)
- 2) представитель страховой компании
- 3) статистик лечебно-профилактического учреждения
- 4) врач-логопед
- 5)

91. ОТВЕТСТВЕННЫМ ЗА ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

2

- 1) статистик лечебно-профилактического учреждения
- 2) участковый врач-педиатр
- 3) представитель страховой компании
- 4) врач-логопед
- 5)

92. ОСНОВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ – КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ (ФОРМА № 030/У) ХРАНИТСЯ У

4

- 1) представителя страховой компании
- 2) статистика лечебно-профилактического учреждения
- 3) врача-логопеда
- 4) врачей детских поликлиник
- 5)

93. В КАРТЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ (ФОРМА № 030/У) ВРАЧ-ПЕДИАТР ОТМЕЧАЕТ

2

- 1) успеваемость в общеобразовательной школе
- 2) даты посещения и следующей явки ребёнка на приём
- 3) посещаемость занятий в общеобразовательной школе
- 4) уровень заработной платы родителей
- 5)

94. СВЯЗЬ УЧАСТКОВОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ С МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ ДЕТСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ ЧЕРЕЗ

3

- 1) педиатрическое отделение стационара медицинского учреждения
- 2) клиническую лабораторию медицинского учреждения
- 3) отделение организации медицинской помощи детям и подросткам
- 4) приёмное отделение стационара медицинского учреждения

5)

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

1

- 1) участковому педиатру
- 2) специалисту страховой компании
- 3) главному врачу детской поликлиники
- 4) врачу-ортопеду
- 5)

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

3

- 1) преимущество в работе участковой педиатрической службы детской поликлиники и детских образовательных учреждений
- 2) передачу ведомостей (списков) детей с впервые выявленными и хроническими заболеваниями
- 3) контроль деятельности страховой компании
- 4) контакт с заведующими педиатрическими участками
- 5)

97. ОБЯЗАННОСТИ ПЕДИАТРА ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ИСКЛЮЧАЮТ

2

- 1) составление списков детей и подростков с впервые выявленными отклонениями в состоянии здоровья
- 2) контроль деятельности страховой компании
- 3) составление списков детей и подростков с впервые выявленными хроническими заболеваниями
- 4) составление списков детей и подростков, требующих дообследования
- 5)

98. К ОБЯЗАННОСТЯМ ПЕДИАТРА ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОТНОСЯТ

1

- 1) передачу списочного состава детей
- 2) организацию и проведение спортивных мероприятий
- 3) участие в образовательном процессе школы
- 4) организацию и участие в профориентационной работе школы
- 5)

99. ОБЯЗАННОСТИ ПЕДИАТРА ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ИСКЛЮЧАЮТ

4

- 1) составление плана оздоровительных мероприятий детям с хронической патологией
- 2) рекомендации преподавателю в «листочке здоровья» и защита интересов больного ребёнка
- 3) медицинское сопровождение детей с хронической патологией в детских образовательных учреждениях
- 4) закупку медицинских препаратов
- 5)

100. В ОБЯЗАННОСТИ ПЕДИАТРА ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ИСКЛЮЧАЮТ

2

- 1) совместную работу с педагогами и психологами
- 2) участие в педагогической деятельности
- 3) формирование навыков здорового образа жизни
- 4) санитарно-просветительскую работу
- 5)

101. ДИСПАНСЕРНЫЙ ПРИЕМ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ВКЛЮЧАЕТ

3

- 1) расчет стоимости клинического обследования
- 2) расчет стоимости медицинских препаратов
- 3) оценку состояния ребенка
- 4) расчет стоимости медицинских услуг
- 5)

102. К КРИТЕРИЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ОТНОСЯТ

3

- 1) повышение числа случаев и числа дней временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком
- 2) снижение стоимости лечения в амбулаторных условиях
- 3) уменьшение числа обострений хронических заболеваний
- 4) сокращение случаев инвалидности детей и подростков, находящихся под диспансерным наблюдением
- 5)

103. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

2

- 1) повышение рождаемости доношенных детей
- 2) увеличение удельного веса выздоровевших детей
- 3) снижение стоимости лечения с учетом стоимости медицинских препаратов
- 4) снижение стоимости медицинских препаратов
- 5)

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

4

- 1) участковым педиатром
- 2) родителями самостоятельно

- 3) главным врачом детской поликлиники
- 4) комиссионно
- 5)

105. К ОСНОВАНИЯМ ДЛЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ОТНОСЯТ

1

- 1) выздоровление
- 2) отсутствие стойкой компенсации физиологических функций или стойкой ремиссии хронического заболевания (состояния)
- 3) пожелание родственников ребенка
- 4) пожелание законных представителей ребенка
- 5)

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

3

- 1) история болезни
- 2) статистический талон
- 3) эпикриз
- 4) форма № 112/у
- 5)

107. ЭПИКРИЗ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПОДПИСЫВАЕТ

3

- 1) родитель ребенка
- 2) медицинская сестра
- 3) заведующий педиатрическими участками
- 4) врач-диетолог
- 5)

108. В ПОНЯТИЕ «ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ» ВХОДЯТ

2

- 1) профилактика и лечение педикулеза
- 2) диета, лечебные столы, режим, витаминизация
- 3) рекомендации по вакцинации против гриппа и профилактика
- 4) рекомендации по занятиям профессиональным спортом, режим, витаминизация
- 5)

109. К ВИДАМ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТНОСЯТ

4

- 1) комплексную
- 2) парциальную
- 3) периодическую
- 4) медицинскую
- 5)

110. К ВИДАМ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТНОСЯТ

3

- 1) комплексную
- 2) парциальную

- 3) трудовую
- 4) периодическую
- 5)

111. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НАПРАВЛЕНА НА

2

- 1) существенное повышение функциональных возможностей организма
- 2) восстановление компенсации функциональных возможностей организма
- 3) снижение функциональных возможностей организма
- 4) некоторое уменьшение функциональных возможностей организм
- 5)

112. В ПЕРЕЧЕНЬ МЕРОПРИЯТИЙ, КОТОРЫЙ УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ ПРОВОДИТ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПОСЕЩЕНИИ БОЛЬНОГО РЕБЁНКА НА ДОМУ, НЕ ВХОДИТ

1

- 1) выдача справки в дошкольное учреждение о выздоровлении
- 2) назначение лечения
- 3) назначение режима питания
- 4) выдача взрослому листка нетрудоспособности по уходу за больным ребёнком
- 5)

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

2

- 1) ребёнок-инвалид в возрасте лишь до 14 лет
- 2) ребёнок-инвалид в возрасте до 18 лет
- 3) ребёнок до 5 лет
- 4) ребёнок до 7 лет
- 5)

114. ПРИ ПОВЫШЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА У РЕБЁНКА ВЫШЕ 38,5 НАЗНАЧАЕТСЯ ИБУПРОФЕН ИЗ РАСЧЕТА НА 1 ПРИЁМ ___ МГ/КГ

3

- 1) 1-2
- 2) 3-4
- 3) 5-10
- 4) 12-15
- 5)

115. ПРИ ПОВЫШЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА У РЕБЁНКА ВЫШЕ 38,5°С НАЗНАЧАЕТСЯ ПАРАЦЕТАМОЛ ИЗ РАСЧЕТА НА 1 ПРИЁМ ___ МГ/КГ

3

- 1) 5
- 2) 8
- 3) 10-15
- 4) 20
- 5)

116. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА НА ОСНОВЕ ГИДРОКСИД ПОЛИМАЛЬТОЗНОГО КОМПЛЕКСА ИЗ РАСЧЕТА ___ МГ/КГ/С

4

- 1) 2
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 5
- 5)

117. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1

- 1) повышение уровня гемоглобина не менее, чем на 10г/л/мес.
- 2) увеличение количества тромбоцитов
- 3) увеличение количества лейкоцитов
- 4) замедление скорости оседания эритроцитов
- 5)

118. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ

3

- 1) закаливание щадящим методом
- 2) гимнастику и массаж грудной клетки
- 3) вакцинопрофилактику
- 4) витаминотерапию, фитотерапию
- 5)

119. ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ВПЕРВЫЕ НАЗНАЧАЮТ ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ В

4

- 1) 1 месяц
- 2) 4 месяца
- 3) 6 месяцев
- 4) 12 месяцев
- 5)

120. ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ВПЕРВЫЕ НАЗНАЧАЮТ ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ В

2

- 1) 1 месяц
- 2) 12 месяцев
- 3) 4 месяца
- 4) 6 месяцев
- 5)

121. В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ВПЕРВЫЕ НАЗНАЧАЮТ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ В

1

- 1) 1 месяц
- 2) 3 месяца
- 3) 6 месяцев
- 4) 9 месяцев
- 5)

122. ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ВПЕРВЫЕ НАЗНАЧАЮТ ЭКГ В

4

- 1) 1 месяц
- 2) 3 месяца
- 3) 6 месяцев
- 4) 12 месяцев
- 5)

123. В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ВПЕРВЫЕ НАЗНАЧАЮТ ОСМОТР СТОМАТОЛОГА В

3

- 1) 9 месяцев
- 2) 3 месяца
- 3) 12 месяцев
- 4) 6 месяцев
- 5)

124. ЭНДОКРИНОЛОГ ВПЕРВЫЕ УЧАСТВУЕТ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ____ ЛЕТ

1

- 1) 10
- 2) 12
- 3) 14-15
- 4) 16
- 5)

125. ГИНЕКОЛОГ ВПЕРВЫЕ УЧАСТВУЕТ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ____ ЛЕТ

3

- 1) 7
- 2) 12
- 3) 3
- 4) 14-15
- 5)

126. ФЛЮОРОГРАФИЮ ВПЕРВЫЕ ПРОВОДЯТ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ____ ЛЕТ

3

- 1) 16
- 2) 12
- 3) 15
- 4) 10

5)

127. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ДЕВОЧЕК ВПЕРВЫЕ ОЦЕНИВАЮТ В ____ ЛЕТ

1

1) 10

2) 12

3) 14

4) 13

5)

128. ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ ОТНОСЯТСЯ К ____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

1

1) I

2) II

3) III

4) IV

5)

129. ДЕТИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПЕРИОД РЕМИССИИ ОТНОСЯТСЯ К ____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

3

1) I

2) II

3) III

4) IV

5)

130. ДЕТИ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИЕ РАХИТ 1 И 2 СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ, ОТНОСЯТСЯ К ____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

2

1) I

2) II

3) III

4) IV

5)

131. ДЕТИ С ГЛИСТНОЙ ИНВАЗИЕЙ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ИНТОКСИКАЦИИ ОТНОСЯТСЯ К ____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

2

1) I

2) II

3) III

4) IV

5)

132.

ДЕТИ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В СТАДИИ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ РЕМИССИИ ОТНОСЯТСЯ К ____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

3

1) I

2) II

- 3) III
- 4) IV
- 5)

133. ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ ВПЕРВЫЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ ГРУППУ КРОВИ В ___ ЛЕТ

3

- 1) 10
- 2) 12
- 3) 14
- 4) 15
- 5)

134. ВОПРОС ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ НА ДОМУ БОЛЬНОГО РЕБЁНКА РЕШАЕТСЯ УЧАСТКОВЫМ ВРАЧОМ НЕЗАВИСИМО ОТ

4

- 1) тяжести состояния ребёнка
- 2) характера и течения заболевания
- 3) возраста ребёнка
- 4) прописки больного
- 5)

135. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЁНКОМ В ВОЗРАСТЕ ДО 7 ЛЕТ ВЫДАЕТСЯ

1

- 1) на весь период острого заболевания
- 2) до 10 дней
- 3) на две недели
- 4) до 7 дней
- 5)

136. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЁНКОМ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 15 ЛЕТ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЫДАЕТСЯ ДО ___ ДНЕЙ

1

- 1) 3
- 2) 7
- 3) 15
- 4) 10
- 5)

137. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА РЕБЁНКОМ В ВОЗРАСТЕ ДО 7 ЛЕТ ПРИ КАРАНТИНЕ ВЫДАЕТСЯ

1

- 1) на весь период карантина
- 2) до 15 дней
- 3) до 10 дней
- 4) на неделю
- 5)

138. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО С ИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ НА ДОМУ УЧАСТКОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ОБЯЗАНА

4

- 1) подать экстренное извещение
- 2) наложить карантин
- 3) оказать первую врачебную помощь
- 4) наблюдать за детьми, находящимися на карантине
- 5)

139. ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЯЩЕГО БОЛЬНОГО В ПОЛИКЛИНИКЕ ДОЛЖНА БЫТЬ ОКАЗАНА

1

- 1) в боксе
- 2) в кабинете участкового врача
- 3) в кабинете врача-специалиста
- 4) в кабинете заведующего педиатрическим отделением
- 5)

140. ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ ИСКЛЮЧАЕТ

4

- 1) медицинскую профилактику важнейших заболеваний
- 2) санитарно-гигиеническое образование населения
- 3) оказание медицинской помощи в дневном стационаре
- 4) круглосуточное оказание медицинской помощи
- 5)

141. В ОБЯЗАННОСТИ ЗАВЕДУЮЩЕГО ПЕДИАТРИЧЕСКИМ ОТДЕЛЕНИЕМ НЕ ВХОДИТ

3

- 1) контроль обоснованности выдачи листков нетрудоспособности
- 2) контроль лечения детей
- 3) руководство финансовой деятельностью поликлиники
- 4) консультации больных в поликлинике и на дому
- 5)

142. В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЧИСЛО ДЕТЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ ОТ 16.04.2012 Г. № 366Н СОСТАВЛЯЕТ

2

- 1) 700
- 2) 800
- 3) 900
- 4) 1000
- 5)

143. ИЗ ОБЯЗАННОСТЕЙ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ИСКЛЮЧЕНА РАБОТА

2

- 1) санитарно-просветительная с населением
- 2) по отбору детей на санаторно-курортное лечение
- 3) по оказанию медицинской помощи по назначению врача
- 4) профилактическая по воспитанию здорового ребенка

5)

144. ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ РЕБЁНКА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ, КОТОРЫЙ СОДЕРЖИТ ИСТОРИЮ ЕГО РАЗВИТИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ УЧЕТНАЯ ФОРМА

4

- 1) № 039
- 2) № 036
- 3) № 030
- 4) № 112
- 5)

145. ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧИТЫВАЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ ПОЛНОТЫ ОХВАТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ОСМОТРАМИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, КОТОРЫЙ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ ___ %

3

- 1) 80
- 2) 90
- 3) 95
- 4) 100
- 5)

146. БОЛЬНОЙ РЕБЕНОК В ПОЛИКЛИНИКЕ/ЦСМ ПЕРВОНАЧАЛЬНО ОСМАТРИВАЕТСЯ В

2

- 1) кабинете участкового врача
- 2) фильтре поликлиники/доврачебном кабинете
- 3) процедурном кабинете
- 4) кабинете инфекциониста
- 5)

147. ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ БЛЕДНОЙ ПОГАНКОЙ НЕ ХАРАКТЕРНА

3

- 1) рвота
- 2) диарея
- 3) гипертермия
- 4) тошнота
- 5)

148. ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ХАРАКТЕРНА

2

- 1) гипергликемия
- 2) гиперсаливация
- 3) гипертермия
- 4) анемия
- 5)

149. ОТРАВЛЕНИЕ УГАРНЫМ ГАЗОМ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1

- 1) нарушением дыхания
- 2) диспепсией

- 3) рвотой
- 4) дизурией
- 5)

150. ТИПИЧНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ОТРАВЛЕНИЯ БАРБИТУРАТАМИ СОСТОИТ В

4

- 1) артериальной гипертензии
- 2) брадикардии
- 3) сужении зрачков
- 4) отсутствии сознания (кома)
- 5)

151. СИМПТОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ УГАРНЫМ ГАЗОМ

3

- 1) потеря сознания
- 2) нарушение дыхания
- 3) гемолиз эритроцитов
- 4) тахикардия, артериальная гипертензия
- 5)

152. СИМПТОМЫ, НЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЕ КЛИНИКЕ ОТЕКА ЛЕГКИХ

2

- 1) бледность, цианоз кожи, холодный пот
- 2) тоны сердца усилены, пульс ритмичный
- 3) кашель с отделением пенистой мокроты
- 4) влажные разнокалиберные хрипы в легких
- 5)

153. СИМПТОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ УКУСА ПЧЁЛ, ОС

4

- 1) отёк мягких тканей
- 2) локальный лимфаденит
- 3) лихорадка
- 4) геморрагические высыпания
- 5)

154. СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЧЕТВЁРТОЙ СТЕПЕНИ ОБМОРОЖЕНИЯ

1

- 1) некроз мягких тканей и костей, потеря чувствительности, в дальнейшем – мумификация
- 2) пузыри на отёчной бледно-синюшной коже, потеря болевой, тактильной чувствительности
- 3) некроз кожи
- 4) побледнение кожи, восстановление чувствительности при отогревании
- 5)

155. ПРИ ТЕПЛОВОМ УДАРЕ ПОТОТДЕЛЕНИЕ

2

- 1) увеличивается
- 2) прекращается
- 3) несколько снижается

- 4) не изменяется
- 5)

156. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЭЛЕКТРОТРАВМЫ

3

- 1) кома, ларингоспазм, ДН, сердечная аритмия, артериальная гипотензия, ожог, шок
- 2) сознание сохранено, возбуждение, бледность, тахикардия, одышка
- 3) потеря сознания, «мраморность» кожи, одышка, тахикардия, аритмия, гипотензия, ожог, шок
- 4) клиническая смерть, фибрилляция желудочков сердца, остановка кровообращения
- 5)

157. ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ СОСТОИТ В

4

- 1) наложении масляно-бальзамической повязки
- 2) растирании снегом и шерстью
- 3) погружении в теплую воду
- 4) наложении термоизолирующей повязки
- 5)

158. ОДНИМ ИЗ РАЗДЕЛОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПЕДИАТРА ЯВЛЯЕТСЯ КОНТРОЛЬ

3

- 1) проведения комплексной оценки состояния здоровья детей
- 2) посещения ребенком детского образовательного учреждения
- 3) выполнения родителями специфической и неспецифической профилактики рахита
- 4) проведения лабораторно-диагностических исследований
- 5)

159. РЕБЕНОК ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ НЕЗНАЧИМЫМ ОТКРЫТЫМ ОВАЛЬНЫМ ОКНОМ НАБЛЮДАЕТСЯ У

3

- 1) кардиолога и невропатолога
- 2) педиатра до достижения ребенком 7-ми лет
- 3) педиатра и кардиолога
- 4) кардиолога и кардиохирурга
- 5)

160. ДЛЯ ТЕРАПИИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ ТАХИАРИТМИИ, ВОЗНИКШЕЙ У БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА, НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

2

- 1) новокаинамид
- 2) дигоксин
- 3) пропранолол
- 4) верапамил
- 5)

161. К ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ КОМПЛЕКСУ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ИНФЕКЦИЮ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ОТНОСЯТ

2

- 1) анализы крови и мочи, анализ мочи по Нечипоренко, Аддису-Каковскому, Зимницкому
- 2) общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, анализ мочи по Нечипоренко, УЗИ почек
- 3) общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, экскреторную урографию
- 4) общеклинические общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ почек, микционную цистографию
- 5)

162. РЕЗУЛЬТАТ ПРОБЫ МАНТУ СЧИТАЕТСЯ СОМНИТЕЛЬНЫМ ПРИ НАЛИЧИИ

1

- 1) инфильтрата от 2 до 4 мм
- 2) инфильтрата более 5 мм
- 3) уколочной реакции (до 1 мм)
- 4) гиперемии до 16 мм
- 5)

163. РЕЗУЛЬТАТ ПРОБЫ МАНТУ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ПРИ НАЛИЧИИ

3

- 1) инфильтрата от 2 до 4 мм
- 2) уколочной реакции (до 1 мм)
- 3) инфильтрата более 5 мм
- 4) гиперемии до 16 мм
- 5)

164. УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ДОЛЖЕН НАПРАВИТЬ РЕБЕНКА НА КОНСУЛЬТАЦИЮ К ФТИЗИАТРУ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОБЫ МАНТУ В СЛУЧАЕ ОБНАРУЖЕНИЯ

2

- 1) уколочной реакции при папуле 2 мм один год назад
- 2) инфильтрата 5 мм при отрицательной пробе Манту один год назад
- 3) инфильтрата 8 мм при инфильтрате 11 мм один год назад
- 4) инфильтрата 5 мм через один год после ревакцинации БЦЖ
- 5)

165. НАЗНАЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НЕ В СООТВЕТСТВИИ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ИХ ПРИМЕНЕНИЮ ОБОЗНАЧАЕТСЯ ТЕРМИНОМ

1

- 1) off label
- 2) полипрагмазия
- 3) proху problem
- 4) дженерик
- 5)

166. НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ OFF LABEL УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ БЕЗ РЕШЕНИЯ КОНСИЛИУМА

4

- 1) разрешено при наличии информированного согласия законного представителя
- 2) разрешено по медицинским показаниям

- 3) разрешено при наличии согласия ребенка старше 12-ти лет
- 4) не разрешено
- 5)

167. ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ПРИ НАЛИЧИИ ЖЕЛТУХИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

4

- 1) назначение гепатопротекторов
- 2) назначение дополнительного питания
- 3) назначение желчегонных препаратов
- 4) исключение патологического типа желтухи
- 5)

168. АМБУЛАТОРНО ПРИ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ I СТЕПЕНИ ИНГАЛЯЦИЯ СУСПЕНЗИИ БУДЕСониДА ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ КОМПРЕССОРНЫЙ НЕБУЛАЙЗЕР В РАЗОВОЙ ДОЗЕ ____ МГ

1

- 1) 0,5
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 5
- 5)

169. ДЕКОНГЕСТАНТЫ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ НАЗАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ НЕ БОЛЕЕ ____ ДНЕЙ

2

- 1) 1-2
- 2) 3-5
- 3) 7-10
- 4) 10-14
- 5)

170. ТАКТИКОЙ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ПРИ ОДНОКРАТНОМ КРАТКОВРЕМЕННОМ АФФЕКТИВНО-РЕСПИРАТОРНОМ ПРИСТУПЕ У РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

3

- 1) экстренная госпитализация в неврологическое отделение
- 2) экстренная госпитализация в инфекционное отделение
- 3) проведение амбулаторного обследования, консультация невролога
- 4) плановая госпитализация в соматическое отделение
- 5)

171. ТАКТИКОЙ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ПРИ ЭПИГЛОТИТЕ У РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

2

- 1) направление на консультацию ЛОР-врача поликлиники
- 2) обеспечение экстренной госпитализации в ЛОР-отделение
- 3) назначение рациональной антибиотикотерапии, симптоматических препаратов, обеспечение ежедневного наблюдения на дому
- 4) назначение противовирусной терапии, симптоматических препаратов, ингаляций будесонида через небулайзер
- 5)

172. АМОКСИЦИЛЛИН ПРИ БГСА-ТОНЗИЛЛИТЕ НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗЕ _____ МГ/КГ/СУТКИ

3

- 1) 25
- 2) 10
- 3) 50
- 4) 100
- 5)

173. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АЗИТРОМИЦИНОМ ПРИ БГСА-ТОНЗИЛЛИТЕ СОСТАВЛЯЕТ

2

- 1) 3 дня
- 2) 5 дней
- 3) 10 дней
- 4) 14 дней
- 5)

174. РЕБЕНКУ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С БРОНХИОЛИТОМ С ОДНИМ ИЗ ОБЩИХ ПРИЗНАКОВ ОПАСНОСТИ УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР/СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ ВЫБИРАЕТ ТАКТИКУ

4

- 1) проведения рентгенографии органов грудной клетки, назначения рациональной антибиотикотерапии, симптоматических препаратов, обеспечения наблюдения на дому
- 2) назначения противовирусной терапии, симптоматических препаратов, ингаляций будесонида через небулайзер
- 3) проведения общеклинических анализов, рентгенографии органов грудной клетки, назначения антибиотикотерапии и противовирусных средств, симптоматических препаратов, обеспечения наблюдения на дому
- 4) госпитализации в стационар
- 5)

175. ДЕТЯМ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ДОЛЖЕН ПРОВОДИТЬ

2

- 1) аллергенспецифическую иммунотерапию
- 2) оценку эффективности начальной базисной терапии
- 3) оценку кожных проб
- 4) выполнение спирографии
- 5)

176. ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ НАЧАЛЬНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ У РЕБЕНКА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ДОЛЖЕН

1

- 1) направить ребенка на госпитализацию в стационар
- 2) увеличить дозу ингаляционных глюкокортикостероидов
- 3) назначить болюсно системные глюкокортикостероиды
- 4) увеличить дозу ингаляционных глюкокортикостероидов + бета-2-агонистов длительного действия
- 5)

176. ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ОСМОТР ПЕДИАТРА И

3

- 1) клинический анализ крови
- 2) общий анализ мочи
- 3) термометрию
- 4) исследование на яйца гельминтов
- 5)

177. НЕОБХОДИМОЙ РЕКОМЕНДАЦИЕЙ В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ РЕБЕНКА К ПОСТУПЛЕНИЮ В ДОО ЯВЛЯЕТСЯ

1

- 1) приблизить домашний режим к режиму в ДОО
- 2) назначить диету с повышенной калорийностью
- 3) проводить профилактические курсы антибиотиков
- 4) проводить исследование кала на дисбактериоз
- 5)

178. КРИТЕРИЕМ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ ____ % ОХВАТ ПАТРОНАЖЕМ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

4

- 1) 90
- 2) 92
- 3) 95
- 4) 100
- 5)

179. ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В СТАДИИ НЕПОЛНОЙ РЕМИССИИ (1 ГОД ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ) НАЗНАЧАЮТ ДИЕТУ

3

- 1) с повышенным количеством белка
- 2) с пониженным количеством белка
- 3) с механическим и химическим щажением
- 4) с пониженной калорийностью
- 5)

180. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ЯВЛЯЕТСЯ

4

- 1) частые простудные заболевания
- 2) синдром дефицита внимания с гиперактивностью
- 3) дефицит массы тела
- 4) неспособность к обучению
- 5)

181. 1-Й ДОРОДОВОЙ ПАТРОНАЖ ПРОВОДИТСЯ

3

- 1) при сроке беременности 20 недель
- 2) при сроке беременности 24 недели
- 3) сразу после взятия на учет беременной в женской консультации

- 4) при сроке беременности 16 недель
- 5)

182. 3-Й ДОРОДОВОЙ ПАТРОНАЖ ПРОВОДИТСЯ

1

- 1) в индивидуальные сроки при наличии патологии беременности
- 2) всем беременным на 34-й неделе беременности
- 3) всем беременным на 36-й неделе беременности
- 4) всем беременным на 32-й неделе беременности
- 5)

183. К ДОКУМЕНТАЦИИ ПРИВИВОЧНОГО КАБИНЕТА ОТНОСЯТ

2

- 1) сертификат профилактических прививок
- 2) месячный план профилактических прививок (каждого участка)
- 3) контрольную карту диспансерного наблюдения
- 4) паспорт здоровья школьника
- 5)

184. ЗДОРОВЫЙ РЕБЁНОК НА ВТОРОМ ГОДУ ЖИЗНИ ДОЛЖЕН ОСМАТРИВАТЬСЯ УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ

4

- 1) 1 раз в 6 месяцев
- 2) 1 раз в месяц
- 3) 1 раз в год
- 4) 1 раз в 3 месяца
- 5)

185. К БЛЮДАМ, РАЗРЕШЕННЫМ К УПОТРЕБЛЕНИЮ В ДОУ, ОТНОСЯТ

1

- 1) творожную запеканку
- 2) макароны по-флотски
- 3) форшмак
- 4) яичницу-глазунью
- 5)

186. В ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ РАБОТУ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ВХОДИТ

4

- 1) проведение расчета питания и коррекция его детям раннего возраста
- 2) оценка нервно-психического развития
- 3) проведение специфической постнатальной профилактики рахита
- 4) посещение новорожденных совместно с участковым педиатром
- 5)

187. В ОСНАЩЕНИЕ КАБИНЕТА ВРАЧА-ПЕДИАТРА ВХОДИТ

4

- 1) электрокардиограф
- 2) аппарат УЗИ
- 3) микроскоп
- 4) ростомер
- 5)

188. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ОСМОТРА ОРТОПЕДОМ РЕБЁНКА В 3-Х МЕСЯЧНОМ ВОЗРАСТЕ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ДИСПЛАЗИЮ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1

- 1) появление ядер окостенения тазобедренных суставов
- 2) исчезновение гипертонуса мышц верхних конечностей
- 3) угасание рефлексов спинального автоматизма
- 4) снижение гипертонуса мышц нижних конечностей
- 5)

189. АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА, КОТОРЫЙ ПОСТАВИЛ НА ВЫЗОВЕ ДИАГНОЗ «ЛАКУНАРНАЯ АНГИНА», ИСКЛЮЧАЕТ

2

- 1) ежедневный осмотр пациента в течение 3 дней
- 2) подачу ф. №058/у в инфекционный кабинет
- 3) взятие мазка на ВЛ
- 4) обязательное назначение антибактериальной терапии
- 5)

190. ЕЖЕДНЕВНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ДОЗА ВИТАМИНА Д ДОНОШЕННОМУ РЕБЕНКУ С ВИТАМИН-Д ДЕФИЦИТНЫМ РАХИТОМ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЕ

2

- 1) 500 – 1000
- 2) 2000 – 4000
- 3) 10 000 – 15 000
- 4) 7000 – 8000
- 5)

191. К НЕОБХОДИМЫМ ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ОТНОСЯТ

3

- 1) иммуномодулирующую терапию, назначение антигистаминных препаратов
- 2) иглорефлексотерапию, антибактериальную терапию
- 3) «управляемое» мочеиспускание, антибактериальную терапию («защищенные» пенициллины, цефалоспорины)
- 4) противорецидивную терапию (нитрофурановые препараты, препараты налидиксовой кислоты)
- 5)

192. ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ БЛАНКА ЛЬГОТНОГО РЕЦЕПТА ВРАЧ ПЕДИАТР ОТМЕЧАЕТ ФАМИЛИЮ, ИМЯ, ВОЗРАСТ БОЛЬНОГО И

4

- 1) код льготной категории гражданина, стоимость лекарственного препарата
- 2) его адрес, код льготной категории гражданина, стоимость лекарственного препарата
- 3) шифр диагноза по МКБ X, стоимость лекарственного препарата
- 4) код льготной категории гражданина, его адрес, шифр диагноза по МКБ X
- 5)

193. ПРАВА НА БЕСПЛАТНОЕ ПОЛУЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЛИШЕНЫ ДЕТИ

1

- 1) из социально неблагополучных семей
- 2) инвалиды
- 3) до 3-х лет
- 4) до 6 лет из многодетных семей
- 5)

194. РАЗОВАЯ ДОЗА ПАРАЦЕТАМОЛА РЕБЕНКУ 5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ

4

- 1) 1-2
- 2) 3-5
- 3) 5-7
- 4) 10-15
- 5)

195. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛАКУНАРНОЙ АНГИНЫ СТРЕПТОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРИМЕНЯЮТ

1

- 1) феноксиметилпенициллин
- 2) азитромицин
- 3) цефиксим
- 4) кларитромицин
- 5)

196. САМЫМ НАДЕЖНЫМ СПОСОБОМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В СЛУЧАЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ КРУПНЫХ АРТЕРИЙ РУК И НОГ ЯВЛЯЕТСЯ

1

- 1) наложение жгута
- 2) наложение давящей повязки
- 3) пальцевое прижатие
- 4) максимальное сгибание конечности
- 5)

197. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ В КОМПЛЕКС НЕОТЛОЖНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ВХОДИТ

3

- 1) введение адреналина внутривенно, введение анальгетиков, оксигенотерапия, прекращение поступления аллергена в организм
- 2) введение глюкокортикоидов внутривенно, оксигенотерапия, прекращение поступления аллергена в организм
- 3) введение адреналина, глюкокортикоидов внутривенно, оксигенотерапия, прекращение поступления аллергена в организм
- 4) оксигенотерапия, введение анальгетиков, введение адреналина внутривенно, введение глюкокортикоидов внутривенно
- 5)

198. ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ДВУХ И БОЛЕЕ ДЕТЕЙ МАМЕ, РАБОТАЮЩЕЙ ПО ТРУДОВОМУ ДОГОВОРУ, ВЫДАЕТСЯ

1

- 1) один листок нетрудоспособности
- 2) два листка нетрудоспособности

- 3) два листка нетрудоспособности с интервалом в один день
- 4) справка по уходу за больным ребенком
- 5)

199. ПРИ СУХОМ, НАВЯЗЧИВОМ, «КОКЛЮШЕПОДОБНОМ» КАШЛЕ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ

3

- 1) фенспирид
- 2) амброксол
- 3) омнитус
- 4) мукалтин
- 5)

200. АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПРОВОДЯТ ПРИ

2

- 1) температуре 37,5°C в первый день заболевания
- 2) температуре выше 38,5°C более 3-х дней
- 3) экзантеме
- 4) головной боли
- 5)

201. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОЦЕНИВАЕТСЯ

4

- 1) в течение первых суток от начала лечения
- 2) в течение пяти суток от начала лечения
- 3) по окончании курса лечения
- 4) в течение трех суток от начала лечения
- 5)

202. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МЕНИНГОКОККОВУЮ ИНФЕКЦИЮ У РЕБЕНКА ПРИМЕНЯЮТ

1

- 1) левомецетин
- 2) пенициллин
- 3) цефазолин
- 4) гентамицин
- 5)

203. К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ПЕНИЦИЛЛИНОВОГО РЯДА ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИЕМА ОТНОСЯТСЯ

2

- 1) цедекс, супракс, зиннат
- 2) аугментин, феноксиметилпенициллин, амоксициллин
- 3) гентамицин, левомецетин, фуразолидон
- 4) сумамед, вильпрафен сольютаб, клацид
- 5)

204. К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ЦЕФАЛОСПОРИНОВОГО РЯДА ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИЕМА ОТНОСЯТСЯ

4

- 1) аугментин, феноксиметилпенициллин, амоксициллин

- 2) гентамицин, левомицетин, фуразолидон
- 3) сумамед, вильпрафен солютаб, клацид
- 4) цедекс, супракс, зиннат
- 5)

205. АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ

1

- 1) пипольфена
- 2) супрастина
- 3) адреналина
- 4) преднизолона
- 5)

206. ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ/ЦСМ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЁНКА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ, ВКЛЮЧАЮТ

3

- 1) спелеотерапию, амплипульс, дыхательную гимнастику
- 2) дыхательную гимнастику, амплипульс, небулайзерную терапию
- 3) спелеотерапию, дыхательную гимнастику, небулайзерную терапию
- 4) небулайзерную терапию, спелеотерапию, амплипульс
- 5)

207. НЕПОСРЕДСТВЕННУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬ ВЫДАЧИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ НЕСЕТ

1

- 1) участковый врач-педиатр/семейный врач
- 2) заведующая педиатрическим отделением
- 3) заместитель главного врача по клинико-экспертной работе
- 4) заместитель главного врача по лечебной работе
- 5)

208. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ С БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ГИПОТРОФИЕЙ I СТ.) ВКЛЮЧАЕТ

2

- 1) регулярное проведение контроля питания и антропометрии; гормональную терапию; массаж, гимнастику
- 2) регулярное проведение контроля питания и антропометрии; массаж, гимнастику; курсовой прием биопрепаратов
- 3) массаж, гимнастику; гормональную терапию; курсовой прием биопрепаратов
- 4) курсовой прием биопрепаратов; регулярное проведение контроля питания и антропометрии; гормональную терапию
- 5)

209. УЧАСТКОВОМУ ПЕДИАТРУ НА САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНУЮ РАБОТУ ЕЖЕМЕСЯЧНО ОТВОДИТСЯ _____ ЧАСА

3

- 1) 2
- 2) 3

- 3) 4
- 4) 0,5
- 5)

210. ПОДАЧА ЭКСТРЕННОГО ИЗВЕЩЕНИЯ В ИНФЕКЦИОННЫЙ КАБИНЕТ ОБЯЗАТЕЛЬНА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ

1

- 1) острой кишечной инфекции
- 2) острого гастрита
- 3) синдрома раздраженного кишечника
- 4) острого аппендицита
- 5)

211. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ ПО _____ КРИТЕРИЯМ

1

- 1) 6
- 2) 5
- 3) 4
- 4) 7
- 5)

212. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА «ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ» УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ОБЯЗАН ЗАПОЛНИТЬ

2

- 1) ф. № 030/у
- 2) ф. № 058/у
- 3) ф. № 063/у
- 4) ф. № 088/у
- 5)

213. ЧАСТОТА НАБЛЮДЕНИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ГАСТРОДУОДЕНИТОМ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В _____ МЕСЯЦЕВ

1

- 1) 6
- 2) 8
- 3) 9
- 4) 10
- 5)

214. РЕБЁНОК ВЫДЕЛЯЕТСЯ В ГРУППУ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ, ЕСЛИ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ БОЛЕЕТ ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ _____ В ГОД

2

- 1) 3 раза
- 2) 4 раза
- 3) 5 раз
- 4) 6 раз
- 5)

215. ДЕТИ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ В СОСТОЯНИИ КОМПЕНСАЦИИ ОТНОСЯТСЯ К _____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

2

- 1) IV
- 2) III
- 3) II
- 4) I
- 5)

216. СРОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЕСЯЦЕВ

4

- 1) 12
- 2) 7
- 3) 9
- 4) 6
- 5)

217. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ ДЕТЯМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРОВОДЯТСЯ В КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КОМПЕНСАЦИИ НА ПРОТЯЖЕНИИ _____ МЕС.

1

- 1) 1
- 2) 3
- 3) 6
- 4) 9
- 5)

218. МИНИМАЛЬНЫЙ ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ РАЗЛИЧНЫМИ ПРИВИВКАМИ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЕС.

1

- 1) 1
- 2) 3
- 3) 2
- 4) 6
- 5)

219. В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ 12 МЕСЯЦЕВ ПРОВОДИТСЯ

2

- 1) вакцинация против туберкулеза
- 2) вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
- 3) 4-я вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита
- 4) вакцинация против гепатита В
- 5)

220. В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ 12 МЕСЯЦЕВ ПРОВОДИТСЯ

3

- 1) вакцинация против туберкулеза
- 2) 4-я вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита

- 3) вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита, пневмококковой инфекции
- 4) вакцинация против гепатита В
- 5)

221. РЕБЕНКУ, НЕ ВАКЦИНИРОВАННОМУ ВАКЦИНОЙ БЦЖ В РОДДОМЕ, ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКА ПРОВОДИТСЯ, НАЧИНАЯ С _____ МЕСЯЦЕВ

- 1**
- 1) 2
 - 2) 3
 - 3) 4
 - 4) 6
 - 5)

222. В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В ДЕТЯМ, РОЖДЕННЫМ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ, ПРОВОДЯТСЯ ПО СХЕМЕ _____ МЕСЯЦЕВ

- 1**
- 1) 0 - 1 - 2 - 12
 - 2) 0 - 1 - 3 - 6
 - 3) 0 - 3 - 6 - 12
 - 4) 0 - 1 - 6
 - 5)

223. В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В ДЕТЯМ ПРОВОДЯТСЯ ПО СХЕМЕ _____ МЕСЯЦЕВ

- 3**
- 1) 0 - 1 - 3 - 6
 - 2) 0 - 3 - 6 - 12
 - 3) 0 - 2 - 3,5 - 5
 - 4) 0 - 1 - 6
 - 5)

224. ПОСЛЕ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ МАНТУ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ РАЗРЕШЕНЫ ЧЕРЕЗ _____ ЧАС.

- 3**
- 1) 24
 - 2) 48
 - 3) 72
 - 4) 96
 - 5)

225. АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРОВЕДЕН ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ НА ПЕРВОМ ГОДУ НЕ ПОЗДНЕЕ ПЕРВЫХ _____ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

- 1**
- 1) 3
 - 2) 5
 - 3) 6
 - 4) 9
 - 5)

226. ПЕРВЫЙ ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ НА ГЕМОГЛОБИН ЗДОРОВОМУ РЕБЁНКУ ПРОВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ ____ МЕСЯЦЕВ

2

- 1) 3
- 2) 6
- 3) 9
- 4) 12
- 5)

227. УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР/СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ ДАЕТ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВСКАРМЛИВАНИЮ ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОДИН РАЗ В

1

- 1) месяц
- 2) неделю
- 3) квартал
- 4) полгода
- 5)

228. В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЭКГ ПЕРВЫЙ РАЗ ПРОВОДИТСЯ ЗДОРОВОМУ РЕБЁНКУ В ВОЗРАСТЕ ____ МЕСЯЦЕВ

4

- 1) 3
- 2) 6
- 3) 9
- 4) 12
- 5)

229. ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ ФЛЮОРОГРАФИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ ____ ЛЕТ

1

- 1) 14-15
- 2) 10-11
- 3) 11- 12
- 4) 12–13
- 5)

230. РЕАКЦИЯ МАНТУ ЗДОРОВОМУ РЕБЁНКУ, ВАКЦИНИРОВАННОМУ БЦЖ В РОДДОМЕ, ВПЕРВЫЕ ПРОВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ ____ МЕСЯЦЕВ

4

- 1) 3
- 2) 6
- 3) 9
- 4) 12
- 5)

231. ДЕТИ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НАБЛЮДАЮТСЯ У УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА

1

- 1) до 18 лет
- 2) в течение 1 года
- 3) в течение 3 лет

4) в течение 5 лет

5)

232. ЧАСТОТА ПЛАНОВЫХ ОСМОТРОВ УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ/СЕМЕЙНЫМ ВРАЧОМ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА СОСТАВЛЯЕТ _____ РАЗА В ГОД

3

1) 1

2) 2

3) 4

4) 6

5)

233. НАГРУЗКА УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА/СЕМЕЙНОГО ВРАЧА НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ ДЕТЕЙ В ЧАС

2

1) 3

2) 4

3) 5

4) 6

5)

234. СРЕДНИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ АКТИВНОСТИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ _____ %

1

1) 30 - 40

2) 50 - 60

3) 70 - 80

4) 90 - 100

5)

235. В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ИМЕЕТ ПРАВО ЕДИНОЛИЧНОЙ ВЫДАЧИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЁНКОМ 3 ЛЕТ МАКСИМАЛЬНО НА СРОК _____ ДНЕЙ

3

1) 7

2) 10

3) 14

4) 30

5)

236. УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ПРИ ОФОРМЛЕНИИ СПРАВКИ, ВЫДАВАЕМОЙ РЕБЁНКУ В ДЕТСКИЙ КОЛЛЕКТИВ, ОТМЕЧАЕТ

1

1) фамилию, имя, год рождения; сроки и причину отсутствия в детском коллективе; отсутствие педикулёза и чесотки; отсутствие контактов с инфекционными больными за последние 21 день

2) сроки и причину отсутствия в детском коллективе; номер педиатрического участка; фамилию, имя, год рождения; отсутствие контактов с инфекционными больными за последние 21 день

3) номер педиатрического участка; отсутствие педикулёза и чесотки; фамилию, имя, год рождения; отсутствие контактов с инфекционными больными за последние 21 день

- 4) сроки и причину отсутствия в детском коллективе; отсутствие педикулёза и чесотки; фамилию, имя, год рождения
- 5)

237. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЁНКОМ ВЫДАЕТСЯ МАМЕ, ЕСЛИ

3

- 1) у ребенка хронический пиелонефрит в стадии ремиссии
- 2) мама находится в декретном отпуске
- 3) у ребёнка диагностирована острая кишечная инфекция
- 4) мама находится в очередном отпуске
- 5)

238. КОЛИЧЕСТВО ДЕТЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ПО НОРМАТИВАМ СОСТАВЛЯЕТ

4

- 1) 400
- 2) 500
- 3) 600
- 4) 800
- 5)

239. УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР В Ф. №112/У ПРИ ВЫДАЧЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ ОТМЕЧАЕТ

1

- 1) фамилию, имя, отчество мамы; число, месяц, год рождения мамы; место работы, должность; срок выдачи листка нетрудоспособности; номер медицинского полиса
- 2) фамилию, имя, отчество мамы; место работы, должность; число, месяц, год рождения мамы; СНИЛС; номер медицинского полиса; номер листка нетрудоспособности
- 3) фамилию, имя, отчество мамы; число, месяц, год рождения мамы; СНИЛС; номер медицинского полиса; номер листка нетрудоспособности
- 4) фамилию, имя, отчество мамы; место работы, должность; число, месяц, год рождения мамы; срок выдачи листка нетрудоспособности
- 5)

240. ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ МАМА ДОЛЖНА ПРЕДЪЯВИТЬ

3

- 1) СНИЛС
- 2) медицинский полис
- 3) паспорт
- 4) свидетельство о рождении ребенка
- 5)

241. ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ НА СРОК СВЫШЕ 15 КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

1

- 1) врачебная комиссия
- 2) заместитель главного врача детской поликлиники по лечебной работе
- 3) заведующая педиатрическим отделением

- 4) главный врач детской поликлиники
- 5)

242. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СРОКОВ ПРЕБЫВАНИЯ НА ЛИСТКЕ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР РУКОВОДСТВУЕТСЯ

3

- 1) самочувствием ребенка
- 2) ориентировочными сроками временной нетрудоспособности при различных заболеваниях
- 3) состоянием ребенка
- 4) сроками временной нетрудоспособности по просьбе мамы
- 5)

243. В ПОЛИКЛИНИКЕ УЧЕТ ДЕТЕЙ, ПОДЛЕЖАЩИХ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ, ПРОВОДИТСЯ ПО

2

- 1) посещению в поликлинике
- 2) переписи детского населения
- 3) форме №112/у
- 4) форме №063/у
- 5)

244. ОСНОВНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ДОКУМЕНТОМ РЕБЕНКА, ПОСЕЩАЮЩЕГО ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМА

1

- 1) 026/у-2000
- 2) 112/у
- 3) 063/у
- 4) 058/у
- 5)

245. ОСНОВНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ДОКУМЕНТОМ ПРИ ОФОРМЛЕНИИ РЕБЕНКА НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМА

3

- 1) 070/у
- 2) 026/у-2000
- 3) 076/у
- 4) 063/у
- 5)

246. ПОКАЗАТЕЛЬ СВОЕВРЕМЕННОСТИ ОХВАТА НОВОРОЖДЕННЫХ ВРАЧЕБНЫМ ПАТРОНАЖЕМ РАССЧИТЫВАЕТСЯ КАК ОТНОШЕНИЕ

2

- 1) (числа детей, взятых под наблюдение в первые 3 дня после выписки из роддома, к общему числу новорожденных) $\times 100\%$
- 2) (числа детей, взятых под наблюдение в первый день после выписки из роддома, к общему числу новорожденных) $\times 100\%$
- 3) (числа детей, взятых под наблюдение в первые 7 дней после выписки из роддома, к общему числу новорожденных) $\times 100\%$

- 4) (числа детей, взятых под наблюдение в первые 10 дней после выписки из роддома, к общему числу новорожденных) $\times 100\%$
5)

247. ПОКАЗАТЕЛЬ РЕГУЛЯРНОСТИ НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ОДНОГО ГОДА РАССЧИТЫВАЕТСЯ КАК ОТНОШЕНИЕ

4

- 1) (числа детей, не болевших на первом году к числу детей, достигших одного года) $\times 100\%$
2) (числа активных посещений к общему числу посещений) $\times 100\%$
3) (числа детей, взятых под наблюдение в первый день после выписки из роддома, к общему числу новорожденных) $\times 100\%$
4) (числа детей 1-го года жизни, регулярно наблюдавшихся врачом к числу детей, достигших одного года жизни в отчетном году) $\times 100\%$
5)

248. К УЧЕТНО-ОТЧЕТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА ОТНОСЯТСЯ ФОРМЫ

1

- 1) 039/у; 112/у; 030/у; 063/у; 088/у-06
2) 112/у; 030/у; 063/у; 088/у-06
3) 039/у; 112/у; 030/у; 063/у
4) 039/у; 112/у; 030/у; 088/у-06
5)

249. УЧЕТНЫМИ ФОРМАМИ ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЮТСЯ

2

- 1) 026/у - 2000 и 112/у
2) 063/у и 112/у
3) 063/у и 058/у
4) 063/у и 026/у - 2000
5)

250. ПРИ ЛИХОРАДКЕ ПАРАЦЕТАМОЛ ВНУТРЬ НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗЕ _____ МГ/КГ

1

- 1) 10-15
2) 5-9
3) 16-20
4) 1-4
5)

251. ПРИ ЛИХОРАДКЕ ИБУПРОФЕН ВНУТРЬ НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗЕ _____ МГ/КГ

3

- 1) 11-15
2) 1-4
3) 5-10
4) 15-20
5)

252. РАЗОВАЯ ДОЗА БЕРОДУАЛА ДЛЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ

4

- 1) 0,1-0,4
- 2) 1,1-2,0
- 3) 2,1-2,5
- 4) 0,5-1,0
- 5)

253. КРИТЕРИЕМ ОБЩЕЙ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА НА ПРИВИВКУ ЯВЛЯЕТСЯ

1

- 1) подъем температуры
- 2) боли в суставах
- 3) многократная рвота
- 4) учащение стула
- 5)

254. КЛАССИФИКАЦИЯ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ВКЛЮЧАЕТ СТЕПЕНИ

1

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

255. НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕРЕНИЯ ПРОВОДЯТСЯ У ДЕТЕЙ С ЧАСТОТОЙ

4

- 1) 2 раза в месяц
- 2) 1 раз в квартал
- 3) 2 раза в год
- 4) 1 раз в месяц
- 5)

256. БОЛЬНЫЕ ДЕТИ В СОСТОЯНИИ КОМПЕНСАЦИИ ОТНОСЯТСЯ К _____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

3

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4
- 5)

257. ЧАСТОТА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕРЕНИЙ И ОСМОТРОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НА 1-ОМ ГОДУ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В

1

- 1) месяц
- 2) неделю
- 3) 3 месяца
- 4) 6 месяцев

5)

258. ЧАСТОТА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕРЕНИЙ И ОСМОТРОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В

2

- 1) 1 месяц
- 2) 3 месяца
- 3) 6 месяцев
- 4) 1 год
- 5)

259. ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ ФОРМИРУЮТСЯ С ИНТЕРВАЛОМ В

1

- 1) 1 месяц
- 2) 1 неделю
- 3) 3 месяца
- 4) 2 месяца
- 5)

260. ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ГОДА ДО 3 ЛЕТ ФОРМИРУЮТСЯ С ИНТЕРВАЛОМ В

2

- 1) 1 месяц
- 2) 3 месяца
- 3) 6 месяцев
- 4) 1 год
- 5)

261. ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЕНКА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ПРОВОДИТСЯ

1

- 1) в первые дни жизни
- 2) в 3 месяца
- 3) в 1 год
- 4) в 6 месяцев
- 5)

262. ИЗ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ

2

- 1) пороки развития отдельных костей
- 2) врожденный вывих бедра
- 3) врожденные хондро- и остеодисплазии
- 4) наследственные заболевания группы «Osteogenesis Imperfecta»
- 5)

263. ПЕРВЫЙ ВРАЧЕБНЫЙ ПАТРОНАЖ ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЁННОГО ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

2

- 1) в первые сутки после выписки из роддома

- 2) не позднее 3-х суток после выписки из роддома
- 3) на 3-и сутки после выписки из роддома
- 4) не позднее 5-х суток после выписки из роддома
- 5)

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

4

- 1) овощи и фрукты,
- 2) мясо животных и птицы, яйца, рыба и морепродукты
- 3) молоко и кисломолочные продукты
- 4) цельно зерновые продукты, хлеб и хлебобулочные изделия
- 5)

265. МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ В ДЕТСКИХ ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПРОВОДЯТСЯ

1

- 1) ежегодно
- 2) ежеквартально
- 3) ежемесячно
- 4) еженедельно
- 5)

266. К III ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТСЯ ДЕТИ

4

- 1) с нормальным физическим и психическим развитием, не имеющие анатомических дефектов и функциональных отклонений
- 2) без хронических заболеваний, но имеющие некоторые функциональные нарушения
- 3) страдающие хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации, с частыми обострениями
- 4) страдающие хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, с редкими обострениями
- 5)

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

1

- 1) участкового педиатра
- 2) старшего педиатра детской поликлиники
- 3) заведующего детской поликлиникой
- 4) главного врача ЛПУ
- 5)

268. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА ЯВЛЯЕТСЯ

4

- 1) санитарно-просветительный
- 2) воспитательный
- 3) лечебный
- 4) долечебный
- 5)

269. ИЗ МЕСТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ИСКЛЮЧЕНЫ

1

- 1) лагеря отдыха
- 2) детские сады
- 3) поликлиники
- 4) школы
- 5)

270. ПЕРИОДИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ПОДРОСТКОВ ПРОВОДЯТСЯ 1 РАЗ В

2

- 1) 6 месяцев
- 2) год
- 3) 2 года
- 4) квартал
- 5)

271. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗМА РЕБЕНКА ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО

3

- 1) психометрии и социометрии
- 2) антропометрии и индексу Эрисмана
- 3) динамометрии и спирометрии
- 4) соматометрии и индексу массы тела
- 5)

272. ЦЕЛЬ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СОСТОИТ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ

1

- 1) хронических заболеваний
- 2) острых заболеваний
- 3) несчастных случаев
- 4) гибели детей
- 5)

273. ИДЕАЛЬНОЙ ПИЩЕЙ ДЛЯ ГРУДНОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

2

- 1) адаптированная молочная смесь
- 2) молоко матери
- 3) пастеризованное козье молоко
- 4) пастеризованное коровье молоко
- 5)

274. СОГЛАСНО ПРИКАЗУ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИКОРМЫ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ С _____ МЕСЯЦЕВ

1

- 1) 6
- 2) 7-8
- 3) 5-8
- 4) 8-10
- 5)

275. ПОД ПРОФОСМОТРОМ ПОНИМАЮТ ОРГАНИЗАЦИОННУЮ ФОРМУ ПРОВЕДЕНИЯ

4

- 1) оздоровительных мероприятий
- 2) профилактики заболеваний
- 3) санпросвет работы
- 4) диспансеризации
- 5)

276. МЕТОДОМ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1

- 1) диспансеризация
- 2) организационная форма работы с детьми
- 3) лечебно-профилактическая помощь
- 4) профилактическая помощь
- 5)

277. ПОСТОЯННЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ЯВЛЯЮТСЯ

2

- 1) врожденные пороки сердца
- 2) системные прогрессирующие заболевания
- 3) аллергические болезни
- 4) неврологические заболевания
- 5)

278. ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ИМЕЕТ ЦЕЛЬЮ

3

- 1) привитие детям навыков личной гигиены
- 2) получение детьми знаний о гигиене
- 3) сохранение и укрепление здоровья детей
- 4) профилактику заболеваний и травм у детей
- 5)

279. КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ОРГАНИЗУЕТСЯ В СОСТАВЕ

2

- 1) детской городской больницы (детского стационара)
- 2) детской городской поликлиники (поликлинического отделения)
- 3) детского дошкольного образовательного учреждения
- 4) детского санатория
- 5)

280. В КАБИНЕТЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА РАБОТАЕТ

1

- 1) медицинская сестра, прошедшая подготовку по профилактической работе с детьми и санитарно-просветительной работе с населением
- 2) участковый педиатр, прошедший подготовку по санитарно-просветительной работе с населением
- 3) патронажная медсестра, осуществляющая санитарно-просветительную работу с населением
- 4) акушер, прошедший подготовку по профилактической работе с детьми и санитарно-просветительной работе с населением
- 5)

281. ДЛЯ ЗАКАЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ИСПОЛЬЗУЮТ

2

- 1) «моржевание», солярий, бег босиком по снегу
- 2) воздушные ванны, солнечные ванны, водные процедуры
- 3) прогулки на свежем воздухе, ходьбу пешком, плавание
- 4) окунание в прорубь, походы в горы
- 5)

282. К ПРИНЦИПАМ ЗАКАЛИВАНИЯ НЕ ОТНОСЯТ

4

- 1) систематичность и сочетание общего и местного закаливания
- 2) постепенность и безопасность
- 3) позитивный настрой ребенка
- 4) проведение процедур в определенное время дня
- 5)

283. ОЦЕНКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ПЕДИАТРОМ ПРОВОДИТСЯ ПО ШКАЛЕ ФАКТОРОВ, ДЕЙСТВУЮЩИХ В СИСТЕМЕ

3

- 1) «мать-отец»
- 2) «семья-ребенок»
- 3) «мать-плод»
- 4) «беременность-семья»
- 5)

284. ЛУЧШИМ ОТДЫХОМ ДЛЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

2

- 1) зарядка
- 2) сон
- 3) игра
- 4) прогулка
- 5)

285. В ВОЗРАСТЕ 11-14 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЛОЖИТЬСЯ СПАТЬ НЕ ПОЗДНЕЕ _____ ЧАСОВ

1

- 1) 22
- 2) 23
- 3) 21
- 4) 20
- 5)

286. ГЛАВНОЙ ЦЕЛЬЮ ПОДВИЖНЫХ ИГР ДЛЯ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

3

- 1) налаживание контакта между родителями и детьми
- 2) избавление от страхов неожиданного воздействия, темноты, замкнутого пространства
- 3) развитие ловкости и координации движений
- 4) снятие накопившегося нервного напряжения
- 5)

287. БРОСАНИЕ, КАТАНИЕ, МЕТАНИЕ МЯЧЕЙ СПОСОБСТВУЮТ РАЗВИТИЮ У ДЕТЕЙ

2

- 1) выразительности и плавности движений, выносливости
- 2) глазомера, согласованности движений, ритмичности
- 3) выносливости, быстроты движений, силы
- 4) гибкости, мышечной силы, прыгучести
- 5)

288. В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ ОТ 1 ГОДА ДО 3 ЛЕТ САМУЮ БОЛЬШУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ АКТИВНОСТЬ

4

- 1) двигательная
- 2) общения с другими детьми
- 3) познавательная
- 4) речи
- 5)

289. СПОСОБНОСТЬЮ ПРОТИВОСТОЯТЬ УТОМЛЕНИЮ В КАКОЙ-ЛИБО ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1

- 1) выносливость
- 2) ловкость
- 3) гибкость
- 4) адаптивность
- 5)

290. КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ ДО _____ ЛЕТ

2

- 1) 2-х
- 2) 3-х
- 3) 5-ти
- 4) 6-ти
- 5)

291. ДЕТИ ВТОРОГО ГОДА ЖИЗНИ ПОСЕЩАЮТ КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА

2

- 1) ежемесячно
- 2) ежеквартально
- 3) каждые полгода
- 4) каждые два месяца
- 5)

292. ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ ПЕРЕДАЕТСЯ ПРИ ВНОВЬ ВЫЯВЛЕННОМ

1

- 1) инфекционном заболевании
- 2) заболевании легких
- 3) психическом заболевании
- 4) врожденном пороке сердца
- 5)

293. КАЧЕСТВО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

4

- 1) изменением показателей здоровья детей
- 2) числом профилактических посещений на одного ребенка в год
- 3) полнотой и своевременностью проведения санпросвет мероприятий
- 4) полнотой и своевременностью проведения профилактических мероприятий

5)

294. ЦЕНТРАЛЬНОЙ ФИГУРОЙ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1

- 1) участковый педиатр
- 2) врач отделения оказания медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях
- 3) каждый специалист в отдельности
- 4) медицинская сестра

5)

295. ПОКАЗАТЕЛЬ ОХВАТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ПРИВИВКАМИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

2

- 1) (число детей 1-го года, регулярно наблюдавшихся в детской поликлинике : число детей, вакцинированных за отчетный период) $\times 100\%$
- 2) (число детей 1-го года, охваченных профилактическими прививками : число детей, достигших 1-го года) $\times 100\%$
- 3) (число детей, охваченных профилактическими прививками : число детей 1-го года, регулярно наблюдавшихся в детской поликлинике) $\times 100\%$
- 4) (число детей 1-го года, не охваченных профилактическими прививками : число детей, достигших 1-го года) $\times 100\%$

5)

296. ПОД СТАТИСТИЧЕСКИМ ТЕРМИНОМ «ОБРАЩАЕМОСТЬ» ПОНИМАЕТСЯ

3

- 1) соотношение числа всех первичных посещений по поводу болезни к общему числу обслуживаемого населения
- 2) абсолютное число всех первичных и повторных посещений больными медицинского учреждения
- 3) число больных, впервые обратившихся за медицинской помощью по поводу заболевания
- 4) отношение числа всех посещений больными амбулаторно-поликлинического учреждения к общему числу обслуживаемого населения

5)

297. КОЭФФИЦИЕНТ РОЖДАЕМОСТИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПУТЕМ

1

- 1) соотношения численности родившихся в данном году к среднегодовой численности населения
- 2) соотношения численности умерших к численности родившихся
- 3) вычитания числа умерших из числа родившихся
- 4) соотношения численности родившихся в данном году к среднегодовой численности детского населения

5)

298. ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ СВЕДЕНИЙ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА ЯВЛЯЮТСЯ ДАННЫЕ

4

- 1) осмотра ребенка после перенесенного острого заболевания
- 2) об обращаемости за медицинской помощью
- 3) осмотра ребенка при госпитализации
- 4) обязательных медицинских осмотров (диспансеризации)
- 5)

299. КОНТРОЛИРУЕТ ПРОХОЖДЕНИЕ МЕДОСМОТРА СОТРУДНИКАМИ ДОУ

2

- 1) заведующий
- 2) врач
- 3) воспитатель
- 4) медсестра
- 5)

300. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ УЧЕТНУЮ ФОРМУ №

1

- 1) 112/y
- 2) 026/y
- 3) 030/y
- 4) 079/y
- 5)

301. ОСНОВНЫМ УЧЕТНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМА №

4

- 1) 026/y
- 2) 112/y
- 3) 079/y
- 4) 030/y
- 5)

302. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ВАННЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ _____ МИНУТ

2

- 2-3
- 5-7
- 8-10
- 10-15
- 5)

303. ТЕМПЕРАТУРА ВОДЫ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ВАННЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ _____ ГРАДУСОВ ЦЕЛЬСИЯ

3

- 1) 34,0-35,0
- 2) 37,5-38,0
- 3) 36,5-37,0
- 4) 35,5-36,0

5)

304. ЧАСТОТА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕРЕНИЙ И ОСМОТРОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ШКОЛЬНОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В

1

- 1) 1 год
- 2) 3 месяца
- 3) 6 месяцев
- 4) 1 месяц
- 5)

305. СКОРОСТЬ РОСТА С ВОЗРАСТОМ РЕБЕНКА

2

- 1) увеличивается в 1,5 раза
- 2) уменьшается
- 3) увеличивается в 2 раза
- 4) увеличивается в 2,5 раза
- 5)

306. ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА МОЖЕТ ПРОЯВИТЬСЯ

1

- 1) при внутриутробном развитии, рождении, в процессе дальнейшего роста и развития, в течение последующей жизни
- 2) в процессе жизнедеятельности детей, подростков и взрослых
- 3) при поступлении в детское образовательное учреждение, при дальнейшем обучении и поступлении на работу
- 4) при ведении нездорового образа жизни
- 5)

307. ПОД ЗДОРОВЬЕМ ПОНИМАЮТ

3

- 1) отсутствие патологических процессов в организме
- 2) возможность осуществления биологических и трудовых функций
- 3) состояние физического, психического и социального благополучия человека при отсутствии заболеваний
- 4) отсутствие анатомических и физиологических дефектов
- 5)

308. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ ЗАКАЛИВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

4

- 1) проведение закаливания только в теплое время года в одежде, соответствующей погодным условиям
- 2) начало закаливания должно приходиться на период высокой естественной закаленности
- 3) проведение комплексной оценки состояния здоровья ребёнка перед началом закаливания
- 4) постепенность, систематичность и последовательность проведения процедур
- 5)

309. ЗАКАЛИВАНИЕ ОБЛИВАНИЕМ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОРЗ ПРОДОЛЖАЮТ

2

- 1) с обливания водой температуры, достигнутой до болезни
- 2) с обливания водой индифферентной температуры
- 3) с обтирания, а затем обливания
- 4) сначала только в летний период, когда повысится естественная закаленность
- 5)

310. ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗАКАЛИВАНИЯ РЕБЕНКА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

3

- 1) температуру тела, наличие термоасимметрии, длительность заболевания
- 2) частоту и длительность заболеваний за предыдущий год, средневзвешенную температуру тела
- 3) состояние здоровья ребенка, характер перенесенного заболевания
- 4) удельную теплоотдачу, температуру воздействия фактора, время года
- 5)

311. ОСНОВНОЙ, ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РОЛЬЮ БЕЛКОВ КАК ПИТАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ ЯВЛЯЕТСЯ

1

- 1) пластическая
- 2) энергетическая
- 3) каталитическая
- 4) вкусовая
- 5)

312. БЛАГОПРИЯТНОЕ СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В ГРУДНОМ ВОЗРАСТЕ СОСТАВЛЯЕТ

3

- 1) 2 : 2
- 2) 1 : 1,5
- 3) 1,2 : 1
- 4) 1 : 2
- 5)

313. ЧЕРНАЯ СМОРОДИНА ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ

2

- 1) пиридоксина и кальциферола
- 2) аскорбиновой кислоты
- 3) тиамина
- 4) рибофлавина
- 5)

314. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ НАРУШЕНИЕМ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА СРЕДТ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РОССИИ - ЭТО ДЕФИЦИТ

1

- 1) кальция и железа
- 2) натрия и калия
- 3) хлора и кальция
- 4) калия и магния
- 5)

315. ОБЫЧНЫЙ И ОПТИМАЛЬНЫЙ ПИЩЕВОЙ СТАТУС СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКСУ МАССЫ ТЕЛА

4

- 1) <18,5
- 2) 25-30
- 3) >30
- 4) 18,5-25
- 5)

316. ПРИ 3-Х РАЗОВОМ ПИТАНИИ ОПТИМАЛЬНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ КАЛОРИЙНОСТИ ПИЩИ СОСТАВЛЯЕТ _____%

2

- 1) 15–50–35
- 2) 30–45–25
- 3) 20–60–20
- 4) 25–50–25
- 5)

317. НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОЕ СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА ДЛЯ ДЕТЕЙ ОТ ОДНОГО ДО ТРЕХ ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

4

- 1) 2 : 2
- 2) 1 : 1.5
- 3) 1 : 2
- 4) 1 : 1
- 5)

318. НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОЕ СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА ДЛЯ ДЕТЕЙ ОТ ТРЕХ ДО ДЕСЯТИ ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

2

- 1) 2 : 2
- 2) 1 : 1,5
- 3) 1,5 : 1
- 4) 1 : 2
- 5)

319. НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОЕ СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА ДЛЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕ ДЕСЯТИ ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

1

- 1) 1 : 2
- 2) 2 : 2
- 3) 1,5 : 1
- 4) 1 : 1,5
- 5)

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

3

- 1) визуальный осмотр и компьютерная томография
- 2) измерение глубины изгибов и соматоскопия
- 3) плантография со скриннинг-оценкой, тестовая карта осанки

- 4) визуальный осмотр и рентгенография
- 5)

321. ФИНАНСИРОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

2

- 1) за счет средств образовательной организации
- 2) в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
- 3) за счет средств родителей (законных представителей) ребенка
- 4) за счет средств спонсоров и благотворительных фондов
- 5)

322. ВРАЧ-ПЕДИАТР ДОЛЖЕН ОСМАТРИВАТЬ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА 1 РАЗ В

1

- 1) месяц
- 2) квартал
- 3) полугодие
- 4) год
- 5)

323. ВРАЧ-ПЕДИАТР ДОЛЖЕН ОСМАТРИВАТЬ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ГОДА ДО 2-Х ЛЕТ 1 РАЗ В

2

- 1) месяц
- 2) квартал
- 3) полугодие
- 4) год
- 5)

324. ВРАЧ-ПЕДИАТР ДОЛЖЕН ОСМАТРИВАТЬ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 2-Х ЛЕТ 1 РАЗ В

4

- 1) месяц
- 2) квартал
- 3) полугодие
- 4) год
- 5)

325. ПОДРОСТКИ 10 ЛЕТ И СТАРШЕ ПРОХОДЯТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ

3

- 1) 1 раз в 2 года
- 2) 1 раз в 3 года
- 3) 1 раз ежегодно
- 4) 1 раз в возрасте 10 лет, затем в 17 лет
- 5)

326. В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 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)

1

- 1) 1
- 2) 2 и 6
- 3) 7 и 12
- 4) 9 и 18
- 5)

327. 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

4

- 1) 8 и 15
- 2) 10 и 17
- 3) 11 и 16
- 4) 7 и 14
- 5)

328. В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ФЛЮОРОГРАФИЮ ЛЕГКИХ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ПОДРОСТКИ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ __ ЛЕТ

1

- 1) 15, 16 и 17
- 2) 10 и 14
- 3) 11 и 13
- 4) 18
- 5)

329. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ОБУЧАЮЩИХСЯ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н ПРОВОДЯТСЯ ПРИ

4

- 1) переводе в коррекционные классы
- 2) переходе в общеобразовательные организации с углубленным изучением отдельных предметов
- 3) переходе к предметному обучению в 5 классе
- 4) поступлении в образовательные организации для определения соответствия учащегося требованиям к обучению
- 5)

330. ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЙ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ ОСМОТРОВ ПО ПРИКАЗУ МЗ РФ ОТ 21 ДЕКАБРЯ 2012 ГОДА N1346Н СООТВЕТСТВУЮТ ОБЪЕМУ ОБСЛЕДОВАНИЙ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ___ ГОДА(ЛЕТ)

2

- 1) 2, 10, 17
- 2) 3, 7, 15
- 3) 1, 4, 16
- 4) 4, 11, 14
- 5)

331. КАКОЙ ДОКУМЕНТ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ РЕГЛАМЕНТИРУЕТ ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ?

1

- 1) 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».
- 2) Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства образования РФ от 30.06.1992 г. №186/272 «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях»
- 3) Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29.07.2005 г. «Об утверждении Порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи»
- 4) 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»
- 5)

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

2

- 1) скорая специализированная
- 2) первичная медико-санитарная
- 3) высокотехнологичная специализированная
- 4) паллиативная медицинская
- 5)

333. ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ ПОЛИКЛИНИКИ, СОТРУДНИКИ КОТОРОГО ОСУЩЕСТВЛЯЮТ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ОБУЧАЮЩИМСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, НАЗЫВАЕТСЯ ОТДЕЛЕНИЕМ _____

4

- 1) экстренной помощи детям в образовательных организациях
- 2) профилактической медицинской помощи обучающимся
- 3) первичной медико-санитарной помощи детям в образовательных организациях
- 4) организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях
- 5)

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

1

- 1) 1000
- 2) 2000
- 3) 1500
- 4) 500
- 5)

335. У ВРАЧА-ПЕДИАТРА, РАБОТАЮЩЕГО В ДЕТСКИХ САДАХ, НА ОБСЛУЖИВАНИИ НАХОДИТСЯ ___ ДЕТЕЙ

1

- 1) 400
- 2) 1000
- 3) 800
- 4) 200
- 5)

336. У МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ, РАБОТАЮЩЕЙ В ШКОЛАХ И УЧРЕЖДЕНИЯХ НАЧАЛЬНОГО И СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ, НА ОБСЛУЖИВАНИИ НАХОДИТСЯ ____ ОБУЧАЮЩИХСЯ

4

- 1) 1000
- 2) 100
- 3) 200
- 4) 500
- 5)

337. У МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ, РАБОТАЮЩЕЙ В ДЕТСКИХ САДАХ, НА ОБСЛУЖИВАНИИ НАХОДИТСЯ _____ ДЕТЕЙ

3

- 1) 500
- 2) 400
- 3) 100
- 4) 300
- 5)

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

2

- 1) да
- 2) нет
- 3) в зависимости от ситуации
- 4) по санитарно-эпидемиологическим условиям
- 5)

339. В ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, РАБОТАЮЩЕГО В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ПО ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ ВХОДИТ

1

- 1) обеспечение вакцинопрофилактики инфекционных болезней в образовательной организации
- 2) направление детей на медицинский осмотр и последующую вакцинопрофилактику в поликлинику по месту жительства
- 3) направление обучающихся на медицинский осмотр и последующую вакцинопрофилактику в Центр вакцинопрофилактики
- 4) проведение бесед о важности прививок и вакцинопрофилактики в целом
- 5)

340. КТО ПРОВОДИТЬ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНУЮ РАБОТУ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ?

2

- 1) сотрудники Роспотребнадзора
- 2) медицинский персонал
- 3) сотрудники Центров здоровья
- 4) сотрудники Центров медицинской профилактики
- 5)

341. В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПОРЯДОК ПРОХОЖДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ И В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ В НИХ РЕГЛАМЕНТИРУЕТ

4

- 1) 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»
- 2) Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 декабря 2003 г. «О комплексной оценке состояния здоровья детей»
- 3) 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»
- 4) 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»
- 5)

342. ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

2

- 1) выявление инфекционных и паразитарных заболеваний и предотвращение эпидемий
- 2) раннее выявление отклонений в состоянии здоровья детей и подростков
- 3) оценка физического развития и физической подготовленности несовершеннолетних
- 4) раннее выявление детей и подростков с артериальной гипертензией и гипергликемией
- 5)

342. КАКОВА ЧАСТОТА ОСМОТРА ДЕТЕЙ В РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ ВРАЧОМ-ПЕДИАТРОМ?

1

- 1) 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
- 2) всех детей в возрасте от 0 до 10 ежегодно, подростков до 18 лет 1 раз в 2 года
- 3) всех детей в возрасте от 0 до 14 лет 1 раз в 2 года, подростков в возрасте от 15 до 18 лет ежегодно
- 4) детей в возрасте до 1 года 1 раз в квартал, а остальных детей и подростков ежегодно.
- 5)

344. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ МОГУТ БЫТЬ УЧТЕНЫ РЕЗУЛЬТАТЫ РАННЕЕ ПРОВЕДЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ, ЕСЛИ ИХ ДАВНОСТЬ НЕ ПРЕВЫШАЕТ ____ МЕС. С ДАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ОСМОТРА И (ИЛИ) ИССЛЕДОВАНИЯ

4

- 1) 12
- 2) 1
- 3) 24

- 4) 3
- 5)

345. В МЕДИЦИНСКУЮ КАРТУ ДЛЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ (ФОРМА 026/У) ВНОСИТСЯ ИНФОРМАЦИЯ О

4

- 1) физическом развитии ребенка
- 2) физической подготовленности ребенка
- 3) проведенной вакцинации ребенка
- 4) результатах предварительных и периодических медицинских осмотров
- 5)

346. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ СОСТАВЛЯЕТСЯ

1

- 1) отчетная форма N 030-ПО/о-12 «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних»
- 2) медицинская карта для образовательных учреждений (форма 026/у-2000).
- 3) медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение) (форма 086/у)
- 4) отчет в произвольной форме по результатам профилактических медицинских осмотров
- 5)

347. ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ВРАЧА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ЯВЛЯЕТСЯ СВОЕВРЕМЕННОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ

2

- 1) заболеваний и дисфункций и направление на реабилитацию
- 2) ранних стадий заболеваний и преморбидных форм нарушений здоровья
- 3) ранних нарушений физического развития и определение групп здоровья
- 4) группы часто болеющих детей, проведение оздоровительных мероприятий
- 5)

348. КАКОВ КРИТЕРИЙ ОТНЕСЕНИЯ РЕБЕНКА К I ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ?

3

- 1) имеет функциональные отклонения, болеет простудными заболеваниями 4 и более раз в год
- 2) имеет функциональные отклонения и хронические заболевания в стадии компенсации
- 3) абсолютно здоровый, болеет простудными заболеваниями не более 3 раз в год
- 4) имеет хронические заболевания в стадии субкомпенсации (дети-инвалиды)
- 5)

349. КАКОВ КРИТЕРИЙ ОТНЕСЕНИЯ РЕБЕНКА КО II ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ?

3

- 1) имеет хронические заболевания в стадии компенсации
- 2) имеет хронические заболевания в стадии субкомпенсации (дети-инвалиды)
- 3) имеет функциональные отклонения или незначительные отклонения в развитии
- 4) абсолютно здоровый ребенок, болеет простудными заболеваниями не более 3 раз в год
- 5)

350. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРАПИВНИЦЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ

1

- 1) цетиризина
- 2) фуразолидона
- 3) анальгина
- 4) ацетилсалициловой кислоты
- 5)

351. КАКОВ КРИТЕРИЙ ОТНЕСЕНИЯ РЕБЕНКА КО II ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ?

1

- 1) реконвалесцент после перенесенного инфекционного заболевания
- 2) хронические заболевания в стадии компенсации
- 3) хронические заболевания в стадии субкомпенсации (дети-инвалиды)
- 4) абсолютно здоровый, болеет простудными заболеваниями не более 3 раз в год
- 5)

352. КАКОВ КРИТЕРИЙ ОТНЕСЕНИЯ РЕБЕНКА КО II ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ?

2

- 1) хронические заболевания в стадии компенсации
- 2) часто болеет простудными заболеваниями – 4 и более раз в год
- 3) хронические заболевания в стадии субкомпенсации (дети-инвалиды)
- 4) абсолютно здоровый, болеет простудными заболеваниями не более 3 раз в год
- 5)

353. КАКОВ КРИТЕРИЙ ОТНЕСЕНИЯ РЕБЕНКА К III ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ?

2

- 1) хронические заболевания в стадии субкомпенсации (дети-инвалиды)
- 2) хронические заболевания в стадии компенсации
- 3) абсолютно здоровый, болеет простудными заболеваниями не более 3 раз в год
- 4) хронические заболевания в стадии декомпенсации (дети-инвалиды)
- 5)

354. КАКОВ КРИТЕРИЙ ОТНЕСЕНИЯ РЕБЕНКА К IV ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ?

3

- 1) абсолютно здоровый, болеющий простудными заболеваниями не более 3 раз в год
- 2) хронические заболевания в стадии декомпенсации (дети-инвалиды)
- 3) хронические заболевания в стадии субкомпенсации (дети-инвалиды)
- 4) функциональные отклонения, реконвалесценты после перенесенных инфекционных заболеваний
- 5)

355. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДЕТЕЙ, ОБСЛЕДОВАННЫХ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ, ПО ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ ВЫЧИСЛЯЕТСЯ КАК

1

- 1) соотношение абсолютного количества детей в каждой группе здоровья к общему количеству обследованных детей и умноженное на 100%
- 2) абсолютное количество детей в каждой группе здоровья, поделенное на 100 и умноженное на общее количество обследованных детей
- 3) соотношение абсолютного количества детей в каждой группе здоровья к общему количеству детей, подлежащих профилактическому осмотру, и умноженное на 100%
- 4) соотношение абсолютного количества детей в каждой группе здоровья к общему количеству детей, обучающихся в образовательной организации, и умноженное на 100%

5)

356. РЕБЕНОК С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА ПРИ ОТСУТСТВИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТНОСИТСЯ К _____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

2

- 1) II
- 2) III
- 3) IV
- 4) V
- 5)

357. РЕБЕНОК С МНОЖЕСТВЕННЫМ КАРИЕСОМ ОТНОСИТСЯ К _____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

2

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV
- 5)

358. РЕБЕНОК С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ОТНОСИТСЯ К _____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

3

- 1) I
- 2) III
- 3) II
- 4) IV
- 5)

359. РЕБЕНОК С МИОПИЕЙ СРЕДНЕЙ ИЛИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЕЙ ОТНОСИТСЯ _____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

2

- 1) II
- 2) III
- 3) IV
- 4) V
- 5)

360. РЕБЕНОК С УПЛОЩЕНИЕМ СТОП ОТНОСИТСЯ _____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

3

- 1) I
- 2) III
- 3) II
- 4) IV
- 5)

361. РЕБЕНОК С НАРУШЕНИЕМ ОСАНКИ ОТНОСИТСЯ К _____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

2

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV
- 5)

362. РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА ДЕКСАМЕТАЗОНА У ДЕТЕЙ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ ВЕСА

1

- 1) 0,2-0,5
- 2) 0,01-0,05
- 3) 0,06-0,1
- 4) 1,5-2
- 5)

363. 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

4

- 1) стеноз гортани
- 2) обструктивный бронхит
- 3) острая пневмония
- 4) инородное тело бронхов
- 5)

364. ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ НОЧЬЮ У РЕБЕНКА 2-Х ЛЕТ ЛАЮЩЕГО КАШЛЯ, ОХРИПЛОСТИ ГОЛОСА И СТРИДОРНОГО ДЫХАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РАЗВИТИЯ

3

- 1) острого тонзиллита
- 2) острого бронхита
- 3) острого стенозирующего ларинготрахеита
- 4) приступа бронхиальной астмы
- 5)

365. РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА АДРЕНАЛИНА У ДЕТЕЙ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ ВЕСА

1

- 1) 0,01
- 2) 0,05
- 3) 0,1
- 4) 0,2
- 5)

366. ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОХЛАЖДЕНИЯ ПРИ ЛИХОРАДКЕ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

4

- 1) при наличии в анамнезе судорог на повышение температуры тела
- 2) при сопутствующих заболеваниях сердца
- 3) всегда

- 4) при признаках «бледной лихорадки»
- 5)

367. ДЛЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРУПЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

2

- 1) аскорбиновая кислота
- 2) преднизолон
- 3) амброксол
- 4) фиксированная комбинация фенотерола и ипратропиума бромид
- 5)

368. КАКОЕ НЕОТЛОЖНОЕ СОСТОЯНИЕ МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ ПРИ ОРВИ?

1

- 1) фебрильные судороги
- 2) приступообразный кашель
- 3) синдром гиперреактивности бронхов
- 4) анорексия
- 5)

**369. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ РЕБЕНКА СТАРШЕ ОДНОГО ГОДА ПРИ ОЖОГАХ
_____ НЕОБЯЗАТЕЛЬНА**

3

- 1) I ст. 10-15%
- 2) II ст. 5% более
- 3) I ст. 5-10%
- 4) III ст. 3% и более
- 5)

370. К ПЕРВЫМ ПРИЗНАКАМ СОЛНЕЧНОГО УДАРА ОТНОСЯТ

2

- 1) судороги
- 2) головную боль, тошноту, рвоту, повышение температуры тела
- 3) жидкий стул
- 4) похолодание конечностей
- 5)

371. ПРИ СОЛНЕЧНОМ УДАРЕ НЕОБХОДИМО ПРЕЖДЕ ВСЕГО

4

- 1) поместить ребенка в тень
- 2) применить холод на магистральные сосуды
- 3) ввести жаропонижающий препарат
- 4) госпитализировать ребенка в случае нарушения гемодинамики и дыхания
- 5)

**372. ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ УГАРНЫМ ГАЗОМ МЕТОДОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ
ЯВЛЯЕТСЯ**

1

- 1) гипербарическая оксигенация
- 2) заменное переливание крови
- 3) гемосорбция
- 4) ингаляции кислородно-воздушной смеси
- 5)

373. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ БЛЕДНОЙ ПОГАНКОЙ РАЗВИВАЕТСЯ

4

- 1) судорожный синдром
- 2) острая почечная недостаточность
- 3) острая печеночная недостаточность
- 4) отек легких
- 5)

374. ПРИЕМ ГЕЙМЛИХА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ОДНОГО ГОДА

3

- 1) сидя или лежа на боку
- 2) лежа на спине
- 3) стоя
- 4) лежа на животе
- 5)

375. КАКИМ РАСТВОРОМ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ПРОВОДИТЬ ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ОТРАВЛЕНИЯ КИСЛОТАМИ?

4

- 1) 2% раствором окиси магния
- 2) теплой водой
- 3) 0,1% раствором марганцевокислого калия
- 4) 4% раствором гидрокарбоната натрия
- 5)

376. СЛУЧАЙНЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОИСХОДЯТ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ РЕБЕНКОМ

1

- 1) лекарственных препаратов
- 2) растительных ядов
- 3) препаратов бытовой химии
- 4) ядовитых грибов
- 5)

377. ПРИ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОМ СИДРОМЕ У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ СИНДРОМНУЮ ТЕРАПИЮ С ПРИМЕНЕНИЯ

3

- 1) метамизола натрия
- 2) хлопромазин
- 3) раствор парацетамола для внутривенного введения
- 4) прометазина гидрохлорид
- 5)

378. У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРОТИВОПОКАЗАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В КАЧЕСТВЕ ЖАРОПОНИЖАЮЩЕГО ПРЕПАРАТА

2

- 1) парацетамола в свечах
- 2) ацетилсалициловой кислоты
- 3) ибупрофена
- 4) парацетамола в сиропе
- 5)

379. КАКОВА НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?

3

- 1) гнойный менингит
- 2) острое отравление
- 3) эпилепсия
- 4) энцефалические реакции при вирусных инфекциях
- 5)

380. К ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ ОТНОСИТСЯ ВВЕДЕНИЕ

1

- 1) диазепама
- 2) фуросемида
- 3) преднизолона
- 4) метамизола натрия
- 5)

381. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

4

- 1) преднизолон
- 2) будесонид
- 3) теофиллин внутривенно
- 4) сальбутамол
- 5)

382. БОЛЬНОМУ С АНАФИЛАКТИЧЕСКИМ ШОКОМ НЕОБХОДИМО ПРЕЖДЕ ВСЕГО ВВЕСТИ

3

1. атропин
2. преднизолон
3. адреналин
4. хлористый кальций
- 5)

383. ПРИ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВВОДИТЬ

2

- 1) сердечные гликозиды, антибиотики, системные кортикостероиды
- 2) системные кортикостероиды, антибиотики
- 3) мезатон, антибиотики, гепарин
- 4) жаропонижающие препараты, антигистаминные препараты, антибиотики
- 5)

384. КАКИМ ДОЛЖНО БЫТЬ ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО С РВОТОЙ ВО ВРЕМЯ ТРАНСПОРТИРОВКИ?

3

- 1) лежа на спине
- 2) лежа на животе
- 3) лежа на боку

- 4) сидя с запрокинутой головой
- 5)

385. СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ

1

- 1) остановке сердца
- 2) отсутствии сознания
- 3) отсутствии дыхания
- 4) снижении систолического АД ниже 70 мм рт. ст.
- 5)

386. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ СНИЖЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА У РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

2

- 1) метамизол натрия
- 2) парацетамол
- 3) нимесулид
- 4) прометазин
- 5)

387. ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ СОЛНЕЧНОГО УДАРА ЛЕТОМ РЕБЕНКУ

4

- 1) необходимо давать много жидкости в жаркие дни
- 2) следует большую часть времени проводить у водоемов
- 3) не следует выходить на улицу
- 4) необходимо избегать длительного пребывания под прямыми солнечными лучами
- 5)

388. КИСЛОРОДОТЕРАПИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ ЛЮБОМУ РЕБЕНКУ С САТУРАЦИЕЙ КРОВИ КИСЛОРОДОМ НИЖЕ ___%

2

- 1) 80
- 2) 92
- 3) 98
- 4) 85
- 5)

389. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УГАРНЫМ ГАЗОМ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1

- 1) гипербарическая оксигенация
- 2) искусственная вентиляция легких 100% O₂
- 3) введение антидота внутривенно
- 4) обменное переливание крови
- 5)

390. ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА У РЕБЕНКА С ОТРАВЛЕНИЕМ В БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ДОПУСТИМО

2

- 1) в положении на спине
- 2) после интубации трахеи
- 3) после идентификации яда

- 4) в положении на боку с опущенной головой
- 5)

391. ПРИ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЕ БЕЗ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИХ ОТЕКОВ ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ

2

- 1) инфузионная терапия с целью дезинтоксикации
- 2) антигистаминным препаратом второго поколения
- 3) антигистаминный препарат первого поколения
- 4) преднизолон 1-2 мг/кг в сутки коротким курсом
- 5)

392. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ДЕТЕЙ МОРФИЕМ ПРИМЕНЯЮТ

4

- 1) бемегрид
- 2) атропин
- 3) протамин сульфат
- 4) налорфин
- 5)

393. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ДЕТЕЙ ГЕПАРИНОМ ПРИМЕНЯЮТ

1

- 1) протамин сульфат
- 2) бемегрид
- 3) налорфин
- 4) атропин
- 5)

394. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ДЕТЕЙ ФОС ПРИМЕНЯЮТ

3

- 1) бемегрид
- 2) налорфин
- 3) атропин
- 4) протамин сульфат
- 5)

395. МАЛЬЧИК 9 ЛЕТ ДВА ГОДА БОЛЕЕТ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ В ПРОЦЕДУРНОМ КАБИНЕТЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ, КУДА ПРИШЕЛ СДАВАТЬ КРОВЬ НАТОЩАК. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

4

- 1) гипергликемия
- 2) черепно-мозговая травма
- 3) нарушение ритма сердца
- 4) гипогликемия
- 5)

396. НА ПРИЕМЕ У УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ДЕВОЧКА 12 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА ТОШНОТУ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ГОЛОВНУЮ БОЛЬ. В АНАМНЕЗЕ ТРАВМА ГОЛОВЫ НА УРОКЕ ФИЗКУЛЬТУРЫ С ПОТЕРЕЙ СОЗНАНИЯ. ПОСТАВЬТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

3

- 1) вегето-сосудистая дистония, артериальная гипотензия
- 2) хронический гастрит в период обострения
- 3) черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга
- 4) гипогликемическое состояние
- 5)

397. МАЛЬЧИК 7 ЛЕТ, ВЯЛЫЙ, БЛЕДНЫЙ, РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ОТЕКИ. ЧТО, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ДОЛЖЕН ВЫЯСНИТЬ УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР?

1

- 1) сколько мочи ребенок выделил за сутки
- 2) какие детские инфекции перенес в раннем возрасте
- 3) был ли контакт с больным корью
- 4) что ребенок ел накануне
- 5)

398. ДЕВОЧКА 7 ЛЕТ ОБРАТИЛАСЬ НА ПРИЕМ К УЧАСТКОВОМУ 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?

4

- 1) острый пиелонефрит
- 2) острый миокардит, острая левожелудочковая сердечная недостаточность
- 3) мочекаменная болезнь
- 4) острый гломерулонефрит, острая почечная недостаточность
- 5)

399. ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ НОЧЬЮ У РЕБЕНКА 2-Х ЛЕТ ЛАЮЩЕГО КАШЛЯ, ОСИПЛОСТИ ГОЛОСА И СТРИДОРНОГО ДЫХАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РАЗВИТИЯ

1

- 1) острого обструктивного ларинготрахеита
- 2) приступа бронхиальной астмы
- 3) острого бронхита
- 4) острого тонзиллита
- 5)

400. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ

4

- 1) дексаметазон
- 2) хлоропирамин
- 3) допамин
- 4) адреналин
- 5)

401. 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?

1

- 1) инородное тело бронхов
- 2) стеноз гортани
- 3) обструктивный бронхит
- 4) острая пневмония
- 5)

402. ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПЕРЕДОЗИРОВКИ НАФТИЗИНА ИЛИ ГАЛАЗОЛИНА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

4

- 1) красный дермографизм, тахикардия, артериальная гипертензия
- 2) судороги, гипертермия, повышенная возбудимость
- 3) полиурия, полидипсия, гипергликемия
- 4) сонливость, снижение артериального давления, брадикардия, бледность кожных покровов
- 5)

403. ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ ТОНОМЕТРОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАНЖЕТКИ ВЗРОСЛОГО РАЗМЕРА

2

- 1) не влияет на правильность измерения
- 2) занижает реальный уровень систолического артериального давления
- 3) завышает реальный уровень систолического артериального давления
- 4) завышает реальный уровень диастолического артериального давления
- 5)

404. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ АТРОПИНОПОДОБНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ НАБЛЮДАЮТСЯ

2

- 1) саливация, бронхоспазм, сужение зрачков
- 2) гиперемия кожи, сухость слизистых, расширение зрачков
- 3) угнетение сознания, сужение зрачков
- 4) тонико-клонические судороги
- 5)

405. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ

4

- 1) морфин
- 2) преднизолон
- 3) хлоропирамин
- 4) адреналина гидрохлорид
- 5)

406. НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ПРЕДНИЗОЛОНА У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ

3

- 1) 0,1-0,2
- 2) 0,5-0,7
- 3) 1-2
- 4) 10-15
- 5)

407. ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ ПРИМЕНЯЮТ

4

- 1) преднизолон
- 2) фуросемид
- 3) магнезия сульфат
- 4) диазепам
- 5)

408. 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?

1

- 1) инфузионная терапия 0,9% раствором NaCl и инсулинотерапия 0,1ЕД/кг
- 2) инфузионная терапия 5% раствором глюкозы и инсулинотерапия 0,1ЕД/кг
- 3) инфузионная терапия 10% раствором глюкозы
- 4) только инсулинотерапия из расчета 0,1ЕД/кг
- 5)

409. ОПТИМАЛЬНЫМ РАСТВОРОМ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОРГАНИЗМА ИОНАМИ КАЛИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

4

- 1) раствор фосфата калия
- 2) 1% раствор хлорида калия
- 3) 0,3 % раствор хлорида калия
- 4) смесь 20% раствора глюкозы и 7,5% раствора хлорида калия
- 5)

410. ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОХЛАЖДЕНИЯ ПРИ ЛИХОРАДКЕ У ДЕТЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

2

- 1) при сопутствующих заболеваниях сердца
- 2) при признаках бледной лихорадки
- 3) при наличии в анамнезе судорог на повышение температуры тела
- 4) всегда
- 5)

411. С ЖАРОПОНИЖАЮЩЕЙ ЦЕЛЬЮ У ДЕТЕЙ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ

3

- 1) парацетамола
- 2) ибупрофена
- 3) ацетилсалициловой кислоты
- 4) комбинированных препаратов, содержащих парацетамол и ибупрофен
- 5)

412. К НАЧАЛЬНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ТЕПЛОВОГО УДАРА У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

2

- 1) незначительное потоотделение
- 2) частое мочеиспускание и полиурию, прекращение потоотделения
- 3) жажду

- 4) задержку мочеиспускания и олигурию
- 5)

413. КАРБОГЕМОГЛОБИН ОБРАЗУЕТСЯ ПРИ СВЯЗЫВАНИИ ГЕМОГЛОБИНА С ОКСИДОМ

- 1**
- 1) углерода (IV)
 - 2) азота (IV)
 - 3) азота (II)
 - 4) углерода (II)
 - 5)

414. ПРИЧИНОЙ ЗАТРУДНЕННОГО ДЫХАНИЯ, ПЕРИОДИЧЕСКИ С ПРИСТУПАМИ УДУШЬЯ, У ПАЦИЕНТОВ С ОХРИПЛЫМ ГОЛОСОМ И ПЕРИОДИЧЕСКОЙ АФОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 3**
- 1) инородное тело главного бронха
 - 2) инородное тело сегментарного бронха
 - 3) фиксированное инородное тело гортани
 - 4) фиксированное инородное тело трахеи
 - 5)

415. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА У ПОДРОСТКОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ МОЖНО

- 2**
- 1) ввести нитроглицерин внутривенно
 - 2) применить каптоприл под язык
 - 3) ввести клофелин внутривенно
 - 4) обеспечить доступ к свежему воздуху
 - 5)

Абдоминальная хирургия

Оптимальным раствором для замещения потерь жидкости из желудочно-кишечного тракта на начальном этапе инфузионной терапии при кишечных инфекциях является:
3
10% раствор хлорида натрия
9% раствор хлорида натрия
раствор Рингера
манитол
декстран 40
#
16
Какое осложнение наиболее часто возникает при использовании венозных катетеров:
1

флебит
травма катетером сердца
эмболия
пневмоторакс
сепсис
#
17
Трансфузионные реакции на переливание крови наиболее часто наблюдаются:
3
при нарушении свертывающей системы крови пациента
при острой почечной недостаточности
при переливании иногруппной крови
при анемии 3 степени
все перечисленное
#
18
Дозирование общего объема жидкости при проведении инфузионной терапии осуществляется с учетом:
5
состояния и функции органов кровообращения
наличия патологических потерь воды и ионов из организма
состояния функций систем выделения, кровообращения, физиологических потребностей
наличия дефицита и патологических потерь воды
физиологических потребностей организма в воде
всего перечисленного
#
19
Какой показатель наименее информативен для оценки эффективности противошоковой терапии?
1
нормализация артериального давления
устранение тахикардии
нормальный уровень центрального венозного давления
ликвидация метаболического ацидоза

нормализация диуреза
#
20
Наиболее простой метод определения баланса воды в организме при проведении инфузионной терапии заключается:
1
регулярном взвешивании ребенка
в измерении почасового диуреза
в сборе суточной мочи
в определении величины гематокрита
в определении уровня гемоглобина
#
21
О балансе воды позволяют судить исследования у ребенка:
4
определение ОЦК
массы ребенка
гематокрита
правильно 2,3
все перечисленное
#
22
Введение адреналина не вызывает:
4
стимуляции α и β - рецепторов
сужения периферических сосудов
повышения сократимости миокарда
повышения температуры тела
повышения АД
#
23
Жизнедеятельность мозга сохраняется при продолжительности клинической смерти в течение:

3
1-2 мин
3-4 мин
5-7 мин
10 мин и более
правильно 1 и 2
#
24
Судороги у детей раннего возраста чаще наблюдаются:
4
при эпилепсии
при опухоли мозга
при кровоизлиянии в мозг
при гипертермии
все перечисленное
#
25
Что не входит в реанимационные мероприятия при остановке сердца?
5
подача сигнала тревоги
непрямой массаж сердца
укладывания пострадавшего на твердую поверхность
ИВЛ "рот в рот"
прикладывания холода на магистральные сосуды
#
26
Что не относится к механизмам остановки кровообращения?
2
Электромеханическая диссоциация («неэффективное сердце»)
кардиогенный шок
фибрилляции желудочков и мерцательная желудочковая тахикардия
асистолия (и полная поперечная блокада сердца)
все перечисленное

#
27
Сколько времени продолжают мероприятия сердечно-легочной реанимации при отсутствии эффекта?
3
15 мин
5 мин
30 мин
50 мин
1 час
#
28
Что относится к специализированным мероприятиям сердечно-легочной реанимации?
3
прием Сафара
наружный массаж сердца
введение адреналина и др. препаратов
искусственное дыхание «рот в рот»
прямой массаж сердца
#
29
«Тройной прием Сафара» это:
1
способ освобождения дыхательных путей
способ массажа сердца
способ внутривенной инфузии
искусственное дыхание «рот в рот»
определение реснитчатого, зрачкового и роговичного рефлексов
#
30
К осложнениям непрямого массажа сердца не относится?
2
перелома ребер

перелом грудины
гемоторакс
пнемоторакс
все перечисленное
#
31
При эффективном непрямом массаже сердца может отсутствовать:
1
пульс на периферических сосудах
пульс на крупных артериях
сужение зрачков
улучшение цвета кожи и слизистых
восстановление работы сердца
#
32
При внезапной остановке сердца необходимо вводить препараты:
3
в локтевую вену
в центральную вену
в сердце
в поверхностные вены
внутримышечно
#
33
К признакам фибрилляции не относятся:
1
глухие тоны сердца
отсутствие тонов сердца
появления цианоза
характерная кривая на ЭКГ
отсутствие пульса
#
34
На электроды дефибриллятора накладывают салфетки, смоченные:

3
дистиллированной водой
глюкозой
раствором хлорида натрия
теплой проточной водой
раствором адреналина
#
35
«Кошачий глаз» это:
1
признак биологической смерти
симптом аллергической реакции
симптом клинической смерти
мидриаз
птоз века
#
36
При острой почечной недостаточности в стадии олигурии наиболее часто развивается:
2
гипокалиемия
гиперкалиемия
гипернатриемия
гиперкальциемия
гипонатриемия
#
37
К наиболее ранним признакам острой почечной недостаточности относятся:
1
повышение мочевины крови
увеличение плотности мочи
повышение кальция крови
повышение калия крови
повышение натрия в крови
#

38
При почечной коме нельзя вводить:
2
глюкозу
белковые препараты
реополиглюкин
физ.раствор
все перечисленное
#
39
Наиболее ранними признаками острой печеночной недостаточности являются:
4
гипербилирубинемия
снижение белка
гипогликемия
увеличение трансаминаз
появление желчных пигментов в моче
#
40
Острая печеночная недостаточность чаще всего сопровождается:
2
гиперкалиемией
гипербилирубинемией
метаболическим ацидозом
увеличением мочевины
гипогликемией
#
41
При гипертермии у детей следует начинать синдромную терапию с применения:
4
аминазина
пипольфена
дроперидола
парацетомола

анальгина
#
42
У детей грудного возраста нельзя применять в качестве жаропонижающего препарата:
3
анальгин
димедрол
ацетилсалициловую кислоту
парацетамол
ибуфен
#
43
Для купирования судорог не используют:
4
седуксен
барбитураты
миорелаксанты
дофамин
гомк
#
44
Какому состоянию несвойственны судороги?
1
миастения
столбняк
отек мозга
эпилепсия
электролитные нарушения
#
45
К первоочередным мероприятиям при судорожном синдроме относятся:
1
введение седуксена
введение лазикса

введение преднизолона
введение миорелаксантов
введение жаропонижающего
#
46
На догоспитальном этапе, если судороги не купируются с помощью седуксена, следует ввести:
4
внутривенно барбитураты ультракороткого действия
внутривенно ГОМК
аминазин с пипольфеном
повторно седуксен
внутривенно димедрол
#
47
Случайные отравления наиболее часто происходят от употребления ребенком:
1
лекарственных препаратов
растительных ядов
препаратов бытовой химии
ядовитых грибов
вина, водки
#
48
При пероральном отравлении ребенку в первую очередь необходимо:
4
провести форсированный диурез
ввести слабительное средство
поставить сифонную клизму
промыть желудок
дать кислород
#
49
У ребенка при отравлении неизвестной этиологии промывать желудок следует:

4
чистой водой
раствором марганца
раствором соды
водой с добавлением активированного угля
раствором фурациллина
#
50
При большинстве острых отравлений у детей <i>наиболее</i> эффективно:
4
форсированный диурез
заменное переливание крови
перитонеальный диализ
гемосорбция
плазмаферез
#
51
При отравлении бледной поганкой развивается:
4
судорожный синдром
отек легких
острая почечная недостаточность
острая печеночная недостаточность
острая надпочечниковая недостаточность
#
52
При отравлениях угарным газом методом выбора в лечении является:
2
заменное переливание крови
гипербарическая оксигенация
ингаляция воздушно-кислородной смеси
гемосорбция
щелочные ингаляции
#

53
При отравлении антропоподобными веществами наблюдается:
3
саливация, бронхоспазмы, сужение зрачков
угнетение сознания, сужение зрачков
гиперемия кожи, сухость слизистых, расширение зрачков
тонико-клонические судороги
бледность кожных покровов, сужение зрачков, судороги
#
54
При травматическом шоке в первую очередь необходимо:
3
применить гепарин
применить фибринолизин
начать инфузионную терапию
согреть ребенка
повысить АД
#
55
Главным признаком черепно-мозговой травмы является:
2
выраженность костно-травматических повреждений
степень утраты сознания
выраженность менингеального синдрома
судороги
реакция зрачков на свет
#
56
К мозговым комам относятся:
1
травмы, инфекции, опухоли головного мозга
печеночная, уремиическая, диабетическая
алкогольная, наркотическая
гипогликемическая

все перечисленные
#
57
При отеке мозга в качестве антигипоксанта не применяют:
5
оксибутират натрия
барбитураты
диазепам
актовегин
мезатон
#
58
Что не относится к мероприятиям, проводимым после извлечения утонувшего из водоема?
5
освобождения дыхательных путей и желудка от жидкости
обследования ротоглотки пальцем
проведения искусственной вентиляции легких и непрямого массажа сердца
интенсивное растирание кожных покровов
измерения почасового диуреза
#
59
Необязательна госпитализация ребенка при ожогах поверхности кожи:
1
I степени 5-10%
I степени 10-15%
II степени 5% более
III степени 3% и более
IV степени
#
60
Ожог дыхательных путей приравнивается к:
3
3% поверхностного ожога

1% глубокого ожога
10% глубокого ожога
5% поверхностного ожога
нет правильного ответа
#
61
К признакам солнечного удара не относится:
3
головная боль
тошнота, рвота
жидкий стул
повышения температуры тела
повышение АД
#
62
При солнечном ударе необходимо:
5
поместить ребенка в тень
применить холод на магистральные сосуды
госпитализировать ребенка
обильное прохладное питье
все перечисленное
#
63
Признаки, характерные для менингита:
3
запах аммиака, судороги
парезы, нарушение дыхания
лихорадка, ригидность затылочных мышц
судороги, непроизвольное мочеиспускание, прикус языка
сухость кожных покровов, глубокое шумное дыхание
#
64

При менингококцемии на догоспитальном этапе целесообразно вводить:
2
сердечные гликозиды, антибиотики, гормоны
мезатон, антибиотики, гормоны, гепарин
эуфиллин, антибиотики
антигистаминные препараты, гормоны
антибиотики, барбитураты, гормоны
#
65
Преобладающий механизм в развитии анафилактического шока:
1
снижение общего периферического сосудистого сопротивления
снижение объема циркулирующей крови
сердечная недостаточность
повышение объема циркулирующей крови
повышение общего периферического сосудистого сопротивления
#
66
Преобладающий механизм в развитии геморрагического шока:
2
снижение общего периферического сосудистого сопротивления
гиповолемия
сердечная недостаточность
гиперволемиа
клеточная дегидратация
#
67
Индекс Альговера это-:
1
соотношение частоты сердечных сокращений и систолического артериального давления
произведение частоты дыхания на дыхательный объем
одна треть пульсового давления
конечно-диастолический объем
соотношение частоты дыхания и частоты сердечных сокращений

#
68
Шкала Глазго используется для оценки:
2
степени шока
тяжести комы
тяжести травмы
степени кровопотери
степени ожога
#
69
Форсированный диурез не включает:
4
водно-электролитную нагрузку
осмотический диурез (мочевина, маннитол, сорбитол)
салуретический диурез (лазикс)
слабительные средства
антигистаминные препараты
#
70
Синдром Мендельсона это-:
2
астматическая бронхообструкция
аспирационный пневмонит
аллергический конъюнктивит
инородное тело в пищеводе
гиповолемический шок
#
71
К диабетическим комам не относится:
5
гипогликемическая кома
гиперосмолярная некетоацидотическая кома
кетоацидотическая кома

лактатацидемическая кома
уремическая кома
#
72
Госпитализация в отделение реанимации не показана:
1
неоперабельным больным со злокачественными новообразованиями
больным с острым инфарктом миокарда
больным с астматическим статусом
больным с ишемическим инсультом
больным с ДВС-синдромом
#
73
Какое дыхание наблюдается при диабетической коме:
2
брадипное
дыхание Куссмауэля
дыхание Чейн-Стокса
дыхание Биота
тахипное
#
74
Струйное внутривенное введение какого препарата может вызвать судороги:
1
оксибутирата натрия
сибазона
тубокурарина
адреналина
дофамина
#
75
Через какое время после внутривенного введения изотонический раствор хлорида натрия полностью уходит из сосудистого русла:
1

через три часа
через трое суток
через неделю
через пять часов
через один день
#
76
При подозрении на травму шейного отдела позвоночника:
2
не интубируют трахею
не разгибают шею во время интубации трахеи
не очищают ротоглотку
не транспортируют больного
все верно
#
77
При рефлекторной остановке сердца прекардиальный удар наносится в область:
1
нижней трети грудины
верхушечного толчка
мечевидного отростка
верхней трети грудины
справа от грудины
#
78
Клинические признаки апноэ:
3
бледность, дыхание поверхностное
патологические типы дыхания
потеря сознания, отсутствие экскурсии грудной клетки
двигательное возбуждение
все верно
#
79

Синдром "шокового легкого" возникает при:
1
массивных гемотрансфузиях
частых простудах
искусственной гипотермии
осложнении пневмонии
травмах грудной клетки
#
80
В лечении "шокового легкого" применяют:
3
атропин
адреналин
гепарин
сальбутамол
прозерин
#
81
Экстренная помощь при обструкции верхних дыхательных путей:
2
трахеостомия
коникотомия
увлажненный кислород
бронхоскопия
ингаляция эуфиллином

12. Детская хирургия

Абдоминальная и экстренная хирургия

#
1
У девочки 6 месяцев при осмотре обнаружено болезненное грыжевое выпячивание в правой паховой области. С момента заболевания прошло 10 часов. Какая лечебная тактика более целесообразна?
2

проведение консервативных мероприятий
экстренная операция
при отсутствии эффекта от консервативной терапии проведение оперативного лечения
антибактериальная терапия
выжидательная
#
2
При эхинококкозе печени показаны:
3
химиотерапия
гормональная терапия
оперативное вмешательство
рентгенотерапия
наблюдение в динамике
#
3.
Основной клинический синдром повреждения полого органа:
1
синдром перитонита
дизурический синдром
синдром печечно-почечной недостаточности
синдром сердечно-сосудистой недостаточности
синдром внутреннего кровотечения
#
4.
Ребенку с остро возникшими болями в животе показано:
4
амбулаторное обследование
госпитализацию в педиатрическое отделение
плановую госпитализацию в хирургическое отделение
экстренную госпитализацию в хирургическое отделение
госпитализацию в инфекционное отделение
#
5.

До какого срока возможно проведение консервативного расправления инвагинации кишечника от начала заболевания:
2
до 28 часов
до 12 часов
до 48 часов
до 24 часов
до 36 часов
#
6.
Оптимальным способом дезинвагинации является:
2
резекция кишки
метод "выдаивания"
вытягивание внедрившейся кишки
введение новокаина в корень брыжейки
введение антибиотиков в корень брыжейки
#
7.
При портальной гипертензии с пищеводным кровотечением наблюдается стул:
1
дегтеобразный
виде "малинового желе"
с примесью алой крови
зеленого цвета
с не переваренной пищей.
#
8.
Укажите признаки инвагинации кишечника:
2
задержка стула
стул в виде "малинового желе"
учащенное мочеиспускание
рвота «кофейной гущей»

повышение температуры тела
#
9.
Укажите симптомы, присущие для синдрома Меллори – Вейса:
1
рвота "кофейной гущей", слабые боли в эпигастрии
рвота "кофейной гущей", "кинжальная" боль в животе
симптом "малинового желе", схваткообразная боль в животе
алая кровь в стуле
кровь в стуле малинового цвета, перитонеальные симптомы
#
10.
Дифференциальную диагностику между выпадением прямой кишки и выпадением головки инвагината у детей позволяет провести:
2
обзорная рентгенография брюшной полости
пальцевое исследование прямой кишки
ирригография с воздухом
лапароскопия
колоноскопия
#
11.
Какие из симптомов преобладают у детей до 3х лет, при остром аппендиците?
2
жидкий стул
симптом «отталкивания руки»
кровавый стул
ахоличный стул
кашель
#
12.
По какой методике производят аппендэктомию у детей до 1 года?
1
По Зелигу (лигатурный метод)

наложением кисетного шва
наложением кисетного и Z-образного шва
инвагинационный метод
без перевязки культи, но с погружением в кисетный и Z-образные швы
#
13.
Какой синдром наиболее характерен в клинике острого аппендицита у детей в отличие от взрослых?
5
болевого синдром
диспептические явления
синдром интоксикации
пальпаторные симптомы
2-х фазность течения заболевания
#
14.
Укажите на патологические симптомы острого аппендицита у детей?
1
локальное напряжение мышц
гиперлейкоцитоз
пальпируемый инвагинат
дыхательная недостаточность
хрипы в легких
#
15.
Каковы особенности обследования ребенка до 3 лет с предположением на острый аппендицит?
2
термометрия
пальпация живота во время медикаментозного сна
определение лейкоцитоза
рентгенообследование
ирригоскопия
#

16.
При каких заболеваниях наблюдается кишечное кровотечение неизмененной кровью?
4
удвоение пищеварительной трубки
Меккелев дивертикул
язва 12-перстной кишки
полип прямой кишки
инвагинация кишечника
#
17.
Что служит критерием эффективности консервативной терапии кишечной непроходимости у детей?
3
снижение температуры тела
повышение артериального давления
отхождение стула и газов
усиление болей
учащенное мочеиспускание

Гнойная хирургия

#
1.
У ребенка 1,5 месяцев острый гнойный парапроктит. Наиболее рациональным вариантом лечения является:
1
разрез мягких тканей и дренирование
радикальное иссечение инфильтрата и свища
антибактериальная терапия
физиотерапевтические методы лечения
повязка с мазью Вишневского
#
2.
У ребенка 1,5 месяцев острый парапроктит. Радикальное вмешательство при хроническом парапроктите у него целесообразно в сроки:

2
3 месяца
6 месяцев
8 месяцев
1,5 года
после 3 лет
#
3.
Дифференциальный диагноз острого гематогенного остеомиелита у детей необходимо проводить, кроме?
3
туберкулезом
ревматоидным артритом
лимфангиомой
флегмоной
Травмой
#
4.
Для токсической формы остеомиелита у детей характерно?
4
обрывное течение
затяжное течение
хроническое течение
молниеносное течение
септикопиемическое течение
#
5.
Диагностирован острый остеомиелит у больного 10-ти лет. Ваша тактика, кроме?
2
остеоперфорация
артротомия
внутрикостное введение антибиотиков
разрез мягких тканей, резиновый выпускник
гипсовая лонгета

#
6.
Некротической флегмоной заболевают дети:
2
1-го года жизни
новорожденные
ясельного возраста
дети школьного возраста
подросткового периода
#
7.
Мальчик 10 лет жалуется на боли в правом бедре, 6 месяцев назад перенес острый гематогенный остеомиелит бедра. При осмотре наружной поверхности с/3 правого бедра имеется отек мягких тканей, гиперемия, через истонченную кожу просвечивает гной. Ваш диагноз?
3
острый гематогенный остеомиелит правого бедра
подострый гематогенный остеомиелит
обострение хронического гематогенного остеомиелита правого бедра
абсцесс Броди
хронический остеомиелит
#
8.
Ребенку 4года, в области шеи после вскрытия гнойника в течение 2х месяцев существует свищ с гнойным отделяемым из свища, плотный тяж идущий к подъязычной кости. Ваш диагноз?
1
срединный свищ шеи
туберкулез шейных лимфоузлов
аденофлегмона
боковой свищ шеи
остеомиелит подъязычной кости
#
9.

<p>Мальчик 12 лет получил травму правого бедра. На следующий день состояние крайне тяжелое, сознание спутанное, температура 41 градус. На коже геморрагическая сыпь. В области бедра отечность и гиперемия отсутствуют. Ваш диагноз?</p>
2
перелом правого бедра
токсический остеомиелит
менингит
брюшной тиф
септикопиемическая форма гематогенного остеомиелита
#
10.
<p>Мальчик 10 лет упал с забора, в течение 2 лет наблюдался по поводу острого гематогенного остеомиелита правого бедра. Объективно: имеется отечность в в/3 правого бедра, патологическая подвижность. Ваш диагноз?</p>
4
острый гематогенный остеомиелит
обострение хронического остеомиелита
ложный сустав
патологический перелом бедренной кости
ушиб мягких тканей
#
11.
<p>Мальчик 8 лет, имеется болезненное опухолевидное образование в подмышечной области размером 4x4см, кожа над ней гиперемирована, флюктуация. Диагноз?</p>
5
подмышечный лимфаденит
абсцесс
флегмона
аденофлегмона
гидроаденит
#
12.
<p>Девочка 3х лет жалуется на боли и опухолевидное образование в правой подчелюстной области, температура 38.0. Больна 3 дня. Объективно: угол челюсти справа сглажен,</p>

отмечается в правой под челюстной области инфильтрат 4x4 см. Кожа над ней гиперемирована. Диагноз?
2
паротит
аденофлегмона подчелюстной области
боковая киста шеи
лимфаденит
остеомиелит нижней челюсти
#
13.
Для фурункула характерна:
3
отсутствие гнойного стержня
наличие нескольких гнойных стержней
наличие гнойного стержня
наличие некроза подкожно-жирового слоя
распространение воспалительного очага
#
14.
Принципы лечения септикопиемической формы гематогенного остеомиелита?
3
консервативное
оперативное
принцип Краснобаева
щадящий метод
форсированный диурез
#
15.
В детскую консультацию доставлен ребенок 9 месяцев. Болен в течении 3 суток, температура 38. Щадит правую ножку, при пеленании громко плачет. По наружной поверхности в/3 правого бедра пальпируется инфильтрат. Диагноз?
4
вывих тазобедренного сустава
воспаление тазобедренного сустава

флегмона
острый гематогенный эпифизарный остеомиелит правого бедра
перелом в/3 правого бедра
#
16.
Мальчик в возрасте 3х лет поступил с жалобами на боли при дефекации. В области анусана ограниченном участке имеется гиперемия и инфильтрация. Диагноз?
2
врожденный параректальный свищ
острый парапроктит
рожистое воспаление
геморрой
флегмона промежности
#
17.
У больного с хроническим остеомиелитом большеберцовой кости в в/3 в течение последних 3-х месяцев имеется припухлость, патологическая подвижность. У больного:
2
патологический вывих
ложный сустав
анкилозированный сустав
остеоэпифизиолиз
лимфангоит
#
18.
Мальчик 13 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в области голени, 4 дня назад получил травму, состояние средней тяжести. На ногу не наступает из-за резкой боли, окружность правой голени резко увеличена. Предварительный диагноз?
4
ревматизм
воспаление суставов
рожистое воспаление
острый гематогенный остеомиелит
флегмона

#
19.
Острый гематогенный остеомиелит подвздошной кости нужно дифференцировать с:
2
абсцессом
аппендикулярным инфильтратом
фурункулезом
некротической флегмоной
антибиотическим остеомиелитом
#
20.
Псевдофурункулез-это воспаление:
2
сальной железы
потовой железы
молочной железы
волосяного фолликула
кожи
#
21.
Гнойный мастит вскрывается следующим образом:
1
радиарными разрезами
Z-образными разрезами
лампасными разрезами
окаймляющими разрезами
насечками в шахматном порядке
#
22.
Укажите 1 неправильный ответ в классификации панариция:
4
подкожный
кожный
подногтевой

поднадкостничный
костный
#
23.
Паронихия это воспаление:
2
слюнной железы
тканей околоногтевого валика
сухожильного влагалища
фасциальных клетчаточных пространств
синовиальных оболочек
#
24.
Операция остеоперфорация применяется для патогенетического лечения:
4
доброкачественных костных опухолей
злокачественных костных опухолей
костного туберкулеза
острого гематогенного остеомиелита
эпифизарного остеомиелита
#
25.
Диагноз хронического гематогенного остеомиелита выставляется через:
4
1 -месяц от начала заболевания
2 месяца
4 месяца
6 месяцев
9 месяцев
#
26.
К первичному-хроническому остеомиелиту относят следующие формы, кроме:
4
абсцесс Броди

склерозирующий остеомиелит Гарре
альбуминозный остеомиелит Олье
эпифизарный остеомиелит новорожденных
антибиотический остеомиелит
#
27.
Секвестроэктомия применяется в лечении:
3
остеохондропатий
острого гематогенного остеомиелита
хронического гематогенного остеомиелита
доброкачественных опухолей костей
саркома Юинга
#
28.
Секвестр бывает? Назовите 1 неправильный ответ.
2
кортикальный
поднадкостничный
центральный
субтотальный
тотальный
29.
R-логическими признаками острого гематогенного остеомиелита являются? Назовите неправильный ответ.
2
остеопороз
линейный периостит
смазанность структуры костной ткани
наличие секвестров
наличие отека мягких тканей
#
30.
С какого возраста, при остром гематогенном остеомиелите можно выполнять операцию

остеоперфорацию?
2
1 год
5 лет
7 лет
9 лет
14 лет

«Детская урология»

#
1
Хирургическое лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса заключается в:
5
цистостомии
нефрэктомии
пиелостомии
сужении устья мочеточника
пересадке мочеточников в стенку мочевого пузыря с созданием длинного подслизистого отдела мочеточника
#
2.
Методом выбора радикальной операции при гидронефрозе является:
4
операция Фоллея
операция Политано-Леадбеттера
операция Коэна
операция Хайнеса-Андерсена
операция Боннина
#
3.
Концентрационную способность почек определяют пробой:
1
Зимницкого
по Нечипоренко

Каковского-Аддиса
Амбурже
Канатбаевой
#
4.
<p>Девочка 3 лет часто жалуется на боли в правой половине живота. Периодически отмечается лейкоцитурия до 10-30 в поле зрения. На УЗИ выявлено значительное расширение чашечно-лоханочной системы справа, паренхима почки истончена, мочеточник не прослеживается. □Какое исследование целесообразно проводить?</p>
5
ретроградную пиелографию
ангиографию
обзорную рентгенографию
цистографию
экскреторную урографию
#
5.
<p>Ребёнок 7 лет пожаловался на боли в левой половине мошонки, отёк и гиперемию кожи. Левое яичко в мошонке, увеличено в размерах, болезненно при пальпации. Травму ребёнок отрицает.</p> <p>Какая тактика более целесообразна?</p>
4
консервативное лечение
антибактериальная терапия, покой, суспензорий
наблюдение в течение 24 часов
срочная операция
амбулаторное лечение
#
6.
<p>Девочка 7 лет была госпитализирована по поводу болей в животе. В процессе наблюдения диагноз острого аппендицита был исключён. При УЗИ почек справа выявлено расширение чашечно-лоханочной системы. Анализ мочи в норме.</p> <p>Какой предварительный диагноз более вероятен?</p>
4

эхинококковая киста почек
опухоль Вильмса
солитарная киста почки
гидронефроз
киста брыжейки
#
7.
Девочка 2,5 лет с 5 мес. постоянно лечится по поводу рецидивирующего пиелонефрита. На экскреторной урографии выявлено двустороннее расширение чашечно-лоханочной системы, видны расширенные мочеточники. Какой предварительный диагноз вероятен?
2
поликистоз
2-х сторонний уретерогидронефроз
пиелонефрит
опухоль Вильмса
гидрокаликоз
#
8.
К аномалиям мочеиспускательного канала относят:
2
уретроцеле
эписпадию
незаращение урахуса
экстрофию мочевого пузыря
гидронефроз
#
9.
Наиболее информативным методом диагностики закрытых повреждений почек является:
1
экскреторная урография
ретроградная пиелография
микционная цистография
общий анализ мочи

обзорная рентгенография брюшной полости
#
10.
Для закрытой травмы почек характерно:
2
пиурия
припухлость в области поясницы
анурия
отек наружных половых органов
повышение температур
#
11.
Основной причиной образования камней мочевыделительной системы у детей принято считать:
4
врожденная тубулопатия
нарушение белкового обмена
нарушение водно-солевого равновесия
нарушение коллоидно-кристаллоидного равновесия
нарушение электролитного баланса
#
12.
При гипоспадии I этап хирургического лечения выполняется в возрасте:
3
в 6 месяцев
с рождения
1,5 - 2 лет
до 1 года
старше 3 лет
#
13.
Для тотальной эписпадии характерно:
4
фимоз

отсутствие полового члена
стеноз меатуса
деформация полового члена
затруднение мочеиспускании
#
14.
У мальчика с рождения отмечено расщепление крайней плоти. Ребенок мочится тонкой струйкой с натуживанием. Наружное отверстие уретры обнаружено в области венечной борозды, точечное. Какой предварительный диагноз НАИБОЛЕЕ вероятен?
3
Эписпадия
экстрофия мочевого пузыря
гипоспадия
атрезия уретры
гипоплазия уретры
#
15.
У мальчика 4 мес. с рождения обнаружено увеличение левой половины мошонки. При пальпации определяется опухолевидное образование эластической консистенции с ровными контурами, безболезненное, размером 5х3,5 см, не вправляющееся в брюшную полость. К вечеру образование несколько увеличивается в размерах. Наружное паховое кольцо не расширено. Какой предварительный диагноз более вероятен?
1
сообщающаяся водянка оболочек яичка
Крипторхизм
киста семенного канатика
водянка оболочек яичка
эктопия яичка
#
16.
Ребёнок 7 лет пожаловался на боли в левой половине мошонки, отёк и гиперемиию кожи. Левое яичко в мошонке, увеличено в размерах, болезненно при пальпации. Травму ребёнок отрицает. Какой предварительный диагноз вероятен?

3
паховый лимфаденит
эктопия яичка
перекрут яичка
крипторхизм
водянка оболочек яичка
#
17
К аномалиям мочеиспускательного канала относят:
2
уретроцеле
эписпадию
Не заращение урахуса
экстрофию мочевого пузыря
гидронефроз
#
18.
При невозможности сформировать мочевой пузырь и уретру при экстрофии проводят:
1
пересадку мочеточников в сигмовидную кишку
формирование искусственного мочевого пузыря методом кожной пластики
наложение двусторонних пиелостом
пластику устьев мочеточников с созданием их замыкательных аппаратов
пересадку мочеточников в тонкую кишку
#
19
Катетеризация мочевого пузыря противопоказана при:
3
опухоле мочевого пузыря
фимозе
разрыве уретры
уретрия
камнях мочевого пузыря
#

20
Пункция оболочек яичка показана при:
4
орхоэпидидимите
кисте семенного канатика
перекруте яичка
напряженной водянке оболочек яичка
идиопатическом отёке мошонки
#
21
Какова тактика лечения детей с синдромом отечно-гиперемированной мошонки?
4
антибиотикотерапия
противовоспалительное лечение+хирургическое вмешательство
физиолечение
экстренное хирургическое вмешательство
полуспиртовый компресс
#
22
Какой рентгенологический метод используется для диагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей?
4
инфузионная урография
ретропневмоперитонеум
уретрография
цистография
ирригография
#
23.
К какой группе аномалий относится удвоение почек у детей?
3
положения
взаимоотношения
количества

структуры
нарушения эмбриогенеза

#

Плановая и амбулаторная хирургия

1
У девочки 3 мес. отмечено расширение пупочного кольца с выпячиванием безболезненного, эластической консистенции образования размерами 1,5x1,5 см, легко вправляемого в брюшную полость. Какой предварительный диагноз вероятен?
3
грыжа пупочного канатика
грыжа белой линии живота
пупочная грыжа
простой омфалит
флегмонозный омфалит
#
2
У девочки 6 лет при профилактическом осмотре обнаружено по срединной линии на 3 см выше пупочного кольца безболезненное выпячивание размером 0,5x0,5 см, легко вправляемое в брюшную полость. При этом определяется дефект апоневроза по срединной линии размерами 0,5x0,5 см. Какой предварительный диагноз вероятен?
1
грыжа белой линии живота
пупочная грыжа
грыжа пупочного канатика
простой омфалит
флегмонозный омфалит
#
3
У месячного мальчика с рождения обнаружено увеличение правой половины мошонки за счёт опухолевидного образования мягко-эластической консистенции, безболезненного, легко вправляемого в брюшную полость с урчанием, но при беспокойстве ребёнка проявляющегося вновь. С правой стороны наружное паховое кольцо расширено.

Какой предварительный диагноз вероятен?
4
паховый лимфаденит
невправимая паховая грыжа
ущемленная паховая грыжа
пахово-мошоночная грыжа
водянка оболочек яичка
#
4
При эмбриональной грыже пупочного канатика операция сразу показано при:
2
грыже больших размеров
грыже малых размеров
грыже на ножке
грыже средних размеров
сопутствующем пороке сердца
#
5
У ребенка 3-х месяцев в области шеи имеется опухолевидное безболезненное образование с истонченной кожей, флюктуирует. Какой из перечисленных предварительных диагнозов вероятен?
2
киста шеи
лимфангиома шеи
лимфаденит
свищ шеи
дермоидная киста
#
6
Монорхизм означает:
5
отклонение яичка от пути следования
незаращение вагинального отростка брюшины
задержка яичка в паховом канале

новорожденное отсутствие обоих яичек
врожденное отсутствие одного яичка
#
7
Ребенок 2 лет готовится к операции по поводу паховой грыжи. Выполнение какого мероприятия непосредственно перед операцией целесообразно?
5
санация носоглотки
общая ванна
очистительная клизма
прекращение пищи и воды
премедикация
#
8
У ребенка 5 лет при осмотре отсутствует яичко в правой половине мошонки, яичко пальпируется по ходу правого пахового канала. Какой предварительный диагноз более вероятен?
2
крипторхизм, паховая форма
паховая эктопия яичка
перекрестная эктопия яичка
крипторхизм, абдоминальная форма
аплазия яичка
#
9
У ребенка 3-х лет по ходу семенного канатика определяется образование мягкоэластичной консистенции, невправимое в брюшную полость, не изменяющееся в размерах при изменении положения тела. Какой предварительный диагноз?
1
киста элементов семенного канатика
несообщающейся водянки оболочек яичка
сообщающейся водянки оболочек яичка
острая водянка семенного канатика

пахово-мошоночная грыжа
#
10
К местным симптомам при артерио-венозных аневризмах относится все следующее, кроме:
4
гипертрофии конечностей
варикозного расширения подкожных вен
усиления пульсации сосудов
гипотермии кожи над аневризмой
трофических расстройств
#
11
Основным фактором этиопатогенеза слоновости является:
2
наследственность
недоразвитие стенок лимфатических сосудов
инфекционный процесс
эндокринные заболевания
порок развития венозной стенки
#
12
Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является:
3
тошнота и рвота
подъем температуры
эластическое выпячивание в паховой области
боли в животе
плохой аппетит
#
13
Что нужно осматривать у ребенка при подозрении на острый аппендицит:
5
зев

кожу
грудную клетку
живот
все перечисленное
#
14
Осложнением крипторхизма является:
5
бесплодие
малигнизация
перекрут яичка
аутоиммунные процессы с повреждением здорового яичка
все перечисленное
#
15
Оптимальным возрастом начала хирургического лечения крипторхизма является:
3
период новорожденности
6 мес.-1 год
2 - 5 лет
6 - 9 лет
начиная с 10 лет
#
16
У больного с полным свищом урахуса:
5
наблюдается постоянное истечение мочи из пупочной ямки
истечение мочи усиливается при мочеиспускании
контрастирование свища выявляет сообщение между мочевым пузырем и пупочной ямкой
при зондировании свищевого хода зонд идет каудально
все перечисленное
#
17
Паховая грыжа у детей до 3 лет связана с:

1
необлитерированным вагинальным отростком брюшины;
гиперпродукцией водяночной жидкости;
нарушением лимфооттока;
слабостью передней брюшной стенки;
повышенной физической нагрузкой.
#
18
Наиболее вероятной причиной развития пупочной грыжи является:
2
порок развития сосудов пуповины;
незаращение апоневроза пупочного кольца;
воспаление пупочных сосудов;
портальная гипертензия;
родовая травма.
#
19
У ребенка покраснение и припухлость околоногтевого валика. По краю у ногтя определяется гной под кожей. Диагноз:
1
паронихий
кожный панариций
флегмона
абсцесс
подкожный панариций
#
20
Дифференциальную диагностику неосложненной пахово-мошоночной грыжи чаще приходится проводить с:
2
орхитом;
водянкой оболочек яичка
варикоцеле
перекрутом гидатиды

орхоэпидидимитом
#
21
У мальчика 3-х лет яичко находится в паховом канале, однако рукой при пальпаций удаётся низвести яичко в мошонку. Какой предварительный диагноз более вероятен?
4
абдоминальная форма крипторхизма
крипторхизм, паховая форма
эктопия яичка
ложный крипторхизм
паховая грыжа
#
22
Какое лечение продолжают в амбулаторных условиях детям, перенесшим аппендэктомию по поводу осложненного аппендицита:
3
антибактериальную терапию
обезболивание
противоспаечное лечение
никакого
все перечисленное
#
23
Какой из перечисленных симптомов характерен для трещины прямой кишки?
1
алая кровь в стуле, боль при дефекации
темная кровь в стуле
алая кровь в стуле, дефекация безболезненна
массивное кровотечение, геморрагический шок
кровь в стуле малинового цвета, боль в животе
#
24
У ребенка 7 лет кашель с гнойной мокротой, субфебрильная температура. Два года назад произведено удаление инородного тела из правого нижнедолевого бронха, находящегося в

нем в течение 8 месяцев. Какое заболевание можно предполагать у ребенка?
1
Бронхоэктатическая болезнь
Хронический ларинготрахеит
Хроническая пневмония
Гипоплазия легкого
Нагноившаяся киста легкого
#
25
Полная облитерация влагалищного отростка брюшины заканчивается к:
2
28-32-й неделям внутриутробной жизни;
рождению
1-му году
2-3-м годам
сразу после рождения

Торакальная хирургия

#
1.
При атрезии пищевода на обзорной рентгенограмме определяется большой газовый пузырь в желудке и повышенное газонаполнение кишечника. Какому типу атрезии пищевода более характерна данная рентгенограмма?
5
для всех типов атрезии
верхний сегмент пищевода имеет свищ с трахеей
оба сегмента пищевода не имеют свища с трахеей
трахеопищеводный свищ
нижний сегмент пищевода имеет свищ с трахеей
#
2.
Ребенок родился 4 часа назад, изо рта появились обильные пенистые выделения, приступ цианоза. После санации ротовой полости пенистые выделения появились снова. При аускультации легких - хрипы, дыхательная недостаточность.

Какой предварительный диагноз более вероятен?
3
рефлюкс-эзофагит
ахалазия пищевода
атрезия пищевода
гипоплазия легкого
болезнь гиалиновых мембран
#
3.
При напряженном пиотораксе лечение:
2
интенсивную терапию без вмешательства в очаг
дренирование плевральной полости по Бюлау
пункцию плевральной полости
активная аспирация
бронхоскопию
#
4.
При ограниченной эмпиеме плевры лечение начинают:
1
пункцию плевральной полости
интенсивную терапию без вмешательства в очаг
дренирование плевральной полости по Бюлау
дренирование плевральной полости с активной аспирацией
торакоскопию с ультразвуковой санацией
#
5.
При пункции плевральной полости наиболее частой технической погрешностью является:
5
ранение межреберных сосудов
ранение межреберных нервов
пневмоторакс
ранение легкого
все перечисленное

#
6.
У ребенка 4-х лет на рентгенограмме грудной клетки в 2-х проекциях отмечается кистозное образование в правой половине плевральной полости в заднем средостении и вероятный диагноз?
3
передние грыжи диафрагмы
истинные левосторонние грыжи
грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
задние ложные грыжи
френоперикардальные грыжи
#
7.
Перфорации пищевода можно получить при попадании:
5
батареек
косточек
острых предметов
при бужировании
Все перечисленное
#
8.
У ребенка 2 лет установлен диагноз компенсированной формы лобарной эмфиземы. Ему следует рекомендовать:
2
экстренную операцию
плановую операцию
срочную операцию
консервативную терапию
выжидательную тактику
#
9.
Характерными для трахеопищеводного свища являются:
5

кормление сопровождается кашлем
приступы цианоза
пенистые выделения изо рта
кормление в вертикальном положении уменьшает кашель и цианоз
все перечисленное
#
10.
Какой метод достоверен в диагностике БЭБ?
2
Спирография
Бронхография
Реография
Рентгенография
УЗИ
#
11.
Выберите метод хирургического лечения при тотальной эмпиеме плевры:
3
Повторная плевральная пункция
Межреберный дренаж по Бюлау
Межреберный дренаж с активной аспирацией
Бронхоскопия
Торакоскопия
#
12.
Выберите легочно-плевральную форму осложнения деструктивных пневмоний:
5
Абсцессы легкого
Буллы легкого
Бронхоэктазы
Хилоторакс
Пиопневмоторакс
#
13.

В каком возрасте чаще наблюдается заболеваемость острой деструктивной пневмонией?
1
0-3 года
3-7 лет
7-10 лет
10-13 лет
13-15 лет
#
14.
Назовите наиболее частого возбудителя острых деструктивных пневмоний:
1
Стафилококки
Стрептококки
Ассоциация микробов (сальмонеллы, энтерококки)
Кишечная палочка
Анаэробы и Клебсиеллы
#
15.
Что является показанием для применения временной бронхоблокады при лечении плевральных осложнений деструктивной пневмонии (пиопневмоторакс)?
4
Нарастание интоксикации
Неэффективность бронхоскопии
Неэффективность дренажа по Бюлау
Неэффективность дренажа с активной аспирацией
Неэффективность плевральной пункции
#
16.
Какое лечение обязательно перед операцией детям с бронхоэктатической болезнью?
4
ЭКГ
Переливание крови и плазмы
Витаминотерапия

Санационная бронхоскопия
Применение глюкокортикоидов
#
17.
Назовите причину ателектаза легких у детей:
1
Обтурация бронхов
Пневмоторакс
Спазм бронхов
Врожденная лобарная эмфизема
Стеноз гортани
#
18.
Назовите рентгенологический признак лобарной эмфиземы легкого:
5
Смещение средостения в сторону поражения
Наличие свободного газа в плевральной полости на стороне поражения
Ограничение подвижности купола диафрагмы на стороне поражения
Смещение средостения нет.
Гипервентиляция легкого с сохранением
#
19 .
Назовите наиболее частый порок развития легкого, вызывающие синдром внутрилегочного напряжения:
2
Бронхоэктазы
Лобарная эмфизема
Муковисцедоз
Дополнительная доля легкого
Гипоплазия легкого
#
20.
Укажите на рентгенологический признак ателектаза легкого:
5

Повышение прозрачности легкого
Смещение средостения в здоровую сторону, затемнение легочного поля
Высокое стояние купола диафрагмы
Затемнение синуса на стороне поражения
Тотальное затемнение легочного поля со смещением средостения в сторону поражения
#
21.
К смещению средостения в больную сторону приводят:
4
пневмоторакс
киста легкого
эхинококкоз легкого
аплазия легкого
секвестрация легкого
#
22.
Причинами возникновения бронхоэктазии у детей могут быть, кроме:
4
воспалительные заболевания органов дыхания
врожденные пороки легких
инородные тела бронхов
инородные тела пищевода
ателектаз легкого
#
23.
К плевральным осложнениям гнойно деструктивной пневмонии у детей относятся, кроме:
4
пневмоторакс
пиопневмоторакс
пиоторакс
абсцесс легкого
плащевидный плеврит
#

24.
Выберите причину внутригрудного напряжения:
3
Синдром Ледда
Незаращение баталового протока
Врожденная долевая эмфизема
Незаращение верхней губы
Синдром Пьера-Робина
#
25.
Отсутствие устья одного из бронхов во время бронхоскопии характерно для:
1
агенезии легкого
аплазии легкого
гипоплазии легкого
секвестрации легкого
киста легкого

ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА.

#
1.
Для болезни Пертеса характерны жалобы:
3
боли в коленном суставе
хромота
боли в тазобедренном суставе
повышение температуры
уменьшение объема движений в тазобедренном суставе
#
2.
При первичной хирургической обработке ушить рану не иссекая ее краев можно на:
3
промежности

плече
лице
бедре
стопе.
#
3.
При отморожении первая помощь состоит в:
1
погружении в теплую воду
растирании снегом и шерстью
наложении термо-изолирующей повязки
введении сосудорасширяющих средств
Наложении масляно-бальзамической повязки
#
4.
Для клиники врожденного вывиха бедра характерны симптомы, кроме?
5
соскальзывания
ограничения отведения бедер
асимметрия кожных складок
абсолютное укорочение конечности
положительный симптом Тренделенбурга
5.
Методы лечения врожденного вывиха бедра у ребенка 1-го месяца жизни включают, кроме?
ЛФК
массаж
широкое пеленание
шины-распорки
одномоментное вправление под наркозом
#
6.
Для закрытой травмы селезенки характерны симптомы, кроме?
2

френикус-симптом
сильные опоясывающие боли
укорочение перкуторного звука в левой половине живота
выраженные симптомы раздражения брюшины
симптом Щеткина-Блюмберга
#
7.
При переломе костей свода черепа у детей грудного возраста отмечают:
4
выбухание большого родничка
экстракраниальная гематома
симптом «очков»
вдавление по типу «целлулоидного мячика»
перелом костей свода черепа по типу трещин
#
8.
При сотрясении головного мозга у детей показано:
4
антибактериальная терапия
только постельный режим
стационарное лечение
дегидратационная, седативная, диета, режим постельный
гипербарическая оксигенация
#
9.
Клиническими признаками перелома кости являются, кроме:
3
нарушение функции
крепитация, патологическая подвижность
флюктуация
локальная боль
деформация конечности
10.
Для иммобилизации "свежих" переломов конечностей у детей применяют:

1
гипсовую лонгету с фиксацией двух соседних суставов
гипсовую лонгету с фиксацией одного сустава
циркулярную гипсовую повязку
липкопластырное и скелетное вытяжение
торакобрахиальную гипсовую повязку по Уитмен-Громову
#
11.
Для закрытой травмы печени характерны следующие симптомы, кроме?
1
явления посттравматического шока,
френикус-симптом,
болезненность и слабopоложительный симптом Щеткина-Блюмберга,
свободный газ в брюшной полости,
укорочение перкуторного тона в правом боковом канале
#
12.
Какой способ наиболее приемлем в лечении ребенка с переломом тела VII шейного позвонка?
2
Оперативный.
Вытяжение за петлю Глиссона на наклонной плоскости.
Закрытая репозиция.
Скелетное вытяжение
постельный режим
#
13.
Какой метод лечения наиболее рационален при переломе бедренной кости у новорожденного?
3
Скелетное вытяжение.
Иммобилизация по Креде.
Вытяжение по Шеде.
Открытая репозиция.

Гипсовая иммобилизация
#
14.
Переломо-вывих Монтеджа – это
5
Вывих костей предплечья на одной руке и перелом их на другой
вывих кисти и перелом костей предплечья в средней трети
вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом одной из костей в нижней трети предплечья
вывих локтевой кости и перелом лучевой кости
вывих головки лучевой кости и перелом локтевой кости на границе средней и верхней трети на одноименной руке
#
15.
Вывих Галеацци – это:
3
вывих головки локтевой кости на одной руке и перелом луча верхней трети на другой
вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом локтевого отростка
перелом луча в нижней трети и вывих головки локтевой кости на одноименной руке
вывих кисти с переломом лучевой кости в средней трети
вывих головки луча в локтевом суставе и перелом локтевой кости в нижней трети
#
16.
Чепчик Гиппократы накладывается при:
4
перелом наколаенника
растяжении голеностопного сустава
ушибах коленного сустава
ранах в области головы
растяжение локтевого сустава
#
17.
К открытой черепно-мозговой травме у детей относятся:
1

перелом основания черепа без повреждения мягких тканей
перелом свода черепа с ранением мягких тканей без повреждения апоневроза
перелом лобной кости с наличием раны в теменной области
перелом теменной кости с наличием раны в лобной области
ушиб мягких тканей головы
#
18.
Из перечисленных заболеваний следствием незрелости органов и тканей растущего организма является:
1
дисплазия бедренного сустава
врожденная косорукость
амниотические перетяжки
патологический вывих бедра
болезнь Клиппеля – Фейля
#
19.
Врожденную кривошею следует отнести
1
к миогенной деформации
к десмогенной деформации
к неврогенной деформации
к дермо-десмогенной деформации
к конституционной деформации
#
20.
При диагностике сколиоза ранним достоверным признаком является:
1
рентгенография позвонков
слабость мышечного корсета
асимметрия уровня расположения лопаток
разница треугольников талии
круглая спина
#

21.
Какую опасность представляет гипсовая лонгета?
2
дискомфорт
нарушение кровоснабжения
боль
смерть
смещение костных отломков

Хирургия новорожденных

#
1.
У новорожденного ребенка на шее наблюдается опухоль ярко-красной окраски. При надавливании - бледнеет. Какой предварительный диагноз вероятен?
2
некротическая флегмона
гемангиома
рожистое воспаление
лимфангиома
лимфаденит
#
2.
Мальчик родился с расширением основания пупочного канатика до 5 см в диаметре, через оболочки просвечивают петли тонкой кишки. Какой предварительный диагноз вероятен?
3
экстрофия мочевого пузыря
пупочная грыжа
эвагинация желточного протока
эмбриональная грыжа
гастрошизис
#
3.

<p>У новорожденного наружное отверстие уретры находится у корня мошонки. Половой член искривлен. Препуциальный мешок не развит. Какой предварительный диагноз более вероятен?</p>
2
экстрофия мочевого пузыря
гипоспадия
эписпадия
атрезия уретры
гипоплазия уретры
#
4.
Экстренное оперативное вмешательство по поводу эмбриональной грыжи показано при рождении:
5
тяжелых сочетанных пороках развития
грыже больших размеров
грыже на ножке
ущемлении грыжи
разрыве оболочек грыжи
#
5.
У месячного ребенка внутриутробно на 32-й неделе беременности при УЗИ плода диагностировано расширение чашечно-лоханочной системы обеих почек размерами до 14 мм. После рождения этот диагноз был подтвержден. Анализ мочи нормальный. Какой предварительный диагноз вероятен?
5
киста брыжейки
опухоль Вильмса
солитарная киста почки
пиелонефрит
гидронефроз
#
6.
При визуальном осмотре новорожденного можно диагностировать:

5
удвоение мочеточника
гидронефроз
удвоение почек
клапаны уретры
экстрофию мочевого пузыря
#
7.
Отсутствие передней брюшной стенки и передней стенки мочевого пузыря называется:
4
вентральная грыжа
нейрогенный мочевой пузырь
аплазия мышц передней брюшной стенки
экстрофия мочевого пузыря
гастрошизис
#
8.
В патологии новорожденных лечится ребенок 26 дней от рождения с пупочным сепсисом. 2 суток назад обратили внимание на припухлость правого плечевого сустава, отсутствие активных движений в этой руке, свисание правой кисти. Какой предварительный диагноз?
2
вывих плечевого сустава
эпифизарный остеомиелит проксимального эпифиза плечевой кости
перелом плечевой кости
ушиб плечевого сустава
флегмона области плечевого сустава
#
9.
У новорожденного в возрасте 21 день отмечены: ухудшение состояния, беспокойство при пеленании. При осмотре обнаружено, что левая ручка висит вдоль туловища, активные движения отсутствуют, пассивные движения резко болезненны, ротационные движения болезненны в области плечевого сустава. Масса тела ребенка 3600 г. В анализах крови: лейкоцитоз $12,5 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы 6%, сегментоядерные нейтрофилы 26%, эозинофилы 0%, лимфоциты 60%, моноциты 8%; СОЭ

22 мм/ч.Какой предварительный диагноз?
4
ушиб плечевого сустава
вывих плечевого сустава
перелом плечевой кости
эпифизарный остеомиелит проксимального эпифиза плечевой кости
флегмона области плечевого сустава
#
10.
В основе болезни Гиршпрунга лежит:
1
врожденный аганглиоз участка толстой кишки
гипертония мышечного слоя кишки
поражение подслизистого и слизистого слоев кишки
токсическая дилатация
парез кишечника
#
11.
Наличие на обзорной рентгенограмме двух уровней доказывает:
4
атрезию тощей кишки
острую форму болезни Гиршпрунга
атрезию пилорического канала
полную врожденную непроходимость 12-перстной кишки
артерио-мезентериальную непроходимость
#
12.
У новорожденного отсутствует самостоятельный стул. Отмечается вздутие живота. Видна усиленная перистальтика. В этом случае можно предположить форму болезни Гиршпрунга:
1
декомпенсированную
компенсированную
хроническую

Ректальную
ректосигмоидальную
#
13.
Кровоизлияние при кефалогематомах происходит:
2
Подкожно.
Поднадкостнично.
Субдурально.
Эпидурально.
Под апоневроз
#
14.
Выберите показания для экстренного оперативного вмешательства при диафрагмальных грыжах:
5
Высокая температура.
Дыхательная недостаточность.
Непроходимость ЖКТ.
Гипертензионный синдром.
синдром «асфитического ущемления»
#
15. Синдром Ледда это -
2
Заворот «средней кишки».
Сочетание врожденного заворота средней кишки с высоким расположением слепой кишки и сдавлением двенадцатиперстной кишки тяжами брюшины.
Сочетание врожденного заворота кишок с атрезией двенадцатиперстной кишки.
Спайки 12-перстной кишки
кольцевидное сдавление 12-перстной кишки
#
16.
На обзорной рентгенографии брюшной полости определяются два уровня жидкости в эпигастрии и правом подреберье. О чем это свидетельствует?

4
Атрезия тощей кишки.
Острая форма болезни Гиршпрунга.
Пилоростеноз.
Врожденная высокая кишечная непроходимость.
Атрезия пищевода.
#
17.
Когда возникает полный свищ пупка?
2
нарушение облитерации дистального отдела желточного протока
нарушение облитерации на всем протяжении желточного протока
нарушение облитерации среднего отдела
нарушение облитерации проксимального отдела желточного протока
нарушение облитерации мочевого протока
#
18.
Сроки лечения спинномозговых грыж?
1
Первые месяца жизни ребенка
после одного года
после трех лет
после пяти лет
после девяти лет
#
19.
Как называется операция при пилоростенозе?
4
кардиомиотомия по Геллеру
кардиометрия по Петровскому
гастрофундопластика по Ниссену
пилоротомия по Фреде-Рамштедту
гастропликация по Каншину
#

20.
Некротический энтероколит на стадии перфорации проявляется рентгенологически симптомами:
повышенным равномерным газонаполнением кишечника
локальным затемнением брюшной полости
гидроперитонеумом
свободным газом в брюшной полости
немой живот

1.

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВЕН ПИЩЕВОДА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПЕРВЫМ ПРОВЕСТИ

1

1. эзофагоскопию
2. УЗИ брюшной полости
3. рентгеноконтрастное исследование пищевода с барием
4. УЗИ пищевода
- 5.

2.

ДЛЯ ХАЛАЗИИ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ – ЭТО

1

1. рецидивирующая рвота
2. боли натошак в правом подреберье
3. боли натошак в эпигастрии
4. запоры
- 5.

3.

ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1

1. остаточное пятно бария
2. конвергенция складок
3. отечность складок

4. раздраженная луковица
- 5.

4.

ПРИ МАКРОГЕМАТУРИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

1

1. цистоскопию
2. цистографию
3. изотопную сцинтиграфию
4. экскреторную урографию
- 5.

5.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1

1. непереносимость йода
2. острая почечная недостаточность
3. непереносимость белков коровьего молока
4. нарушение концентрационной способности почек
- 5.

6.

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

1

1. спазмолитиков
2. антибиотиков
3. анальгетиков
4. мочегонных препаратов
- 5.

7.

АГЕНЕЗИЯ ЛЕГКОГО – ЭТО

1

1. отсутствие всех элементов легкого

2. недоразвитый главный бронх при отсутствии легочной ткани
3. отсутствие мелких бронхов в доле или всем легком
4. недоразвитие бронхиального дерева из-за дефектов эластической и мышечной ткани
- 5.

8.

К ВИЗУАЛЬНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У БОЛЬНОГО С ОДНОСТОРОННЕЙ АГЕНЕЗИЕЙ ЛЕГКОГО ОТНОСЯТ

1

1. сужение и уплощение грудной клетки на стороне поражения
2. утолщение грудной клетки на пораженной стороне
3. сглаженность межреберных промежутков на стороне поражения
4. западение межреберных промежутков и атрофию грудных мышц
- 5.

9.

КАКОЙ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МЕТОД ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО СВИЩА?

1

1. бронхоскопию
2. обзорную рентгенографию
3. бронхографию
4. компьютерную томографию
- 5.

10.

У БОЛЬНЫХ С ОДНОСТОРОННЕЙ АГЕНЕЗИЕЙ ЛЕГКОГО ОТМЕЧАЕТСЯ СМЕЩЕНИЕ ОРГАНОВ СРЕДОСТЕНИЯ

1

1. в пораженную сторону
2. в здоровую сторону
3. кпереди
4. кзади
- 5.

11.

ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

2

1. умеренно плотные, чувствительные при пальпации, подвижные
2. плотные, безболезненные, не спаянные между собой и окружающими тканями
3. плотные, болезненные, спаянные между собой и окружающими тканями
4. умеренно увеличенные, чувствительные при пальпации, с локальной гипертермией
- 5.

12.

ДЛЯ КАКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ХАРАКТЕРНО СМЕЩЕНИЕ СРЕДОСТЕНИЯ В СТОРОНУ ПОРАЖЕНИЯ?

2

1. лобарная эмфизема
2. ателектаз легкого
3. гидропневмоторакс
4. метапневмонический плеврит
- 5.

13.

ДВИГАТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ

2

1. колоноскопии
2. ирригоскопии
3. копрограммы
4. ректороманоскопии

14.

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВЕН ПИЩЕВОДА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВНАЧАЛЕ ПРОВЕСТИ

2

1. исследование мокроты на сидерофаги
2. эзофагоскопию

3. рентгеноконтрастное исследование пищевода с барием
4. УЗИ печени и селезенки
- 5.

15.

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХАЛАЗИИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

2

1. ирригоскопию
2. рентгеноскопию желудка с контрастированием
3. копрологическое исследование
4. холецистографию
- 5.

16.

**ПРИ ОЛИГУРИИ ВСЛЕДСТВИЕ ОБСТРУКТИВНОЙ УРОПАТИИ
НОВОРОЖДЕННОМУ РЕБЕНКУ ПОКАЗАНО**

2

1. введение мочегонных средств
2. хирургическое лечение
3. проведение гемодиализа
4. проведение плазмофереза
- 5.

17.

**ЗАПОДОЗРИТЬ ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫЙ СВИЩ У НОВОРОЖДЕННОГО
РЕБЕНКА В ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ ПОЗВОЛЯЕТ**

2

1. кашель
2. постоянное нарушение дыхания при кормлении
3. напряжение брюшной стенки
4. наличие пенистых выделений изо рта
- 5.

18.

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

2

1. в/в урографию
2. цистографию
3. ангиографию
4. компьютерную томографию
- 5.

19.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. эпидермальный стафилококк
2. кишечная палочка
3. золотистый стафилококк
4. синегнойная палочка
- 5.

20.

ДИАГНОСТИРОВАТЬ ПЛЕВРИТ ПОЗВОЛЯЕТ

2

1. укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в большую сторону
2. укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в здоровую сторону
3. усиление голосового дрожания
4. ослабленное дыхание с бронхофонией
- 5.

21.

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ УРОВНЯ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЛЕВРЫ НЕОБХОДИМО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРОВЕСТИ

3

1. латерографию
2. томографию легких в вертикальном положении
3. рентгенографию легких в вертикальном положении
4. плевральную пункцию
- 5.

22.

РИСК РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВОДА ВЫШЕ ПРИ

3

1. гепатите
2. спастическом запоре
3. недостаточности эзофагокардиального отдела
4. дискинезии желчевыводящих путей
- 5.

23.

АХАЛАЗИЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

3

1. рвотой с примесью желчи
2. срыгиванием через 1 ч после еды
3. рвотой непереваренной пищей
4. рвотой переваренной пищей
- 5.

24.

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРИ АХАЛАЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. отказ от еды
2. рвота застойным содержимым желудка
3. рвота во время еды
4. рвота после еды
- 5.

25.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. перфорация
2. пенетрация в поджелудочную железу
3. кровотечение
4. малигнизация
- 5.

26.

ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ПАНКРЕАТИТА НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ

3

1. сахар крови
2. клинический анализ крови
3. уровень амилазы сыворотки крови
4. уровень кальция в сыворотке крови
- 5.

27.

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ КОЛОНОСКОПИИ ЯВЛЯЮТСЯ

3

1. простые запоры
2. спастические запоры
3. повторные кровотечения из прямой кишки
4. боли по ходу толстой кишки
- 5.

28.

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ

3

1. фиброэластометрия
2. ангиография
3. панкреатохолангиография
4. гепатобилисцинтиграфия

5.

29.

КОНЦЕНТРАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ ПОЧЕК ОЦЕНИВАЕТСЯ ПРОБОЙ

3

1. Нечипоренко
2. Сулковича
3. Зимницкого
4. Реберга–Тареева
- 5.

30

ДИАГНОЗ ВТОРИЧНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕМ

3

1. ультразвукового исследования
2. микционной цистографии
3. внутривенной урографии
4. цистоскопии
- 5.

31.

К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ОТНОСЯТСЯ

4

1. холинолитики (атропин, платифиллин)
2. антибиотики
3. ферменты (креон, панкреатин)
4. ингибиторы ферментов (контрикал, трасилол и др.)
- 5.

32.

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА АНОМАЛИЮ РАЗВИТИЯ ПИЩЕВОДА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

4

1. радиоизотопное исследование желудочно-кишечного тракта с коллоидом
2. ультразвуковое исследование
3. колоноскопию
4. рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта
- 5.

33.

НАЛИЧИЕ ИЗЖОГИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

4

1. повышении кислотности желудочного содержимого
2. забросе желчи в желудок
3. дискинезии желчевыводящих путей
4. забросе желудочного содержимого в пищевод
- 5.

34.

К ЛЕГОЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПНЕВМОНИИ ОТНОСИТСЯ _____ ЛЕГКОГО

4

1. киста
2. гипоплазия
3. опухоль
4. абсцесс
- 5.

35.

ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. кровотечение из геморроидальных вен
2. гиперспленизм

3. кровотоочивость из мест инъекций
4. кровотечение из вен пищевода
- 5.

36.

ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. изжога
2. запор
3. зуд кожи
4. рвота
- 5.

37.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ВЫЯВЛЯЕТ

4

1. фиброгастроскопия
2. ректороманоскопия
3. рентгенография брюшной полости
4. ирригография (скопия)
- 5.

38.

ПРИ ПИОТОРАКСЕ ВЫЯВЛЯЮТ

4

1. мелкопузырчатые влажные хрипы в легких
2. бронхиальное дыхание при аускультации
3. коробочный звук при перкуссии
4. выраженное притупление перкуторного звука
- 5.

39.

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПНЕВМОТОРАКСА ОТНОСЯТ

4

1. резкое притупление перкуторного звука

2. локальные мелкопузырчатые влажные хрипы
3. амфорическое дыхание
4. коробочный перкуторный звук
- 5.

40.

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЕТСЯ

1

1. колоноскопия с биопсией и исследованием на ацетилхолинэстеразу
2. рентгенологическая ирригография
3. ультразвуковое исследование толстой кишки
4. определение энзимов в кале
- 5.

41.

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

1

1. пилоростенозе
2. пилороспазме
3. кишечной инфекции
4. адреногенитальном синдроме
- 5.

42.

ДИАНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1

1. амилаземия
2. гипопротеинемия
3. гипербилирубинемия
4. гиперурикемия

5.

43.

ПРОБА ПО ЗИМНИЦКОМУ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ

1

1. концентрационную функцию почек
2. фильтрационную функцию почек
3. количество эритроцитов в моче
4. количество лейкоцитов в моче
- 5.

44.

**ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ**

1

1. бронхоскопия
2. анамнез
3. рентгенография грудной клетки
4. наличие обструктивного синдрома
- 5.

45.

**КОЛИЧЕСТВО ПЕРЕЛОМОВ В ГОД ПРИ ЛЕГКОЙ ФОРМЕ ТЕЧЕНИЯ
НЕЗАВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА (OSTEOGENESIS IMPERFECTA)
СОСТАВЛЯЕТ**

1

1. 3–5
2. 6–10
3. 10–20
4. 21–25
- 5.

46.

**С ЦЕЛЬЮ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОСАДКА МОЧИ
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МЕТОД**

1

1. Нечипоренко
2. Сулковича
3. Швахмана
4. Зимницкого
- 5.

47.

СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЧЕТВЁРТОЙ СТЕПЕНИ ОБМОРОЖЕНИЯ

1

1. некроз мягких тканей и костей, потеря чувствительности, в дальнейшем – мумификация
2. пузыри на отёчной бледно-синюшной коже, потеря болевой, тактильной чувствительности
3. некроз кожи
4. побледнение кожи, восстановление чувствительности при отогревании
- 5.

48.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЭЛЕКТРОТРАВМЫ

1

1. потеря сознания, «мраморность» кожи, одышка, тахикардия, аритмия, гипотензия, ожог, шок
2. кома, ларингоспазм, ДН, сердечная аритмия, артериальная гипотензия, ожог, шок
3. сознание сохранено, возбуждение, бледность, тахикардия, одышка
4. клиническая смерть, фибрилляция желудочков сердца, остановка кровообращения
- 5.

49.

ПИТОРАКС ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПНЕВМОНИИ

1

1. стафилококковой
2. пневмоцистной
3. легионеллезной

4. пневмококковой
- 5.

50.

ДЛЯ ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА ХАРАКТЕРНО

2

1. коробочный характер перкуторного звука над экссудатом
2. укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в здоровую сторону
3. усиленное голосовое дрожание и выраженная бронхофония над экссудатом
4. укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в больную сторону
- 5.

51.

НОРМАЛЬНОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ У ДЕТЕЙ ПОДДЕРЖИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

2

1. снижения температуры
2. сосудистого спазма
3. гиперфункции парасимпатического отдела ЦНС
4. перераспределения лимфы
- 5.

52.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АЦИДОЗ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ КУПИРУЕТСЯ ПУТЕМ

2

1. проведения оксигенотерапии
2. ликвидации дефицита ОЦК
3. адекватного обезболивания
4. проведения искусственной вентиляции легких
- 5.

53.

НЕПРАВИЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТАНОВКЕ ДЫХАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. уложить больного на спину, запрокинув назад голову
2. положить больного на правый бок
3. поднять и выдвинуть вперед подбородок
4. провести искусственное дыхание «рот в рот» или «рот в нос»
- 5.

54.

СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ

2

1. акроцианозе и судорогах
2. отсутствии пульса на сонных артериях и остановке дыхания
3. снижении систолического АД ниже 70 мм рт. ст.
4. снижении диастолического АД ниже 60 мм рт. ст.
- 5.

55.

МЕРОПРИЯТИЕ, КОТОРОЕ НЕ ПРОВОДИТСЯ ПРИ УКУСЕ ЗМЕИ

2

1. отсасывание яда из ранок
2. наложение жгута на поражённую поверхность
3. обработка ранок йодом и наложение асептической повязки
4. создание физического покоя
- 5.

56.

КАКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В СТАБИЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ДОЛЖНО БЫТЬ ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ?

2

1. вполоборота
2. строго сидя
3. лежа на спине

4. полулежа

5.

57.

МЕРОПРИЯТИЕМ, НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СТЕНОЗА ГОРТАНИ III-IV СТЕПЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. ИВЛ

2. интубация трахеи

3. кислородотерапия

4. ингаляция адреналина

5.

58.

ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПИОПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. кислородотерапия

2. плевральная пункция

3. гормонотерапия

4. ИВЛ

5.

59.

ЧАСТОТА ОСМОТРА ХИРУРГОМ РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ДЕСТРУКТИВНУЮ ПНЕВМОНИЮ, СОСТАВЛЯЕТ

2

1. по показаниям

2. 2 раза в год

3. 2 раза в 6 месяцев

4. 2 раза в 3 месяца

5.

60.

ДЕТИ С БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ СОСТОЯТ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЁТЕ

2

1. в течение трёх лет после обострения
2. до перевода во взрослую сеть
3. в течение пяти лет после обострения
4. не ставятся на диспансерный учет
- 5.

61.

ДИАГНОЗ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У РЕБЕНКА ПЕРВЫХ 6 МЕСЯЦЕВ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ

3

1. лейкоцитурии более 4-5 в поле зрения и бактериурии более 50 000 микробных единиц/мл при посеве мочи на стерильность
2. изолированной пиурии и положительного нитратного теста
3. лейкоцитурии более 10 в поле зрения, бактериурии более 100 000 микробных единиц/мл при посеве мочи на стерильность
4. макрогематурии, протеинурии
- 5.

62.

ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ОСМОТРА ОРТОПЕДОМ РЕБЁНКА В 3-Х МЕСЯЧНОМ ВОЗРАСТЕ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ДИСПЛАЗИЮ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. исчезновение гипертонуса мышц верхних конечностей
2. угасание рефлексов спинального автоматизма
3. появление ядер окостенения тазобедренных суставов
4. снижение гипертонуса мышц нижних конечностей
- 5.

63.

САМЫМ НАДЕЖНЫМ СПОСОБОМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В СЛУЧАЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ КРУПНЫХ АРТЕРИЙ РУК И НОГ ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. наложение давящей повязки
2. пальцевое прижатие
3. наложение жгута
4. максимальное сгибание конечности
- 5.

64.

ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ В КОМПЛЕКС НЕОТЛОЖНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ВХОДИТ

3

1. введение адреналина внутривенно, введение анальгетиков, оксигенотерапия, прекращение поступления аллергена в организм
2. введение глюкокортикоидов внутривенно, оксигенотерапия, прекращение поступления аллергена в организм
3. введение адреналина, глюкокортикоидов внутривенно, оксигенотерапия, прекращение поступления аллергена в организм
4. оксигенотерапия, введение анальгетиков, введение адреналина внутривенно, введение глюкокортикоидов внутривенно
- 5.

65.

КЛАССИФИКАЦИЯ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ВКЛЮЧАЕТ СТЕПЕНИ

3

1. 1, 2, 3
2. 1, 2, 3, 4, 5
3. 1, 2, 3А, 3Б, 4
4. 1, 2, 3А, 3Б
- 5.

66.

СРЫГИВАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕННЫ НЕДОРАЗВИТИЕМ

3

1. дна желудка

2. пилорического отдела желудка
3. кардиального отдела желудка
4. тела желудка
- 5.

67.

ОПУХОЛЬЮ НАЗЫВАЕТСЯ ТКАНЬ С

3

1. выраженной пролиферацией клеток
2. гипертрофией и гиперплазией клеток
3. нарушением регуляции роста и дифференцировки клеток
4. воспалительной клеточной инфильтрацией
- 5.

68.

КАКОВО ТОПОГРАФИЧЕСКОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

3

1. на шее спереди и по бокам трахеи
2. в заднем средостении
3. в переднем средостении между грудиной и плечеголовными венами
4. в переднем нижнем средостении между грудиной и перикардом
- 5.

69.

«ФРЕНИКУС» - СИМПТОМ СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ

3

1. в углу, образованном ключицей и наружным краем *musculus sternocleidomastoideus*
2. в области яремной вырезки грудины
3. между ножками *musculus sternocleidomastoideus dextrum*
4. на 3 см выше середины ключицы
- 5.

70.

СОЗРЕВАНИЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К

4

1. рождению ребенка
2. 3-6 месяцам
3. 1 году
4. 5-8 годам
- 5.

71.

НЕДОРАЗВИТИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

4

1. микрогения
2. прогнатия
3. микрогения
4. микрогнатия
- 5.

72.

ЧРЕЗМЕРНОЕ РАЗВИТИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

4

1. микрогения
2. прогнатия
3. микрогнатия
4. прогения
- 5.

73.

НЕДОРАЗВИТИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

4

1. прогения
2. прогнатия
3. микрогнатия
4. микрогения
- 5.

74.

ИСКРИВЛЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА ВПЕРЕД

4

1. кифоз
2. сколиоз
3. спондилез
4. лордоз
- 5.

75.

ИСКРИВЛЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА НАЗАД

4

1. лордоз
2. сколиоз
3. спондилез
4. кифоз
- 5.

76.

ИСКРИВЛЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА В СТОРОНУ

4

1. кифоз
2. спондилез
3. лордоз
4. сколиоз
- 5.

77.

ПО КАКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ОЦЕНИВАЕТСЯ КОСТНЫЙ ВОЗРАСТ РЕБЕНКА

4

1. уровень Са и Р в крови
2. физиологические искривления позвоночника
3. уровень развития мышечной силы
4. сроки появления точек окостенения
- 5.

78.

ШЕЙНЫЙ ЛОРДОЗ ФОРМИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

4

1. 6 месяцев
2. 9 месяцев
3. 12 месяцев
4. 2-3 месяцев
- 5.

79.

ГРУДНОЙ КИФОЗ ФОРМИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

4

1. 2-3 месяцев
2. 9 месяцев
3. 12 месяцев
4. 6 месяцев
- 5.

80.

ЧАСТОЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОТЁКА МОЗГА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ ОБУСЛОВЛЕНО

4

1. ограниченным кровоснабжением головного мозга
2. высокими темпами развития ЦНС
3. ранней миелинизацией нервных волокон
4. обильным кровоснабжением головного мозга
- 5.

81.

АНУРИЯ – ЭТО РЕЗКОЕ УМЕНЬШЕНИЕ ИЛИ ПРЕКРАЩЕНИЕ ВЫДЕЛЕНИЯ МОЧИ ВСЛЕДСТВИЕ

1

1. нарушения клубочковой фильтрации
2. нарушения выведения мочи из мочевого пузыря
3. обструкции мочевых путей ниже мочевого пузыря
4. нарушения канальцевой реабсорбции
- 5.

82.

ПОЛИУРИЯ - УВЕЛИЧЕНИЕ СУТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА МОЧИ, ПРЕВЫШАЮЩЕЕ ВОЗРАСТНУЮ НОРМУ НА

1

1. 50% и более
2. 30% и более
3. 10% и более
4. 20% и более
- 5.

83.

ОЛИГУРИЕЙ СЧИТАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ СУТОЧНОГО ДИУРЕЗА (В % ОТ ВОЗРАСТНОЙ НОРМЫ) НА

1

1. 70 и более
2. 30 и более
3. 50 и более
4. 90 и более
- 5.

84.

ПОЛИДАКТИЛИЮ РАССМАТРИВАЮТ КАК

1

1. увеличение количества пальцев
2. сращение двух и более пальцев между собой
3. изменение длины пальцев
4. изменение формы пальцев
- 5.

85.

ПОД ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИЕЙ ПОНИМАЮТ

1

1. сосудистые пятна, не выступающие над кожей
2. сосудистые опухоли (гемангиомы)
3. пигментные пятна на коже
4. участки гипоплазии кожи

5.

86.

**КОСТНАЯ ТКАНЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПО СРАВНЕНИЮ СО
ВЗРОСЛЫМИ**

1

1. менее плотная, более гибкая, склонна к деформациям
2. более плотная, менее гибкая, не склонна к деформациям
3. менее плотная, менее гибкая, не склонна к деформациям
4. более плотная, более гибкая, не склонна к деформациям
- 5.

87.

В ПРОЦЕССЕ ОСТЕОГЕНЕЗА ВЫДЕЛЯЮТ _____ СТАДИИ(Й)

1

1. 1
2. 3
3. 2
4. 5
5. 6
- 6.

88.

**ДОПУСТИМОЕ КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В 1 МЛ ОСАДКА МОЧИ ПО
НЕЧИПОРЕНКО СОСТАВЛЯЕТ ДО**

1

1. 2000
2. 5000
3. 3000
4. 1000
- 5.

89.

**ИЗ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЧЕК НАИБОЛЕЕ
ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЮТ**

1

1. экскреторную урографию
2. ретроградную пиелографию
3. почечную ангиографию
4. компьютерную томографию
- 5.

90.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ВЕЩЕСТВА ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

1

1. плохая дифференцировка серого и белого вещества
2. четкая граница между серым и белым веществом
3. отсутствие серого вещества
4. отсутствие белого вещества
- 5.

91.

ЗНАНИЕ УРОВНЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ НИЖНЕГО КОНЦА СПИННОГО МОЗГА НЕОБХОДИМО ДЛЯ

2

1. оценки моторики ребенка
2. выполнения спинномозговой пункции
3. оценки состава ликвора
4. оценки безусловных рефлексов у ребенка
- 5.

92.

КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?

2

1. вход расположен ниже
2. относительно длинный
3. анатомические сужения выражены хорошо
4. имеет относительно широкий просвет
- 5.

93.

С ВОЗРАСТОМ РЕБЕНКА ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ДЛИНА ТОНКОЙ КИШКИ

2

1. увеличивается
2. уменьшается
3. не меняется
4. сначала увеличивается, потом уменьшается
- 5.

94.

ОСОБЕННОСТЬЮ ТОНКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. постоянное расположение петель
2. непостоянное расположение петель
3. некомпактное расположение петель
4. отсутствие газов
- 5.

95.

АНАТОМИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ПРИБЛИЖАЕТСЯ К ТАКОВОМУ У ВЗРОСЛЫХ К _____ ГОДАМ

2

1. 2-3
2. 3-4
3. 1,5-2
4. 5-6
- 5.

96.

КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ СЛЕПОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?

2

1. расположена ниже
2. расположена выше

3. брыжейка хорошо фиксирована
4. хорошо развит илеоцекальный клапан
- 5.

97.

К КАКОМУ ПРОЦЕССУ ПРИВОДИТ СЛАБОЕ РАЗВИТИЕ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?

2

1. затруднение продвижения химуса
2. заброс химуса из слепой кишки в подвздошную
3. кишечная колика
4. диарея, чередующаяся с запором
- 5.

98.

КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ АППЕНДИКСА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ?

2

1. вход прикрыт сформированным клапаном
2. вход широко открыт
3. хорошо фиксирован
4. хорошо развита лимфоидная ткань
- 5.

99.

КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?

2

1. восходящая часть относительно длинная
2. восходящая часть короткая
3. поперечная часть малоподвижна
4. нисходящая часть имеет самый широкий просвет
- 5.

100.

КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?

3

1. хорошо фиксирована
2. короткая
3. длинная
4. расположена в малом тазу
- 5.

101.

СКЛОННОСТЬ К ВЫПАДЕНИЮ ПРЯМОЙ КИШКИ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ ОБЪЯСНЯЕТСЯ СЛАБЫМ РАЗВИТИЕМ

3

1. ампулы
2. мышечного слоя
3. жировой клетчатки
4. подслизистого слоя
- 5.

102.

СТРУКТУРНОЙ ЕДИНИЦЕЙ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. сегмент
2. ацинус
3. доля
4. верхушка легкого
- 5.

103.

КАКИЕ ЛИСТКИ ПЛЕВРЫ ВЫДЕЛЯЮТ?

3

1. наружный и внутренний
2. верхний и нижний
3. париетальный и висцеральный
4. диафрагмальная плевра и плевральные синусы

5.

104.

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО В ЛЕГКИХ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОПАДАЕТ В

3

1. среднюю долю справа
2. верхнюю долю слева
3. нижнюю долю справа
4. верхнюю долю справа
- 5.

105.

**ДЕФОРМАЦИЯ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИН В ВИДЕ «ЧАСОВЫХ СТЕКОЛ»
ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

3

1. хронической почечной недостаточности
2. хронической надпочечниковой недостаточности
3. хронической дыхательной недостаточности
4. длительного дефицита питания
- 5.

106.

ГЕМАНГИОМЫ ОТНОСЯТСЯ К

3

1. инфекционным поражениям кожи
2. аллергическим заболеваниям кожи
3. дисплазиям кожи
4. токсическим поражениям кожи
- 5.

107.

**ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЕНКА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА
БЕДРА ПРОВОДИТСЯ**

3

1. в 3 месяца
2. в 1 год
3. в первые дни жизни
4. в 6 месяцев
- 5.

108.

ИЗ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ

3

1. пороки развития отдельных костей
2. врожденные хондро- и остеодисплазии
3. врожденный вывих бедра
4. наследственные заболевания группы «Osteogenesis Imperfecta»
- 5.

109.

КОСВЕННЫМ ПРИЗНАКОМ СКОЛИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. равенство треугольников талии
2. асимметрия уровней подвздошных костей
3. асимметрия уровней плеч
4. равенство уровней плеч
- 5.

110.

ПРИОРИТЕТНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря
2. уродинамическое обследование
3. цистоскопия
4. микционная цистоуретрография
- 5.

111.

ЭНУРЕЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. задержка мочеиспускания
2. произвольное мочеиспускание во время бодрствования
3. учащение мочеиспускания
4. непроизвольное мочеиспускание во время сна
- 5.

112.

КРИПТОРХИЗМ РАССМАТРИВАЮТ КАК

4

1. недоразвитие наружных половых органов
2. гипогонадизм
3. сращение крайней плоти
4. неопущение яичек в мошонку
- 5.

113.

ПОД СИНДАКТИЛИЕЙ ПОНИМАЮТ

4

1. увеличение количества пальцев
2. изменение формы пальцев
3. изменение размеров пальцев
4. сращение минимум двух пальцев
- 5.

114.

**ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ СТОП ПРИ СКРИНИНГ-
ДИАГНОСТИКЕ ПРОВОДИТСЯ**

4

1. с помощью УЗИ
2. с помощью МРТ
3. визуальным методом
4. с помощью плантографии
- 5.

115.

РЕБЕНОК С УПЛОЩЕНИЕМ СТОП ОТНОСИТСЯ _____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

4

1. III
2. I
3. IV
4. II
- 5.

116.

РЕБЕНОК С НАРУШЕНИЕМ ОСАНКИ ОТНОСИТСЯ К ___ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

4

1. III
2. I
3. IV
4. II
- 5.

117.

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

4

1. стеноз гортани
2. обструктивный бронхит
3. острая пневмония
4. инородное тело бронхов
- 5.

118.

ГЛАВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ НАПРЯЖЕННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. возвышенное положение
2. положение на пораженной стороне
3. интубация и искусственное дыхание
4. плевральная пункция и дренаж
- 5.

119.

ПРИ ЗАПРОКИДЫВАНИИ ГОЛОВЫ ПАЦИЕНТА КЗАДИ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

4

1. предотвращение западения языка
2. улучшение мозгового кровотока
3. улучшение сердечного ритма
4. выпрямление дыхательных путей
- 5.

120.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ОЦЕНИВАЮТ ПО ХАРАКТЕРУ ИЗМЕНЕНИЯ

1

1. пульса на периферических артериях
2. сознания
3. диаметра зрачка
4. артериального давления
- 5.

121.

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ РЕБЕНКА СТАРШЕ ОДНОГО ГОДА ПРИ ОЖОГАХ _____ НЕОБЯЗАТЕЛЬНА

1

1. I ст. 5-10%
2. I ст. 10-15%
3. II ст. 5% более
4. III ст. 3% и более
- 5.

122.

К ПЕРВЫМ ПРИЗНАКАМ СОЛНЕЧНОГО УДАРА ОТНОСЯТ

1

1. головную боль, тошноту, рвоту, повышение температуры тела
2. судороги
3. жидкий стул
4. похолодание конечностей
- 5.

123.

ГЛАВНЫМ ПРИЗНАКОМ ТЯЖЕСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1

1. степень утраты сознания
2. выраженность костно-травматических повреждений
3. выраженность менингеального синдрома
4. повторная рвота
- 5.

124.

ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ УГАРНЫМ ГАЗОМ МЕТОДОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1

1. гипербарическая оксигенация
2. заменное переливание крови
3. гемосорбция
4. ингаляции кислородно-воздушной смеси
- 5.

125.

ПРИ ОТРАВЛЕНИИ БЛЕДНОЙ ПОГАНКОЙ РАЗВИВАЕТСЯ

1

1. отек легких
2. судорожный синдром

3. острая почечная недостаточность
4. острая печеночная недостаточность
- 5.

126.

ПРИЕМ ГЕЙМЛИХА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ОДНОГО ГОДА

1

1. стоя
2. сидя или лежа на боку
3. лежа на спине
4. лежа на животе
- 5.

127.

КАКИМ РАСТВОРОМ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ПРОВОДИТЬ ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ОТРАВЛЕНИЯ КИСЛОТАМИ?

1

1. 4% раствором гидрокарбоната натрия
2. 2% раствором окиси магнезия
3. теплой водой
4. 0,1% раствором марганцевокислого калия
- 5.

128.

СЛУЧАЙНЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОИСХОДЯТ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ РЕБЕНКОМ

1

1. лекарственных препаратов
2. растительных ядов
3. препаратов бытовой химии
4. ядовитых грибов
- 5.

129.

ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА ПРОВОДИТСЯ

1

1. двумя пальцами
2. основанием ладони одной руки
3. двумя руками
4. одним пальцем
- 5.

130.

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

2

1. развития отека мозга
2. нарастания внутричерепного давления
3. нарастания гематомы
4. развития отека легких
- 5.

131.

ПУНКЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ СПРАВА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ, ПОТОМУ ЧТО

2

1. технически выполняется легче
2. предотвращает повреждение грудного протока
3. меньше возможность повреждения легкого
4. предотвращает повреждение сонной артерии
- 5.

132.

ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ДЕТЕЙ ФОС ПРИМЕНЯЮТ

2

1. бемегрид
2. атропин
3. налорфин

4. протамин сульфат

5.

133.

ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА У РЕБЕНКА С ОТРАВЛЕНИЕМ В БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ДОПУСТИМО

2

1. в положении на спине
2. после интубации трахеи
3. после идентификации яда
4. в положении на боку с опущенной головой
- 5.

134.

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

2

1. вегето-сосудистая дистония, артериальная гипотензия
2. черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга
3. хронический гастрит в период обострения
4. гипогликемическое состояние
- 5.

135.

ПРИ НАЛИЧИИ МЕНИНГЕАЛЬНОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ НЕОБХОДИМО

2

1. сделать рентгенографию черепа
2. выполнить спинномозговую пункцию
3. определить остроту зрения и исследовать глазное дно
4. сделать электроэнцефалографию
- 5.

136.

**НЕПРЕМЕННОМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРОНИКАЮЩЕГО
РАНЕНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ**

2

1. открытый перелом черепа, ушиб головного мозга
2. повреждение твердой мозговой оболочки
3. открытый перелом черепа, сотрясение головного мозга
4. открытый перелом свода черепа
- 5.

137.

**ПРИ ОЖГОВОМ ШОКЕ У РЕБЕНКА НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ
ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ, ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ**

2

1. нарушение сознания
2. артериальная гипотензия
3. возбуждение
4. болевой синдром
- 5.

138.

ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ СОСТОИТ В

2

1. наложении масляно-бальзамической повязки
2. наложении термоизолирующей повязки
3. растирании снегом и шерстью
4. погружении в теплую воду
- 5.

139.

**ПАЦИЕНТА С ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В
СТАБИЛЬНОМ СОСТОЯНИИ НЕОБХОДИМО ТРАНСПОРТИРОВАТЬ В
ПОЛОЖЕНИИ**

2

1. полулежа

2. строго сидя
3. вполоборота
4. лежа на спине
- 5.

140.

ТРАНСПОРТИРОВКА РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ В ПОЛОЖЕНИИ

2

1. горизонтальном
2. возвышенном на больном боку
3. лежа на здоровом боку
4. сидя
- 5.

141.

ПРИ ОТЁКЕ МОЗГА ДЛЯ ДЕГИДРАТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

2

- А) 10-20% альбумин
- Б) гормоны
- В) гемодез
- Г) препараты калия

142.

КАКАЯ ЧЕРТА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПИЛОРОСТЕНОЗА?

3

1. гепатомегалия
2. гипербилирубинемия
3. регулярная рвота фонтаном
4. иктеричность кожных покровов
- 5.

143.

КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОМ РЕФЛЮКСЕ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ?

3

1. запор
2. учащение стула
3. рвота створоженным молоком
4. мелкоточечная сыпь
- 5.

144.

У РЕБЕНКА 3-Х НЕДЕЛЬНОГО ВОЗРАСТА ВНЕЗАПНО ПОЯВИЛАСЬ РВОТА ФОНТАНОМ. О ЧЕМ НУЖНО ДУМАТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ?

3

1. о пилороспазме
2. об адреногенитальном синдроме
3. о пилоростенозе
4. о кишечной инфекции
- 5.

145.

КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПОЗВОЛИТ ЗАПОДОЗРИТЬ ВРОЖДЕННЫЙ СВИЩ ПУПКА?

3

1. гнойное отделяемое из пупочной ранки
2. пальпация пупочных сосудов
3. длительное, более 3-х недель мокнутие пупочной ранки
4. субфебрилитет
- 5.

146.

КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ НОВОРОЖДЕННОГО?

3

1. болезненность при пальпации
2. субфебрильная лихорадка
3. наличие локальной инфильтрации подкожно-жировой клетчатки
4. быстрое распространение процесса на близлежащие ткани

5.

147.

С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НАЧИНАЮЩУЮСЯ ФЛЕГМОНУ НОВОРОЖДЕННОГО?

3

1. «Монголоидное пятно»
2. кальциноз
3. рожистое воспаление
4. адипонекроз
- 5.

148.

КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НОВОРОЖДЕННОГО –ЭТО

3

1. ограничение активных движений в пораженной конечности
2. отек, увеличение сустава в объеме
3. судороги
4. болезненность при пассивных движениях
- 5.

149.

ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПРЯМОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМии НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

3

1. целиакию
2. болезнь Вискотта-Олдрича
3. атрезию желчевыводящих путей
4. желтуху Ариаса
- 5.

150.

СУБДУРАЛЬНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ ЧАЩЕ ДРУГИХ ПРОИСХОДЯТ У

4

1. переношенных с внутриутробной гипотрофией
2. доношенных с внутриутробной гипотрофией
3. доношенных со средними массо-ростовыми показателями
4. доношенных с большой массой тела
- 5.

151.

ДЛЯ ПИЛОРОСПАЗМА ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

4

1. признаки обезвоживания
2. срыгивания, которые появляются на третьей неделе жизни ребенка
3. учащение срыгиваний и увеличение объема
4. стул ежедневный, неизменный, мочеиспускание в норме
- 5.

152.

ПОЯВЛЕНИЕ РВОТЫ НЕИЗМЕННЫМ МОЛОКОМ ПРИ ПЕРВОМ КОРМЛЕНИИ НОВОРОЖДЕННОГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

4

1. пилоростеноза
2. синдрома Ледда
3. атрезии двенадцатиперстной кишки ниже Фатерова сосочка
4. атрезии пищевода
- 5.

153.

ПОЯВЛЕНИЕ РВОТЫ СТВОРОЖЕННЫМ МОЛОКОМ С ПРИМЕСЬЮ ЖЕЛЧИ ПОСЛЕ ПЕРВОГО КОРМЛЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

4

1. атрезии двенадцатиперстной кишки выше Фатерова сосочка
2. атрезии пищевода
3. пилоростенозе
4. атрезии двенадцатиперстной кишки ниже Фатерова сосочка

5.

154.

ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ХАРАКТЕРНО

4

1. появление рвоты «фонтаном», неизменным молоком, объем рвотных масс не превышает объем кормления
2. наличие гипернатриемии, гипергликемии, метаболического ацидоза
3. отсутствие видимой перистальтики желудка
4. появление рвоты в среднем на 21 день жизни
- 5.

155.

ГНОЙНЫЙ ОМФАЛИТ У НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

4

1. язвочкой с подрытыми краями, покрытой фибринозными наложениями
2. серозным отделяемым из пупочной ранки
3. грибовидной опухолью на дне пупочной ранки
4. отеком, гиперемией пупочного кольца, гнойным отделяемым из пупочной ранки
- 5.

156.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ ПРИЧИНОЙ РАННЕГО СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. золотистый стафилококк (*Staphylococcus aureus*)
2. энтеробактер (*Enterobacter*)
3. гемофильная палочка (*Haemophilus influenza*)
4. стрептококк группы В (*Streptococcus agalactiae*)
- 5.

157.

КАКОЙ СЕПСИС НОВОРОЖДЕННОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПО "ВХОДНЫМ ВОРОТАМ"?

4

1. кишечный
2. кожный
3. отогенный
4. пупочный
- 5.

158.

ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ ГНОЙНОМ ОМФАЛИТЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. активное наблюдение по месту жительства
2. обработка пупочной ранки спиртом
3. обработка пупочной ранки раствором перекиси водорода
4. госпитализация в стационар
- 5.

159.

КАКОЙ ДОЛЖНА БЫТЬ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ГНОЙНОМ ОМФАЛИТЕ НОВОРОЖДЕННЫХ?

1

1. повязки с мазью Вишневского на область пупочной ранки, антибактериальная терапия
2. обработка пупочной ранки раствором бриллиантовой зелени
3. противовирусная терапия
4. гормональная терапия
- 5.

160.

ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ БОЛЬНОГО С ПЕРЕЛОМОМ ПОЗВОНОЧНИКА ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

1

1. на щите, на спине с соблюдением «оси безопасности»
2. на щите, на животе
3. на носилках в положении «лягушки»

4. на боку на носилках
- 5.

161.

РЕБЕНКА 2 ЛЕТ, У КОТОРОГО ОБНАРУЖЕН КРИПТОРХИЗМ В ФОРМЕ ПАХОВОЙ ЭКТОПИИ, НЕОБХОДИМО ОПЕРИРОВАТЬ

1

1. безотлагательно
2. до 6 лет
3. до 12 лет
4. до 10 лет
- 5.

162.

У МАЛЬЧИКА В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА ДИАГНОСТИРОВАН КРИПТОРХИЗМ В ФОРМЕ ПАХОВОЙ ЭКТОПИИ, В АНАМНЕЗЕ БОЛЬ В ОБЛАСТИ ЗАДЕРЖАННОГО ЯИЧКА, НЕОБХОДИМО

1

1. безотлагательное оперативное вмешательство
2. динамическое наблюдение
3. оперативное вмешательство с предварительной гормональной терапией
4. проведение гормональной терапии
- 5.

163.

У РЕБЕНКА С ТРАВМОЙ ЖИВОТА НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ ВЫЯВЛЕН СВОБОДНЫЙ ГАЗ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНЕНИЕ

1

1. лапаротомии
2. лапароцентеза
3. наблюдения
4. ультразвукового исследования
- 5.

164.

**ПРОВЕДЕНИЕ ЦИСТОСКОПИИ У ДЕТЕЙ В ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ
ПОКАЗАНО ПРИ**

1

1. макрогематурии
2. острой задержке мочи
3. почечной колике
4. анурии
- 5.

165.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕАНГИОМ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО В СЛУЧАЕ

1

1. возможности удаления опухоли
2. гемангиом промежности
3. множественных гемангиом
4. расположения гемангиомы на слизистых оболочках
- 5.

166.

**ИММОБИЛИЗАЦИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ
ПРЕДПЛЕЧЬЯ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПРОИЗВОДИТСЯ**

1

1. гипсовой лонгетой от пястно-фаланговых суставов до средней трети плеча
2. гипсовой повязкой от лучезапястного сустава до средней трети плеча
3. циркулярной гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов
4. гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов
- 5.

167.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИВОШЕИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ

1

1. с момента рождения
2. в 2-5 месяцев
3. в 0,5-1 год

4. после 1 года

5.

168.

ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

1

1. установление диагноза

2. возраст после 5 лет

3. диаметр выпячивания свыше 3 см

4. возраст после двух лет

5.

169.

В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПО ПОВОДУ ВОДЯНКИ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА НЕОБХОДИМ

2

1. постельный режим

2. обычный образ жизни

3. режим ограничения физической нагрузки на 1 год

4. массаж

170.

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

2

1. ультразвукового исследования брюшной полости

2. ректального пальцевого исследования

3. рентгеноскопии грудной клетки

4. лапароскопии

5.

171.

РВОТА «КОФЕЙНОЙ ГУЩЕЙ» ОБУСЛОВЛЕНА

2

1. забросом желчи в желудок
2. образованием солянокислого гематина в желудке
3. застоем желудочного содержимого
4. наличием соляной кислоты в желудке
- 5.

172.

РЕБЕНОК С ДИАГНОЗОМ «ПОДОЗРЕНИЕ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ» ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ

2

1. в педиатрическом стационаре
2. в детском хирургическом стационаре
3. на дому
4. в поликлинике по месту жительства
- 5.

173.

ПРИ ОСМОТРЕ НА ДОМУ У РЕБЕНКА ЗАПОДОЗРИЛИ НЕКРОТИЧЕСКУЮ ФЛЕГМОНУ НОВОРОЖДЕННОГО, РОДИТЕЛИ КАТЕГОРИЧЕСКИ ОТКАЗАЛИСЬ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ, ПОЭТОМУ НЕОБХОДИМО

2

1. назначить антибиотики и пригласить на осмотр на следующий день
2. настоять на госпитализации в хирургический стационар
3. провести хирургическое лечение на дому
4. пригласить детского хирурга на дом для обсуждения данного вопроса
- 5.

174.

ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК МЕХАНИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

2

1. множественные мелкие уровни
2. единичные широкие уровни
3. большой газовый пузырь желудка
4. наличие большого количества жидкости в брюшной полости
- 5.

175.

ПРИ КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ У РЕБЕНКА ОБСЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ С

2

1. гастродуоденоскопии
2. колоноскопии
3. радиоизотопного исследования
4. ирригографии
- 5.

176.

ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. увеличение почек в размерах
2. наличие кист в паренхиме обеих почек
3. диффузное повышение эхогенности паренхимы
4. деформация чашечно-лоханочного комплекса
- 5.

177.

НЕКРОТИЧЕСКАЯ ФЛЕГМОНА НОВОРОЖДЕННЫХ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ В ОБЛАСТИ

2

1. шеи
2. ладонной поверхности кистей и подошвенной поверхности стоп
3. половых органах
4. волосистой поверхности головы
- 5.

178.

ПРОИСХОЖДЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

2

1. аномалией развития органов мочевой системы
2. полиэтиологической теорией
3. нарушением водно-электролитного баланса
4. эндокринными нарушениями
- 5.

179.

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ КАРТИНЫ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. тромбоцитопения
2. умеренный лейкоцитоз
3. лейкопения
4. ускоренное СОЭ
- 5.

180.

ФОРМЫ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ПО Т. П. КРАСНОБАЕВУ

3

1. идиопатическая, токсикосептическая, местная
2. динамическая, динамическая, местная
3. токсическая, септикопиемическая, местная
4. септическая, септикопиемическая, гиподинамическая
- 5.

181.

РЕБЕНОК ЗАНОЗИЛ ПАЛЕЦ КИСТИ И НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ ПОЯВИЛИСЬ ДЕРГАЮЩИЕ БОЛИ, ПОД НОГТЕМ СКОПЛЕНИЕ ГНОЯ, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ПОВЫШЕНА, ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ

3

1. паронихию
2. кожному панарицию
3. подногтевому панарицию
4. подкожному панарицию
- 5.

182.

ПАХОВО-МОШОНОЧНУЮ ГРЫЖУ ЧАЩЕ ВСЕГО ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

3

1. орхитом
2. варикоцеле
3. водянкой оболочек яичка
4. перекрутом гидатиды
- 5.

183.

У РЕБЕНКА 14 ЛЕТ РЕЗКИЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ КИСТИ, ВЫРАЖЕННЫЙ ОТЕК ТЫЛА КИСТИ, ПАЛЬПАЦИЯ И ДВИЖЕНИЯ РЕЗКО БОЛЕЗНЕННЫ, ГИПЕРТЕРМИЯ, ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ

3

1. подкожному панарицию
2. костному панарицию
3. флегмоне кисти
4. сухожильному панарицию
- 5.

184.

СИМПТОМОМ СИТКОВСКОГО ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного
2. усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области
3. усиление болей при расположении на левом боку

4. усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки

5.

185.

ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. потеря сознания
2. очаговая неврологическая симптоматика
3. ото-рино-ликворея
4. многократная рвота
- 5.

186.

ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ «ЛЯГУШКИ» ХАРАКТЕРНО ПРИ

3

1. отрывном переломе передне-верхней ости
2. переломе тазового кольца
3. переломе обеих лонных и седалищных костей
4. разрыве крестцово-подвздошного сочленения
- 5.

187.

ПРИ ЦИСТОГРАФИИ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

3

1. незарощённого урахуса
2. пузырно-кишечного свища
3. пузырно-мочеточникового рефлюкса
4. дивертикула мочевого пузыря
- 5.

188.

ЭКСКРЕТОРНУЮ УРОГРАФИЮ СЧИТАЮТ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ

3

1. пузырно-мочеточниковый рефлюксе
2. недержании мочи
3. гидронефрозе
4. нейрогенном мочевом пузыре
- 5.

189.

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАЗРЫВА УРЕТРЫ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

3

1. экскреторную урографию
2. урофлоуметрию
3. восходящую (ретроградную) уретрографию
4. микционную цистографию
- 5.

190.

ПРИ РАЗРЫВЕ УРЕТРЫ ЗАПРЕЩЕНО ПРОВОДИТЬ

3

1. инфузионную урографию
2. восходящую уретрографию
3. катетеризацию мочевого пузыря
4. микционную цистоуретрографию
- 5.

191.

**НАРАСТАЮЩАЯ ПРИПУХЛОСТЬ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНА
ДЛЯ**

3

1. гидронефроза
2. нефроптоза
3. разрыва почки
4. удвоения
- 5.

192.

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПИЛОРОСТЕНОЗА ОБЫЧНО ВЫЯВЛЯЮТСЯ

3

1. на второй неделе жизни
2. в первые дни после рождения
3. на третьей-четвертой неделях жизни
4. после 2 месяцев жизни
- 5.

193.

ПРИ ПИЛОРОСТЕНОЗЕ СТУЛ

3

1. обильный непереваренный
2. частый, жидкий, зловонный
3. скудный
4. водянистый
- 5.

194.

ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ФЛЕГМОНЫ НОВОРОЖДЕННЫХ

3

1. околопупочная область
2. передняя грудная стенка
3. задняя поверхность тела
4. открытые поверхности тела
- 5.

195.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПЕРИТОНИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. ятрогенное повреждение
2. порок развития стенки кишки
3. некротический энтероколит III и IV стадии
4. заменное переливание крови

5.

196.

МЕСТНЫЙ СТАТУС: ПОКРАСНЕНИЕ, ПРИПУХЛОСТЬ ОКОЛОНОГТЕВОГО ВАЛИКА, ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ГНОЯ ПОД КОЖЕЙ ПО КРАЮ НОГТЯ - ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

3

1. кожного панариция
2. флегмоны
3. паронихия
4. абсцесса
- 5.

197.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗОМ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. травма при родах
2. неправильное положение плода
3. порок развития грудинно-ключично-сосцевидной мышцы
4. воспалительная теория
- 5.

198.

СОТРЯСЕНИЕ МОЗГА ХАРАКТЕРИЗУЮТ

3

1. потеря сознания через 2-3 часа после травмы, анизокория, очаговая симптоматика
2. пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвота
3. кратковременная потеря сознания, рвота в первые часы после травмы, ретроградная амнезия
4. неукротимая рвота, потеря сознания до 4-6 часов, антероградная амнезия
- 5.

199.

ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ РЕФЛЕКТОРНОЙ ПРИ

3

1. фимозе
2. опухоли мочевого пузыря
3. баланопостите
4. камне уретры
- 5.

200.

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ КАМНЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. нисходящая цистография
2. обзорный рентгеновский снимок
3. пневмоцистография
4. цистоскопия
- 5.

201.

ПЕРИОДИЧЕСКОЕ ВЫДЕЛЕНИЕ МОЧИ ИЗ ПУПКА ОБЫЧНО ВЫЗВАНО

4

1. экстрофией мочевого пузыря
2. клапаном задней уретры
3. дивертикулом мочевого пузыря
4. полным свищом урахуса
- 5.

202.

ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. атрезия кишечника
2. гастрошизис
3. многоводие
4. недоношенность
- 5.

203.

У РЕБЕНКА, ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ТОНКОЙ КИШКИ, НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. пневмония
2. метаболическое нарушение
3. субфебрильная температура
4. стойкий парез кишечника
- 5.

204.

В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ АППЕНДИЦИТ

4

1. развивается медленнее
2. развивается аналогично взрослым
3. не развивается
4. развивается быстрее
- 5.

205.

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

4

1. правой подвздошной
2. эпигастральной
3. надлобковой
4. левой подвздошной
- 5.

206.

НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ БОЛЬНЫМ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

4

1. компьютерной томографии
2. аноректальной манометрии
3. рентгеноконтрастного исследования ЖКТ
4. ультразвукового исследования брюшной полости
- 5.

207.

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ АППЕНДЭКТОМИЯ

4

1. инвагинационная
2. с помощью аппарата «Da Vinci»
3. внутрисветная эндоскопическая
4. лапароскопическая
- 5.

208.

ГРЫЖА БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА, НЕ ВЫЗЫВАЮЩАЯ НАРУШЕНИЯ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ, ДОЛЖНА ОПЕРИРОВАТЬСЯ У РЕБЕНКА

4

1. до 1 года
2. от 1 до 3 лет
3. от 3 до 5 лет
4. старше 5 лет
- 5.

209.

ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ДОЛЖНО БЫТЬ НАЧАТО

4

1. после начала ползания ребенка
2. после того, как ребенок начал вставать на ножки
3. после 1-3 лет
4. сразу после постановки диагноза
- 5.

210.

РЕБЕНКУ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В СЛУЧАЕ ЕГО НЕГАТИВНОГО ОТНОШЕНИЯ К ОСМОТРУ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ОСМОТР

1

1. в состоянии естественного сна
2. в состоянии медикаментозного сна
3. через 3-5 часов
4. на следующие сутки
- 5.

211.

ПРИ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕ, НЕ ВЫЗЫВАЮЩЕЙ НАРУШЕНИЙ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ, ОПЕРИРОВАТЬ СЛЕДУЕТ РЕБЕНКА

1

1. после 4-5 лет
2. до 1 года
3. до 2 лет
4. по установлении диагноза
- 5.

212.

В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ИЗ ВИДОВ ТРАВМАТИЗМА ПРЕОБЛАДАЕТ

1

1. бытовой
2. уличный
3. школьный
4. спортивный
- 5.

213.

К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ГИДРАДЕНИТА ОТНОСИТСЯ

1

1. подмышечная впадина
2. паховая область

3. промежность
4. передняя брюшная стенка
- 5.

214.

К ЭНДОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ

1

1. гематогенная
2. воздушная
3. контактная
4. имплантационная
- 5.

215.

ЯДРО ОКОСТЕНЕНИЯ ГОЛОВКИ БЕДРА В НОРМЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

1

1. 3-4 месяцев
2. 1 суток
3. 1 года
4. 3 лет
- 5.

216.

РВОТА ПРИ ПИЛОРОСПАЗМЕ НОСИТ ХАРАКТЕР

1

1. обильного срыгивания
2. рвоты фонтаном
3. рефлексорной рвоты
4. скудного срыгивания
- 5.

217.

НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА В НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ЯВЛЯЕТСЯ РАСПРАВЛЕНИЕ ИНВАГИНАТА

1

1. воздухом
2. пальпаторно под наркозом
3. воздухом под контролем цистоскопа
4. воздухом под контролем колоноскопа
- 5.

218.

ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КЛЮЧИЦЫ У РЕБЕНКА ДО 1 ГОДА В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ОПТИМАЛЬНОЙ ФИКСИРУЮЩЕЙ ПОВЯЗКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЯЗКА

1

1. Дезо
2. торакобрахиальная
3. коллодийная повязка
4. по Кузьминскому–Карпенко
- 5.

219.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА НАДО ПРОВОДИТЬ С

1

1. врожденным стенозом пищевода
2. халазией пищевода
3. грыжей пищеводного отверстия диафрагмы
4. пилоростенозом
- 5.

220.

СКРЫТЫМ ПОЛОВЫМ ЧЛЕНОМ СЧИТАЮТ ЧЛЕН

2

1. расщепленный
2. нормальных возрастных размеров, погруженный в окружающие ткани лонной области и мошонки
3. с недоразвитыми кавернозными телами
4. с гипертрофированной крайней плотью

5.

221.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯИЧЕК У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. специфическая инфекция
2. влияние механических факторов
3. нарушение обменных процессов
4. диспропорция развития тканевых структур детского организма
- 5.

222.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ТОНКО-ТОНКОКИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. изменение или нарушение режима питания
2. возрастная дискоординация перистальтики
3. диспепсия
4. респираторно-вирусная инфекция
- 5.

223.

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?

2

1. аппендикулярный инфильтрат
2. инвагинация кишечника
3. кишечная инфекция
4. опухоль брюшной полости
- 5.

224.

СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

2

1. бессимптомно
2. острым внезапным началом
3. застойной рвотой
4. медленным постепенным началом
- 5.

225.

СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

2

1. болезни Гиршпрунга
2. синдроме Ледда
3. пилоростенозе
4. мекониальном илеусе
- 5.

226.

ВРОЖДЕННАЯ ВЫСОКАЯ ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

2

1. рвотой кишечным содержимым
2. рвотой желчью, зеленью
3. обильным жидким стулом
4. появлением слизи с кровью в прямой кишке
- 5.

227.

ВРОЖДЕННАЯ ВЫСОКАЯ СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

2

1. рвотой кишечным содержимым
2. рвотой желчью, зеленью
3. появлением в прямой кишке слизистых пробок

4. вздутием живота

5.

228.

**ВРОЖДЕННАЯ НИЗКАЯ СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ
НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

2

1. запавшим животом

2. рвотой кишечным содержимым

3. появлением в прямой кишке слизистых пробок

4. рвотой желудочным содержимым

5.

229.

ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ПРОВОДИТСЯ

2

1. шиной-распоркой

2. широким пеленанием

3. облегченной гипсовой повязкой

4. аппаратом Илизарова

5.

230.

**ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА С 6 МЕСЯЦЕВ
ИСПОЛЬЗУЮТ**

2

1. широкое пеленание

2. шины-распорки

3. аппарат Илизарова

4. эндопротезирование

5.

231.

ЛИМФАНГИОМЫ ЛЕЧАТСЯ

2

1. эндоваскулярно
2. хирургически
3. склерозированием
4. короткофокусной рентгенотерапией
- 5.

232.

НАБЛЮДЕНИЕ РЕБЕНКА С КОСОЛАПОСТЬЮ ПРОВОДИТСЯ ДО

2

1. 3 месяцев
2. 14 лет
3. 6 месяцев
4. 1 года
- 5.

233.

ВОДЯНКА ЯИЧКА У РЕБЕНКА СЧИТАЕТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДО

2

1. 6 мес
2. 2 лет
3. 1 года
4. 3 лет
- 5.

234.

ПОД ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕЙ ПОНИМАЮТ

2

1. дефект апоневроза выше пупка
2. дефект апоневроза в области пупочного кольца
3. дефект мягких тканей в области пупка
4. опухолевидное образование в области пупка
- 5.

235.

ПОД ПАРАУМБИЛИКАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ ПОНИМАЮТ ДЕФЕКТ

2

1. апоневроза в области пупка
2. апоневроза в околопупочной области
3. мышц около пупка
4. мягких тканей около пупка
- 5.

236.

ПРИ СРЕДИННОЙ КИСТЕ ШЕИ ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. сдавление органов шеи
2. нагноение
3. кровотечение
4. появление болевого синдрома
- 5.

237.

ПОД ЭКТОПИЕЙ ЯИЧКА ПОНИМАЮТ

2

1. абдоминальную ретенцию яичка
2. миграцию яичка вне мошонки
3. паховую ретенцию яичка
4. забрюшинную ретенцию яичка
- 5.

238.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИПТОРХИЗМА ПОКАЗАНО В

2

1. периоде новорожденности
2. 1,5-2 года
3. 5 лет
4. возрасте до 7 лет
- 5.

239.

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

2

1. укорочение кости
2. формирование секвестров
3. деформация конечности
4. линейный периостит
- 5.

240.

ИНФЕКЦИЯ ПОПАДАЕТ В КОСТНОМОЗГОВОЙ КАНАЛ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

2

1. лимфогенным путем
2. гематогенным путем
3. контактным путем
4. при открытом переломе кости
- 5.

241.

ПАТОГЕНЕЗ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ СВЯЗАН С

2

1. разрушением костной структуры
2. повышением внутрикостного давления
3. воспалением надкостницы
4. формированием патологического свища
- 5.

242.

МЕТАФИЗАРНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПОРАЖАЕТ ВОЗРАСТ ДО

2

1. 1 месяца
2. 3 лет
3. 7 лет
4. 10 лет

5.

243.

УЗИ-ПРИЗНАКОМ ИНВАГИНАТА ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. симптом «треугольной площадки»
2. симптом «мишени»
3. наличие выпота в брюшной полости
4. симптом «маятникообразного движения» в кишечнике
- 5.

244.

ПУСКОВЫМ МЕХАНИЗМОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. перенесенная кишечная инфекция
2. нарушение пищевого режима ребенка
3. травма брюшной полости
4. подвижный образ жизни
- 5.

245.

ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

2

1. 1 – 3 лет
2. 6 – 9 мес. жизни
3. до 1 месяца
4. старше 5 лет
- 5.

246

ЧТО НАЗЫВАЮТ ДИВЕРТИКУЛОМ МЕККЕЛЯ?

2

1. рудимент урахуса
2. рудимент желточного протока

3. полип кишки
4. новообразование кишечника
- 5.

247

КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?

2

1. многократная рвота зеленью
2. выражены симптомы интоксикации
3. приступообразные боли в животе
4. жидкий частый стул
- 5.

248.

ОСНОВНЫМ ОБЪЕКТИВНЫМ СИМПТОМОМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ

2

1. Филатова
2. мышечного дефанса
3. Щеткина
4. «рубашки»
- 5.

249.

ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

2

1. рвота «фонтаном»
2. запор
3. олигоурия
4. рвота «кофейной гущей»
- 5.

250.

ПРИЗНАКИ СУБТОТАЛЬНОЙ ФОРМЫ ГИРШПРУНГА ПОЯВЛЯЮТСЯ

3

1. в первые 6 месяцев жизни
2. в первый год жизни ребенка
3. в периоде новорожденности
4. до 3 лет
- 5.

251.

ПРИЧИНОЙ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА СЧИТАЕТСЯ

3

1. нарушение питания ребенка
2. перенесенная кишечная инфекция
3. отсутствие нервных ганглиев в Мейснеровском и Ауэрбаховском сплетении стенки толстой кишки
4. низкая кишечная непроходимость
- 5.

252.

ПРИ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА КИСЛОТАМИ ВОЗНИКАЕТ

3

1. колликвационный некроз
2. отек слизистой
3. коагуляционный некроз
4. гиперемия слизистой
- 5.

253.

ПРИ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА ЩЕЛОЧАМИ ВОЗНИКАЕТ

3

1. коагуляционный некроз
2. отек слизистой
3. колликвационный некроз
4. гиперемия слизистой
- 5.

254.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. цирроз печени
2. блок на уровне печеночных вен
3. блок на уровне воротной вены
4. перенесенный гепатит
- 5.

255.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. кишечная непроходимость
2. кишечное кровотечение
3. пищеводное кровотечение
4. печеночная недостаточность
- 5.

256.

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

3

1. локальная боль и рвота
2. напряжение мышц брюшной стенки и рвота
3. напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность
4. симптом Щеткина-Блюмберга и рвота
- 5.

257.

КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОКРАСНЕНИЕМ И ПРИПУХЛОСТЬЮ ОКОЛОНОГТЕВОГО ВАЛИКА?

3

1. кожный панариций

2. подкожный панариций
3. паронихий
4. костный панариций
- 5.

258.

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ В СЛУЧАЕ ТОТАЛЬНОГО ЗАТЕМНЕНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ СРЕДОСТЕНИЯ В ПОРАЖЕННУЮ СТОРОНУ ЯВЛЯЕТСЯ

3

1. тотальная эмпиема плевры
2. плащевидный плеврит
3. ателектаз легкого
4. абсцесс легкого
- 5.

259.

К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

4

1. боль при пальпации
2. повышение температуры тела
3. ссадины на конечностях
4. деформацию конечности
- 5.

260.

СИМПТОМ «МАЛИНОВОГО ЖЕЛЕ» ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ

4

1. острого аппендицита
2. кишечной непроходимости
3. дизентерии
4. инвагинации кишечника
- 5.

261.

ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ПРОТИВОПОКАЗАНО КОНТРАСТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПИЩЕВОДА С БАРИЕМ?

4

1. врожденном коротком пищеводе
2. врожденном стенозе пищевода
3. халазии кардии
4. атрезии пищевода
- 5.

262.

НАЧИНАТЬ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ СЛЕДУЕТ

4

1. в возрасте 1 года
2. до 2 лет
3. старше 3 лет
4. в период новорожденности
- 5.

263.

ПРИ АТРЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ВОЗРАСТАЮТ ПОКАЗАТЕЛИ

4

1. гематокрита
2. креатинина
3. глюкозы крови
4. связанного билирубина
- 5.

264.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВРОЖДЁННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. зияние кардии

2. кардиостеноз
3. эрозия слизистой желудка
4. невозможность проведения эндоскопа в 12-перстную кишку
- 5.

265.

ЗАПОРЫ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА ПОЯВЛЯЮТСЯ

4

1. с 6-ти месяцев жизни
2. на 2-м году жизни
3. на 3-м году жизни
4. сразу после рождения
- 5.

266.

ПРИ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ПРИМЕНЯЕТСЯ

4

1. УЗИ
2. радиоизотопное сканирование
3. МРТ
4. ирригография
- 5.

267.

ХАЛАЗИЯ КАРДИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

4

1. жидким стулом
2. гипертермией и болями в желудке
3. олигурией
4. рвотой и срыгиваниями
- 5.

268.

ПРИЗНАКОМ КАТАРАЛЬНОГО ОМФАЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. гнойное отделяемое из пупка

2. инфильтрация краёв пупочного кольца
3. кишечное отделяемое из пупка
4. серозное отделяемое из пупка
- 5.

269.

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

4

1. рентгенография грудной клетки
2. рентгенография пищевода с контрастом
3. биохимический анализ крови
4. фиброэзофагоскопия
- 5.

270.

ПРИ АТРЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ

1

1. обесцвеченный кал
2. срыгивание
3. гиперемия кожи
4. олигурия
- 5.

271.

ПРИ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ СНИМОК В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ РЕБЁНКА ДЕЛАЕТСЯ ДЛЯ

1

1. выявления патологической подвижности почки
2. определения функции почки
3. диагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса
4. выявления камня лоханки
- 5.

272.

СИНДРОМ ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С «ШУМОМ ПЛЕСКА» В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ БЫВАЕТ ПРИ

1

1. диафрагмальной грыже
2. гемотораксе
3. врождённой локализованной эмфиземе
4. серозном плеврите
- 5.

273.

ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА НАБЛЮДАЕТСЯ

1

1. пенистое отделяемое изо рта и носа
2. рвота с примесью алой крови
3. отсутствие меконеального стула
4. рвота «кофейной гущей»
- 5.

274.

ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЁННОГО ВЫВИХА БЕДРА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ _____ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ

1

1. УЗИ
2. артрография
3. МРТ
4. РТК
- 5.

275.

ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ У ДЕВОЧЕК ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ В ВОЗРАСТЕ

1

1. 3-8 лет
2. 1-3 года
3. 8-12 лет
4. старше 12 лет

5.

276.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА НАЧИНАЕТСЯ

1

1. сразу после рождения
2. на 4-м месяце жизни
3. на 5-м месяце жизни
4. в возрасте 1 года
- 5.

277.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСОЛАПОСТИ СОСТОИТ В

1

1. ручном исправлении деформации с фиксацией гипсовым сапожком
2. массаже поражённой конечности
3. бинтовании по Финку-Эттингену и массаже поражённой конечности
4. лечебной гимнастике
- 5.

278.

ПРИ ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ВО ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ УПРАЖНЕНИЙ ЗАПРЕЩЕНЫ

1

1. наклоны туловища вперед
2. боковые наклоны туловища
3. повороты вправо-влево
4. наклоны туловища назад
- 5.

279.

ПОЛНЫЙ ИЗОЛИРОВАННЫЙ ВЫВИХ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ ХАРАКТЕРЕН В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ

1

1. от 5 до 12 лет

2. до 1 года
3. от 1 до 3 лет
4. от 3 до 5 лет
- 5.

13. Тесты по медицинской реабилитации

1. С какого возраста можно назначать ребенку местную гальванизацию или электрофорез?

1

1. с 4-6 недель
2. с 6 месяцев
3. с 1 года
4. с 2-3 лет
5. с 5 лет

end

2. Как фиксируются электроды на теле ребенка при проведении процедуры гальванизации и лекарственного электрофореза?

1

1. Бинтованием
2. Накладываются без фиксации
3. Удерживаются рукой пациента
4. Удерживаются рукой медсестры
5. Пластмассовым держателем

end

3. С какого возраста у детей можно проводить местную дарсонвализацию?

3

1. с 1 месяца
2. с 1 года
3. с 2 лет
4. с 3 лет
5. с 5 лет

End

4. Какой метод физиотерапии при длительном использовании вызывает стимуляцию образования соединительной и рубцовой ткани?

4

1. дарсонвализация
2. ультратонотерапия
3. индуктотермия
4. УВЧ-терапия
5. СМВ-терапия

End

5. С какого возраста можно применять ультратонотерапию?

1

1. с 1 месяца
2. с 3 месяцев
3. с 6 месяцев
4. с 1 года
5. с 2 лет

end

6. Какой диапазон светового излучения обладает бактерицидным действием?

3

1. Инфракрасные лучи
2. Видимые зеленые лучи
3. Короткие ультрафиолетовые лучи
4. Длинные ультрафиолетовые лучи
5. Видимые красные лучи

end

7. С какого возраста можно назначать детям облучение лампой «Соллюкс»?

3

1. с первых дней жизни
2. с 2-3 недель
3. с 1 месяца
4. с 1 года
5. с 6 месяцев

End

8. Какие лучи обладают наибольшим тепловым действием?

1

1. Инфракрасные
2. Видимые зеленые
3. Видимые синие
4. Длинноволновые ультрафиолетовые
5. Коротковолновые ультрафиолетовые

end

9. С какого возраста можно применять местное УФО?

1

1. с первых дней жизни
2. с первого месяца
3. с 2-3 мес.
4. с 6 мес.
5. с 1 года

end

10. С какого возраста у детей применяется гидротерапия?

1

1. с первых дней жизни
2. с 3 месяцев
3. с 6 месяцев
4. с 1 года
5. с 3 лет

end

11. С какого возраста детям можно назначать парафиновые аппликации?

1

1. с первых дней жизни
2. с 6 месяцев
3. с 1 года
4. с 3 лет

5. с 5 лет

end

12. Исходные положения для постурального дренажа улучшают:

2

1. кровообращение в бронхах и легких
2. отток патологического содержимого из бронхов и альвеол
3. дыхательную поверхность легких
4. лимфоотток
5. кровообращение в суставах

13. С какого возраста можно назначать ребенку электросон?

3

1. с 6 месяцев
2. с 1 года
3. с 2-3 лет
4. с 5 лет
5. с 10 лет

End

14. Что является противопоказанием для направления на спелеотерапию?

3

1. хронический необструктивный бронхит
2. хронический обструктивный бронхит
3. хронический гнойно-обструктивный бронхит
4. бронхиальная астма легкое течение
5. бронхиальная астма среднетяжелое течение

end

15. С какого возраста детям с бронхиальной астмой показана спелеотерапия?

2

1. с 1 года
2. с 2-3 лет
3. с 5-6 лет
4. с 8-10 лет

5. с 14 лет

End

16. Какой метод физиотерапии используют для электростимуляции мышц при сколиозе?

3

1. гальванизация
2. дарсонвализация
3. диадинамотерапия
4. индуктотермия
5. ДМВ-терапия

End

17. Какие упражнения являются специальными при сколиозе II степени?

2

1. общеукрепляющие
2. коррегирующие
3. на расслабление
4. пассивные
5. на равновесие

End

18. С какого возраста разрешается использовать подводное вытяжение?

4

1. с 3 лет
2. с 5 лет
3. с 10 лет
4. с 14 лет
5. у детей подводные вытяжения не применяются

end

19. Какой курорт показан детям с бронхиальной астмой?

4

1. Кыргызстан
2. Ак-Суу
3. Ыссык-Ата

4. Чон-Туз
 5. Джеты-Огуз
- End

20. Какой курорт показан детям с гастритом?

- 3
1. Кыргызстан
 2. Ак-Суу
 3. Ыссык-Ата
 4. Чон-Туз
 5. Джеты-Огуз
- End

21. С какого возраста детям можно проводить гелиотерапию?

- 1
1. с 1 месяца
 2. с 6 месяцев
 4. с 1 года
 5. с 5-6 лет
- End

22. Какой курорт показан детям с ДЦП?

- 2
1. Кыргызстан
 2. Ак-Суу
 3. Ыссык-Ата
 4. Чон-Туз
 5. Джеты-Огуз
- End

23. Сколько этапов используется для эффективной реабилитации детей и подростков?

- 4
1. один
 2. два
 3. четыре

- 4. три
 - 5. пять
- End

24. Какой метод физиотерапии показан для ликвидации патологической доминанты при бронхиальной астме?

- 1
 - 1. электросон
 - 2. гальванизация
 - 3. ДМВ-терапия
 - 4. ультразвуковая терапия
 - 5. ультратонотерапия
- End

25. Какой метод физиотерапии оказывает десенсибилизирующее действие?

- 2
 - 1. амплипульстерапия
 - 2. ДМВ-терапия
 - 3. КВЧ-терапия
 - 4. СМВ-терапия
 - 5. гальванизация
- End

26. Общие принципы закаливания детей:

- 5
 - 1. начинать закаливающие процедуры с комфортных температур
 - 2. постепенно усиливать силу закаливающего фактора
 - 3. проводить закаливающие процедуры регулярно, без перерывов
 - 4. проводить закаливающие процедуры на разном уровне теплопродукции организма
 - 5. все перечисленное
- End

27. Показания к назначению лечебной физкультуры при заболеваниях органов пищеварения у детей включают:

- 5

1. хронические гастриты
2. хронические колиты
3. язвенную болезнь желудка
4. дискинезия желчевыводящих путей
5. все перечисленное

End

28. Физические упражнения у детей с болезнью печени и желчных путей не способствуют:

4

1. повышению внутрибрюшного давления
2. понижению внутрибрюшного давления
3. массажу органов брюшной полости
4. нормализации биохимических показателей
5. улучшению кровоснабжения в брюшной полости

End

29. Задачи лечебной физкультуры при детских церебральных параличах:

5

1. тренировка функции вестибулярного аппарата
2. содействие своевременному развитию установочных рефлексов, обеспечивающих удержание головы, ползание, сидение, стояние
3. укрепление мышечно-связочного аппарата
4. стимуляция функции ослабленных мышц
5. все перечисленное

End

30. К специальным упражнениям при заболеваниях органов пищеварения относятся:

5

1. дыхательные упражнения
2. упражнения в расслаблении
3. упражнения для мышц брюшного пресса
4. упражнения для мышц тазового дна
5. все перечисленные

End

31. Выделяют следующие типы сколиозов (по локализации вершины основной дуги искривления):

5

1. верхнегрудной
2. грудной
3. грудопоясничный
4. поясничный
5. все перечисленные

End

32. Для облегчения отхождения мокроты при заболеваниях органов дыхания используется:

5

1. респираторная гимнастика
2. звуковая гимнастика
3. постуральный дренаж и дренажная гимнастика
4. дыхательная гимнастика Стрельниковой
5. все перечисленное

End

33. Звуковая гимнастика применяется для:

3

1. удаления мокроты
2. усиления кровообращения
3. снятия бронхоспазма
4. улучшения эмоционального состояния
5. улучшение лимфообращения

End

34. Цели и задачи ЛФК при сколиозе не предусматривают:

3

1. корригирующее воздействие на деформацию позвоночника
2. корригирующее воздействие на грудную клетку
3. увеличение мобильности позвоночника
4. воспитание правильной осанки
5. создание мышечного корсета

End

35. Какой вид спорта можно рекомендовать детям со сколиозом?

1

1. плавание
2. художественная и спортивная гимнастика
3. акробатика
4. тяжёлая атлетика
5. борьба

End

36. Двигательные режимы, назначаемые на стационарном этапе реабилитации:

4

1. постельный
2. палатный
3. свободный
4. все перечисленные
5. строгий постельный

End

37. Что следует сделать ребенку после ингаляции глюкокортикоидов?

2

1. глубокий выдох
2. сполоснуть рот водой
3. попить воды
4. глубоко подышать
5. задержать дыхание

38. Какие упражнения следует исключать из комплекса лечебной гимнастики при гастрите с повышенной секреторной функцией?

3

1. дыхательные упражнения
2. упражнения на расслабление
3. упражнения для мышц брюшного пресса
4. упражнения для верхних конечностей

5. общеукрепляющие упражнения

39. Показанием для ЛФК у детей является:

1

1. врожденная мышечная кривошея
2. болевой синдром
3. лихорадка
4. кровотечение
5. интоксикация

40. Комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций организма – это:

2

1. реформация
2. реабилитация
3. транслокация
4. трансплантация
5. реминерализация

41. Что не относится к основным принципам медицинской реабилитации?

5

1. раннее начало
2. системность и этапность
3. партнерство врача и пациента
4. законченность (выздоровление или максимальное восстановление)
5. государственность

42. Что не является курортным учреждением?

5

1. дом отдыха
2. санаторий
3. курортная поликлиника
4. профилактории
5. туристическая база

43. Медицинская реабилитация - это:

2

1. улучшение кровообращения
2. восстановление трудоспособности
3. восстановление прав
4. улучшение тонуса мышц
5. улучшение АД

44. Различают следующие этапы реабилитации:

4

1. госпитальный, санаторный
2. постельный, санаторный
3. поликлинический, госпитальный
4. стационарный, поликлинический, санаторно-курортный
5. постельный, полупостельный, амбулаторный

45. Какой облучатель используется для ультрафиолетового облучения слизистых оболочек носа, глотки, миндалин?

4

1. ОРК-21
2. Соллюкс
3. Инфраруж
4. 4-тубусный облучатель ОН-2
5. рефлектор Минина

46. Что не относится к задачам ЛФК при ожирении у детей?

5

1. повышение окислительно-восстановительных процессов и энергозатрат
2. снижение массы тела ребенка в сочетании с диетотерапией
3. общее укрепление организма
4. нормализация жирового и углеводного обмена
5. нормализация тонуса гладкой мускулатуры стенок желчного пузыря

47. Формы ЛФК при ожирении у детей:

5

1. утренняя гигиеническая гимнастика
2. лечебная гимнастика
3. прогулки
4. дозированная ходьба
5. все перечисленное

48. Средства медицинской реабилитации при ДЦП:

5

1. физиотерапия
2. ЛФК
3. массаж
4. традиционные методы лечения
5. все перечисленное

49. Общие противопоказания к назначению физиотерапии:

5

1. кахексия
2. тиреотоксикоз
3. кровотечение
4. активный туберкулез
5. все перечисленное

50. Преимущества физиотерапии в педиатрии:

5

1. универсальность и физиологичность действия
2. распространенность и доступность
3. отсутствие токсических и аллергических реакций
4. длительное последствие
5. все перечисленное

14. Тестовые вопросы по фтизиатрии

2

1. О ЧЕМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ВПЕРВЫЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ТУБЕРКУЛИНОВАЯ ПРОБА МАНТУ С 2 ТЕ.

1. О наличии контакта с больным туберкулезом
 2. О свежем инфицировании туберкулезом
 3. О перенесенном активном туберкулезе
 4. О поствакцинальной аллергии
 5. О наличии иммунитета к туберкулезу
- end

4

2. Характер реакции на пробу Манту ребенка с ранним периодом первичной туберкулезной инфекции

1. впервые положительная, связанная с ревакцинацией БЦЖ
2. гиперергическая реакция, связанная с тубконтактом
3. переход положительной в отрицательную
4. впервые положительная, не связанная с введением вакцины БЦЖ
5. отрицательная реакция, связанная с анергией

3

3. Показанием для постановки пробы Коха является

1. диагностика (выявление) туберкулеза
 2. отбор лиц на ревакцинацию
 3. определение активности процесса и дифференциальная диагностика
 4. изучение инфицированности населения
 5. формирование групп "риска" по туберкулезу
- end

3

4. КАКОВО ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА?

1. Это туберкулез детей и подростков
 2. Это заболевание туберкулезом ранее инфицированного организма
 3. Это заболевание туберкулезом ранее неинфицированного организма
 4. Это форма туберкулеза, которая характеризуется наличием поствакцинальной аллергии
 5. Это форма туберкулеза, которая характеризуется выраженными признаками интоксикации
- end

5

5. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩУЮСЯ КЛИНИЧЕСКУЮ ФОРМУ ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ПОДРОСТКОВ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.

1. Ранняя туберкулезная интоксикация
2. Первичный туберкулезный комплекс
3. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
4. Очаговый туберкулез легких
5. Инфильтративный туберкулез легких

end

5

6. НАЗОВИТЕ ГРУППУ НАСЕЛЕНИЯ С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

1. Больные с ХНЗЛ, сахарным диабетом,
2. Лица имеющие контакт с больными туберкулезом
3. Лица, переболевшие ТБ
4. Получающие длительно гормоны, цитостатики
5. Все перечисленное

end

1

7. Обследование мокроты на БК методом бактериоскопии

3-хкратно показано следующим больным:

1. С симптомами: кашель с выделением мокроты 2 нед и более, боли в груди, кровохарканье, лихорадка, потеря массы тела.
2. Находящимся в контакте с больным туберкулезом
3. Страдающим тяжелыми сопутствующими заболеваниями
4. С "выражом" туберкулиновых проб
5. Переболевшие в прошлом туберкулезом

end

5

8. ОСНОВНЫЕ ДОСТОИНСТВА МЕТОДА ПРОСТОЙ МИКРОСКОПИИ

1. Достоверность – при обнаружении БК нет сомнений в диагнозе

- 2.Позволяет выявлять наиболее опасных, самых заразных больных
 - 3.Метод дешевый, простой, доступный
 - 4.Метод безвредный для здоровья больного
 - 5.Все перечисленное
- end

1

9. Назовите группу диспансерного учета, в которой наблюдаются больные активным туберкулезом органов дыхания
 - 1.И.
 - 2.П.
 - 3.Ш
 - 4.На учет берется после исчезновения активности процесса
- end

3

10. Назовите метод выявления источника заражения туберкулезом
 - 1.томография
 - 2.бактериологический метод исследования мокроты
 - 3.прямая бактериоскопия мокроты
 - 4.туберкулинодиагностика
 - 5.сбор анамнеза
- end

5

11. Метод прямой бактериоскопии обязательно применяется при
 - 1.длительном субфебрилитете
 - 2.длительной лихорадке
 - 3.кашле более трех месяцев
 - 4.кашле более двух месяцев
 - 5.кашле более 2-3 трех недель
- end

2

12. "Виразж" туберкулиновой реакции - это

1. появление впервые положительной реакции на пробу Манту связанная с вакцинацией БЦЖ
 2. впервые положительная проба не связанная с вакцинацией БЦЖ
 3. нарастание положительной пробы Манту на 3мм
 4. переход положительной туберкулиновой пробы в отрицательную
 5. положительная проба Коха с 20 ТЕ
- end

2

13. Размер инфильтрата по пробе Манту с 2ТЕ, свидетельствующий о поствакцинальной аллергии
 - 1.2 - 4мм
 - 2.0 – 8 мм
 - 3.5 - 16мм
 4. более 12мм
 5. более 17мм
- end

1

14. Противопоказания к назначению химиопрофилактики у детей.
 1. контакт с больным МЛУ ТБ
 2. контакт с больным ТБ/ВИЧ/СПИД
 3. контакт с больным ТБ, выделяющим чувствительные МБТ
 4. Дети, рожденные от больной ТБ матери
 5. Дети с почечной, иммунологической недостаточностью
- end

4

15. Кто назначает и кто проводит химиопрофилактику у детей
 1. Врач эпидемиолог и врач фтизиатр
 2. Врач инфекционист и врач фтизиатр
 3. Врач педиатр ОЛС и врач фтизиатр
 4. Врач фтизиатр и педиатр ОЛС
 5. Врач фтизиатр и терапевт ЦСМ
- end

2

16. Назовите осложнения после вакцинации и ревакцинации БЦЖ

1. бронхоаденит
 2. региональный лимфаденит
 3. скрофулодерма
 4. гнойно-некротическая реакция кожи
 5. линейный рубец
- end

1

17. Бактериологический метод исследования мокроты на БК позволяет

1. определить жизнеспособность БК и лекарственную устойчивость БК
 2. определить лекарственную непереносимость
 3. определить кислотоустойчивость МБТ
 4. определить локализацию ТБ
 5. определить необходимость хирургического лечения
- end

3

18. Назовите методы раннего выявления первичного туберкулеза

1. флюорография
 2. прямая бактериоскопия
 3. туберкулинодиагностика
 4. бактериологический метод исследования мокроты
 5. иммунологические исследования крови
- end

2

19. Кратность флюорографического обследования декретированных контингентов населения на туберкулез

1. не реже 2 раз в год
2. не реже 1 раза в год
3. не реже 1 раза в 2 года
4. не реже 1 раза в 3 года
5. не реже 1 раза в квартал

end

1

20. КАКАЯ МЕРА ПРОФИЛАКТИКИ ТБ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ С УЧЕТОМ СОВРЕМЕННОЙ ЭПИДОБСТАНОВКИ В КЫРГЫЗСТАНЕ?

- 1.Своевременное лечение и абациллирование впервые выявленных больных с положительным мазком мокроты
- 2.Химиопрофилактика
- 3.Иммунопрофилактика
- 4.Санитарная профилактика
- 5.Дезинфекция очага туберкулезной инфекции

end

3

21. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СИНДРОМОМ РАСШИРЕНИЯ КОРНЯ ЛЕГКОГО

- 1.ателектаз
- 2.цирроз
- 3.туберкулез внутригрудных лимфоузлов
- 4.туберкулома
- 5.плевриты

end

5

22. С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ДИССЕМНИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ?

- 1.пневмокониозы
- 2.саркоидоз легких II, III ст.
- 3.карциноматоз
- 4.пневмонии (септические, вирусные, бактериальные, грибковые)
- 5.все перечисленное

end

4

23. БАЦИЛЛОВЫДЕЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1.распространенностью процесса
 - 2.вовлечением в процесс внутригрудных лимфоузлов
 - 3.наличием крупных фокусов казеозного некроза
 - 4.расплавлением казеоза и распадом легочной ткани
 - 5.вовлечением в процесс бронхов
- end

3

24. ВАКЦИНАЦИЯ БЦЖ

1. Дает 100% гарантию от заболевания туберкулезом
 2. Дает 50% гарантию от заболевания туберкулезом
 3. Снижает риск заболевания туберкулезом и развития тяжелых форм заболевания
 4. Излечивает от туберкулеза
 5. Создает пожизненный противотуберкулезный иммунитет
- end

2

25. ДОЗА ВАКЦИНЫ БЦЖ-1 ДЛЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

- 1.0,02 мг
 - 2.0,05 мг
 - 3.0,1 мг
 - 4.0,2 мг
 - 5.0,5 мг
- end

3

26. Препарат, используемый для проведения химиопрофилактики у детей и подростков и его доза
1. салюзид, 6 мг/кг массы тела
 - 2.фтивазид, 10 мг/кг массы тела
 - 3.изониазид, 10 мг/кг массы тела
 - 4.рифампицин, 10 мг/кг массы тела
 - 5.ПАСК, 10 мг/кг массы тела

end

5

27. Показания к назначению химиопрофилактики детям, у которых исключили ТБ, кроме:

1. Дети, находящиеся в контакте с больным ТБ
2. Дети с гиперергической пробой на туберкулин
3. Дети с «виражем» туберкулиновой пробы
4. Дети, находящиеся в контакте с больным ТБ и ВИЧ/СПИД
5. Дети, находящиеся в контакте с больным МЛУТБ

end

2

28. Вид туберкулина, используемый для постановки пробы Манту с 2 ТЕ

1. ППД-Л сухой очищенный
2. ППД-Л очищенный раствор
3. ППД-Л сухой эритроцитарный
4. ППД-S сухой очищенный
5. ППД-M очищенный раствор

end

5

29. Назовите диагностический метод для установления этиологии плеврита

1. плевральная пункция
2. рентгеноскопия грудной клетки
3. бактериологический метод исследования материала
4. цитологический метод
5. биопсия плевры

end

4

30. Укажите основной рентгенологический признак инфильтративного туберкулеза, облегчающий дифференциальную диагностику с острой пневмонией

1. локализация в нижней доле правого легкого
2. неоднородная структура затемнения
3. дорожка к корню
4. очаги бронхогенного обсеменения в легких

5.реакция плевры

end

3

31. В очаге туберкулезной инфекции проводится следующий комплекс профилактических мероприятий, кроме

1.посещения очага фтизиатром и медсестрой

2.посещения очага эпидемиологом СЭС

3.назначения химиотерапии контактными

4.заключительной дезинфекции

5.обследования контактных

end

5

32. Для своевременного выявления туберкулеза необходимо проводить

1.массовые профилактические обследования населения на туберкулез

2.обследование на туберкулез больных в общих и специализированных лечебных учреждениях

3.регулярное и качественное обследование групп риска по туберкулезу

4.санитарно-просветительную работу с населением

5.все перечисленное

end

5

33. К группе детей с повышенным риском заражения туберкулезом относятся следующие лица, кроме:

1.невакцинированных БЦЖ детей

2.недоношенных, часто и длительно болеющих детей

3.живущих в очагах туберкулезной инфекции

4.не имеющих послевакцинального знака

5.перенесших туберкулез

end

5

34. Основные мероприятия, составляющие работу противотуберкулезного диспансера - это:

1.наблюдение за контингентами по группам учета

2. ведение документации по отчетности

3. амбулаторное лечение больных и проведение химиопрофилактики

4. диагностика туберкулеза

5. все перечисленное

end

4

35. Абсолютные противопоказания к вакцинации БЦЖ новорожденных

1. пузырьчатка новорожденных

2. родовая травма

3. резус-конфликт

4. внутриутробное инфицирование туберкулезом

5. аллергический дерматит

end

1

36. Группа диспансерного наблюдения больного ранней туберкулезной интоксикацией в КР

1. I

2. II

3. III

end

3

37. Группа диспансерного учета ребенка с диагнозом туберкулезное инфицирование с гиперергической пробой Манту в КР

1. I

2. II

3. III

end

1

38. Группа диспансерного наблюдения больного туберкулезом в/грудных л/узлов в КР

1. I

2. II

3. III

end

5

39. Компоненты первичного туберкулезного комплекса

1. лимфаденит, лимфангит и очаг Гона
2. лимфангит, лимфаденит и очаг Ассмана
3. лимфангит, лимфаденит и плеврит
4. лимфаденит, лимфангит, легочный аффект и воспаление плевры
5. легочный аффект, "дорожка" (лимфангит) и лимфаденит

end

1

40. Частое осложнение туберкулеза в/грудных л/узлов

1. сдавление бронхов и нарушение проводимости воздуха в них
2. гематогенная диссеминация
3. милиарный туберкулез
4. туберкулезный менингит
5. казеозная пневмония

end

1

41. Наиболее частый механизм развития туберкулезного менингита

1. осложнение часто встречающихся форм первичного (у детей) или вторичного (у взрослых) туберкулеза легких
2. первичное поражение мозговых оболочек (у детей)
3. изолированное поражение мозговых оболочек
4. последствие первичной бактериемии
5. осложнение туберкулезного спондилита

end

4

42. Назовите наиболее важный фактор, определяющий течение и исход туберкулезного менингита

1. поражение черепно-мозговых нервов
2. сочетание с туберкулезом легких

3.наличие сопутствующих заболеваний

4.своевременная диагностика

5.высокий уровень сахара в ликворе

end

3

43. Частая локализация специфического процесса при туберкулезном менингите

1.большие полушария головного мозга

2.твердая мозговая оболочка

3.оболочки основания головного мозга

4.мозжечок

5.продолговатый мозг

end

4

44. Количество сахара в ликворе в норме и изменение при туберкулезном менингите

1.0,5 - 0,18 ммоль/л; снижается

2.2,0 - 2,76 ммоль/л; снижается

3.2,82 - 3,6 ммоль/л; повышается

4.2,97 - 4,13 ммоль/л; снижается

5.4,0 - 5,6 ммоль/л; повышается

end

2

45. ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИКВОРА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ МЕНИНГИТЕ

1.цитоз до 3000 в 1 мкл. за счет нейтрофилов и повышение белка

2.прозрачность полная, жидкость бесцветная, повышение уровня белка, снижение сахара

3.цитоз до 200-400 в 1 мкл. за счет лимфоцитов и понижение белка

4.снижение сахара, "+" осадочные реакции, умеренный цитоз, снижение хлоридов, наличие атипичных клеток

5.прозрачность мутная, зеленоватого цвета, при эндолюмбальной пункции вытекает частыми каплями, повышение белка и нейтрофилов

6.прозрачная, бесцветная, вытекает под давлением, цитоз умеренный за счет нейтрофилов, сахар в норме

end

3

46. Диссеминированный туберкулез легких наиболее часто приходится дифференцировать с

1. центральным раком легкого
2. периферическим раком легкого
3. гранулематозными заболеваниями легких
4. поликистозом легких
5. бронхитом

end

2

47. Сроки контроля анализа мокроты больного «новый случай»

1. 2, 4, 5 и 6 месяцев
2. 2 мес., 5 мес. и в конце лечения
3. 2, 5 и 8 месяцев
4. 2, 4 и 8 месяцев
5. 3 и 5 месяцев

end

2

48. Сроки контроля анализа мокроты больного «раннее леченный»

1. 2, 3, 5 и 6 мес.
2. 3, 5 и 8 мес.
3. 3, 6 и 8 мес.
4. 2, 5 и 8 мес.
5. 3, 5 и 7 мес.

end

4

49. Каким образом осуществляется контроль над больным в период интенсивной фазы лечения?

1. проведение как можно больше анализов мокроты на БК
2. чаще проводится рентгенологическое исследование
3. больные чаще осматриваются врачом в диспансере
4. больные должны принимать лекарства в присутствии медработника
5. тщательно ведется вся документация с целью определения категории больных

end

2

50. Для чего необходимо лечение больного в интенсивной фазе под тщательным медицинским контролем?

1. для удобства больного
2. для достижения скорейшего абациллирования
3. для достижения излечения больных с положительным мазком в 85% случаев и более
4. для излечения больного с положительным мазком в 95% случаев
5. с целью не допустить развития рецидива процесса

end

3

51. Какие противотуберкулезные препараты относятся к жизненно важным для впервые выявленных больных

1. стрептомицин, рифампицин, канамицин и флоримицин
2. изониазид, тибон и ПАСК
3. рифампицин, этамбутол, пипразинамид, изониазид, стрептомицин
4. рифампицин и изониазид
5. этионамид, пипразинамид и стрептомицин

end

2

52. Какие противотуберкулезные препараты относятся к жизненно важным для больных с хроническими формами ТБ и больных с резистентным ТБ?

1. изониазид, рифампицин
2. этионамид, пипразинамид, офлоксацин, амикацин, канамицин, циклосерин, ПАСК
3. стрептомицин, рифампицин, изониазид, пипразинамид, этионамид и канамицин
4. ПАСК и тибон
5. гормональные препараты

end

7

53. Результаты лечения по стратегии DOTS:

1. вылечен

2. лечение завершено
 3. умер
 4. неблагоприятный исход (мазок положительный на 5 месяцев лечения)
 5. нарушение режима (больной прекратил лечение на 2 месяца и более)
 6. переведен
 7. все перечисленное
- end

3

54. ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ "ТУБЕРКУЛЕЗ"

- 1.излечение всех больных туберкулезом легких
 - 2.активное выявление больных туберкулезом методом массовой флюорографии
 - 3.выявление 70% больных туберкулезом с положительным мазком мокроты и достижение излечения 85% впервые выявленных больных с заразными формами туберкулеза
 - 4.выявление и излечение больных туберкулезом с положительным мазком в 70% случаев
 - 5.активное выявление больных с помощью туберкулинодиагностики
- end

1.2

55. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СХЕМЫ ХИМИОТЕРАПИИ

- 1.2HRZE(S)/4H3R3
 - 2.2HRZE(S)/4HR
 - 3.2HRZ/2HR
 - 4.2HRZSE/1HRZE/5HRZ
 - 5.любая
- end

2

56. МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМИ ФОРМАМИ ТБ НАЗЫВАЮТСЯ ТАКИЕ ФОРМЫ, ПРИ КОТОРЫХ МБТ ОБЛАДАЕТ УСТОЙЧИВОСТЬЮ К:

- 1.изониазиду и ПАСК
- 2.изониазиду и рифампицину
- 3.рифампицину и канамицину

- 4.этамбутолу и пиразинамиду
 - 5.изониазиду и стрептомицину
- end

6

57. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОЛИРЕЗИСТЕНТНОСТИ МБТ

- 1.непоследовательная, частичная, неадекватная и неконтролируемая химиотерапия
 - 2.алкоголизм и наркомания у больных туберкулезом
 - 3.тяжелые сопутствующие заболевания у больных туберкулезом
 - 4.заражение туберкулезом от больных-хроников, длительное время получающих противотуберкулезные препараты
 - 5.недостаток финансирования противотуберкулезной службы и перебои в снабжении химиопрепаратами в бедных странах
 - 6.все перечисленное
- end

4

58. ТАКТИКА ВРАЧА ЦСМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТВ ПО ДАННЫМ МИКРОСКОПИИ МАЗКА МОКРОТЫ ПАЦИЕНТА – (БК+++, БК++ -)

1. Направление на рентгенографию грудной клетки
 2. Направление на рентгено-томографическое исследование грудной клетки
 3. Повторно - микроскопия мазка
 4. Направление к фтизиатру с целью лечения туберкулеза
 5. Направление на общеклиническое обследование
- end

4

59. ТАКТИКА ВРАЧА ЦСМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТВ ПО ДАННЫМ МИКРОСКОПИИ МАЗКА МОКРОТЫ ПАЦИЕНТА – (БК- - -) И ПРИ НАЛИЧИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ, КРОМЕ

- 1.Направление на рентгенографию легких
2. Применение АБТ широкого спектра действия
3. Повторно - микроскопия мазка
4. Направление на специфическое лечение
5. Направление на консультацию фтизиатра

end

5

60. НАЗОВИТЕ ПРЕИМУЩЕСТВА МЕТОДА БАКТЕРИОСКОПИИ ПЕРЕД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Вероятность правильного диагноза при бактериоскопии существенно выше (98 % случаев)

Бактериоскопия определяет эпидемиологически опасные случаи туберкулеза

Бактериоскопия позволяет правильно установить приоритет лечения разных случаев ТБ

Бактериоскопия является наиболее объективным методом мониторинга лечения

Все перечисленное

end

3

61. ОСНОВНОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ

1. цирроз

2. тотальное просветление

3. затемнение легочной ткани

4. патология средостения

5. первичный туберкулезный комплекс

end

9

62. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ БОЛЬНОГО К ФТИЗИАТРУ – ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

1. При обнаружении БК в мокроте или другом патологическом материале

2. При наличии характерных для туберкулеза симптомов и/или рентгенологических данных при отсутствии БК в мокроте

3. «Виразж» туберкулиновых проб, гиперергическая туберкулиновая проба, нарастание туберкулиновой чувствительности у детей и подростков

4. Осложнения после вакцинации БЦЖ (холодный абсцесс, келоидный рубец, регионарный лимфаденит, БЦЖиты)

5. По завершении курса лечения

6. Контактные с больным туберкулезом лица

7. При появлении побочных действий противотуберкулезных препаратов
8. При нарушении больным режима лечения
9. При наличии у больного туберкулезом сопутствующих заболеваний
- end

2

63. ПО ДАННЫМ ВОЗ, В МИРЕ ЕЖЕГОДНО ЗАБОЛЕВАЮТ ЗАРАЗНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА:

- 1.3 млн. человек
- 2.8– 9 млн. человек
- 3.3,5 млн. человек
- 4.16 – 20 млн. человек
- млрд. человек

End

ТЕСТЫ по ОФТАЛЬМОЛОГИИ

#
1
Дакриоцистит новорожденных необходимо дифференцировать с:
2
врожденным птозом
острым гнойным конъюнктивитом
гайморитом
хроническим блефаритом
эпикантусом
#
2
У ребенка 6-ти месячного возраста после гриппа появился резкий отек и гиперемия век одного глаза. В верхне-наружном квадранте орбиты пальпируется инфильтрат. Глазное яблоко смещено книзу, ограничено в подвижности. Предушные регионарные лимфатические узлы увеличены, лихорадочное состояние. Ваш диагноз?
5
абсцедирующий ячмень верхнего века
абсцесс верхнего века
отек Квинке
фарингоконъюнктивальная лихорадка
дакриоденит
#
3
Самым сильным видом рефракции , является:
1
миопия
эмметропия
гиперметропия
астигматизм

пресбиопия
#
4
Простой астигматизм является сочетанием:
2
эмметропии и пресбиопии
эмметропии и миопии
миопии и гиперметропии
гиперметропии различных степеней
миопии различных степеней
#
5
Клиническая картина кератитов:
2
мидриаз, несмыкание глазной щели
светобоязнь, чувство инородного тела в глазу, блефароспазм
миоз, салные преципитаты, отек век
застойная инъекция глаза, слезотечение
отек век, картина «булыжной мостовой» на конъюнктиве
#
6
Повышение ВГД при врожденной глаукоме происходит вследствие:
3
гиперпродукции внутриглазной жидкости
витреохрусталикового блока
наличия остатков мезодермальной ткани в УПК
задних синехий
ангиоматоза радужной оболочки
#
7
Осложнением врожденной катаракты может быть:
2
дисбинокулярная амблиопия
обскурационная амблиопия
миопия высокой степени
вторичная глаукома
гидрофтальм
#
8
Показание к ранней экстракции врожденной катаракты это:
4
передняя полярная катаракта
зонулярная катаракта
задняя полярная катаракта
диффузная катаракта
слоистая катаракта
#
9
При врожденных катарактах выполняют следующее хирургическое вмешательство:
3

факоэмульсификация
интракапсулярная экстракция катаракты
экстракапсулярная экстракция катаракты
реклинация
лазерная капсулотомия
#
10
Врожденную катаракту с низкой остротой зрения следует оперировать:
2
сразу после рождения
от 4 до 6 месяцев
от 6 до 12 месяцев
до 3 лет
до 5 – 7 лет
#
11
Для содружественного косоглазия характерно:
2
наличие двоения
отсутствие двоения
неравенство первичного и вторичного углов отклонения
ограничение подвижности глазного яблока
наличие ортофории
#
12
Пересадка роговицы – это:
2
кератотомия
кератопластика
кератомалация
кератомилез
кератопротезирование
#
13
Хирургический метод коррекции миопии:
5
эпикератофакия
сквозная кератопластика
кератопротезирование
склеротомия
лазерный кератомилез
#
14
Орбитальная эмфизема возникает при повреждении:
3
верхней стенки орбиты
наружной стенки орбиты
внутренней стенки орбиты
нижней стенки орбиты
скуловой кости

#
15
Капли, купирующие острый приступ глаукомы:
3
р-р сульфацила натрия 30 %
р-р сульфацила атропина 1 %
р-р пилокарпина 1 %
р-р левомецетина 0,25 %
р-р ципрофлоксацина 0,3%
#
16
Отрыв зрительного нерва сопровождается:
5
нарушением цветового зрения
значительным снижением зрения
двусторонней слепотой
концентрическим сужением поля зрения
односторонней слепотой
#
17
При подозрении на проникающее ранение глаза в первую очередь очень важно исключить:
4
отрыв зрительного нерва
гифему, гемофтальм
врожденную патологию глаза
внутриглазное инородное тело
сосудистые нарушения
#
18
Лечении эндофтальмита включает:
4
проведение антидотной терапии
промывание передней камеры
эвисцерацию
вitreктомия
применение электрофореза с лидазой
#
19
Витрэктомия это:
3
насечки на роговице
рассечение передней капсулы хрусталика
удаление шварт стекловидного тела
рассечение шлеммова канала
введение лекарственных препаратов эндовитреально
#
20
Буфтальмом называется увеличение размеров:
4

роговицы
лимба
склеры
глазного яблока
хрусталика
#
21
Признаки проникающего ранения роговицы:
3
глубокая ПК, гипотония, миоз
мелкая ПК, мидриаз, гипертензия
мелкая ПК, гипотония, смещение зрачка
глубокая ПК, гипотония, снижение зрения
кровь в ПК, миоз, отек роговицы
#
22
Осложнением проникающих ранений глаза является:
3
конъюнктивит
паралитическое косоглазие
металлоз
ретинопатия
дакриоцистит
#
23
Какое из перечисленных заболеваний одного глаза может грозить воспалением второму глазу (симпатической офтальмией)?
4
кератит
склерит
эндофтальмит
посттравматический увеит
посттравматический ретинит
#
24
Ведущим признаком гидрофтальма является:
5
наличие преципитатов на роговице
повышение внутриглазного давления
атрофия зрительного нерва
мелкая передняя камера
увеличение размеров глазного яблока
#
25
С какого возраста нужно начинать лечение содружественного косоглазия?
4
с 5-ти летнего возраста
с 7-ми летнего возраста
с 10-ти летнего возраста
со времени выявления косоглазия

с 14-ти летнего возраста
#
26
Флегмона орбиты может быть вызвана:
3
проникающим ранением глаза с наличием инородного тела
иридоциклитом
распространением инфекции из прилегающих анатомических структур
кератоконъюнктивитом
ретробульбарным невритом
#
27
К врачу обратилась девушка 16 лет по поводу быстрого прогрессирования миопии обоих глаз с 12-ти лет, когда впервые были выписаны очки (-) 1,5 Д на оба глаза. В настоящее время пользуется очками (-) 6,0 Д, но и в них стала видеть хуже. Какова врачебная тактика?
5
не усиливать дальше оптическую коррекцию зрения
пользоваться очками (-) 6,0 Д только для дали
подобрать более сильные по силе коррегирующие очки с целью повышения зрения
решение вопроса о возможности проведения операции кератотомии
решение вопроса о возможности проведения склеропластики
#
28
Ребенок родился недоношенным, длительно находился в кювезе. В двухмесячном возрасте мама заметила, что у ребенка нет реакции зрачков на свет. Какова причина?
3
паралич сфинктера зрачка
катаракта
ретинопатия недоношенных
атрофия зрительного нерва
помутнение стекловидного тела
#
29
По какому признаку педиатр может заподозрить врожденную катаракту?
4
помутнение роговицы
изменение цвета радужки
глубокая передняя камера
серый цвет зрачка
дрожание радужки
#
30
Какое из указанных заболеваний глаз чаще приводит к отслойке сетчатки?
4
глаукома
гипертоническая ретинопатия
катаракта
миопия высокой степени
пигментная дегенерация сетчатки

Оториноларингология	
#	
1. Глотка расположена:	
3	
1) между основанием черепа и II шейным позвонком;	
2) между основанием черепа и IV шейным позвонком;	
3) между основанием черепа и входом в пищевод;	
4) между II и IV шейным позвонком;	
5) между I и II шейным позвонком.	
#	
2. Выберите метод хирургического лечения при аденоидах III степени:	
1	
1) аденотомия;	
2) тонзиллотомия;	
3) тонзиллэктомия;	
4) удаление кисты миндалины.	
#	
3. Выберите метод лечения больных с паратонзиллярным абсцессом при наличии у них хронического тонзиллита:	
3	
1) антибиотикотерапия;	
2) вскрытие абсцесса;	
3) абсцесстонзиллэктомия и тонзиллэктомия на противоположной стороне;	
4) только местная терапия.	
#	
4. В каком возрасте чаще развивается ретрофарингеальный (заглоточный) абсцесс?	
1	
1) в детском;	
2) во взрослом;	
3) неонатальном;	
4) пожилым.	
#	
5. Анатомические образования, с которыми латерально граничит глотка:	
1	
1) сосудисто-нервный пучок;	
2) шейные позвонки;	
3) полость носа;	
4) хрящи гортани;	
5) околоушная слюнная железа.	
#	
6. Выберите из указанных нозологических форм банальную ангину:	
1	

1) катаральная;
2) моноцитарная;
3) дифтеритическая;
4) коревая.
#
7. Какой нерв управляет двигательными волокнами мышц гортани?
1
1) блуждающий нерв;
2) лицевой нерв;
3) тройничный нерв;
4) преддверно-улитковый нерв;
5) подъязычный.
#
8. Перстневидный и щитовидный хрящ соединяются с помощью связки:
2
1) эллиптической;
2) конической;
3) трапециевидной;
4) надгортанной.
#
9. Укажите, на сколько этажей делится гортань:
2
1) два;
2) три;
3) четыре;
4) пять;
5) один.
#
10. Выберите анатомические элементы, формирующие средний этаж гортани:
2
1) надгортанник;
2) голосовые складки;
3) валекулы;
4) язычная миндалина.
#
11. Для исследования гортани не применяют методы:
2
1) непрямая ларингоскопия;
2) фарингоскопия;
3) прямая ларингоскопия;
4) томография гортани;
5) стробоскопия.

#
12. Какие из указанных симптомов характерны для фарингита?
2
1) резкая боль в горле;
2) першение и дискомфорт в горле;
3) затруднение проглатывания слюны;
4) аутофония.
#
13. Укажите объективные признаки гиперкератоза, лептотрихоза глотки:
2
1) слизистая оболочка миндалин ярко гиперемирована;
2) на поверхности миндалин видны остроконечные белые шипы;
3) слизистая оболочка миндалин инфильтрирована;
4) стекловидный отек uvulae.
#
14. В классификации стенозов гортани выделяют:
4
1) 5 стадий;
2) 2 стадии;
3) 3 стадии;
4) 4 стадии.
#
15. Выберите метод радикального хирургического лечения больных хроническим тонзиллитом:
2
1) двусторонняя тонзиллотомия;
2) двусторонняя тонзиллэктомия;
3) аденотомия;
4) вскрытие кисты миндалины;
5) удаление папилломы миндалины.
#
16. Укажите, в каком возрасте развивается ложный круп:
1
1) детский;
2) взрослый;
3) пожилой;
4) подростковый;
5) юношеский.
#
17. Отек какого отдела гортани возникает при ложном крупе:
3
1) вестибулярного;

2) голосового;
3) подголосового;
4) в области валекул.
#
18. Укажите наиболее частую локализацию паратонзиллярного абсцесса:
2
1) задняя;
2) передневерхняя;
3) боковая;
4) нижняя;
5) интратонзиллярная.
#
19. При аллергическом стенозе гортани II стадии применяется:
2
1) трахеостомия;
2) медикаментозное дестенозирование;
3) коникотомия;
4) резекция гортани.
#
20. Чем характеризуется III степень гипертрофии небных миндалин?
3
1) миндалины увеличены на 1/3;
2) миндалины увеличены на 2/3;
3) миндалины соприкасаются друг с другом;
4) миндалины расположены за небными дужками;
5) миндалины у края небных дужек.

Акушерство и гинекология

1.
От какого из указанных факторов в первую очередь зависит установление менструального цикла?
2
1.Повышения секреции пролактина гипофизом
2.Ритмической секрециигонадолиберина гипоталамусом
3.Ритмическойсекрециипрогестерона яичниками
4.Ритмической секреции эстрогенов яичниками
5.Секреции нейротрансмиттеров
#
2.
Какой фактор не является поддерживающим нормальную среду влагалища?

4
1.РН влагалища, равный 3,8-4,5
2.Палочки Дедерлейна
3.Эстрогены
4.Кишечная палочка
5.верны 1,4
#
3
Распространению инфекций в женской половой сфере могут способствовать все, кроме:
3
1.Сперматозоиды
2.Трихомонады
3.РН влагалища, равный 3,8-4,5
4.Аборты
5.внутриматочные манипуляции
#
4
К основным физиологическим барьерам, предохраняющих женщин от ВЗОМТ, относится:
2
1.Зияние половой щели
2.Кислая реакция влагалищного содержимого
3.Щелочная реакция влагалищного содержимого
4.ВМС
5.
Кровянистые выделения из влагалища, не связанные с менструацией в возрасте 11-12 лет могут быть следствием:
5
Травмы
авитаминоза С
Аборта
всего перечисленного
ничего из перечисленного
#
6.
Для профилактики нарушений менструальной функции у девочек в пубертатном возрасте особо важное значение имеет:
4
систематическое занятие утренней гимнастикой с последующими водными процедурами (душ или обливание тела по частям)
достаточный сон
контроль функций кишечника и мочевого пузыря
все перечисленное
ничего из перечисленного
#

7
Атрезия – это:
1
недоразвитие органа, возникшее вторично, вследствие воспалительного процесса, перенесенного внутриутробно или постнатально;
отсутствие части органа;
отсутствие органа;
заращение в местах анатомического сужения полового тракта.
ничего из перечисленного
#
8
Лечение альгоменореи у девушки заключается в применении
5
препаратов седативного действия
микrokлизм с ромашкой
аналгетиков (ингибиторы простагландина)
низкодозированных оральных контрацептивов на 3 месяца
всего перечисленного
#
9
В период полового созревания дисфункциональные маточные кровотечения чаще всего носят характер
5
овуляторных
ановуляторных,
ациклических
верны 1,2
верны 2,3
#
10
К гиперплазии эндометрия у девушки приводит:
3
персистенция фолликула
атрезия фолликула
верны 1,2
ожирение
ничего из перечисленного
#
11
Больные с дисфункциональными маточными кровотечениями в период полового созревания отличаются от здоровых сверстниц:
5
интерсексуальным морфотипом
инфантильным морфотипом
гиперстенический тип
всем перечисленным
ничем из перечисленного

#
12
Гинатрезия – это:
4
недоразвитие органа, возникшее вторично, вследствие воспалительного процесса, перенесенного внутриутробно или постнатально;
отсутствие части органа;
отсутствие органа;
заращение в местах анатомического сужения полового тракта.
ничего из перечисленного
#
13
Развитие половых органов девочки характеризуется:
4
усиленным ростом незадолго до рождения
обратным развитием вскоре после рождения
усиленным развитием в препубертатном и пубертатном периодах
все перечисленным
ничем из перечисленного
#
14
Загиб матки кзади и нередко развивается как следствие воздействия таких неблагоприятных факторов в дошкольном и раннем школьном возрасте девочек как:
3
систематическая и длительная задержка стула
систематическая и длительная задержка мочеиспускания
верно 1 и 2
воспалительного процесса
все перечисленное
#
15
Особенности наружных половых органов у новорожденной девочки
4
Вульва находится в состоянии большего или меньшего набухания
вульва частично видна при сомкнутых и вытянутых ногах
эпителий вульвы легко раним и восприимчив к инфекции
верно все перечисленное
ничего из перечисленного
#
16
Особенностью развивающихся вторичных половых признаков у девочек по сравнению с мальчиками является все перечисленное, кроме
2
развития жировой клетчатки по женскому типу
изменения соотношения между тазовым и плечевым поясам в сторону относительного увеличения окружности последнего

более тонкой и нежной кожи
роста волос в области наружных гениталий с их распределением в виде треугольника с вершиной, направленной книзу
верны 1,3,4
#
17
При типичном наружном женском псевдогермафродитизме
4
за гипертрофированный клитор принимается недоразвитый половой член
за большие половые губы принимается расщепленная пустая мошон
имеются только яички
все перечисленное неверно
все перечисленное верно
#
18
Основными причинами преждевременного полового созревания изосексуального типа являются:
5
церебральная патология функционального характера
церебральная патология органического характера
следствие перенесенной перинатальной гипоксии
следствие перенесенной родовой травмы
все перечисленное
#
19
Основные клинические признаки при истинном преждевременном половом созревании центрального генеза все перечисленные, кроме
4
неврологическая симптоматика
внутричерепная гипертензия
эмоциональные нарушения (злобность, агрессивность, резкая смена настроения)
отсутствие менструации до 15-16 лет
верно 1, 2
#
20
Основные клинические признаки преждевременного полового созревания изосексуального типа органического характера
5
задержка интеллектуального развития;
эмоциональная неустойчивость;
застойные изменения глазного дна;
преждевременное появление вторичных половых признаков;
все перечисленное.
#
21
Для полной формы преждевременного полового созревания характерно

5
различная степень развития вторичным половых признаков
отсутствие менструаций
костный возраст соответствует календарному
масса тела не повышена
ничего из перечисленного
#
22
Клиническая картина ложного преждевременного полового развития
5
кровянистые выделения из влагалища нерегулярного характера
незначительное развитие вторичных половых признаков (скудное оволосение, недостаточное развитие молочных желез)
наружные и внутренние половые органы имеют выраженные черты эстрогенного влияния
высокий уровень эстрогенов
все перечисленные
#
23
Ложное преждевременное половое созревание гетеросексуального типа чаще всего обусловлено:
1
развитием андрогенсекретирующих опухолей яичника
врожденной гипертрофией коры надпочечников
перинатальными причинами (гипоксия, родовая травма)
внутриутробным инфицированием
верно 1, 2
#
24
Характерные особенности телосложения при адреногенитальном синдроме:
4
увеличение ширины плеч;
узкий таз;
укорочение конечностей;
все перечисленное.
ничего из перечисленного
#
25
Особенности преждевременного полового созревания гетеросексуального типа:
2
период полового созревания начинается в 10-11 лет;
появление мужских вторичных половых признаков (увеличение клитора, низкий тембр голоса);
выраженное и быстрое увеличение молочных желез;
наличие менструаций;
все перечисленные.
#

26
Задержка полового развития – это отсутствие:
1
вторичных половых признаков к 14 годам, а менструации к 16 годам;
вторичных половых признаков к 12 годам, а менструации к 16 годам;
вторичных половых признаков к 14 годам, а менструации к 18 годам;
вторичных половых признаков к 12 годам, а менструации к 18 годам.
все ответы верны
#
27
Для клинической картины гиперандрогении надпочечникового генеза характерны:
5
раннее проявление вирильного синдрома
гирсутизм до или после начала первой менструации
первая менструация может запаздывать или быть, своевременной
гипоплазия молочных желез
все перечисленные
#
28
К гипергонадотропной аменорее относится:
4
синдром истощения яичников;
синдром резистентных яичников;
синдром Шерешевского-Тернера;
все перечисленное
ничего из перечисленного
#
29
Возникновению злокачественных новообразований вульвы у девочек в отличие от взрослых обычно предшествуют:
5
кондилома
экзематозные процессы
лейкоплакия
эндометриоз
верно 1, 2
#
30
Наиболее типичной формой гонореи у девочек является
4
хроническая
торпидная
рецидивирующая
острая
все перечисленные

#
31
Физиологическая аменорея – это отсутствие менструации:
5
у девочек до 10-12 лет;
во время беременности;
в период лактации;
в старческом возрасте;
верно все перечисленное
#
32
Выскабливание матки у девочки (девушки) производится
4
при альгоменорее
при аменорее
при ановуляторных менструальных циклах
при профузном кровотечении и отсутствии эффекта от консервативной терапии
все перечисленные
#
33
В пубертатном возрасте наиболее частой причиной белей является
5
гонорея
трихомониаз
экстрагенитальные заболевания
психогенные факторы
верно 1, 2, 3
#
34
Среди злокачественных опухолей яичников, у девочек в отличие от взрослых наиболее часто встречаются:
4
эпителиальные
липидоклеточные
опухоли стромы полового тяжа
герминогенные
все перечисленные
#
35
Причиной ложной аменореи у девочек пубертатного возраста может быть
5
атрезия гимена
атрезия влагалища
атрезия цервикального канала
аплазия матки

верно 1, 2, 3
#
36
Показания к назначению комбинированных оральных контрацептивов у девушки, не ведущей половую жизнь
4
Овуляторные боли
Вульгарные угри
Менструальные боли
Маточные кровотечения
ничего из перечисленного
#
37
При лечении угревой сыпи у девушек рекомендуются
4
Высокодозированные комбинированные оральные контрацептивы, в состав которых входят антиандрогенные прогестины
Не имеет значения, все комбинированные оральные контрацептивы обладают сходным действием
Низкодозированные комбинированные оральные контрацептивы, в состав которых входят антиандрогенные прогестины
Микродозированные комбинированные оральные контрацептивы, в состав которых входят антиандрогенные прогестины
ничего из перечисленного
#
38
Наиболее оптимальные гормональные контрацептивы для подростков?
4
Высокодозированные комбинированные оральные контрацептивы
Низкодозированные комбинированные оральные контрацептивы
Прогестины
Микродозированные комбинированные оральные контрацептивы.
комбинированные инъекционные контрацептивы
#
39
Препарат выбора для девушек с расстройствами менструального цикла?
2
Димиа
Линдинет 20
Ярина
Медиана
Депо-провера
#
40
Что относится к положительным неконтрацептивным эффектам комбинированных оральных контрацептивов?

2
Стимуляция овуляции
Улучшение состояния кожи
Профилактика инфекций, передающихся половым путем
Регуляция менструального цикла
верны 1,2
#
41
Отсутствие полового развития обусловлено:
3
перенесенными инфекционными заболеваниями в раннем детстве;
перенесенными воспалительными процессами органов малого таза вирусной этиологии;
хромосомными аномалиями;
всем перечисленным;
ничем из перечисленного
#
42
Снижение уровня гонадотропных и яичниковых гормонов приводит к:
4
1.Росту и развитию фолликулов
2. Овуляции
3.Образованию желтого тела
4.Менструации
5.Ановуляции
#
43
Тоническая секреция ФСГ и ЛГ вызывают:
1
1.Рост и развитие фолликулов
2.Овуляцию
3.Образование желтого тела
4.Созревание желтого тела
5.правильны 3,4
#
44
Что из ниже перечисленного вызывает циклические боли в низу живота?
4
1.Эндометриоз
2.Болезненная овуляция
3.Гематокольпос-накопление менструальной крови во влагалище
4.Все выше перечисленное
5.Ничего из перечисленного
#

45
Что определяет кольпоцитологический метод исследования:
3
1. наличиегормонопродуцирующих опухолей в организме
2.Опухоли матки
3. эстрогенную насыщенность организма
4. гиперфункцию надпочечника
5.гипофункцию щитовидной железы
#
46
Продолжительность менструального цикла при приеме большинства КОК составляет
2
1. 21день
2. 28дней
3. 35дней
4. 32дня
5.более 35 дней
#
47
Увеличение контрацепции какого гормона в крови наиболее достоверно свидетельствует о снижении «яичникового резерва»?
4
1.ФСГ
2.ЛГ
3.ХГ
4.АМГ
5.всех перечисленных
#
48
Перечисленные факторы, способствующие персистенции Chlamydia trachomatis в органах репродуктивной системы женщины:
4
1.инфицирование антибиотикоустойчивыми штаммами Chlamydia trachomatis
2.Наличие у женщины вторичного иммунодефицита
3.Одновременное инфицирование гонококками и трихомонадами
4.Все вышеперечисленные факторы способствуют персистенции хламидий
5.ничего из перечисленного
#
48
Назовите наиболее часто встречающуюся наследственную аутосомно-рецессивную форму патологии у женщин:
3
1.Синдром избыточной активности ароматазы

2. Синдром дефицита ароматазы
3. Неклассический вариант дефицита 21-гидроксилазы надпочечников
4. Дефицит 3 β -гидроксистероид-дегидрогеназы надпочечников
5. ничего из перечисленного
#
49
В каких структурах ЦНС образуется ГРГ?
2
1. Гипофизе
2. Гипоталамусе
3. Эпифизе
4. Коре головного мозга
5. Надгипоталамических церебральных структурах
#
50
В какой фазе менструального цикла частота «пульсации» секреции ЛГ является максимальной
2
1. В фолликулярной
2. В предовуляторном периоде
3. В постовуляторном периоде
4. В лютеиновой фазе
5. верны 3,4
#
51
Как изменяется содержание активного эстрадиола в крови при увеличении образования глобулина, связывающего половые стероиды
2
1. Увеличивается
2. Уменьшается
3. Существенно не изменяется
4. Резко увеличивается
5. незначительно уменьшается
#
52
Где преимущественно образуются ДГЭА и ДГЭАС?
1
1. В надпочечниках
2. В почках
3. В яичниках
4. В надпочечниках и яичниках
5. все ответы не верны
#
53

Какие важнейшие изменения наблюдаются в фолликулярной фазе менструального цикла:
4
1.Быстрый рост фолликулов в яичниках
2.Увеличение образования эстрогенов клетками фолликулов
3.Рост железистого эпителия функционального слоя эндометрия
4.Все выше перечисленное
5.ничего из перечисленного
#
54
О чем свидетельствует выраженная кристаллизация образца цервикальной слизи с образованием картины «листьев папоротника»?
1
1.О достаточном образовании эстрогенов в организме женщины
2.О недостаточном образовании прогестерона в организме женщины
3.Об избыточном образовании андрогенов в организме женщины
4.О дисфункции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы
5.О недостатке андрогенов
#
55
О чем свидетельствует «монофазный» характер кривой базальной температуры тела?
3
1.О наличии беременности
2.О недостаточности лютеиновой фазы менструального цикла
3.Об ановуляторном менструальном цикле
4.О гиперэстрогении
5.О гиперэстрогении
#
56
Какой характер носят дисфункциональные маточные кровотечения в ювенильном возрасте
3
1.Овуляторный
2.Ановуляторный, связанный с персистенцией фолликулов
3.Ановуляторный, связанный с преждевременной атрезией фолликулов
4.Связаны с наличием кисты желтого тела
5.все ответы правильны
#
57
Что такое «альгодисменорея»?
3
1.Изменение продолжительности менструальных циклов
2.Отсутствие менструаций у женщин после 45 лет
3.Болезненные менструации
4.Боли, связанные с овуляцией

5.Отсутствие менструации у девушки после 16 лет
#
58
На каких принципах основывается использование комбинированных оральных контрацептивов при лечении первичной альгодисменореи?
4
1.Их использование приводит к восстановлению баланса между продукцией эстрогенов и прогестерона
2.При их применении подавляется овуляция
3.При их применении восстанавливается баланс между образованием PGE ₂ и PGF ₂ в матке
4.Все вышеперечисленное верно
5.Все вышеперечисленное не верно
#
59
Эхографическая картина эндометрия в первую фазу менструального цикла
1
1.В виде гиперэхогенной полости толщиной до 5мм
2.Трехслойная до 15мм
3.разнородная структура М-ЭХО толщиной более 20мм
4.Наличие в базальном слое эндометрия эхопозитивного включения
5.все перечисленное
#
60
Признаки вагинальных выделений при бактериальном вагинозе
3
1.Хлопьевидные, творожестые
2.Желто-зелено-серый, пенистый
3.Молочно-серые, гомогенные, иногда с пузырьками газа
4.Жидкие, зеленоватые, гноевидные
5.с неприятным запахом
#
61
К критериям диагностики бактериального вагиноза, относятся:
3
1. Жалобы на обильные выделения из половых путей
2.Зуд во влагалище +повышение РН от 5,0 до 7,5
3.Обильные влагалищные выделения+ключевые клетки+повышение РН+положительные аминотест
4.Обильные влагалищные выделения+зуд влагалища
5.все перечисленное
Для синдрома резистентных яичников характерно все перечисленное , кроме:
4
1.Отсутствия менструации и беременности

2.Множества премордиальных фолликулом в ткани яичника (при гистологическом исследовании)
3.Положительной пробы с прогестероном у большинства женщин
4.Кариотипа 46ХО
5.правильны 1,2,3
#
62
Для дисменореи характерны:
4
1.Задержка менструации
2.Частые менструации
3.Ациклические кровянистые выделения из половых путей
4.Циклические боли внизу живота во время менструаций
5.Менометроррагии
#
63
Причиной вторичной дисменореи является:
2
1.Преждевременное половое развитие
2.Пороки развития матки и влагалища
3.ПКЯ
4.АГС
5.воспалительные заболевания органов малого таза
#
64
Первичная аменорея без задержки полового развития встречается при:
3
1.Дизгенезии гонад
2.Задержки полового развития
3.Аплазии матки
4.Органические нарушения гипоталама-гипофизарной системы
5.все ответы правильны
#
65
При синдроме Майера-Ракитанского–Кюстнера характерно:
4
1.Повышение уровня гонадотропинов
2.Гиперэстрогения
3.Гипопрогестеронемия
4.Нормальный уровень гонадотропинов
5.все ответы верны
#
66

Синдром Ашермана часто встречается после:
4
1.Длительного приема КОК
2.После применения «Мирены»
3.После длительного лечения гиперпролактинемии «Достинексом»
4.После различных хирургических внутриматочных вмешательств
5.всех перечисленных
#
67
В лечении синдрома Аширмана применяется:
4
1.Антибактериальная терапия+циклическая гормональная терапия
2.ДВМ+ВМС
3.ДВМ+КОК
4.ДВМ+циклическая гормональная терапия
5.все перечисленное
#
68
Отсутствия менструально-подобной реакции после проведения пробы с прогестероном свидетельствует, о:
2
1.Гипопрогестеронемии
2. Гипоэстрогении
3.Гиперэстрогении
4.Гиперпрогестеронемии
5.гиперандрогении
#
69
К эхоскопическим критериям ПКЯ относятся, все кроме:
4
1.Объем яичников больше 9 см ³
2.Количество фолликулов более 10
3. Отсутствие доминантного фолликула
4. Наличие преовуляторного фолликула
5.верны 1,2
#
70
При проведении у больной с аменореей гормональной пробы с эстрогенами и гестагенами отрицательный результат ее (отсутствие менструальной реакции) свидетельствует:
3
о наличии аменореи центрального генеза;
о яичниковой форме аменореи;
о маточной форме аменореи;
о наличии синдрома склерокистозных яичников;

ни о чем из перечисленного.
#
71
При отрицательной пробе с гонадотропинами у больных с аменореей показано:
2
проба с эстрогенами и гестагенами в циклическом режиме;
лапароскопия и биопсия яичников;
лапароскопия и удаление яичников;
прогестероновая проба;
ничего из перечисленного.
#
72
Для восстановления генеративной функций при дисгенезии гонад необходимо
5
1.Длительная циклическая терапия половыми гормонами
2.Стимуляция овуляции
3.Клиновидная резекция яичников
4.правильны 1,2,3
5.Восстановление генеративной функции , как правило, бесперспективно
#
73
Преждевременное половое созревание (ППР)-это появление вторичных половых признаков и менструаций у девочек в возрасте:
1
1.До 8 лет
2.С 9 лет
3.До 11 лет
4.До 12 лет
5.до 15 лет
#
75
Показания для направления девочки на осмотр к врачу акушеру-гинекологу:
4
боли в животе в любом возрасте;
появление признаков полового развития в 8 лет;
отсутствие менструации в 15 лет;
туберкулез;
все перечисленное.
#
76
У пациентки аменорея, бесплодие , отсутствуют матка и яичники , кариотип 45XO. Диагноз?

3
1. Синдром тестикулярной феминизации
2. Синдром Клайнфельтера
3. Синдром Шерешевского-Тернера
4. Синдром Раkitанского
5. ничкго из перечисленного
#
78
Причиной ложной аменореи у девочек пубертатного возраста может быть все перечисленное, кроме:
3
атрезии гимена;
атрезии влагалища;
аплазии матки;
атрезии цервикального канала.
правильные 1,2
#
79
Оценка полового созревания девочек проводится всем, кроме
4
1. развитие молочных желез
2. лобковое оволосение
3. данные о менструациях
4. наличие угревой сыпи
5. правильны 1,2
#
80
#
Какое заболевание следует заподозрить, если влагалищная дрожжевая инфекция часто повторяется
2
1. анемия
2. СД
3. СКВ
4. эндометриоз гениталий
5. генитальный туберкулез
#
81
Объем хирургического лечения при доброкачественных опухолях яичников у молодых женщин:
2
удаление придатков;

резекция яичника с возможно большим сохранением здоровой ткани органа;
надвлагалищная ампутация матки с придатками на стороне поражения;
удаление яичника на стороне поражения.
#
82
К числу обязательных методов обследования девочек с клиническими проявлениями преждевременного полового развития относится все, кроме
3
1.определения содержания гонадотропинов в плазме
2.УЗИ
3.определение полового хроматина
4.определение костного возраста
5.все перечисленное
#
83
Для апоплексии яичника характерно все, кроме
4
1.Боли внизу живота, возникающей на фоне полного благополучия
2.отсутствие наружного кровотечения
3.отрицательные биологические реакции на беременность
4.резко выраженного нарастания числа лейкоцитов в крови
5.слабость, головокружение
#
84
Экстренная госпитализация в гинекологический стационар показана во всех перечисленных ниже случаях, кроме:
3
перекрута ножки опухоли яичника;
рождение подслизистого миоматозного узла;
атипической гиперплазии эндометрия;
острого гнойного воспаления придатков матки;
внематочной беременности нарушенной по типу трубного аборта.
#
85
К критериям диагностики урогенитального кандидоза не относится
3
1.наличие псевдомицелия гриба
2.кольпоскопические признаки кольпита
3.положительный аммиачный тест
4.микробиологическое исследование

5.верны 2,3
#
86
Фаза секреции в эндометрии может быть полноценной, если:
4
фаза пролиферации
произошла овуляция
функционирует желтое тело
все перечисленное
ничего из перечисленного
#
87
Методами гемостаза при ЮМК не является:
4
1.гемостатические средства
2.эстроген-гестаген содержащие оральные контрацептивы
3.циклическая витаминотерапия
4.агонисты РГ ЛГ
5.утеротоники
#
88
Ановуляция при ЮМК обусловлена:
1
1.атрезией фолликулов
2.персистенцией фолликула
3.гипопрогестеронемия
4.гиперэстрогения
5.гиперандрогенией
#
89
Интервал между менструациями от 35 дней до 6 месяцев:
3
1.полименорея
2.опсоменорея
3.олигоменорея
4.аменорея
5.пройменорея
#
90

Регулярные обильные менструации длительностью от 7 и более дней?
1
1. меноррагия
2. метроррагия
3. менометроррагия
4. полименорея
5. олигоменорея
#
91
Морфологическая характеристика эндометрия при персистенции фолликула:
4
1. децидуальное превращение эндометрия
2. секреция эндометрия
3. атрофия эндометрия
4. пролиферация эндометрия
5. ничего из перечисленного
#
92
Причиной ДМК является:
1
1. гиперэстрогения
2. гиперпрогестеронемия
3. гиперпролактинемия
4. гиперандрогения
5. верны 2,3,4
#
93
Фаза секреции в эндометрии может быть полноценной только, если
4
1. полноценная фаза пролиферации
2. произошла овуляция
3. функционирует полноценное желтое тело
4. верно все перечисленное
5. 2,3
#
94
При лечении больной с любой формой дисгении гонад, исключается как правило, восстановление
3
1. менструальной функции

2.половой функции
3.генеративной функции
4.все перечисленные
5.ничего из перечисленного
#
95
В яичнике андрогены служат субстратом для образования
2
1.прогестерона
2.эстрогенов
3.прогестерона и эстрогенов
4.кортизола
5.всех гормонов
#
96
Гиперпролактинемия это состояние, при котором
4
1.повышенный уровень пролактина в плазме крови
2.нарушается механизм гипоталамо-гипофизарной системы
3.нарушается менструальный цикл и репродуктивная система
4.все перечисленное
5.ничего из перечисленного
#
97
Основные клинические проявления гиперпролактинемии:
1.ановуляция
2.аменорея,олигоменорея
3.бесплодие
4.всеперечисленное
5.ничего из перечисленного
#
98
2
При врожденной форме АГС нарушения функции надпочечников развивается внутриутробно в следствие:
1.гормонопродуцирующей опухоли яичников
2.моногенной мутации и дефицита энзимной системы с21гидроксилазы
3.избыточного образования энзима с17 гидроксилазы
4.менингомиелоцеле
5.всех перечисленных

#
99
К гипергонадотропной аменорее относятся
4
1.синдром истощения яичников
2.синдром резистентных яичников
3.синдром дисгенезии яичников
4.все перечисленное
5.ничего из перечисленного
#
100
Избыточный синтез андрогенов вызывает все, кроме:
3
1.подавляет рост и созревание фолликулов на ранних стадиях фолликулогенеза
2.появление ановуляторных циклов
3.образование антиспермальных антител
4.разрыв сосудов эндометрия, кровоизлияние и отслойку хориальной ткани при беременности
5. верны 3,4
#
101
возможными причинами маточной аменореи являются:
4
1.гибель базального слоя эндометрия
2.отсутствие матки
3.рубцовые изменения в матке, образование синехий
4.все перечисленное
5.ничего из перечисленного

Инфекционные болезни

#
1
ЛИМФАДЕНОПАТИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ:
2
генерализованная, с конца первой недели, сохраняется в течение нескольких месяцев.
генерализованная, с первых дней болезни до периода реконвалесценции.
локализованная (шейная, подчелюстная), с первых дней болезни и до конца 2 недели заболевания.
локализованная (шейная, подчелюстная), с первых дней болезни и до конца 2

недели заболевания. локализованная (любая группа лимфоузлов), продолжается весь лихорадочный период.
#
2
ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:
3
вирус герпеса 1 типа; парвовирус; вирус Эпштейн-Барр; вирус герпеса 6 типа.
#
3
ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ В ГЕМОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЮТ:
2
нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево; лейкоцитоз, абсолютный лимфоцитоз, моноцитоз; лейкопению, лимфопению, моноцитоз; лейкопению, относительный лимфоцитоз, эозинофилию.
#
4
КАКОЕ СОЧЕТАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА?
4
локальная лимфаденопатия, выраженная лихорадка, катаральный тонзиллит; лимфаденопатия, гепатолиенальный синдром, фебрильная лихорадка; генерализованная лимфаденопатия, язвенно-некротический тонзиллит; длительная лихорадка, генерализованная лимфаденопатия, тонзиллит.
#
5
НА ФОНЕ ОРВИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ СИНДРОМ:
2
вирусной диареи; обструктивный; абдоминальный; нейротоксикоза.
#
6
ПО СРАВНЕНИЮ С ДЕТЬМИ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА У НОВОРОЖДЕННЫХ НА ФОНЕ ОРВИ ЗНАЧИТЕЛЬНО РЕЖЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ СИНДРОМ:

2
имфаденопатии; крупы; обструктивный; абдоминальный.
#
7
ВЫСОКОЙ ЧАСТОТЕ ОРВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ СПОСОБСТВУЕТ:
4
медленное накопление антител и замедленное освобождение организма от вирусов; снижение фагоцитоза; низкий уровень секреторного IgA; незрелость Т-клеточного звена иммунитета.
#
8
РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЕТ:
3
пневмонию; острый ринит; бронхиолит; вирусную диарею.
#
9
ЭКЗАНТЕМОЙ СОПРОВОЖДАЕТСЯ:
1
энтеровирусная инфекция; грипп; аденовирусная инфекция; респираторно-синцитиальная инфекция.
#
10
ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ:
4
пиелонефритом; пневмонией; отоанtritом; серозным менингитом и миокардитом.
#

11
В СВЯЗИ С ФЕНОМЕНОМ КИСТООБРАЗОВАНИЯ В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С:
2
сепсисом; муковисцидозом; деструктивной пневмонией; пневмонией грамотрицательной этиологии.
#
12
ПРИЧИНОЙ АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ОРВИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ:
3
искусственное вскармливание; неблагоприятный преморбидный фон; репродукция вируса в поджелудочной железе и кишечнике; медикаментозная терапия.
#
13
В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ СИМПТОМ:
1
геморрагический; диареи; анорексии; рвоты.
#
14
НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ ОТ МАТЕРЕЙ-НОСИТЕЛЬНИЦ НВS-АНТИГЕНА С РОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА:
2
на 2-3 сутки жизни; в первые часы жизни; при выписке из родильного дома; в возрасте 1 месяца жизни.
#
15
КЛАССОМ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В ГРУДНОМ МОЛОКЕ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ МЕСТНЫЙ ИММУНИТЕТ КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ:
4
IgE.

IgM. IgG. IgA.
#
16
ПРИЧИНОЙ НАРУШЕНИЯ СТАНОВЛЕНИЯ БИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:
3
отсасывание слизи из желудка сразу после рождения; гипоксия в родах; отсутствие грудного вскармливания с первых часов жизни; проведение реанимационных мероприятий в родильном зале.
#
17
ОБЪЕМ ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ЖИДКОСТИ В ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ:
4
не изменяется; увеличивается; у доношенных новорожденных увеличивается, у недоношенных – уменьшается; уменьшается.
#
18
ХАРАКТЕРНА ВЫРАЖЕННАЯ ПОТЕРЯ ЭЛЕКТРОЛИТОВ ИЗ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ:
1
рвоте и жидком стуле; гипертермии; выраженной одышке; потливости.
#
19
ДЛЯ СИНДРОМА ЖЕЛТУХИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ:
3
повышение непрямого билирубина; гемолиз; повышения прямого билирубина; повышение СОЭ.
#
20
ПОКАЗАТЕЛЕМ ГЕПАТОЦИТОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

2
гиперхолестеринемия; гипертрансаминаземия; диспротеинемия; гипофибриногенемия.
#
21
ПОРАЖЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРИ:
1
муковисцидозе; кишечной инфекции; скарлатине; колите.
#
22
ПРИ ОСТРОМ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ:
4
продуктивный кашель с большим количеством мокроты; удлинение выдоха; сухой кашель ночью; грубый лающий кашель с изменением голоса.
#
23
К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ОСТРОГО БРОНХИТА ОТНОСЯТ ХРИПЫ:
2
локальные мелкопузырчатые влажные; рассеянные сухие, крупно и среднепузырчатые; рассеянные мелкопузырчатые; локальные сухие.
#
24
К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ОТНОСЯТ ХРИПЫ:
2
рассеянные мелкопузырчатые; рассеянные сухие свистящие; локальные мелкопузырчатые; локальные сухие.
#
25

ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
1
респираторный вирус; легионелла; хламидия; микоплазма.
#
26
К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ БРОНХИОЛИТА ОТНОСЯТ ХРИПЫ:
2
рассеянные сухие; рассеянные мелкопузырчатые; локальные мелкопузырчатые; локальные сухие.
#
27
ДЛЯ МИКОПЛАЗМЕННОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРНО ВЫЯВЛЕНИЕ:
1
асимметрии хрипов в легких; грубого лающего кашля; притупления перкуторного звука; нормальной температуры тела.
#
28
ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРНЫ ДЛИТЕЛЬНО СОХРАНЯЮЩИЕСЯ ХРИПЫ:
2
рассеянные мелкопузырчатые влажные; крупно и среднепузырчатые влажные; локальные мелкопузырчатые; рассеянные сухие свистящие.
#
29
ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 МЕСЯЦЕВ ДО 5 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ:
4
энтерококк; стафилококк; стрептококк; пневмококк.
#

30
ОСНОВНЫМИ ФИЗИКАЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ ХРИПЫ:
2
<p>локальные сухие свистящие; локальные мелкопузырчатые или крепитирующие; рассеянные мелкопузырчатые влажные; рассеянные сухие свистящие.</p>
#
31
К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ:
2
<p>коробочный звук при перкуссии; притупление перкуторного звука; рассеянные мелкопузырчатые хрипы; локальные разнокалиберные влажные хрипы.</p>
#
32
К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ХЛАМИДИЙНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ:
1
<p>навязчивый коклюшеподобный кашель; притупление перкуторного звука; локальные мелкопузырчатые хрипы; ассиметрию хрипов;</p>
#
33
К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ:
2
<p>грубый лающий кашель; выраженную одышку; фебрильную лихорадку; сухой плеврит.</p>
#
34
К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ:
3
<p>выраженную одышку; нормальную температуру тела; мелкопузырчатые влажные хрипы в легких; пневмоторакс.</p>
#
35

ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ВЫСЛУШИВАЮТ ХРИПЫ:
4
диффузные разнокалиберные влажные; диффузные мелкопузырчатые влажные; локальные мелкопузырчатые влажные; диффузные сухие свистящие.
#
36
ДЛЯ ОСТРОГО ПРОСТОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРЕН ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК:
2
притупленный; коробочный; укороченный легочный; легочный.
#
37
ДЛЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ:
2
инспираторной одышки; экспираторной одышки; навязчивого кашля; смешанной одышки.
#
38
ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ В ОСНОВНОМ НА:
4
общую слабость; затруднение вдоха; головную боль; затруднение выдоха.
#
39
39. К ОСНОВНОМУ ПРИЗНАКУ БРОНХИОЛИТА ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ОТНОСЯТ ДИФФУЗНЫЕ ХРИПЫ:
3
крупнопузырчатые влажные; сухие свистящие; мелкопузырчатые влажные; разнокалиберные влажные.

#
40
ОСНОВНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 6 ЛЕТ ЯВЛЯЮТСЯ:
4
Staphilococcus aureus, Streptococcus pneumonia; Mycoplasma pneumonia, Legionella pneumophila; Chlamydia pneumonia, Mycoplasma pneumonia; Streptococcus pneumonia, Haemophilus influenzae.
#
41
УСИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ:
1
пневмонии; плеврите; пневмотораксе; эмфиземе.
#
42
НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЕХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:
4
Escherichia coli; Staphilococcus aureus; Mycoplasma pneumonia; Chlamydia trachomatis.
#
43
К ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ГОСПИТАЛЬНОЙ (НОЗОКОМИАЛЬНОЙ) ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ:
3
атипичную флору; грибковую инфекцию; грамотрицательную флору; респираторные вирусы.
#
44
ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СЕТЧАТОГО ЛЕГОЧНОГО РИСУНКА С РАЗЛИЧНОЙ ПО ВЕЛИЧИНЕ ЯЧЕИСТОСТЬЮ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О ТЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ:
1

интерстициальной; крупозной; очаговой; сегментарной.
#
45
ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ:
4
простейшие; грамположительные бактерии; грамотрицательные бактерии; вирусы и «атипичные» возбудители.
#
46
МАРКЕРОМ ОСТРОГО ПЕРИОДА ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ:
3
Аанти-HAVIgG; HBS-Ag; анти-HAVIgM; анти-HBcor-сумм.
#
47
«ЛАСКОВЫМ УБИЙЦЕЙ» НАЗЫВАЮТ ВИРУС ГЕПАТИТА:
1
C; A; B; D.
#
48
ОСТРЫЙ ГЕПАТИТ ПЕРЕХОДИТ В ХРОНИЧЕСКИЙ ПРИ СОХРАНЕНИИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЕЕ:
3
12 месяцев; 1 месяца; 6 месяцев; 3 месяцев.
#

49
К ГРУППЕ ЭНТЕРОВИРУСОВ ОТНОСЯТСЯ:
4
аденовирусы; вирусы кори; коронавирусы; вирусы полиомиелита.
#
50
К НЕЙРОИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТ:
2
энтеровирусную лихорадку; Бэнтеровирусный менингит; энтеровирусную экзантему; энтеровирусную миалгию.
#
51
ГНОЙНЫЙ МЕНИНГИТ НЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ:
1
энтеровирусной инфекции; брюшном тифе; сальмонеллезе; стафилококковом сепсисе.
#
52
ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТОВ МОЖЕТ БЫТЬ:
3
ЦМВ; ВИЧ; менингококк; вирус гриппа.
#
53
К ВОЗБУДИТЕЛЯМ СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ ОТНОСЯТ:
4
синегнойную палочку; сальмонеллы; стафилококки; энтеровирусы.
#

54
КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ РЕШАЮЩИМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «МЕНИНГИТ»?
4
бактериологическое исследование слизи из носоглотки; общий анализ крови; общий анализ мочи; исследование ликвора;
#
55
ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «МЕНИНГОКОККОВЫЙ МЕНИНГИТ» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:
2
бактериологический анализ кала; бактериологический анализ ликвора; ОАМ; копрограмма.
#
56
С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПРОВОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ МЕНИНГИТЕ?
1
грипп с явлениями нейротоксикоза; скарлатина; острый пиелонефрит; острый бронхит.
#
57
У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ МЕНИНГОКОККОВЫМ МЕНИНГИТОМ, ОТМЕЧАЕТСЯ:
4
экспираторная одышка; повышенная потливость; «лающий кашель»; рвота.
#
58
К БАКТЕРИАЛЬНЫМ КИШЕЧНЫМ ИНФЕКЦИЯМ ОТНОСЯТ:
4
грипп; ротавирусную инфекцию; энтеровирусную инфекцию;

сальмонеллёз.
#
59
ОСОБЕННОСТЬЮ КЛИНИКИ ХОЛЕРЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
1
начало заболевания с жидкого стула с дальнейшим появлением рвоты; начало заболевания с рвоты с дальнейшим появлением жидкого стула; острое начало с многократной рвотой, гипертермическим синдромом, сильными болями в животе, с одновременным или несколько часов спустя появлением жидкого стула; интоксикация, менингеальный синдром, высокая летальность.
#
60
КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЭКСИКОЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
3
бледность кожных покровов; полиурия; сухость кожных покровов; выбухание краев большого родничка.
#
61
СТУЛ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ЧАЩЕ НАПОМИНАЕТ:
ректальный плевок; малиновое желе; болотную тину; серую глину.
#
62
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ШИГЕЛЛЕЗА ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД:
4
вирусологический; копрологический; гематологический; бактериологический.
#
63
ПРИ ШЕГЕЛЛЕЗЕ ОСНОВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ:
1
колитический; судорожный; геморрагический;

энтеритный.
#
64
БОЛЬНОЙ РЕБЕНОК В ПОЛИКЛИНИКЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНО ОСМАТРИВАЕТСЯ В:
3
процедурном кабинете; кабинете участкового врача; фильтре поликлиники; кабинете инфекциониста.
#
65
НЕЙРОТОКСИКОЗ ПРИ ГРИППЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
3
носовыми кровотечениями; вялостью, снижением аппетита; головной болью, фебрильными судорогами; болью в мышцах, артралгией.
#
66
СТЕПЕНЬ СТЕНОЗА ГОРТАНИ ОПРЕДЕЛЯЕТ:
4
шумное дыхание; наличие экспираторной одышки; наличие в легких сухих хрипов; степень дыхательной недостаточности;
#
67
О НАЛИЧИИ КРУПА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:
2
грубый лающий кашель; шумный затрудненный вдох; осиплый голос; экспираторная одышка.
#
68
АДЕНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
1
конъюнктивитом; артритом; миозитом; уретритом.

#
69
ПОКАЗАНИЕМ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ОРВИ ЯВЛЯЕТСЯ:
3
анемия легкой степени; цефалгия; наличие осложнений; фарингит.
#
70
К ОСОБЕННОСТЯМ КЛИНИКИ ГРИППА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОТНОСЯТ:
4
парез нижних конечностей и катаральные симптомы; яркий катаральный синдром и парез нижних конечностей; иктеричность кожных покровов и яркий катаральный синдром; слабо выраженные симптомы интоксикации и катаральные симптомы;
#
71
ОСОБЕННОСТЬЮ КЛИНИКИ РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
4
появление кишечного синдрома; увеличение всех групп лимфоузлов; наличие конъюнктивита; развитие бронхообструктивного синдрома.
#
72
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ С:
4
менингококковой инфекцией; геморрагической лихорадкой; вирусным гепатитом; инфекционным мононуклеозом.
#
73
ВЕРОЯТНЫМ ПРИЗНАКОМ ДИФТЕРИИ ГОРТАНИ ЯВЛЯЕТСЯ:
2
ларингит с осиплостью голоса и грубым лающим кашлем; ларингит с афонией при нормальной или субфебрильной температуре тела; ларингит с высокой температурой и интоксикацией;

ларингит, сопровождающийся конъюнктивитом и пятнисто-папулезной сыпью.
#
74
К ОТЛИЧИЯМ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА ОТ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ТОКСИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ОТНОСЯТ:
1
асимметрию зева с выбуханием дужки, выраженную боль в горле, тризм жевательной мускулатуры; умеренную боль в горле; выходящие за пределы миндалин налеты; отек подкожной клетчатки шеи.
#
75
ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛИТА НЕ ПРОВОДИТСЯ:
2
посев материала из зева на флору; посев крови на стерильность; мазок из зева для микроскопии; стрептотест.
#
76
ВОЗБУДИТЕЛЕМ АНГИНЫ СИМАНОВСКОГО–ВЕНСАНА ЯВЛЯЕТСЯ:
4
дифтерийная палочка; стафилококк; стрептококк; веретенообразная палочка.
#
77
ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:
3
субфебрильная температура; наличие грибковой ангины; развитие паратонзиллярного абсцесса; повышенная утомляемость.
#
78
К ХАРАКТЕРИСТИКАМ СЫПИ ПРИ КОРИ ОТНОСЯТ:
1
сыпь крупнопятнистая, пятнисто-папулезная, склонная к слиянию, характерна этапность высыпания;

сыпь мелкопятнистая, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей, спине, ягодицах; полиморфная сыпь, характерны симптомы «капюшона», «перчаток», «носков», сгущение сыпи вокруг суставов; сыпь пятнистая, папулезная, геморрагическая, «звездчатая», неправильной формы, с уплотнением (некрозом) в центре.
#
79
ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ СКАРЛАТИНЕ СКОЛЬКО ДЛИТСЯ ДНЕЙ?
4
9-12; 11; 17; 2-7.
#
80
К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ КРАСНУХИ ОТНОСЯТ:
2
поражение ЦНС, геморрагическую сыпь; увеличение затылочных и заднешейных лимфоузлов; выраженные симптомы интоксикации и диарею; боли в животе, мышечную гипотонию.
#
81
ПОЯВЛЕНИЕ СЫПИ ПРИ КРАСНУХЕ ПРОИСХОДИТ:
4
молниеносно; поэтапно в течение 3-х дней; в течение 1-2-х суток; одномоментно в течение нескольких часов.
#
82
К ХАРАКТЕРИСТИКАМ ИЗМЕНЕНИЙ ЯЗЫКА ПРИ СКАРЛАТИНЕ ОТНОСЯТ:
1
сосочковый со 2-3 дня; коричнево-черный налет; "лакированный"; "географический".
#
83

К ОСОБЕННОСТЯМ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОТНОСЯТ:
3
частые аллергические осложнения; более выраженный токсический синдром; частые гнойные, септические осложнения; геморрагическую сыпь.
#
84
ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ ДЛИТСЯ:
1
11-21 день; 5-7 дней; 14 дней; 1-3 дня.
#
85
ВОЗБУДИТЕЛЕМ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
2
стрептококк группы В; бета-гемолитический стрептококк группы А; зеленящий стрептококк; стафилококки.
#
86
ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ГЕРПЕС ВОЗНИКАЕТ У ЧЕЛОВЕКА, ПЕРЕНЕСШЕГО:
4
краснуху; инфекционный мононуклеоз; корь; ветряную оспу.
#
87
ПРИ СКАРЛАТИНЕ СЫПЬ БЫВАЕТ:
3
мелкопятнистой; с ложным полиморфизмом; мелкоточечной со сгущением в кожных складках; геморрагической.
#
88
ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ СЫПЬ БЫВАЕТ:

2
пятнисто-папулезной; с ложным полиморфизмом; мелкоточечной со сгущением в кожных складках; мелкопятнистой.
#
89
ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ МОЖЕТ ДЛИТЬСЯ:
1
11-21 день; 14-20 дней; 7-10 дней; 7-15 дней;
#
90
ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
4
герпес-вирус; коринобактерия дифтерии; вирус Эпштейн-Барра; парамиксовирус.
#
91
ПРИ МЕНИНГИТАХ ПАРОТИТНОЙ ЭТИОЛОГИИ В ЛИКВОРЕ ПРЕОБЛАДАЮТ:
4
моноциты; эритроциты; эозинофилы; лимфоциты.
#
92
ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ:
2
энцефалитами; менингитами; полинейропатиями; менингоэнцефалитами.
#
93

ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛЕЗИСТЫХ ОРГАНОВ ПРИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ:
4
тиреоидитом; панкреатитом; орхитом; субмаксиллитом.
#
94
КАКОЙ ИЗ ПРИЗНАКОВ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ КРИТЕРИЕМ ТЯЖЕСТИ ПРИ КОКЛЮШЕ?
1
лихорадка; частота спазматического кашля за сутки; длительность по времени репризы; общий цианоз.
#
95
КОКЛЮШ У ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ ПРОТЕКАЕТ:
4
с синдромом крупа; в легкой форме; с обструктивным синдромом; с развитием апноэ.
#
96
В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ КОКЛЮШЕ ОТМЕЧАЕТСЯ:
3
лейкоцитоз с нейтрофилезом; лейкопения с лимфоцитозом; лейкоцитоз с лимфоцитозом; лейкоцитоз с лимфопенией.
#
97
К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОМУ ОСЛОЖНЕНИЮ ГИПЕРТЕРМИИ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ:
2
рвоту; судороги; диарею;

приступ кашля.
#
98
НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ГИПЕРТЕРМИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
развитие инфекционных заболеваний; нервный стресс; перегрев ребенка; прекращение грудного вскармливания.
#
99
ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ДЕТИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОСМАТРИВАЮТСЯ:
2
ежедневно медсестрой; ежедневно врачом и медсестрой; один день медсестрой, другой – врачом; в первый день – врачом, в последующие – медсестрой.
#
100
КАКИЕ СРЕДСТВА НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ МЕНИНГИТЕ У ДЕТЕЙ?
3
гормональные средства – преднизолон - 2 мг/кг в/м или в/в; жаропонижающие средства – анальгин 50% - 0,1 мл на год жизни ребенка, папаверин 2% - 0,3 мл/ на год жизни, новокаин 0,25% -1,0; антибактериальные средства – пенициллина натриевая соль 300 мг/кг в сутки; противоотечные средства – лазикс 1-2 мг/кг в/м или сульфат магния 25% по 1 мл на год жизни в/м.
#
101
ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
4
невозможность проведения терапевтических мероприятий на дому; развитие обезвоживания с потерей массы тела 10%; появление неврологической симптоматики (судороги, потеря сознания, бред); наличие второго ребенка в семье.
#
102

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЕГКИХ ФОРМ БАКТЕРИАЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ДОМУ ПРЕИМУЩЕСТВО ОТДАЕТСЯ:
3
антибиотикам; ферментам; бактериофагам; противовирусным препаратам.
#
103
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЕГКИХ ФОРМ ВИРУСНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ДОМУ ПРЕИМУЩЕСТВО ОТДАЕТСЯ:
2
ферментам; сорбентам; антибиотикам; противовирусным препаратам.
#
104
КАКОЙ СПЕЦИАЛИСТ ОКАЗЫВАЕТ ПОМОЩЬ НА ДОМУ ДЕТЯМ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ?
2
инфекционист; педиатр; иммунолог; эпидемиолог.
#
105
ЧТО НЕ СПОСОБСТВУЮТ ЛУЧШЕМУ ОТХОЖДЕНИЮ МОКРОТЫ ПРИ ПНЕВМОНИИ?
4
лечебная физкультура; вибрационный массаж; постуральный дренаж; УФО.
#
106
МЕРОПРИЯТИЕМ, НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СТЕНОЗА ГОРТАНИ III-IV СТЕПЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ:
3
кислородотерапия;

ИВЛ; интубация трахеи; ингаляция адреналина.
#
107
КОРРЕКЦИЯ РЕСПИРАТОРНОГО АЦИДОЗА ЛУЧШЕ ВСЕГО ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ:
1
ИВЛ; введения 4% раствора бикарбоната натрия в/в; введения трис-буфера; в/в инфузии 25% раствора глюкозы.
#
108
ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПИОПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ:
2
кислородотерапия; плевральная пункция; гормонотерапия; ИВЛ.
#
109
ВВОДИТЬ ГАНГЛИОБЛОКАТОРЫ ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ НЕОБХОДИМО:
4
при ЧД свыше 60 в 1 мин; у детей первых месяцев жизни; в вертикальном положении больного; при АД выше нормы.
#
110
ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ ПРИМЕНЯЮТ:
4
альбумин; маннитол; мочевину; лазикс.
#
111

МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АПНОЭ ПРИ РЕЗКОЙ ГИПЕРКАПНИИ У БОЛЬНОГО С ДЕПРЕССИЕЙ ЦНС ВЫСТУПАЕТ:
3
интубация трахеи; трахеотомия; кислородотерапия и ИВЛ; актовегин в/в.
#
112
ПРОВЕДЕНИЕ ЖАРОПонижающей Терапии Ребенку Необходимо Начинать При Температуре Тела °С:
1
38,5; 39; 37,5; 38.
#
113
К ПЕРВОочередному неотложному лечебному мероприятию при анафилактическом шоке относят:
3
введение преднизолона; восстановление ОЦК; введение адреналина; введение антигистаминных препаратов.
#
114
При лечении крапивницы у детей не применяют:
1
антибиотики; сорбенты; антигистаминные препараты; гормоны.
#
115
При гипертермии у детей раннего возраста показано применение:
2
нимесулида;

парацетамола; ацетилсалициловой кислоты; метамизола натрия.
#
116
К ЖИВЫМ ОСЛАБЛЕННЫМ ВАКЦИНАМ ОТНОСЯТ:
3
БЦЖ, полиомиелитная, паротитная, АКДС; БЦЖ, клещевая, туляремийная, коревая, полиомиелитная оральная, гриппозная, столбнячная, брюшнотифозная, холерная; БЦЖ, туляремийная, коревая, полиомиелитная оральная, паротитная, краснушная, чумная; БЦЖ, АКДС, краснушная.
#
117
ВАКЦИНАЦИЯ БЦЖ ЗДОРОВЫМ ДЕТЯМ, СОГЛАСНО НАЦИОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРЮ, ПРОВОДИТСЯ:
3
на 8-10 день жизни; в первые 24 часа жизни; на 3-7 день жизни; на 14 день жизни.
#
118
ПРОВЕДЕНИЕ РЕБЕНКУ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРИВИВКИ ДОЛЖНО БЫТЬ ЗАФИКСИРОВАНО В:
4
форме № 030; журнале переписи детского населения; журнале учета бактериальных препаратов; форме № 112.
#
119
ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КРАСНУХИ ПРОВОДИТСЯ РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ:
1
1 год; 2 года; 3 года;

4 года.
#
120
ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРИВИВКИ РЕБЕНОК ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ В ТЕЧЕНИЕ:
2
5-10 минут; 30-50 минут; 1,5 часов; 1 часа.
#
121
ПОСЛЕ ПОСТАНОВКИ РЕАКЦИИ МАНТУ НЕОБХОДИМО ОЦЕНИТЬ РЕЗУЛЬТАТ ЧЕРЕЗ:
3
24 часа; 36 часов; 72 часа; 48 часов.
#
122
ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ПРОВОДИТСЯ ДЕТЯМ В:
2
2 года; 1 год; 3 года; 4 года.
#
123
ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КОРИ ПРОВОДИТСЯ ДЕТЯМ В:
3
3 года; 2 года; 1 год; 4 года.
#
124
ВРЕМЕННЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1
дисбактериоз; синдром дыхательных расстройств; острое инфекционное заболевание; недоношенность III степени;
#
125
К ХАРАКТЕРИСТИКАМ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ГЕПАТИТА В ОТНОСЯТ:
3
отсутствие возрастных особенностей; сезонность; хронизацию процесса; нестойкий иммунитет.
#
126
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А ПЕРЕДАЕТСЯ ПУТЕМ:
4
половым; трансмиссивным; вертикальным; фекально-оральным.
#
127
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА А В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ВАКЦИНА:
1
живая; инактивированная; плазменная; рекомбинантная;
#
128
ПРИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В ОРГАНИЗМОМ ВЫРАБАТЫВАЮТСЯ:
3
анти-НВЕ; анти-НВс _{ог} суммарный; анти-НВ _s ; анти-НАVIgM.
#
129
ПРОФИЛАКТИКА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ:

1
полисахаридной вакциной; живой вакциной; убитой вакциной; ацикловиром.
#
130
ПРИ КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В СЕМЬЕ ПРОВОДИТСЯ:
2
однократное бактериологическое обследование членов семьи; двукратное бактериологическое обследование членов семьи; люмбальная пункция детям; введение донорского иммуноглобулина взрослым.
#
131
КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ ПЕРЕДАЮТСЯ ПУТЕМ:
3
трансмиссивным; половым; фекально-оральным; перкутаным.
#
132
ОСНОВНОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА:
3
воздушно-капельный; трансплацентарный; алиментарный; парентеральный;
#
133
ЗАРАЖЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ПРОИСХОДИТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПУТЕМ:
1
контактно-бытовым; водным; трансплацентарным; алиментарным.
#
134
К ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ В ОЧАГЕ ИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ:
4

<p>изоляция контактных на 3 месяца; госпитализация всех контактных лиц в инфекционный стационар; назначение профилактических курсов антибактериальной терапии всем контактным; карантин для контактных лиц.</p>
#
135
К ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ, ВОЗДЕЙСТВУЮЩИМ НА ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ, ОТНОСИТСЯ:
2
<p>вакцинопрофилактика; текущая дезинфекция; витаминотерапия; закаливание.</p>
#
136
К ОСЛОЖНЕНИЯМ ВАКЦИНАЦИИ ОТНОСЯТ:
3
<p>крупозную пневмонию; гипертермию; анафилактический шок; фебрильные судороги.</p>
#
137
ИЗОЛЯЦИЯ БОЛЬНОГО С ГРИППОМ ДЛИТСЯ:
1
<p>не менее 7 дней от начала заболевания; до исчезновения клинических проявлений; 10 дней от начала заболевания; до исчезновения температуры.</p>
#
138
САМЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ:
3
<p>противогриппозный иммуноглобулин; ежедневная уборка помещений, проветривание, облучение; вакцинация; интерферон, у детей старшего возраста – ремантадин.</p>
#
139
ПЕРВИЧНАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ ПРОВОДИТСЯ:

4
БЦЖ-вакциной; АДС-анатоксином; АДС-М-анатоксином; АКДС вакциной.
#
140
СРОК ИЗОЛЯЦИИ БОЛЬНОГО С ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ СОСТАВЛЯЕТ:
4
5 дней от начала высыпаний, при осложнениях – 10 дней; 21 день от момента появления сыпи; 7 дней от начала заболевания; весь острый период плюс 5 дней с момента последних высыпаний.
#
141
АКТИВНУЮ ИММУНИЗАЦИЮ ПРОТИВ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ПРОВОДЯТ:
3
иммуноглобулином; анатоксином; живой вакциной; инактивированной (убитой) вакциной.
#
142
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОКЛЮША ПРИМЕНЯЮТ:
2
коревую вакцину; АКДС вакцину; противостолбнячный анатоксин; полиомиелитную вакцину;
#
143
ВЕРОЯТНОСТЬ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ СЧИТАЕТСЯ ВЫСОКОЙ ПРИ СОДЕРЖАНИИ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА В КРОВИ НГ/МЛ:
1
более 2; 0,5; 1; до 0,5;
#
144

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:
4
простейшие; бактерии; грибки; вирусы.
#
145
ОСТРЫЙ СТРЕПТОКОККОВЫЙ ТОНЗИЛЛИТ В ТИПИЧНЫХ СЛУЧАЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
2
А) постепенным началом, субфебрильной температурой, невыраженными симптомами интоксикации; Б) острым началом заболевания, болью в горле, гипертермией, выраженными симптомами интоксикации; В) умеренными катаральными явлениями в носоглотке, отсутствием температурной реакции и симптомов интоксикации; Г) бессимптомным течением.
#
146
ПРИ БРОНХИТЕ, ВЫЗВАННОМ МИКОПЛАЗМОЙ, РЕБЕНКУ 6 МЕСЯЦЕВ В КАЧЕСТВЕ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ НАЗНАЧАЕТСЯ ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ:
2
цефалоспоринов 2 поколения; макролидов; аминопенициллинов; аминогликозидов.
#
147
ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ДЕТЯМ СТАРШЕ 5 ЛЕТ АМОКСИЦИЛЛИН ВНУТРЬ НАЗНАЧАЕТСЯ В ДЕНЬ:
1
25 мг/кг 2 раза; 50 мг/кг 2 раза; 5 мг/кг 1 раз; 100 мг/кг 2 раза;
#
148
В ГРУППУ МАКРОЛИДОВ ВХОДИТ ПРЕПАРАТ:
4
тобрамицин; ванкомицин;

линкомицин; джозамицин.
#
149
ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ХЛАМИДИЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ АЗИТРОМИЦИН ВНУТРЬ НАЗНАЧАЕТСЯ В ДЕНЬ:
4
10 мг/кг 1 раз; 20 мг/кг 2 раза; 25 мг/кг 2 раза; 5 мг/кг 1 раз.
#
150
ПРОТИВОКАШЛЕВЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ НАЗНАЧАЮТСЯ ПРИ:
1
сухом болезненном кашле и отсутствии физикальных изменений в легких кашле с вязкой, трудно отделяемой мокроте влажном кашле преимущественно после сна продуктивном кашле у детей раннего возраста с поражением центральной нервной системы
#
151
ПРОТИВОКАШЛЕВЫМ ПРЕПАРАТОМ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
2
амброксол; бутамират; ацетилцистеин; гвайфенезин.
#
152
КОМБИНИРОВАННЫМ ПРЕПАРАТОМ, В СОСТАВ КОТОРОГО ВХОДЯТ ФЕНОТЕРОЛ + ИПРАТРОПИУМ БРОМИД, ЯВЛЯЕТСЯ:
3
аскорил; сальбутамол; беродуал; бронхолитин;
#
153
НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ИНГАЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ АМБРОКСОЛОМ ДЕТЯМ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА РАЗРЕШЕНА ПО В ДЕНЬ:

4
5 мл препарата 2 раза; 3 мл препарата 3 раза; 1 мл препарата 2 раза; 2 мл препарата 2 раза.
#
154
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНГАЛЯЦИЙ ЧЕРЕЗ НЕБУЛАЙЗЕР В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ДЛЯ РАЗВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:
2
минеральная вода негазированная; натрия хлорид 0,9%; дистиллированная вода; кипяченая вода.
#
155
ДЕТЯМ С ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ:
2
антибактериальной терапии; ингаляционной терапии бета2-агонистами; ингаляционной терапии с альфа-адреномиметиками; базисной терапии глюкокортикостероидами.
#
156
МАКСИМАЛЬНАЯ РАЗОВАЯ ДОЗА САЛЬБУТАМОЛА ДЛЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ МЛ:
4
3,5; 5; 1; 2,5;
#
157
ПРЕПАРАТОМ ИНТЕРФЕРОНА ЯВЛЯЕТСЯ:
3
амиксин; арбидол; виферон; кагоцел;
#

158
СИСТЕМНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ:
3
остром ринофарингите; обструктивном бронхите; среднем отите; тонзиллите вирусной этиологии.
#
159
В СЛУЧАЕ АСПИРАЦИОННОГО БРОНХИТА АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ГРУДНОМУ РЕБЕНКУ ПОКАЗАНА ПРИ:
2
ночном кашле; гипертермии; выявлении рефлюкса; невозможности проведения лечебных антирефлюксных мероприятий.
#
160
В КАЧЕСТВЕ ЗАГУСТИТЕЛЯ В АНТИРЕФЛЮКСНЫХ СМЕСЯХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:
1
агар; гуаровая камедь; ксантановая медь; камедь рожкового дерева;
#
161
ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ КИШЕЧНЫХ КОЛИК ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ:
1
симетикон; панкреатин; нифуроксазид; метоклопрамид.
#
162
ИСТОЧНИКОМ ЗАРАЖЕНИЯ ГЕПАТИТОМ В ЯВЛЯЮТСЯ:
2
носители вируса простого герпеса ; больные цитомегаловирусным гепатитом; больные острым вирусным гепатитом А; больные хроническим вирусным гепатитом В.

#
163
ПОД ИНДЕКСОМ КОНТАГИОЗНОСТИ ПОНИМАЮТ ОТНОШЕНИЕ ЧИСЛА ЗАБОЛЕВШИХ:
3
инфекцией к числу всей популяции в данном регионе ; одной инфекцией к числу всех инфекционных больных за данный период; инфекцией к числу имеющих возможность заразиться ею; инфекцией к числу ранее болевших данной инфекций.
#
164
СИМПТОМОМ ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ:
2
увеличение затылочных лимфоузлов ; сухой надсадный кашель; экспираторная одышка; конъюнктивит.
#
165
В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ БРЮШНОГО ТИФА У ШКОЛЬНИКА ОФОРМЛЯЕТСЯ:
2
справка; экстренное извещение; амбулаторная карта больного; освобождение от занятий в школе.
#
166
В ЭКСТРЕННОМ ИЗВЕЩЕНИИ СОДЕРЖИТСЯ ДАТА:
1
заболевания; постановки на «Д» учёт; выписки из стационара; последнего профилактического осмотра.
#
167
АРБИДОЛ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОРВИ У ДЕТЕЙ НАЗНАЧАЕТСЯ С ВОЗРАСТА „ЛЕТ“:
4
10; 4; 6; 2;

#
168
РАЗОВАЯ ДОЗА ПАРАЦЕТАМОЛА РЕБЕНКУ 5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ МГ/КГ:
1
10-15; 1-2; 3-5; 5-7.
#
169
ОСТРЫЙ БРОНХИТ, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ ВЛАЖНЫМ КАШЛЕМ С ОБИЛЬНЫМ ОТДЕЛЯЕМЫМ, ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ:
4
ацетилцистеина; лазолвана; бромгексина; синекода
#
170
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛАКУНАРНОЙ АНГИНЫ СТРЕПТОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРИМЕНЯЮТ:
4
кларитромицин; азитромицин; цефиксим; феноксиметилпенициллин.
#
171
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ «РОЗОВОЙ» ГИПЕРТЕРМИИ ПРИ ОРВИ У ДЕТЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:
1
противовирусные препараты, физические методы охлаждения, жаропонижающие препараты; антибактериальные препараты, физические методы охлаждения, жаропонижающие препараты; противовирусные препараты, антибактериальные препараты, физические методы охлаждения; противовирусные препараты, антибактериальные препараты, жаропонижающие препараты.
#
172
ПРИ СУХОМ, НАВЯЗЧИВОМ, «КОКЛЮШЕПОДОБНОМ» КАШЛЕ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ:

4
мукалтин; фенспирид; амброксол; омнитус.
#
173
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗА ГОРТАНИ I СТЕПЕНИ ПРИМЕНЯЮТ:
3
преднизолон; сальбутамол; пульмикорт; адреналин.
#
174
ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЭПИГЛОТИТ НЕОБХОДИМО:
1
успокоить пациента, экстренно госпитализировать в положении «сидя»; провести оксигенотерапию, экстренно госпитализировать в положении «лежа»; провести ревизию зева, ингаляции пульмикорта; провести оксигенотерапию, внутривенно ввести адреналин.
#
175
АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ПРОВОДЯТ ПРИ:
2
температуре 37,5°C в первый день заболевания ; температуре выше 38,5°C более 3-х дней; экзантеме; головной боли.
#
176
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОЦЕНИВАЕТСЯ:
3
в течение пяти суток от начала лечения; в течение первых суток от начала лечения; в течение трех суток от начала лечения; по окончанию курса лечения.
#

177
ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МЕНИНГОКОККОВУЮ ИНФЕКЦИЮ У РЕБЕНКА ПРИМЕНЯЮТ:
3
цефазолин; пенициллин; левомицетин; гентамицин
#
178
К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ПЕНИЦИЛЛИНОВОГО РЯДА ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИЕМА ОТНОСЯТСЯ:
3
гентамицин, левомицетин, фуразолидон ; цедекс, супракс, зиннат; аугментин, феноксиметилпенициллин, амоксициллин; сумамед, вильпрафенсоллютаб, клацид.
#
179
К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ЦЕФАЛОСПОРИНОВОГО РЯДА ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИЕМА ОТНОСЯТСЯ:
3
гентамицин, левомицетин, фуразолидон ; аугментин, феноксиметилпенициллин, амоксициллин; цедекс, супракс, зиннат; сумамед, вильпрафенсоллютаб, клацид.
#
180
ПРИ ЛИХОРАДКЕ ПАРАЦЕТАМОЛ ВНУТРЬ НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗЕ МГ/КГ:
1
10-15; 5-9; 16-20; 1-4;
#
181
ПРИ ЛИХОРАДКЕ ИБУПРОФЕН ВНУТРЬ НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗЕ МГ/КГ:
4
15-20; 11-15; 1-4; 5-10.

#
182
РАЗОВАЯ ДОЗА БЕРОДУАЛА ДЛЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ МЛ:
1
0,5-1,0; 0,1-0,4; 1,1-2,0; 2,1-2,5;
#
183
КРИТЕРИЕМ ОБЩЕЙ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА НА ПРИВИВКУ ЯВЛЯЕТСЯ:
2
боли в суставах; подъем температуры; многократная рвота; учащение стула.
#
184
КАТАРАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ПАРАГРИППЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
3
частым навязчивым коклюшеподобным кашлем слизистыми; яркой отграниченной гиперемией зева, гнойным выпотом в лакунах; слизистыми выделениями из носа, гиперемией зева, грубым сухим кашлем; гнойными выделениями из носа, влажным кашлем.
#
185
ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА?
3
эозинофилия в ОАК; экспираторная одышка; атипичные мононуклеары в ОАК; усиление бронхососудистого рисунка на R-грамме.
#
186
ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ОСТРЫХ ТОНЗИЛЛИТОВ МОГУТ БЫТЬ:
3
менингококк; гонококки; стрептококки; иерсении.

#
187
ВОЗБУДИТЕЛЕМ КОКЛЮША ЯВЛЯЕТСЯ ПАЛОЧКА:
1
Борде-Жангу. Леффлера; веретенообразная; Коха;
#
188
ВНЕБОЛЬНИЧНЫЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТСЯ:
2
хламидиями ; пневмококком; протеем; микоплазмой;
#
189
УВЕЛИЧЕНИЕ НЕИЗМЕНЁННЫХ (НЕПЕРЕВАРЕННЫХ) МЫШЕЧНЫХ ВОЛОКОН В КОПРОГРАММЕ НАЗЫВАЕТСЯ;
3
амилореей; стеатореей ; креатореей; миореей.
#
190
СИМПТОМЫ МЕНИНГИТА:
1
общемозговые симптомы; западение родничка; фебрильные судороги; невнятная речь.
#
191
СИМПТОМОМ МЕНИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
4
невнятная речь; западение родничка; фебрильные судороги; гипертермия.

#
192
К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ МЕНИНГЕАЛЬНОМУ СИМПТОМУ ОТНОСИТСЯ:
3
нижний рефлекс Ландау; западение родничка; тоническое напряжения мышц; гипотония.
#
193
К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ МЕНИНГЕАЛЬНОМУ СИМПТОМУ ОТНОСИТСЯ:
2
западение родничка; симптом Кернига; нижний рефлекс Ландау; гипотония;
#
194
К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ МЕНИНГЕАЛЬНОМУ СИМПТОМУ ОТНОСИТСЯ:
1
ригидность мышц затылка; западение родничка; нижний рефлекс Ландау; гипотония.
#
195
К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ МЕНИНГЕАЛЬНОМУ СИМПТОМУ ОТНОСИТСЯ:
4
гипотония; западение родничка; нижний рефлекс Ландау; симптом Лесажа.
#
196
К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ МЕНИНГЕАЛЬНОМУ СИМПТОМУ ОТНОСИТСЯ:
3
гипотония шейных мышц ; западение родничка; симптомы Брудзинского; нижний рефлекс Ландау;
#

197
ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:
2
чешуйка; пятно; эрозия; ссадина;
#
198
ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:
3
атрофия рубец волдырь эрозия
#
199
К ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТАМ ОТНОСЯТСЯ:
4
папулы; трещины; вегетации; эксориации.
#
200
ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:
2
корка; узел; депигментация; гиперпигментация.
#
201
ВТОРИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:
4
узел; пузырёк; волдырь; эрозия.
#
202

ВТОРИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:
2
папула ; трещина; везикула; пятно.
#
203
ВТОРИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:
1
рубец; бугорок; пустула; узел.
#
204
БЛЕДНОСТЬ КОЖИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ:
4
физической нагрузке; психическом возбуждении; печеночной недостаточности; анемии.
#
205
БЛЕДНОСТЬ КОЖИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:
2
эмоциональном возбуждении ; отеках; физической нагрузке; повышении температуры воздуха;
#
206
КАКИМ РАСТВОРОМ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ПРОВОДИТЬ ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ОТРАВЛЕНИЯ КИСЛОТАМИ?
2
2% раствором окиси магния; 4% раствором гидрокарбоната натрия; теплой водой; 0,1% раствором марганцевокислого калия.
#
207

СЛУЧАЙНЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОИСХОДЯТ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ РЕБЕНКОМ:
1
лекарственных препаратов; растительных ядов ; препаратов бытовой химии; ядовитых грибов.
#
208
ПРИ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОМ СИДРОМЕ У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ СИНДРОМНУЮ ТЕРАПИЮ С ПРИМЕНЕНИЯ:
1
раствор парацетамола для внутривенного введения; метамизола натрия; хлопромазин; прометазина гидрохлорид.
#
209
У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРОТИВОПОКАЗАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В КАЧЕСТВЕ ЖАРОПОНИЖАЮЩЕГО ПРЕПАРАТА:
2
парацетамола в свечах; ацетилсалициловой кислоты; ибупрофена; парацетамола в сиропе;
#
210
КАКОВА НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?
4
энцефалические реакции при вирусных инфекциях; гнойный менингит; острое отравление; эпилепсия.
#
211
К ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ ОТНОСИТСЯ ВВЕДЕНИЕ:
3
преднизолона; фуросемида; диазепама;

метамизола натрия.
#
212
ПРИ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВВОДИТЬ:
1
системные кортикостероиды, антибиотики; сердечные гликозиды, антибиотики, системные кортикостероиды; мезатон, антибиотики, гепарин; жаропонижающие препараты, антигистаминные препараты, антибиотики;
#
213
КАКИМ ДОЛЖНО БЫТЬ ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО С РВОТОЙ ВО ВРЕМЯ ТРАНСПОРТИРОВКИ?
4
сидя с запрокинутой головой; лежа на спине; лежа на животе; лежа на боку;
#
214
СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ:
3
отсутствии дыхания; отсутствии сознания; остановке сердца; снижении систолического АД ниже 70 мм рт. ст.
#
215
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ СНИЖЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА У РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ:
2
метамизол натрия; парацетамол; нимесулид; прометазин.
#
216
ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
1
удлиненным выдохом;

осиплостью голоса; грубым лающим кашлем; стридорозным дыханием.
#
217
САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СТРИДОРА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
4
анафилаксия; эпиглоттит; аспирация инородного тела; ложный круп.
#
218
РЕБЕНОК 6 МЕСЯЦЕВ, БЛЕДНЫЙ, ВЯЛЫЙ, ОТКАЗЫВАЕТСЯ ОТ ЕДЫ, СТУЛ ПО ТИПУ «МАЛИНОВОГО ЖЕЛЕ». НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ?
3
перитонит; острый аппендицит; инвагинация; вирусный гастроэнтерит;
#
219
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ЭКСИКОЗЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН:
4
свежезамороженная плазма ; раствор глюкозы 5%; раствор глюкозы 10%; раствор Рингера.
#
220
«ТРОЙНОЙ» ПРИЕМ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СВОБОДНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ:
1
под лопатки подложен валик, голова отогнута кзади, нижняя челюсть выдвинута вперед; положение на спине, голова повернута на бок, нижняя челюсть выдвинута вперед; положение на спине, голова согнута кпереди, нижняя челюсть прижата к верхней; положение на спине, под лопатки подложен валик, нижняя челюсть прижата к верхней челюсти.

#
221
ОБЪЕМ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ЭКСИКОЗЕ СОСТАВЛЯЕТ МЛ/КГ:
2
200; 100; 50; 75.
#
222
НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА:
1
фебрильные судороги при вирусных инфекциях; эпилепсия; травма головного мозга; острое отравление.
#
223
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА И ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПОСЛЕДНЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:
3
осиплость голоса; цианоз кожных покровов и слизистых; экспираторная одышка; отсутствие хрипов в легких при аускультации.
#
224
К СПЕЦИФИЧЕСКИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСЯТ:
2
судороги; симптом «подвешивания» Лессажа; гипертермию; симптом Греффе.
#
225
ДЛЯ КЛЕТОЧНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:
4

отеков; мышечной гипотрофии; судорог; жажды.
#
226
ДЛЯ ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:
3
гипонатриемии; выбухающего родничка; сухости слизистых; снижения АД.
#
227
ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА НАЧАЛЬНОГО ЭТАПА ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БОЛЬШИНСТВЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:
2
восстановлении объема циркулирующих эритроцитов; восстановлении объема циркулирующей плазмы; дезинтоксикации; восстановлении объема экстрацеллюлярной жидкости.
#
228
ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ ПРИМЕНЯЮТ:
3
фуросемид; преднизолон; диазепам; магния сульфат;
#
229
ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОХЛАЖДЕНИЯ ПРИ ЛИХОРАДКЕ У ДЕТЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ:
1
при признаках бледной лихорадки; при сопутствующих заболеваниях сердца; при наличии в анамнезе судорог на повышение температуры тела; всегда.
#
230
ПРИ ОТЕКЕ МОЗГА ДЛЯ ДЕГИДРАТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ:
4

<p>преднизолон; заменители плазмы; 5% раствор глюкозы; фуросемид.</p>
#
231
С ЖАРОПОНИЖАЮЩЕЙ ЦЕЛЬЮ У ДЕТЕЙ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ:
3
<p>ибупрофена; парацетамола; и ацетилсалициловой кислоты; комбинированных препаратов, содержащих парацетамол и ибупрофен.</p>
#
232
РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА АДРЕНАЛИНА (1:1000) У ДЕТЕЙ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ МГ/КГ ВЕСА:
1
<p>0,01; 1,0; 0,2; 0,1;</p>
#
233
РАЗВИТИЕ СИНДРОМА УОТЕРХАУСА-ФРИДЕРИКСЕНА (ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ:
3
<p>пневмококкового менингита; менингита, вызванного вирусом Коксаки; менингококкцемии; стафилококкового менингита;</p>
#
234
НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:
3
<p>гломерулонефрит; отравление; гемолитико-уремический синдром; пиелонефрит.</p>
#
235
ПРИ НАЛИЧИИ МЕНИНГЕАЛЬНОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ НЕОБХОДИМО:
2

сделать рентгенографию черепа; выполнить спинномозговую пункцию; определить остроту зрения и исследовать глазное дно; сделать электроэнцефалографию.
#
236
ПРИ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ 4 СТЕПЕНИ ПОКАЗАНА:
1
трахеотомия; ларингоскопия; ингаляция с беродуалом; ингаляция с пульмикортом.
#
237
БОЛЬНОМУ С АНАФИЛАКТИЧЕСКИМ ШОКОМ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ:
2
атропин; адреналин; гидрокортизон; хлористый кальций.
#
238
ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СУДОРОЖНОГО ПРИСТУПА ИСПОЛЬЗУЮТ:
3
гидрокортизон; атропин; диазепам; хлористый кальций
#
239
ПРИ ОТЁКЕ МОЗГА ДЛЯ ДЕГИДРАТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ:
2
гормоны; 10-20% альбумин; гемодез; препараты калия;
#
240
ПРИ НАЛИЧИИ У РЕБЕНКА «БЕЛОЙ» ГИПЕРТЕРМИИ НАЗНАЧАЮТ:
1
обильное горячее питье, сосудорасширяющие препараты (но-шпа, папаверин); горячую ножную ванну;

физические методы охлаждения; парацетамол или ибупрофен в возрастной дозировке.
#
241
НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ:
4
панкреатит; ларингит; гастрит; гастроэнтерит.
#
242
ОСОБЕННОСТЬЮ ХОЛЕРЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
2
начало заболевания с рвоты, затем появляется жидкий стул; начало заболевания с жидкого стула, затем появляется рвота; острое начало с многократной рвоты, гипертермического синдрома, сильных болей в животе, одновременно или несколько часов спустя появляется жидкий стул; интоксикация, менингеальный синдром, высокая летальность.
#
243
ДЛЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ШИГЕЛЛЕЗАХ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ:
3
токсико́за Ки́ша; токсико́за с эксико́зом; нейротоксико́за; ИТШ.
#
244
СИМПТОМОМ ЭКСИКОЗА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:
4
влажный кашель; полиурия; шелушение кожных покровов; западение большого родничка.
#
245
СТУЛ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ЧАЩЕ БЫВАЕТ В ВИДЕ:
4
«мясных помоев»; рисового отвара;

малинового желе; болотной тины.
#
246
ОСОБЕННОСТЬЮ ШИГЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:
3
появление экзантемы; развитие менингоэнцефалита; возможность развития токсикоза с эксикозом; развитие непроходимости кишечника.
#
247
ПО ТИПУ РАЗВИТИЯ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ОТНОСИТСЯ К«ИНВАЗИВНЫМ» КИШЕЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ:
1
шигеллез; калицивирусная инфекция; торовирусная инфекция; холера.
#
248
ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ШИГЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ:
4
вирусологический; копрологический; гематологический; бактериологический.
#
249
ЭЛЕКТИВНОЙ СРЕДОЙ ДЛЯ САЛЬМОНЕЛЛ ЯВЛЯЕТСЯ СРЕДА:
3
Левина; Эндо; Раппопорта; Борде-Жангу.
#
250
ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ПРИ ШИГЕЛЛЕЗАХ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ:
1

скудного, без калового запаха стула с примесью мутной слизи и крови; обильного жидкого стула с большим количеством зелени и слизи; обильного зловонного стула с примесью слизи; жидкого, пенистого, не переваренного стула.
#
251
НА СКОЛЬКО ПОДГРУПП КЛАССИФИЦИРОВАНЫ БАКТЕРИИ РОДА SHIGELLA?
3
шесть; три; четыре; пять.
#
252
КАКОЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ПО ТИПУ «ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ»?
4
энтероколит; гастроэнтерит; гемоколит; гастрит.
#
253
ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВИРУСНОЙ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
2
тоговиром; ротавирус; риновиром; РС-вирус.
#
254
ФИМБРИИ (ПИЛИ) ОБРАЗУЮТ БАКТЕРИИ РОДА SHIGELLA:
2
дизентерии; Флекснера; Бойда; Зонне.
#
255
ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НА САЛЬМОНЕЛЛЕЗ ИСПОЛЬЗУЮТ КАК

ОСНОВНОЙ МАТЕРИАЛ:
1
каловые массы; слизь из носоглотки; соскоб из розеол; ликвор.
#
256
ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ДЛЯ БРЮШНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ:
3
Грефе; Филатова; Падалки; Коплика.
#
257
ДЛЯ КРУПА ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ:
1
экспираторной одышки; кашля с репризами; пневмоторакса; инспираторной одышки.
#
258
ИСТИННЫЙ КРУП ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:
2
РС-инфекции; дифтерии; микоплазменной инфекции; риновирусной инфекции.
#
259
ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГРИППА СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ:
1
высокая лихорадка; боль при мочеиспускании; увеличение печени; желтуха.
#
260
К СИМПТОМАМ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ:
3
узловатая эритема и импетиго;

боли в суставах, мышцах; катаральные явления в ротоглотке, конъюнктивит; менингеальные знаки.
#
261
ФАРИНГОКОНЪЮНКТИВАЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:
2
гриппе; аденовирусной инфекции; риновирусной инфекции; парагриппе.
#
262
КАТАРАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ПАРАГРИППЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
4
частым навязчивым коклюшеподобным кашлем ; обильными слизистыми выделениями из носа; яркой отграниченной гиперемией зева, гнойным выпотом в лакунах; упорным, грубым, сухим кашлем.
#
263
В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ КОКЛЮШЕ ОТМЕЧАЕТСЯ:
2
лейкопения; лейкоцитоз; тромбоцитопения; лимфопения.
#
264
ДАЙТЕ ПОДРОБНУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ СЫПИ ПРИ ТИПИЧНОЙ КОРИ У ДЕТЕЙ:
1
пятнисто-папулезная, характерна этапность высыпания; мелкоточечная, на сгибательных поверхностях конечностей; мелкопятнистая, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей; полиморфная, характерны симптомы «капюшона», «перчаток», «носков».
#
265
К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СКАРЛАТИНЫ ОТНОСИТСЯ:
3
гепатомегалия;

«поджаренный» язык; мелкоточечная сыпь; спленомегалия.
#
266
КРАСНУХА – ЭТО ОСТРОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ:
4
характеризующееся симптомами интоксикации и диареей; протекающее с поражением ЦНС, сыпью; протекающее с увеличением шейных лимфоузлов и налетами в зеве; протекающее со слабо выраженными симптомами интоксикации и катаральным синдромом, сыпью, увеличением затылочных и заднешейных лимфоузлов.
#
267
4
молниеносно; в течение 1-2-х суток; этапно в течение 3-х дней; одномоментно в течение нескольких часов.
#
268
ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГРИППА ИГРАЕТ:
3
бактериемия; гепатотропное воздействие; вирусемия; нефротоксическое воздействие.
#
269
ДИАГНОЗ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ:
1
выделением вируса из носоглоточных смывов; посевом крови на сахарный бульон; исследование мазка из зева и носа на флору; биохимическим исследованием крови;
#
270
ТОКСИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ГРИППЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
2
длительной волнообразной лихорадкой;

головной болью, фебрильными судорогами; желтухой, гепатомегалией; поражением кожных покровов.
#
271
ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В КЛИНИКЕ ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ:
4
скарлатиноподобный; экзантемы; гастроинтестинальный; токсический.
#
272
НАЗОВИТЕ БАКТЕРИАЛЬНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ РИНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ:
4
увеит; дерматит; хореоретинит; синусит.
#
273
АДЕНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ РИНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НАЛИЧИЕМ:
2
слабовыраженной интоксикации; фарингоконъюнктивальной лихорадки; обильных серозных выделениях из носа; субфебрильной температуре.
#
274
ДИАГНОЗ ГРИППА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ:
1
методом ПЦР (слизь из носовых ходов); посевом крови на желчный бульон; посевом кала на обычные питательные среды; выделением вируса из кала.
#
275
СТЕНОЗ ГОРТАНИ ПРИ ОРВИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ПРИСТУПА КОКЛЮША:
4
наличием реприз; отсутствием втяжения при вдохе уступчивых мест грудной клетки; наличием удлиненного затрудненного выдоха;

отсутствием реприз.
#
276
К СИМПТОМАМ РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ:
3
конъюнктивит; гепатомегалия; кашель; спленомегалия.
#
277
ПРОЯВЛЕНИЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ КОКЛЮША:
2
наличием короткой температурной реакции; характерной рентгенологической картиной; отсутствием симптомов интоксикации; наличием спазматического кашля.
#
278
ДНК ИМЕЕТ ВИРУС ГЕПАТИТА:
1
HBV; HAV; HCV; HDV.
#
279
КАКОЙ ВИРУС НЕ ИМЕЕТ СВОЕЙ ОБОЛОЧКИ?
2
HBV; HDV; HCV; HAV.
#
280
ЕДИНСТВЕННЫМ МАРКЕРОМ, ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ У ЗДОРОВЫХ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ГЕПАТИТА В, ЯВЛЯЕТСЯ:
4
HBS-Ag; анти-HAVIg M;

анти-HAVIg G; анти-HBcor-сумм.
#
281
ДЛЯ БЕЗЖЕЛТУШНОЙ ФОРМЫ ГЕПАТИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:
3
повышение температуры тела; увеличение размеров печени; появление желтухи; появление ринита.
#
282
ЛЕГКОЙ ФОРМЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА СООТВЕТСТВУЕТ УРОВЕНЬ БИЛИРУБИНА ДО МКМОЛЬ/Л:
1
85; 65; 45; 25.
#
283
У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ:
1
наблюдаются часто, протекают тяжело и длительно; встречаются редко; наблюдаются часто, протекают легко; не встречаются.
#
284
ЧАСТЫМИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:
4
опухоли; трофические изменения, некрозы; участки депигментации; грибковые, бактериальные и вирусные поражения кожи, себорейные дерматиты, васкулиты, пятнисто-папулезная сыпь.
#
285
ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ ОЧЕНЬ РЕДКО:
3

нефропатия; кардиомиопатия; саркома Капоши; увеличение околоушных желез.
#
286
У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ МАТЕРЯМИ С ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ, В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ АНТИТЕЛА К ВИЧ В КРОВИ ИМЕЮТСЯ В % СЛУЧАЕВ:
3
25; 50; 100; 10.
#
287
КАКОЙ ВИРУС ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЭНТЕРОВИРУСОВ?
4
аденовирус; ротавирус; ретровирус; вирус Коксаки.
#
288
ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТМЕЧАЕТСЯ:
1
лихорадка; боль в суставах; некротическая ангина; фолликулярная ангина
#
289
КАКОЕ ЛАБОРАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ»?
4
бактериологическое исследование кала; общий анализ мочи; общий анализ крови; вирусологическое исследование (слизь из зева и носа).
#
290
СЕРОЗНЫЙ МЕНИНГИТ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ ПРИ:
3

норовирусной инфекции; шигеллезах; энтеровирусной инфекции; ротавирусной инфекции.
#
291
ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТОВ МОГУТ БЫТЬ:
2
вирусы; бактерии; грибки; простейшие.
#
292
ВОЗБУДИТЕЛЕМ СЕРОЗНОГО МЕНИНГИТА МОЖЕТ БЫТЬ:
4
коклюшная палочка; менингококк; вирус гепатита А; энтеровирус.
#
293
ДЛЯ МЕНИНГИТА ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ:
1
Кернига; Падалки; Грефе; Филатова-Коплика.
#
294
ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «МЕНИНГИТ» РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ:
4
бактериологическое исследование слизи из носоглотки; общий анализ мочи; общий анализ крови; исследование ликвора.
#
295
КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛИКВОРЕ ОТМЕЧАЮТСЯ ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТАХ?
2

нейтрофильный плеоцитоз; лимфоцитарный плеоцитоз; нормальный ликвор; появление эритроцитов.
#
296
ПРИ ПАРАЛИТИЧЕСКОМ ПОЛИОМИЕЛИТЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ:
2
расстройство чувствительности; расстройство двигательных функций; эритроциты в ликворе; нейтрофильный цитоз в ликворе.
#
297
ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ ТИПИЧНОЙ СЫПЬЮ БУДЕТ:
1
геморрагическая «звездчатая»; везикулезная; пустулезная; пятнисто-папулезная.
#
298
ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:
3
лейкопения+лимфоцитоз; лейкоцитоз+лимфоцитоз; лейкоцитоз+нейтрофилез; эозинофилия.
#
299
ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ:
2
обезвоживание; синдром Уотерхауса-Фридрексена; отек подкожной клетчатки; назофарингит.
#
300
ДЛЯ МЕНИНГОКОККЕМИИ НЕ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ:
2

увеита; лимфаденита; синовиита; пиелонефрита.
#
301
У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ МЕНИНГОКОККОВЫМ МЕНИНГИТОМ, ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ:
1
гиперестезии; анурии; обезвоживания; парезов и параличей.
#
302
ДЛЯ МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА НЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ:
4
лихорадки; менингеальных симптомов; рвоты; пареза конечностей.
#
303
ПРИЧИНОЙ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ МОЖЕТ БЫТЬ:
2
стеноз гортани; инфекционно-токсический шок; гидроцефалия; дисбактериоз
#
304
ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ В СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ ОТМЕЧАЕТСЯ:
лимфоцитарный плеоцитоз; нейтрофильный плеоцитоз; повышенное содержание эритроцитов; смешанный плеоцитоз.
#
305
МЕНИНГОКОККИ ХОРОШО РАСТУТ НА СРЕДЕ:

3
Борде-Жангу; Левина; содержащей нативный белок; Плоскирева.
#
306
КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ДОЛЖНО ВЫЗЫВАТЬ ПОДОЗРЕНИЕ НА ДИФТЕРИЮ?
менингит; ларингит; панкардит; колит.
#
307
С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ТОКСИЧЕСКУЮ ФОРМУ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ?
3
грипп; аденовирусная инфекция; паратонзиллярный абсцесс; менингококковая инфекция;
#
308
К ОТЛИЧИЮ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ОТ ЛАКУНАРНОЙ АНГИНЫ ОТНОСЯТ:
1
налеты островчатые или пленчатые, выходящие за пределы лакун; налеты на миндалинах рыхлые, гнойные по ходу лакун; регионарные лимфоузлы, увеличенные «пакетами»; регионарные лимфоузлы болезненные.
#
309
ЧТО НЕОБХОДИМО ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ДИФТЕРИИ?
4
нарастание титров противовирусных антител; выделение из материала нетоксического штамма коринобактерий; выделение из материала гемолитического стрептококка; нарастание титров противодифтерийных антител в 4 раза и больше;
#
310
К ОТЛИЧИЮ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ОТ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ОТНОСЯТ:
2
увеличение лимфоузлов: передне- и заднешейных

налеты пленчатые, плотные гепатоспленомегалию затрудненное храпящее дыхание
#
311
КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ?
3
лимфаденит; пневмония; миокардит; отит.
#
312
ОТЛИЧИЕ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ, ТОКСИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ОТ ФЛЕГМОНОЗНОЙ АНГИНЫ И ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА СОСТОИТ В:
2
боли в горле резко выраженной; отеке подкожной клетчатки шеи (бычья шея); асимметрии зева с односторонней резкой гипертрофией миндалины и выбуханием дужки; резко выраженной боли в горле, тризме.
#
313
ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРОЯТНЫМ ПРИЗНАКОМ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ (ЛОКАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА)?
4
пневмония; плотные малоблезненные паховые лимфоузлы; выраженный катаральный синдром; ангина (острый тонзиллит с налетами).
#
314
1
постепенное прогрессирование дисфонии, развитие на 2-3 день болезни стенотического дыхания; строе начало с высокой температуры и катаральными явлениями; острое начало с грубого лающего кашля и хриплого голоса; быстрое развитие стеноза при сохранении звучности голоса и кашля.
#
315
КАКОЙ СИНДРОМ ИМЕЕТ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДИФТЕРИИ

ГОРТАНИ?
2
менингеальный синдром; стенотическое дыхание; катаральный синдром; выраженная интоксикация.
#
316
ВЕРОЯТНЫМ ПРИЗНАКОМ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ:
3
рыхлые налеты; резкая болезненность в горле (тризм); отек в зеве; отек на нижних конечностях.
#
317
ДЛЯ ДИФТЕРИИ В ПОЗДНИЕ СРОКИ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ:
1
нефроза; пневмонии; отита; менингита.
#
318
ВЕРОЯТНЫМ ПРИЗНАКОМ ДИФТЕРИИ ГОРТАНИ ЯВЛЯЕТСЯ ЛАРИНГИТ:
3
с высокой температурой и интоксикацией; без афонии; при нормальной или субфебрильной температуре тела; с внезапно развившимся стенозом в первые часы болезни и с выраженными катаральными явлениями.
#
319
НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:
4
сыпь и головная боль; кратковременная лихорадка; рвота и диарейный синдром; гепатоспеномегалия.
#
320
К ПРОЯВЛЕНИЯМ ПАТОГЕНЕЗА ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ОТНОСЯТ:

2
<p>начало септического процесса; внедрение вируса на небных и носоглоточных миндалинах; наиболее выраженные изменения в кишечнике; Т-лимфоциты, содержащие вирус, активируют Т-киллеры.</p>
#
321
ОТЛИЧИЕ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ОТ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА:
1
<p>налеты пленчатые, плотные; увеличение передне-шейных и заднешейных лимфоузлов; увеличение паховых лимфоузлов; затрудненное храпящее дыхание.</p>
#
322
ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ:
1
<p>атипичные мононуклеары + лимфоцитоз; лимфопения + атипичные мононуклеары; нейтрофилез + лимфопения; нейтрофилез + атипичные мононуклеары;</p>
#
323
ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:
2
<p>паратонзиллит; увеличение шейных лимфоузлов; обильная ринорея; диарея.</p>
#
324
ВОЗБУДИТЕЛЕМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:
3
<p>varicella - zoster virus; listeria monocytogenes; Epstein–Barrvirus; HBV.</p>
#
325

ОТЛИЧИЕ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ОТ ОРВИ:
1
содержание атипичных моноклеаров в периферической крови более 10%; отсутствие катаральных явлений (насморк, кашель); выраженность интоксикации; выраженность нейротоксикоза.
#
326
ВИРУС ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ МОЖЕТ ПОРАЖАТЬ:
3
селезенку; печень; слизистые оболочки; кости.
#
327
В ПРОДРОМАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ВОЗМОЖНО ПОЯВЛЕНИЕ СЫПИ:
4
розеолезной; геморрагической; кореподобной; скарлатиноподобной.
#
328
ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ ВОЗНИКАЮТ:
3
одномоментно; поэтапно: в 1-й день болезни - на лице, во 2-й день болезни - на туловище, на 3-й день болезни - на конечностях; в течение нескольких дней, толчкообразно; 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;
#
329
ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОЯВЛЯЮТСЯ НА:
2
конъюнктиве; коже; слизистой полости рта; ладонях и стопах.
#

330
ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НЕ МОГУТ ПОЯВИТЬСЯ НА:
1
коже ладоней и стоп; конъюнктиве; коже туловища; слизистой полости рта.
#
331
КАКОЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ КОРИ?
2
пятнисто – папулезная сыпь; увеличение селезенки; пятна Филатова – Бельского – Коплика; конъюнктивит.
#
332
К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ КОРИ ОТНОСЯТ:
3
эндокардит, миокардит; колит, энтерит; энцефалит, менингоэнцефалит, менингит; орхит, паротит.
#
333
ИЗМЕНЕНИЯ В РОТОГЛОТКЕ ПРИ КОРИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ:
1
пятен Филатова-Коплика; налетов на миндалинах; везикул на дужках миндалин; застойной гиперемии слизистых;
#
334
КАКОЙ МЕТОД ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КОРИ?
4
РПГА; бактериологическое исследование; бактериоскопия; ПЦР.
#
335

ПРИ КОРИ К РАННИМ ГЛАЗНЫМ СИМПТОМАМ ОТНОСИТСЯ:
2
птоз и косоглазие; катаральный конъюнктивит и светобоязнь; иридоциклит; хореоретинит.
#
336
БОЛЬНОЙ КОРЬЮ ЗАРАЗЕН:
4
в первые 5 дней инкубационного периода; в течение всего катарального периода; до конца клинических проявлений заболевания; до 5 дня высыпаний.
#
337
ДЛЯ РАННИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КОРИ ХАРАКТЕРНО:
1
появление пятен Бельского-Филатова-Коплика на слизистой полости рта; наличие положительного симптома Пастернацкого; появление менингеального симптомокомплекса; развитие диспептических явлений;
#
338
НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ:
3
острая почечная недостаточность; острая дыхательная недостаточность; острая надпочечниковая недостаточность; отек легких.
#
339
В ЛИКВОРЕ НЕ БУДЕТ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ:
2
менингококковом менингите; менингококкемии; менингококковом менингоэнцефалите; менингококковом энцефалите.
#
340

В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ ПРИОБРЕТЕННОЙ КРАСНУХЕ ОТМЕЧАЮТСЯ:	
1	лейкопения, лимфоцитоз, плазматические клетки, СОЭ в норме; лейкопения, лимфопения, моноцитоз, СОЭ в норме; лейкоцитоз, лимфопения, СОЭ ускорена; лейкоцитоз, лимфопения, моноцитоз, СОЭ в норме.
#	
341	
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КРАСНУХИ ПРИМЕНЯЕТСЯ МЕТОД:	
2	бактериологический; иммунофлюоресценции; РПГА; РНГА.
#	
342	
НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ КРАСНУХЕ ЯВЛЯЕТСЯ:	
3	миокардит; пневмония; менингоэнцефалит; артрит.
#	
343	
ПРИ КРАСНУХЕ СЫПЬ БЫВАЕТ:	
4	геморрагической; уртикарной, неправильной формы; папулезно-везикулезной; пятнисто-папулезной, розового цвета на неизменном фоне кожи.
#	
344	
ПРИ КОРИ СЫПЬ БЫВАЕТ:	
2	милиарной ; пятнистой-папулезной склонной к слиянию; петехиальной; мелкоточечной.
#	
345	

КРАСНУХА - ЭТО ОСТРОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ:
1
протекающее со слабо выраженными интоксикацией и катаральным синдромом, сыпью и увеличением затылочных и заднешейных лимфоузлов; характеризующееся поражением ЦНС, сыпью; протекающее с увеличением шейных лимфатических узлов и налетами на миндалинах; характеризующееся симптомами интоксикации и диареи.
#
346
В ПЕРИОДЕ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ СКАРЛАТИНЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ЯЗЫК:
3
«поджаренный» ; обложенный бело-желтым налетом; «малиновый»; «лаковый».
#
347
ПРИ СКАРЛАТИНЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ В РОТОГЛОТКЕ:
2
пятен Бельского-Филатова-Коплика; яркой отграниченной гиперемии; симптома Мурсона; симптома Падалки.
#
348
КАКОЙ СИМПТОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СКАРЛАТИНЫ?
3
пятнистая сыпь; локализованные хрипы в легких; «малиновый язык»; везикулярная сыпь.
#
349
РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
4
аппендицит; полиартрит; панкреатит; отит.
#
350

ПРИ ОСМОТРЕ ГЛАЗ У БОЛЬНОГО КОКЛЮШЕМ ВЫЯВЛЯЮТ:
1
кровоизлияния в оболочке глаза; конъюнктивит; блефарит; увеит.
#
351
КАКИЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ КОКЛЮША?
2
моноцитоз; лимфоцитоз; тромбоцитопения; анемия.
#
352
СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ ТИПИЧНОМ НЕОСЛОЖНЕННОМ КОКЛЮШЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ:
2
постоянного кашля с мокротой; патологического приступообразного кашля; брадипноэ; патологического дыхания.
#
353
ТЯЖЕСТЬ ПРИ КОКЛЮШЕ ОЦЕНИВАЮТ ПО СИМПТОМАМ:
1
частоты и характера стула; вялости, недомогания, снижения аппетита; частоты и характера приступов кашля; снижение массы тела, сухость кожных покровов.
#
354
В КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА НЕ ВЫДЕЛЯЮТ ФОРМУ:
4
комбинированную; железистую; нервную; генерализованную.
#

355
ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:
1
боль при жевании и разговоре; нормальная температура тела; боль при глотании; сухость кожных покровов.
#
356
ДЛЯ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ:
4
селезенки; легких; почек; слюнных желез.
#
357
ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ:
3
бактерия; риккетсия; вирус; простейшее.
#
358
ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ДИЗЕНТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ:
2
иерсинии; шигеллы; клебсиелы; эшерихии.
#
359
ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ВКЛЮЧАЕТ:
4
РПГА; бактериоскопию; посев содержимого везикул на питательные среды; ПЦР.
#
360

ДЛЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ:
4
гастродуоденита ; ларингита; энтерита; менингоэнцефалита.
#
361
ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ОСТРЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ:
1
бактерии; риккетсии; вирусы; простейшие.
#
362
КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ ВЫСТУПАЕТ:
2
септический; колитический; аппендикулярный; мезентериальный.
#
363
У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ПИЩЕВЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРОВОДЯТ ЗАБОР:
3
мочи; крови; кала; спинномозговой жидкости.
#
364
ДЛЯ ПОСТОЯННОЙ ЛИХОРАДКИ ХАРАКТЕРНЫ СУТОЧНЫЕ КОЛЕБАНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ:
3
более 1°; менее 3°; менее 1°; более 3°.
#

365
КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ ДЕЛЬТА-ИНФЕКЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ:
4
острый гепатит Д+А ; острый гепатит Д; хронический гепатит Д; ко-инфекция В+Д.
#
366
ПЯТНА ФИЛАТОВА-КОПЛИКА-БЕЛЬСКОГО – ЭТО:
1
мелкие серовато-белесоватые папулы, окруженные каймой гиперемии, несливаются между собой, не снимаются шпателем; белесоватые образования размером с чечевицу, легко снимаются шпателем, поверхность кровотоцит; мелкие серовато-белесоватые папулы, сливающиеся между собой, легко удаляются шпателем; серовато-белые образования размером с чечевицу, окруженные каймой гиперемии, сливающиеся, не снимаются шпателем.
#
367
ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ?
2
некроз гепатоцитов; цитолитический синдром; развитие почечной недостаточности; появление признаков инфекционно-токсического шока.
#
368
МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
4
инструментальный (ректороманоскопия); аллергологический; биологический; клинико-эпидемиологический.
#
369
НА ЧТО УКАЗЫВАЕТ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В КОПРОГРАММЕ?
3
тяжесть поражения кишечника; этиология острой кишечной инфекции; воспалительный процесс в толстом кишечнике;

дисбактериоз.
#
370
У БОЛЬНОГО С УМЕРЕННОЙ ЖАЖДОЙ И СУХОСТЬЮ СЛИЗИСТЫХ, НЕБОЛЬШОЙ АБИЛЬНОСТЬЮ ПУЛЬСА, ЖИДКИМ СТУЛОМ 3-10 РАЗ В СУТКИ, СТЕПЕНЬ ДЕГИДРАТАЦИИ:
2
II, потеря жидкости 4-6% от массы тела; I, потеря жидкости 1-3% от массы тела; III, потеря жидкости 7-10% от массы тела; 0, нет потерь жидкости.
#
371
НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ДИФТЕРИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
2
нос; зев; кожа; ухо.
#
372
ЗАПРЕЩЕННЫМИ ПРОДУКТАМИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ЯВЛЯЮТСЯ:
2
молочно-кислые продукты (кефир, творог); каши на цельном молоке; сухари из белого хлеба; каши на воде.
#
373
ПРИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С ЭКСИКОЗОМ, ОРАЛЬНАЯ РЕГИДРАТАЦИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ДОПОЛНЕНА ПАРЕНТЕРАЛЬНОЙ ПРИ:
1
наличии признаков гиповолемического шока; дефиците массы тела за счет обезвоживания 3-5%; наличии синдрома первичного нейротоксикоза; эпизодической рвоте.
#
374
ПРИ ШИГЕЛЛЕЗАХ ЛЕЧЕНИЕ ОБЫЧНО ПРОВОДИТСЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ:
2
гормонотерапии;

антибиотикотерапии; иммунотерапии; цитостатической терапии.
#
375
СРЕДСТВОМ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ, КОТОРОЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ШИГЕЛЛЕЗАХ У ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ:
3
ципрофлоксацин; стрептомицин; эрцефурил; доксциклин.
#
376
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАН:
4
ацикловир; левомицетина сукцинат; цефотаксим; виферон в свечах;
#
377
КАКОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО ДОЛЖНО ПРИМЕНЯТЬСЯ ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ?
1
глюкокортикоиды; 25% р-р сернокислой магнезии; пенициллина натриевая соль; витамины группы В.
#
378
БАКТЕРИОНОСИТЕЛЯМ ТОКСИГЕННЫХ КОРИНЕБАКТЕРИЙ ДИФТЕРИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ:
3
антитоксическую противодифтерийную сыворотку; АДС-анатоксин; антибиотик широкого спектра действия; иммуноглобулин внутримышечный.
#
379

ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА:
2
рекомендуется ацикловир; применяются антибиотики; используется цитостатическая терапия; применяется только симптоматическая терапия.
#
380
ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ РЕКОМЕНДУЮТ:
2
гепатопротекторы; рекомбинантные интерфероны; ампициллин; ацикловир;
#
381
ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ИСПОЛЬЗУЮТ:
2
бактериофаги; противовирусные препараты (ацикловир); антибиотики; раствор бриллиантовой зелени.
#
382
ПРИ КОРИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ НАЗНАЧАЕТСЯ:
1
при наличии осложнений в разгаре болезни в продромальном периоде в периоде реконвалесценции
#
383
ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА В КОМПЛЕКС ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ ВХОДЯТ:
2
редко; всегда; только на госпитальном этапе; только на догоспитальном этапе.
#

384
ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ У БОЛЬНОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ СОСТОИТ В:
1
срочной госпитализации в инфекционный стационар; госпитализации в инфекционный стационар только при ухудшении состояния; направлении на консультацию в инфекционный стационар; отсутствии госпитализации.
#
385
ПРИ ОТСУТСТВИИ УСЛОВИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ РЕАНИМАЦИИ ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ С ПРИЗНАКАМИ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА ПРИМЕНЯЕТСЯ:
1
левомицетин цефазолин бензилпенициллин ципрофлоксацин
#
386
КАКОВА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ?
2
весь период повышения температуры тела и 5 дней после нормализации температуры; обычно 7-10 дней, зависит от показателей ликвора; 10-14 дней; 5 дней.
#
387
ПРЕПАРАТЫ КАКОЙ ГРУППЫ РЕКОМЕНДУЮТ НАЗНАЧАТЬ ПРИ СКАРЛАТИНЕ?
4
нитрофураны; аминогликозиды; фторхинолоны; защищенные пенициллины.
#
388
ЭТИОЛОГИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫМ АНТИБИОТИКОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
3

амфотерицин; полимиксин; пенициллин; ципрофлоксацин.
#
389
ПРИ КОКЛЮШЕ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ:
3
пенициллина; оксациллина; эритромицина; линкомицина.
#
390
ВЫСОКОАКТИВНАЯ АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ МИНИМУМ:
1
трех препаратов; не менее 5 препаратов; двух препаратов; одного препарата.
#
391
ДЛЯ СОЗДАНИЯ АКТИВНОГО ИММУНИТЕТА ИСПОЛЬЗУЮТ:
3
энтеросорбент; антибиотик; вакцину; бактериофаг.
#
392
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ИСПОЛЬЗУЮТ:
3
крем с антисептиками; мазь, содержащую глюкокортикостероиды; ацикловир таблетированный; мазь с антибиотиками.
#
393
ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕОБХОДИМОГО ОБЪЁМА ВВОДИМОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ОБЕЗВОЖИВАНИИ НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

3
плотности мочи и крови; цветового показателя крови; процента потери жидкости; степени анемии.
#
394
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА ИСПОЛЬЗУЮТ:
2
глюкокортикостероиды; ацикловир и его аналоги; цитостатики; мочегонные препараты.
#
395
ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ ДЛЯ ОРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИМЕНЯЮТ:
3
смекта; энтеродез; регидрон; лактофильтрум.
#
396
ПРИ РАЗВИТИИ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ПИЩЕВЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ПРИМЕНЯЮТ:
1
кристаллоидные растворы внутривенно; коллоидные растворы внутримышечно; сердечные гликозиды; прессорные амины.
#
397
ВЕДУЩИЙ ПРИНЦИП ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХОЛЕРой СОСТОИТ В ПРИМЕНЕНИИ:
1
регидратационных средств коллоидов с целью дезинтоксикации гормональных средств для борьбы с шоком иммуномодуляторов
#
398
ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ПРИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ: ПРИМЕНЯЮТ:

2
имодиум; смекту; диакарб; фуросемид;
#
399
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ САЛЬМОНЕЛЛЁЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
3
пенициллин; эритромицин; цефепим; тетрациклин.
#
400
В ЛЕЧЕНИИ ЛЕГКОЙ ФОРМЫ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ПРИМЕНЯЮТ:
3
витамины; ампициллин внутримышечно; энтеросорбенты + обильное питье; парентеральное введение солевых растворов.
#
401
БАЗИСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:
4
введение гамма-глобулина; антибиотики; гормоны; постельный режим и диету.
#
402
СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРИППА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:
1
противовирусные (озельтамивир); антибиотики (цефотаксим); ацетилсалициловая кислота; сульфаниламидные препараты.
#
403
ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ:
2
контактно-бытовой;

алиментарный; трансплацентарный; воздушно-капельный.
#
404
ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ ИМЕЮТ МЕХАНИЗМ ИНФИЦИРОВАНИЯ:
3
трансмиссивный; воздушно-капельный; фекально-оральный; парентеральный.
#
405
ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЙ ПУТЬ ЗАРАЖЕНИЯ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:
3
водный; пищевой; контактно-бытовой; трансплацентарный.
#
406
У ДЕТЕЙ ПО ЭПИДПОКАЗАНИЯМ ПРОВОДИТСЯ АКТИВНАЯ ИММУНИЗАЦИЯ (ВАКЦИНАЦИЯ) В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРИ:
2
сальмонеллезе; холере; протейной инфекции; шигеллезе.
#
407
ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ СКАРЛАТИНЕ ДЛИТСЯ:
1
2-7 дней; 8-12 часов; 11 дней; 17 дней;
#
408
АПНОЭ ПРИ КОКЛЮШЕ – ЭТО:
4

рвота после приступа кашля; остановка дыхания на вдохе; остановка сердца во время приступа кашля; остановка дыхания на кашлевом выдохе.
#
409
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОКЛЮША ПРОВОДИТСЯ:
2
изоляция контактных на 25 дней от момента контакта; иммунизация детей АКДС-вакциной; трехкратное бактериологическое обследование в очаге инфекции; введение иммуноглобулина контактным.
#
410
КАКОЙ ГЕПАТИТ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕМ?
2
HBV; HAV; HCV; HDV.
#
411
КАКОЙ ГЕПАТИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ В ЖАРКИХ СТРАНАХ?
4
HDV; HAV; HCV; HEV.
#
412
ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ГЕПАТИТА А СОСТАВЛЯЕТ:
2
60-180 дней; 15-45 дней; 6-12 мес.; 1,5-6 мес.
#
413
СПОСОБОМ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ:
2
половой; водный;

гемотрансфузионный; трансмиссивный.
#
414
ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ У БОЛЬШИНСТВА ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЮТСЯ:
1
в 3-12 мес.; в 3-5 лет; после 10 лет; в 15 лет.
#
415
ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ ПЕРЕДАЧИ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
1
водный; парентеральный; контактный; трансмиссивный.
#
416
СПОСОБОМ ПЕРЕДАЧИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
4
пищевой; фекально-оральный; трансмиссивный; капельный.
#
417
ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ:
3
водный пищевой капельный трансмиссивный
#
418
ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ СОСТАВЛЯЕТ:
3
2-7 дней; 9-17 дней; 11-21 день;

7-9 дней.
#
419
РЕВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КОРИ ПРОВОДИТСЯ:
3
в 5 лет; в 2 года; в 6 лет; в 10 лет.
#
420
ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ КОРИ У НЕ ПОЛУЧИВШИХ ИММУНОГЛОБУЛИН НЕПРИВИТЫХ ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ:
4
10 дней с 11 по 21 день от 9 до 21 дня от 9 до 17 дней
#
421
КАКИМ ДОЛЖЕН БЫТЬ СПОСОБ ТРАНСПОРТИРОВКИ БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА МЕНИНГОКОККОВУЮ ИНФЕКЦИЮ В ИНФЕКЦИОННЫЙ СТАЦИОНАР?
1
на машине скорой помощи с обязательным сопровождением врача; самостоятельно на личном транспорте; самостоятельно на общественном транспорте; на машине скорой помощи без сопровождения врача.
#
422
ПРОФИЛАКТИКА КРАСНУХИ ВКЛЮЧАЕТ:
2
пассивную иммунизацию; активную иммунизацию; лечение контактных антибиотиками; введение лечебной сыворотки.
#
423
ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ КРАСНУХЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
3
больной только врожденной краснухой; бирусоноситель;

<p>больной врожденной или приобретенной краснухой; больной только приобретенной краснухой.</p>
#
424
КРАСНУХОЙ ЧАЩЕ БОЛЕЮТ ДЕТИ В ВОЗРАСТЕ:
3
<p>10-15 лет; до 1 года; 2-9 лет; 1-2 лет.</p>
#
425
КАРАНТИН ПРИ СКАРЛАТИНЕ НАКЛАДЫВАЕТСЯ НА:
4
<p>35 дней; 21 день; 14 дней; 7 дней.</p>
#
426
ИСТОЧНИКОМ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
2
<p>вирусоноситель; больной любой формой стрептококковой инфекции; только больной скарлатиной; только реконвалесцент скарлатины.</p>
#
427
МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ КОКЛЮША ЯВЛЯЕТСЯ:
1
<p>капельный; фекально-оральный; трансплацентарный; гемоконтактный;</p>
#
428
РАЗОБЩЕНИЕ ДЕТЕЙ, КОНТАКТИРОВАВШИХ С БОЛЬНЫМ КОКЛЮШЕМ, ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ НА:
2
<p>10 дней; 14 дней; 21 день; 1 месяц.</p>

#
429
ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ ПЕРЕДАЧИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
2
контактный; воздушно-капельный; водный; пищевой.
#
430
ВЕРТИКАЛЬНЫЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ВОЗМОЖЕН ПРИ:
3
скарлатине; дифтерии; вирусном гепатите В; дизентерии.
#
431
ПУТЕМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ ЯВЛЯЕТСЯ:
4
воздушно-капельный; пищевой; водный; половой.
#
432
АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ВВЕДЕНИЮ ЛЮБОГО ВАКЦИННОГО ПРЕПАРАТА (КРОМЕ АНТИРАБИЧЕСКОЙ ВАКЦИНЫ) ЯВЛЯЕТСЯ:
1
анафилактический шок в анамнезе; температура тела в момент вакцинации 37,4 С; местная реакция на первичное введение вакцинного препарата в виде отека и гиперемии размером 4 см; масса тела при рождении ребенка менее 2000 г.
#
433
ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ ОЧАГЕ КРАСНУХА ПЕРЕДАЕТСЯ ПУТЕМ:
4
контактно-бытовым; трансмиссивным; пищевым; воздушно-капельным.

#
434
ОСНОВНЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
4
<p>проведение очаговой дезинфекции с изоляцией контактных; лечение больных; изоляция всех контактных; иммунизация в предэпидемический период.</p>
#
435
К ПЛАНОВОЙ ИММУНИЗАЦИИ ОТНОСИТСЯ ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ:
1
<p>кори; дизентерии; брюшного тифа; холеры.</p>
#
436
ТЕКУЩУЮ И ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ В КВАРТИРЕ НЕГОСПИТАЛИЗИРОВАННОГО ИНФЕКЦИОННОГО БОЛЬНОГО ПРОВОДЯТ:
3
<p>сотрудники дезинфекционной службы; лица из числа медицинского персонала участковой поликлиники; родственники больного; эпидемиологи.</p>
#
437
ЗАРАЖЕНИЕ ВИЧ ВОЗМОЖНО ПРИ:
2
<p>кашле, чихании; половом контакте; попадании слюны на кожу; тесных объятиях.</p>
#
438
ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А ЯВЛЯЕТСЯ:
1
<p>фекально–оральный; трансмиссивный; аэрогенный; вертикальный.</p>
#

439
ДЛЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРЕН ПЕРИОД:
3
осенне-зимний; летне-осенний; зимне-весенний; весенне-летний.
#
440
СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ПРЕДПОЛАГАЕТ:
1
вакцинацию; использование одноразовых медицинских инструментов; замену трансфузий препаратов крови кровезаменителями; стерилизацию изделий медицинского назначения в лечебно-профилактических учреждениях.
#
441
ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА КАКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПРОВОДИТСЯ?
3
ВГD; ВГC; ВГА; ВГF.
#
442
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЙ ЧЕЛОВЕК ПРЕДСТАВЛЯЕТ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ:
2
в периодах, клинически выраженных; пожизненно; только в терминальной стадии; только в стадии острой инфекции.
#
443
ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ ПЕРЕДАЧИ САЛЬМОНЕЛЛ?
2
цельные злаки; молочные продукты; кровососущие насекомые; иксодовые клещи.
#
444

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ПРОВОДИТСЯ С:
1
А) аденовирусной инфекцией; Б) коклюшем; В) ротавирусной инфекцией; Г) полиомиелитом.
#
445
ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ:
2
ларингита, развития стеноза гортани; лимфаденопатии, гепатоспленомегалии; вялых парезов, параличей; диареи, эксикоза.
#
446
ПОД ТЕРМИНОМ «РЕПРИЗЫ» ПРИ КАШЛЕ ПОНИМАЮТ:
3
затрудненное дыхание во время приступа кашля; затрудненный выдох во время приступа кашля; свистящий вдох вслед за приступом кашля; приступы кашля, преимущественно в ночное время.
#
447
НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
4
миокардит; миелит; нефрит; менингоэнцефалит.
#
448
ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ РЕБЕНКА С ЛЕГКОЙ ФОРМОЙ ТЕЧЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
1
зуд; лихорадка; отказ от пищи; болезненное высыпание;

#
449
ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
4
сыпь, имеющая везикулезный характер; этапность появления высыпаний; наличие высыпаний на волосистой части головы; ложный полиморфизм сыпи.
#
450
НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИАРЕЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
2
А) токсикоз; Б) эксикоз; В) септическое состояние; Г) судороги.
#
451
ОТНОСИТЕЛЬНО ПОЗДНИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЭКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:
3
тахикардия и тахипноэ; снижение объема диуреза; низкий тургор тканей; задержка заполнения капилляров ногтевого ложа.
#
452
ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ E.COLI СЕРОТИП O157:H7 НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ:
1
всем пациентам с диареей, имеющим примесь крови в кале; всем пациентам первого года жизни с затяжным диарейным синдромом; педиатрическим пациентам (любого возраста) с водянистой диареей; всем педиатрическим пациентам с эксикозом тяжелой степени тяжести;
#
453
ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА-БАРРА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ:
2
синдром инфекционного мононуклеоза; бессимптомная форма; вторичное иммунодефицитное состояние;

генерализованная лимфаденопатия.
#
454
ОБНАРУЖЕНИЕ ВИРУСНЫХ ЧАСТИЦ ЭПШТЕЙНА-БАРРА В СЛЮНЕ:
4
указывает на репликацию вируса в лимфатических узлах; является патогномоничным признаком острой симптоматической инфекции; требует начала специфической противовирусной терапии; возможно в различные сроки после инфицирования.
#
455
НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМОЙ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
1
неспецифическое лихорадочное заболевание; поражение слизистой ротоглотки, герпетическая ангина; вирусная пузырчатка полости рта и конечностей; поражение нервной системы, асептический менингит.
#
456
ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОСТРОГО ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО (ЭПИДЕМИЧЕСКОГО) КОНЬЮНКТИВИТА У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:
2
аденовирус серотип 3; энтеровирус тип 70; вирус герпеса человека тип 1; Chlamydia trachomatis.
#
457
90% ВСЕХ СЛУЧАЕВ АСЕПТИЧЕСКОГО МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ И 50% У СТАРШИХ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ ВЫЗЫВАЕТ:
3
вирус эпидемического паротита; вирус клещевого энцефалита; энтеровирус; Haemophilus influenzae type b.
#
458
У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ С ТЯЖЕЛОЙ ГИПОТРОФИЕЙ ДИЗЕНТЕРИЯ ЧАЩЕ СЛОЖНЯЕТСЯ:
3
лейкемоидной реакцией; гемолитико-уремическим синдромом;

бактериемией; реактивным артритом.
#
459
К СИМПТОМАМ МЕНИНГОКОККОВОЙ СЕПТИЦЕМИИ НЕ ОТНОСИТСЯ:
3
геморрагическая сыпь; лихорадочная реакция; нарушение сознания; артериальная гипотензия.
#
460
ВЫДЕЛЕНИЕ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСА ИЗ МОЧИ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА, ВЫШЕДШЕГО ИЗ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ, УКАЗЫВАЕТ НА:
1
предшествующую врожденную или приобретенную инфекцию; перенесенное внутриутробно инфицирование цитомегаловирусом; наличие заболевания, требующего противовирусного лечения; генерализацию инфекции в связи с иммунодефицитным состоянием.
#
461
ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ТЕСТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ИДЕНТИФИКАЦИИ ВГС-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ:
2
РНК-НСV методом ПЦР; анти-НСV; печеночных трансаминаз; уровня вирусной репликации.
#
462
КАКОЙ АНТИБИОТИК ИСПОЛЬЗУЮТ В ЛЕЧЕНИИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ СКАРЛАТИНЫ?
2
эритромицин; пенициллин; амоксциллин-клавуланат; цефиксимperos.
#
463
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ КОКЛЮШНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
3
цефексимperos;

<p>амоксициллин; азитромицин; амоксициллин-клавуланат.</p>
#
464
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ АКТИВНОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
4
<p>фоскарнет; ацикловир; валацикловир; ганцикловир.</p>
#
465
СРЕДИ ФОРМ АКТИВНОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ НЕ НУЖДАЕТСЯ В ЛЕЧЕНИИ ПРОТИВОВИРУСНЫМИ СРЕДСТВАМИ:
3
<p>А) цитомегаловирусный ретинит; Б) цитомегаловирусная болезнь; В) инфекционный мононуклеоз; Г) цитомегаловирусный пневмонит.</p>
#
466
ПРОВЕДЕНИЕ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ПРОТИВ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ПОКАЗАНО ЗДОРОВОМУ НОВОРОЖДЕННОМУ ЕСЛИ:
1
<p>заболевания матери развилось за пять дней до родов и в течение 2х недель после родов; мать переболела в первые 9-12 недель беременности; беременная женщина перенесла ветряную оспу в тяжелой или осложненной форме; мать переболела в первые 4-8 недель беременности;</p>
#
467
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГАСТРОЭНТЕРИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ:
4
<p>терапию препаратами, содержащими пробиотические культуры микроорганизмов; рациональную антибиотикотерапию препаратами максимально широкого спектра;</p>

симптоматическое лечение противорвотными и антидиарейными средствами; поддержание нормальной гидратации и водно-электролитного баланса.
#
468
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ НЕТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ЭНТЕРОТОКСИГЕННЫХ И ЭНТЕРОАГГРЕГАТИВНЫХ ЭШЕРИХИОЗОВ У ДЕТЕЙ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:
2
выборе в качестве стартового препарата пероральных антибиотиков, не всасывающихся в ЖКТ; отказе от эмпирической антибактериальной терапии; выборе в качестве стартового препарата парентеральных антибиотиков широкого спектра действия; сокращении продолжительности курсов антибактериальной терапии.
#
469
ОРАЛЬНАЯ РЕГИДРАТАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ВЫБОРА КОРРЕКЦИИ ПОТЕРЬ ЖИДКОСТИ ПРИ ОСТРЫХ ГАСТРОЭНТЕРИТАХ У ВСЕХ ДЕТЕЙ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:
3
пациентов с рвотой в течение нескольких часов; случаев заболевания детей первого года жизни; пациентов с тяжелым обезвоживанием; пациентов с сопутствующей соматической или неврологической патологией.
#
470
ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ КОРТИКОСТЕРОИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
3
выраженная тромбоцитопения; значительная обструкция дыхательных путей, связанная с гипертрофией небных и носоглоточной миндалин; длительность заболевания; клиническое подозрение на миокардит.
#
471
У ПРЕДВАРИТЕЛЬНО ЗДОРОВЫХ ПАЦИЕНТОВ С НЕТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ:
1
не является рациональным, поскольку заболевание носит самокупирующийся характер; является полезным поскольку даже при легких формах болезни эти препараты влияют в значительной степени на ее тяжесть и длительность;

является обязательным, поскольку эти препараты могут предотвратить возникновение осложнений; зависит от того, насколько достоверно подтверждена этиология мононуклеозоподобного синдрома.
#
472
ОСНОВОЙ ЛЕЧЕНИЯ МАНИФЕСТНЫХ ФОРМ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ:
2
противовирусные препараты прямого действия; регидратация и симптоматические средства; антибактериальные препараты широкого спектра; кортикостероидные препараты в среднетерапевтических дозировках.
#
473
ПРИ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ:
3
антибиотиков из группы макролидов; жаропонижающих препаратов; жантидиарейных средств; антибиотикотерапии при легких формах заболевания.
#
474
В АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СТРЕПТОКОККОВОГО СИНДРОМА ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ:
1
клиндамицина; цефтриаксона; ампициллина с гентамицином; метронидазола.
#
475
ДО ПОЛУЧЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ АНТИБИОТИКОГРАММЫ У ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ СТАРТОВЫМ ПРЕПАРАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:
2
цефтриаксон; ванкомицин; ампициллин; цефуроксим-аксетил
#
476
ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ СТАФИЛОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ АНТИБИОТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

3
бацитрацин; хлорамфеникол; мупироцин; неомицина сульфат.
#
477
ПРИ ТЕРАПИИ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ:
3
klaritromitsin; amoksiitsillin-klavulanat; amoksiitsillin; peroralnye tsefalosporiny 3 pokoleniya (tsifiksim).
#
478
ЕСЛИ ПРОВОДИТЬ КОРРЕКЦИЮ ДИАРЕЙНЫХ ПОТЕРЬ ВОДОЙ, ТО У РЕБЕНКА МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ:
3
gipovolemicheskiy shok; gipernatriemicheskiy eksikoz; vnutrikletochnyy otok; umensheniye ob'yema plazmy.
#
479
ИСХОД КИШЕЧНОГО ЭКСИКОЗА У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ЗАВИСИТ ОТ:
4
srokov prekrasheniya potery zhidkosti; organizatsii ratsionalnoy antibiotikoterapii; skorosti transportirovki tsienta v spetsializirovannoye otdeleniye; operativnosti nachala regidratsatsii.
#
480
МЕТОДОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ЭКСИКОЗА У ПЕДИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:
oralnaya regidratsatsiya nizkoosmol'yarnymi rastvorami; parenteralnaya regidratsatsiya s vnutrisosudistym dostupom; oralnaya regidratsatsiya vysokoosmol'yarnymi rastvorami; parenteralnaya regidratsatsiya s vnutrikostnym dostupom.
#

481
ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА КОРИ ПРОВОДИТСЯ:
3
субъединичной вакциной; инактивированной вакциной; живой вакциной; инактивированным токсином.
#
482
ДЛЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КОРИ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ:
2
средний уровень контагиозности; быстрое распространение; иммунитет после перенесенного заболевания 15-18 лет; восприимчивость к заболеванию преимущественно в детском возрасте.
#
483
РЕБЕНОК ЗАЩИЩЕН ОТ КОКЛЮША МАТЕРИНСКИМИ АНТИТЕЛАМИ В ТЕЧЕНИЕ:
4
первых двенадцати месяцев жизни; первых месяцев жизни; периода грудного вскармливания; первых недель жизни.
#
484
ГОВОРЯ ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ КОКЛЮША, СПРАВЕДЛИВО УТВЕРЖДЕНИЕ, ЧТО:
1
в катаральной стадии инфекции контагиозность пациента наиболее высока; наиболее высокой является контагиозность пациента в стадии спазматического кашля; длительность периода контагиозности не зависит от получаемой пациентом Антибиотикотерапии;
#
485
ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА К КОКЛЮШУ ПОСЛЕ ЗАКОНЧЕННОЙ СХЕМЫ ВАКЦИНАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ:
4
более 15 лет; 3-4 года; 10-15 лет;

5-5,5 лет.
#
486
ПОСЛЕКОНТАКТНАЯ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ:
3
<p>эффективна только в первые 48 часов после контакта; может быть проведена только в первые 72 часа после контакта; проводится в первые 96 часов после контакта; не проводится в связи с неэффективностью и сложностью организации.</p>
#
487
ОЦЕНИВАЯ ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ, ВРАЧ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ, ЧТО:
1
<p>контагиозность при семейном контакте достигает 90%; источником инфекции для дошкольников являются взрослые; после перенесенного заболевания иммунитет сохраняется до 10-15 лет; трансплацентарная передача ветряной оспы не осуществляется.</p>
#
488
КРАЙНЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМ В УХОДЕ ЗА РЕБЕНКОМ С ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДОВАНИЕ СОВЕТУ:
4
<p>полоскать рот после еды; ежедневно проводить гигиеническую ванну; обрабатывать везикулы бриллиантовым зеленым; не купать ребенка.</p>
#
489
ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЭНТЕРОГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ЭШЕРИХИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:
2
<p>пребывание на эндемичных территориях, даже в туристических зонах; контаминация пищевых продуктов или контакт со скотом; контакт со здоровым носителем энтерогеморрагических эшерихий; употребление в пищу птицы с плохой термической обработкой.</p>
#
490
ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ, ЧТО:
1

<p>непрямая передача энтеровируса связана с плохими санитарными условиями; симптоматические формы развиваются, преимущественно, у детей младшего возраста;</p> <p>энтеровирусная инфекция распространена, главным образом, в условиях тропического климата;</p> <p>для энтеровирусных заболеваний не характерен ятрогенный путь передачи инфекции.</p>
#
491
НАИБОЛЕЕ ВЫСОКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ ОТМЕЧАЕТСЯ СРЕДИ:
3
<p>детей школьного возраста;</p> <p>детей первых месяцев жизни;</p> <p>дошкольников;</p> <p>взрослых на территориях, эндемичных по дизентерии.</p>
#
492
ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ S. AUREUS ИЗ НОСА ДЕКОЛОНИЗАЦИЯ НЕ ПРОВОДИТСЯ:
4
<p>пациентам хирургических отделений;</p> <p>медработникам, работающим в реанимации;</p> <p>пациентам отделений реанимации и интенсивной терапии;</p> <p>детям дошкольного возраста.</p>
#
494
ИЗ ФОРМ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ В-ГЕМОЛИТИЧЕСКИМ СТРЕПТОКОККОМ ГРУППЫ А, ПОДЛЕЖИТ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМУ УЧЕТУ:
3
<p>инвазивное заболевание;</p> <p>некротизирующий фасциит;</p> <p>скарлатина;</p> <p>назофарингеальное носительство.</p>
#
495
ПРЕИМУЩЕСТВО ИНАКТИВИРОВАННОЙ ПОЛИОМИЕЛИТНОЙ ВАКЦИНЫ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО ОНА:
2
<p>индуцирует местный иммунитет слизистой оболочки кишечника;</p> <p>не провоцирует вакциноассоциированный полиомиелит;</p> <p>предупреждает занос полиовируса из эндемичных территорий;</p>

создает коллективный иммунитет в вакцинированной популяции.
#
496
ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ БРЮШНОГО ТИФА ПОДЛЕЖАТ:
4
члены семьи больного с диареей, прибывшего из Индии или Пакистана; дети первых двух лет жизни; работники здравоохранения; лица, выезжающие в эндемичные районы.
#
497
ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ КАМПИЛОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЮТСЯ:
1
сырые продукты животного происхождения; больные люди и носители бактерий из рода <i>Campylobacter</i> ; продукты питания, загрязненные выделениями грызунов; предметы медицинского назначения в стационарах.
#
498
ПРОВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ В ОЧАГЕ ДИФТЕРИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ:
3
цефуроксим-аксетил; амоксициллин-клавуланат; не предусмотрено; триметаприм-сульфаметоксазол.
#
499
ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ДИФТЕРИИ ДАЛЬНЕЙШАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ДИФТЕРИЙНЫМ АНАТОКСИНОМ:
3
проводится через 10 лет после закончившегося заболевания; не проводится, так как перенесенное заболевание оставляет прочный иммунитет; проводится в соответствии с календарем прививок; проводится только лицам, имеющим дефект в системе иммунитета.
#
500
ПРИ ИНФОРМИРОВАНИИ НАСЕЛЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НЕОБХОДИМО ОБЪЯСНЯТЬ, ЧТО:

2
ребенок может заразиться ВИЧ в детском саду от других детей; существуют надежные тесты для диагностики ВИЧ; возможно заражение при случайном контакте с носителем ВИЧ в общественном месте; кровососущие насекомые способны передавать ВИЧ человеку.
#
501
СЛУЧАЙНАЯ ВАКЦИНАЦИЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ЖИВОЙ КРАСНУШНОЙ ВАКЦИНОЙ:
1
не является основанием для прерывания беременности; приводит к возникновению врожденной патологии плода; требует назначения женщине противовирусной терапии; ассоциирована с повышенным риском патологии беременности
#
502
ПОКАЗАТЕЛЬ ТЯЖЕСТИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА:
2
диарейный симптом; интоксикационный синдром; бронхообструктивный синдром; менингеальный синдром.
#
503
ДЛЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ:
1
пятно, петехия, рубчик; пятно, папула, везикула; петехии, некроз, рубчик; розеола, уртикария, пустула.
#
504
КАКОЙ СИМПТОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ?
4
геморрагический синдром; гепатоспленомегалия; длительная фебрильная лихорадка; полиморфизм сыпи.
#
505
КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ МЕНИНГИТА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО

ВОЗРАСТА?
2
положительный симптом Моро; выбухание большого родничка; парез нижних конечностей; положительный симптом Бабинского.
#
506
РАЗВИТИЕ ТОКСИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ СКАРЛАТИНЕ ОБУСЛОВЛЕНО ДЕЙСТВИЕМ
4
эндотоксина; гиалуронидазы, стрептолизина; М-протеина; экзотоксина.
#
507
КАКОЙ МАТЕРИАЛ ПРИ СКАРЛАТИНЕ НЕОБХОДИМО ВЗЯТЬ ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ?
1
слизь из носа и зева; мокроту; кал; ликвор.
#
508
СТРЕПТОКОККИ ПРОДУЦИРУЮТ:
2
А) эндотоксин; Б) экзотоксин; В) энтеротоксин; Г) А-белок.
#
509
В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ КОКЛЮШЕ ОТМЕЧАЕТСЯ:
2
А) лейкоцитоз, лимфопения, нормальная СОЭ; Б) лейкоцитоз, лимфоцитоз, нормальная СОЭ; В) лейкоцитоз, лимфоцитоз, ускоренная СОЭ; Г) лейкоцитоз, лимфопения, ускоренная СОЭ.

#
510
ВИРУС ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ПОПАДАЕТ В ЖЕЛЕЗИСТЫЕ ОРГАНЫ:
3
А) лимфогенно; Б) аэрогенно; В) гематогенно; Г) через проток слюнной железы.
#
511
ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
1
общей интоксикацией, поражением слюнных желез, железистых органов, нервной системы; синдромом диареи, развитием обезвоживания; поражением только нервной системы (серозный менингит) или только железистых органов (поджелудочной, половых и др.); поражением слизистых оболочек нижних дыхательных путей, развитием ларингита.
#
512
СКОЛЬКО ТИПОВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГРИППА ИЗВЕСТНО?
2
4; 3; 7; 5.
#
513
КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ МОГУТ ПРИВОДИТЬ К РАЗВИТИЮ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА?
2
антимикотики; антибиотики; противовирусные; антипиретики.
#
514
ПЕРОРАЛЬНАЯ РЕГИДРАТАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ:
1

<p>эксикозе; токсикозе; нейротоксикозе; инфекционно-токсическом шоке.</p>
#
515
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВНУТРИВЕННОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ОКИМОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ОСЛОЖНЕНИЕ:
.
2
<p>острая печеночная недостаточность; отек легких; острая почечная недостаточность; инфекционно-токсический шок</p>
#
516
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ГЕПАТИТА А ПРИ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:
3
<p>дегидратация; регидратация; дезинтоксикация; назначение глюкокортикоидов.</p>
#
517
КАКОЙ ВИРУС НАЗЫВАЮТ «ЛАСКОВЫМ УБИЙЦЕЙ»?
1
<p>HBV; HCV; HEV; HDV.</p>
#
518
ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ГЕПАТИТА В СОСТАВЛЯЕТ:
4
<p>10-40 дней; 6-12 мес.; 3-6 мес.; 60-180 дней.</p>
#
519

ДЕТИ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ ЧАСТО РОЖДАЮТСЯ:
4
с избыточной массой тела для срока гестации; доношенными; переношенными; недоношенными или со ЗВУР.
#
520
ПРИ КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В СЕМЬЕ ПРОВОДИТСЯ:
1
бактериологическое обследование членов семьи на менингококк; бактериологическое обследование всех контактных с семьей за последний месяц; серологическое обследование на менингококк членов семьи; люмбальная пункция всех членов семьи.
#
521
СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПОЛИОМИЕЛИТА ПРОВОДИТСЯ:
2
полисахаридной вакциной; живой вакциной; рекомбинантной вакциной; иммуноглобулином.
#
522
НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ КОРИ ВКЛЮЧАЮТ:
4
введение противовирусных препаратов болевшим корью; госпитализацию контактных детей до 5 дня с момента контакта; экстренную вакцинацию; раннее выявление и изоляцию источника инфекции.
#
523
КАК СЛЕДУЕТ ПОСТУПИТЬ В ОЧАГЕ ИНФЕКЦИИ С ДЕТЬМИ, НЕ ПРИВИТЫМИ ПРОТИВ КОРИ?
4
вакцинировать до 10 дня с момента изоляции больного; назначить интерферон; назначить антибиотики; вакцинировать до 4-го дня с момента контакта с больным.

#
524
СРОКИ КАРАНТИНА ПРИ КРАСНУХЕ СОСТАВЛЯЮТ:
1
21 день; 10 дней; 7 дней; 26 дней.
#
525
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРАСНУХИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ВАКЦИНА:
2
полисахаридная живая рекомбинантная субъединичная
#
526
ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНА ПРИ:
4
скарлатине; ветряной оспе; коклюше; дифтерии.
#
527
К ГРУППАМ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ:
2
военнослужащие; заключенные; повара; учителя.
#
528
МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ПРИ АНТРОПОНОЗНЫХ ИНФЕКЦИЯХ УСТАНОВЛИВАЮТ:
4
за маленькими детьми, проживающими вместе с заболевшими; только за лицами, ухаживающими за больными на дому;

только за членами семьи больного в коммунальной квартире; за всеми лицами, которые находились в контакте с больным.
#
529
К ИНФЕКЦИЯМ, УПРАВЛЯЕМЫМ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ, ОТНОСЯТСЯ АНТРОПОНОЗЫ С МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ:
2
аэрозольным; фекально-оральным; трансмиссивным; контактным.
#
530
ВОЗБУДИТЕЛЬ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ПЕРЕДАЁТСЯ ПУТЕМ:
2
трансмиссивным; водным; половым; шприцевым.
#
531
ЛЕТНЕ-ОСЕННИЙ ПОДЪЕМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИМЕЕТ:
2
грипп; дизентерия; ротавирусная инфекция; менингококковая инфекция.
#
532
НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
3
вирус герпеса 6 типа; цитомегаловирус; вирус парагриппа; β -гемолитический стрептококк группы А.
#
533
ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

1
бронхиолитом, обструктивным бронхитом, бронхопневмонией, ДН II-III; назофарингитом, повышением температуры тела до субфебрильных цифр; острым бронхитом, фарингитом, тонзиллитом, бронхиолитом, ДН 0-I; синуситами, простым бронхитом, лакунарной ангиной.
#
534
ОСНОВНОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
4
фекально-оральный; трансмиссивный; вертикальный; воздушно-капельный.
#
535
ОСОБЕННОСТЯМИ ТЕЧЕНИЯ ГРИППА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА СЧИТАЮТ:
1
субфебрильную или нормальную температуру тела, стертую клиническую картину; частое развитие стенозирующего ларинготрахеита на фоне нормальной температуры тела; высокую лихорадку, волнообразное течение, частые бактериальные осложнения; высокую судорожную готовность, длительную гектическую лихорадку.
#
536
ТИПИЧНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ГЕМОГРАММЫ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ТЕЧЕНИЯ ГРИППА СЧИТАЮТ:
2
лейкоцитоз, лимфоцитоз, СОЭ в пределах нормы; лейкопению, лимфоцитоз, СОЭ в пределах нормы; лейкопению, нейтрофилез, повышение СОЭ; лейкоцитоз, лимфоцитоз, повышение СОЭ.
#
537
К ОСОБЕННОСТЯМ ТЕЧЕНИЯ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСЯТ:
1
резко выраженный катаральный синдром, обильное серозное отделяемое на фоне невыраженной температурной реакции; обильное гнойное отделяемое из носа, гнойный конъюнктивит, длительную

<p>фебрильную лихорадку; частое развитие стеноза гортани и некротической ангины, гектическую лихорадку в первые дни заболевания; частое осложнение в виде мезаденита, стойкой диареи, диспепсического синдрома.</p>
#
538
ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ КАЛ ИМЕЕТ ВИД:
2
<p>горохового пюре; ректального плевка; малинового желе; болотной тины.</p>
#
539
ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ БОЛЬ В ЖИВОТЕ:
2
<p>появляется только после акта дефекации; схваткообразная, усиливается перед актом дефекации; постоянная, ноющего характера; острая («кинжальная») после дефекации.</p>
#
540
ПРИ ХОЛЕРЕ КАЛ ИМЕЕТ ВИД:
3
<p>малинового желе; ректального плевка; рисового отвара; болотной тины.</p>
#
541
ПРИ ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ РВОТА
2
<p>не приносит облегчения; приносит облегчение; возникает при резком вставании больного; не связана с приемом пищи.</p>
#
542
К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ХОЛЕРЕ ОТНОСИТСЯ:

4
аллергологический; серологический; биологический; бактериологический.
#
543
К ТИПИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ОТНОСИТСЯ:
1
перфорация язвы кишечника; долевая пневмония; инфекционный паротит; менингоэнцефалит.
#
544
ЛЕТНЕ-ОСЕННИЙ ПОДЪЕМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ:
2
гриппе; дизентерии; бруцеллезе; менингококковой инфекции.
#
545
К ХАРАКТЕРНЫМ СИПТОМАМ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ:
3
менингеальные знаки; мелкоточечная сыпь; пленчатый конъюнктивит; «малиновый» язык.
#
546
РАЗВИТИЕ ПЛЕНЧАТОГО КОНЪЮНКТИВИТА ХАРАКТЕРНО ПРИ ИНФЕКЦИИ:
3
энтеровирусной; гриппозной; аденовирусной; ротавирусной.
#
547

АДЕНОВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ ОТ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ОТЛИЧАЕТ НАЛИЧИЕ:
1
<ul style="list-style-type: none"> пленчатого конъюнктивита; увеличенных шейных лимфатических узлов; симптомов интоксикации; заложенности носа.
#
548
ФАРИНГОКОНЪЮНКТИВАЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:
2
<ul style="list-style-type: none"> респираторно-синцитиальной инфекции; аденовирусной инфекции; гриппа; парагриппа.
#
549
ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ РЕБЕНКА В РЕАНИМАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
1
<ul style="list-style-type: none"> стеноз гортани III степени; стеноз гортани II степени; стеноз гортани I степени; ларинготрахеит.
#
550
ГРУБЫЙ, «ЛАЮЩИЙ» КАШЕЛЬ, ОСИПЛОСТЬ ГОЛОСА, ЗАТРУДНЕННОЕ ШУМНОЕ ДЫХАНИЕ ХАКТЕРНО ДЛЯ:
3
<ul style="list-style-type: none"> пневмонии; обструктивного бронхита; стеноза гортани; заглоточного абсцесса.
#
551
ПОРАЖЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ:
4
<ul style="list-style-type: none"> грибы; бактерии; спирохеты;

вирусы.
#
552
ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
1
стеноз гортани I–II степени; обильный насморк; частый кашель; головная боль.
#
553
ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ИСТИННОГО КРУПА К ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ ОТНОСИТСЯ – ПОСЕВ:
4
испражнений на вирусы; крови на стерильность; мочи на стерильность; слизи из носа и зева на коринебактерии дифтерии.
#
554
НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ «ЛАЮЩЕГО» КАШЛЯ, ОСИПЛОСТИ ГОЛОСА, УДЛИНЕННОГО ВДОХА – ЭТО:
2
острая пневмония; острый стенозирующий ларингит; острый бронхит; бронхиальная астма.
#
555
СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ТОЛЬКО ДЛЯ КОРИ – ЭТО:
4
ринит; повышенная температура; кашель; пятна Бельского–Филатова.
#
556
СИМПТОМ, ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ ДЛЯ ТИПИЧНОЙ КОРИ – ЭТО:
3

<p>светобоязнь; ринит; пятна Бельского–Филатова; кашель.</p>
#
557
ПАТОГМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ КОРЕВОЙ СЫПИ ЯВЛЯЕТСЯ:
1
<p>этапность высыпания; милиарная сыпь; сыпь на волосистой части головы; начало сыпи с нижних конечностей;</p>
#
558
БЕЛЕСОВАТЫЕ ПЯТНА НА СЛИЗИСТОЙ ЩЕК ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:
2
<p>эпидпаротита; кори; краснухи; иерсиниоза.</p>
#
559
ДЛЯ ТИПИЧНОЙ КОРИ ХАРАКТЕРНА СЫПЬ:
3
<p>уртикарная; везикулезная; пятнисто-папулезная; мелкоточечная.</p>
#
560
К ПРИЗНАКАМ, ПОМОГАЮЩИМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ АДЕНОВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ И КОРЬ, ОТНОСЯТ:
4
<p>повышение температуры; обильный насморк; влажный кашель; пятна Бельского-Филатова;</p>
#
561
НЕПРИВИТЫМ ДЕТЯМ СТАРШЕ 12 МЕСЯЦЕВ, КОНТАКТНЫМ ПО КОРИ, РЕКОМЕНДУЮТ:

1
<p>провести активную иммунизацию вакциной; провести пассивную иммунизацию γ- глобулином; проводить только наблюдение 21 день; срочную госпитализацию.</p>
#
562
К ПРИЗНАКАМ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСЯТ:
1
<p>высокую стойкую температуру; фибринозный налет на миндалинах; лакунарный тонзиллит; мелкоточечную сыпь.</p>
#
563
К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ КИШЕЧНОГО ИЕРСИНИОЗА ОТНОСИТСЯ:
4
<p>везикулезная сыпь; лакунарный тонзиллит; гнойный лимфаденит; мезаденит.</p>
#
564
ИСТОЧНИКОМ ИЕРСИНИОЗА ЯВЛЯЮТСЯ:
3
<p>платяные вши; иксодовые клещи; мышевидные грызуны; дикие птицы.</p>
#
565
К КЛИНИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ ОТНОСИТСЯ:
2
<p>легкая форма болезни; тяжелая форма болезни; возраст старше 10 лет; неотягощенный преморбидный фон.</p>
#

566
ПРИ ЛЕГКОМ ТЕЧЕНИИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ПРИМЕНЯЮТ:
1
бриллиантовый зеленый; ремантадин; антибиотики; транквилизаторы;
#
567
ТИПИЧНОЙ СЫПЬЮ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
2
мелкоточечная; везикулезная; пятнисто-папулезная; геморрагическая.
#
568
БОЛЬНОЙ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ ЗАРАЗЕН:
2
только в продромальный период; до 5 дня после последнего высыпания; до момента отпадения корочек; в период развития осложнений.
#
569
ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ СОСТАВЛЯЕТ:
3
6-7 дней; 30-35 дней; 11-21 дня; 2-5 дней.
#
570
ПРИМЕНЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ БОЛЬНЫМ СКАРЛАТИНОЙ ПОКАЗАНО ПРИ РАЗВИТИИ ФОРМЫ:
2
септической; токсической; экстрабуккальной; стертой.

#
571
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
3
левомицетин; гентамицин; пенициллин; цефтриаксон.
#
572
ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВИ У БОЛЬНОГО СКАРЛАТИНОЙ ВЫЯВЛЯЮТ:
2
лимфоцитоз; лейкоцитоз; моноцитоз; нейтропению.
#
573
КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
1
мелкоточечная сыпь; гепатомегалия; бледность кожи; «пакеты» лимфоузлов.
#
574
ПРИ СЕПТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ СКАРЛАТИНЫ К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ОТНОСЯТ:
2
лакунарный тонзиллит; некротическую ангину; субфебрильную температуру тела; нормальные размеры печени и селезенки.
#
575
«ОБЩИМ» КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ СКАРЛАТИНЫ И ИЕРСИНИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:
2
симптом «перчаток»; «малиновый» язык;

гепатомегалия; спленомегалия.
#
576
БЛЕДНЫЙ НОСОГУБНЫЙ ТРЕУГОЛЬНИК НА ФОНЕ ОБИЛЬНОЙ МЕЛКОТОЧЕЧНОЙ СЫПИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:
2
краснухи; скарлатины; кори; лакунарной ангины.
#
577
ТИПИЧНОЙ СЫПЬЮ ПРИ СКАРЛАТИНЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
4
пустулезная; пятнисто-папулезная; геморрагически-некротическая; мелкоточечная.
#
578
ДЛЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ РЕАКЦИЯ:
1
иммунофлюоресценции; связывания комплемента; торможения гемагглютинации; непрямой гемагглютинации.
#
579
ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬНОЙ:
4
герпетическим стоматитом; натуральной оспой; офтальмогерпесом; опоясывающим герпесом.
#
580
В ПОЛЬЗУ ЛЕГКОЙ ФОРМЫ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:

3
наличие сыпи на слизистых; высокая лихорадка; небольшое количество сыпи на коже; длительный период высыпания.
#
581
К РАЗВИТИЮ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ:
4
недостаточное питание; несоблюдение гигиенического режима; отягощенный преморбидный фон; отсутствие иммунитета у матери.
#
582
ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ВЕТРЯНОЧНОГО ЭНЦЕФАЛИТА, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ В ПЕРИОДЕ РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ:
2
нарушение сознания; нарушение координации; выраженная гиперестезия; неукротимая рвота.
#
583
ПРИ РАЗВИТИИ ЭНЦЕФАЛИТА В ПЕРИОДЕ РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ:
4
ствол мозга; кора мозга; подкорковые структуры; мозжечок.
#
584
ВОЗБУДИТЕЛЬ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ОТНОСИТСЯ К СЕМЕЙСТВУ:
4
энтеровирусов; грамположительных кокков; грамотрицательных кокков; герпесвирусов.
#
585

МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ СОСТАВЛЯЕТ:
1
21 день; 18 дней; 10 дней; 7 дней.
#
586
ВЕЗИКУЛЫ НА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:
2
скарлатины; ветряной оспы; псевдотуберкулеза; листериоза.
#
587
СИМПТОМЫ «КАПЮШОНА», «ПЕРЧАТОК», «НОСКОВ» ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:
4
краснухи; скарлатины; кори; иерсиниоза.
#
588
ДЛЯ ИЕРСИНИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНА СЫПЬ:
2
везикулезная; мелкоточечная; геморрагическая звездчатая; пустулезная.
#
589
ВОЗБУДИТЕЛЬ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
2
вирусом; коринебактерией; диплококком; кокком.

#
590
ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ:
1
больные дифтерией; грызуны; вирусоносители; клещи.
#
591
РАСПОЛОЖЕНИЕ ДИФТЕРИЙНОЙ ПЛЕНКИ ПО ЛАКУНАМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ФОРМЫ ИНФЕКЦИИ:
3
тяжелой; среднетяжелой; легкой; токсической.
#
592
ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ ДИФТЕРИИ НАБЛЮДАЮТ:
2
яркую гиперемию слизистой, энантемы; отечность миндалин и островчатые налеты; некротический процесс в миндалинах с первого дня болезни; наличие налетов на uvula.
#
593
БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ, КОНТАКТНЫХ ПО ДИФТЕРИИ, ПРОВОДИТСЯ:
2
двукратно; однократно; трехкратно; четырекратно.
#
594
БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ЛАКУНАРНЫМИ, ФОЛЛИКУЛЯРНЫМИ АНГИНАМИ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ДИФТЕРИИ ПРОВОДИТСЯ:
1
однократно;

двукратно; трехкратно; четырекратно.
#
595
БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЛЕНЧАТЫМИ И ПЛЕНЧАТО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ АНГИНАМИ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ДИФТЕРИИ ПРОВОДИТСЯ:
3
двукратно; однократно; трехкратно; четырекратно.
#
596
ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ТОКСИГЕННОГО ШТАММА ДИФТЕРИИ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ДОЛЖЕН:
2
лечить его на дому противодифтерийной сывороткой; госпитализировать его в стационар; провести бактериологическое обследование еще 2-хкратно; назначить ему антибиотик цефалоспоринового ряда.
#
597
УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ДИФТЕРИЮ У РЕБЕНКА ДОЛЖЕН:
2
ввести противодифтерийную сыворотку; осуществить экстренную госпитализацию больного; провести бактериологическое обследование; лечить больного амбулаторно.
#
598
КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:
1
лимфополиадения; геморрагический конъюнктивит; геморрагически-некротическая сыпь; милиарная сыпь.
#
599
УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ ЯВЛЯЮТСЯ ОБЩИМИ СИМПТОМАМИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА И:

2
дифтерии ротоглотки; аденовирусной инфекции; краснухи; кори.
#
600
К ВОЗБУДИТЕЛЯМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ОТНОСИТСЯ.
2
стафилококк; вирус Эпштейна –Барра; стрептококк; аденовирус.
#
601
ЗАЛОЖЕННОСТЬ НОСА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ СВЯЗАНА С:
2
катарально-экссудативным ринитом; увеличением носоглоточной миндалины; наличием фибринозной пленки; грибковыми наложениями.
#
602
К КАКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ВОЗБУДИТЕЛЬ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА:
3
простейшие; грибы; герпесвирусы; стрептококки.
#
604
К РАННИМ СИМПТОМАМ КОРИ ОТНОСЯТСЯ:
4
увеличение затылочных лимфоузлов и геморрагическая сыпь бледный носогубный треугольник и точечная сыпь появление сыпи на волосистой части головы и зуд кожи пятна Бельского-Филатова-Коплика
#
605

СЫПЬ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ:
3
на первый день болезни одновременно; в течение трех суток этапно; в течение нескольких дней толчкообразно; постепенно подсыпая с третьего дня болезни.
#
606
ДЛЯ СКАРЛАТИНЫ ХАРАКТЕРНА СЫПЬ:
2
везикулезная; мелкоточечная; геморрагически-некротическая; пятнисто-папулезная.
#
607
РАЗВИТИЕ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА ВОЗМОЖНО У ЧЕЛОВЕКА, ПЕРЕНЕСШЕГО:
2
простой герпес; ветряную оспу; инфекционный мононуклеоз; корь.
#
608
СЫПЬ ПРИ СКАРЛАТИНЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ:
1
на лице, туловище с концентрацией в естественных складках кожи; повсеместно, включая слизистые и волосистую часть головы; на лице вокруг рта, на руках и ногах; в области суставов, кистей, стоп.
#
609
СТЕПЕНЬ ТОКСИЧЕСКОЙ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО:
4
уровню артериального давления; высоте и длительности лихорадки; степени дыхательной недостаточности; распространению отека подкожной шейной клетчатки.
#

610
ТИПИЧНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ТОКСИЧЕСКОЙ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ:
3
сеприцемия, нефрит; пневмония, отит; миокардит, полирадикулоневрит; менингит, менингоэнцефалит.
#
611
ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПОРАЖЕНИЯ РОТОГЛОТКИ ПРИ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ:
4
А) некрозов на миндалинах; Б) яркой отграниченной гиперемии ротоглотки; В) герпетических высыпаний на дужках; Г) фибринозных пленок на небе, дужках, миндалинах.
#
612
УТОЛЩЕНИЕ ШЕИ ПРИ ТОКСИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ДИФТЕРИИ ОБУСЛОВЛЕНО:
1
отеком подкожной клетчатки шеи; лимфаденитом; увеличением околоушной слюнной железы; инфильтрацией кожи.
#
613
ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМОЙ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ:
3
дифтерийный круп; субтоксическая; островчатая; дифтерия носа.
#
614
ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ СОСТАВЛЯЕТ:
3
15-21 день; 10-15 дней; 2-10 дней; 15-30 дней.

#
615
ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ В СТАЦИОНАР ПРОВОДИТСЯ:
2
по тяжести состояния; в обязательном порядке; по решению эпидемиолога; по желанию родителей.
#
616
СЫПЬ ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ НА:
3
лице, груди, животе; разгибательных поверхностях туловища и конечностей; ягодицах, нижних конечностях, внизу живота; волосистой части головы.
#
617
КАШЕЛЬ С РЕПРИЗАМИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:
2
кори; коклюша; парагриппа; аденовирусной инфекции.
#
618
ОСОБЕННОСТЬЮ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:
2
влажный кашель; апноэ; катаральный синдром; геморрагический синдром.
#
619
ТИПИЧНЫМИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПРИ КОКЛЮШЕ ЯВЛЯЮТСЯ:
1
лейкоцитоз, лимфоцитоз, нормальное СОЭ; лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, ускоренное СОЭ; лейкоцитоз, лимфоцитоз, появление атипичных мононуклеаров, нормальное СОЭ;

лейкопения, нейтропения, ускоренное СОЭ.
#
620
ВОЗБУДИТЕЛЕМ КОКЛЮША ЯВЛЯЕТСЯ:
3
Haemophilus influenzae; Streptococcus pneumoniae; Bordetella pertussis; Yersinia pestis.
#
621
НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ КОКЛЮША ЯВЛЯЮТСЯ:
2
миокардит, полинейропатия; пневмония, ателектаз легкого; менингит, менингоэнцефалит; орхит, бесплодие.
#
622
ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ ХАРАКТЕРЕН СТУЛ:
2
обильный, водянистый, типа «рисового отвара»; скудный, с грубой слизью, патологическими примесями; жидкий, пенистый, без патологических примесей; жидкий, обильный, зловонный, с примесью жира.
#
623
РОТАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПРОТЕКАЕТ ПО ТИПУ:
2
энтероколита; гастроэнтерита; дистального колита; псевдомембранозного колита.
#
624
КЛИНИКА ЭНТЕРОПАТОГЕННОГО ЭШЕРИХИОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
1
подострым началом, упорной рвотой, энтеритным характером стула; острым началом, однократной рвотой, колитным стулом, токсикозом;

<p>острым началом, многократной рвотой, водянистым обильным стулом без патологических примесей; подострым началом, повторной рвотой, стулом в виде «болотной тины».</p>
#
625
ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ВИРУСНОЙ ДИАРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ:
3
<p>гиперсекреция энтероцитов; инвазия возбудителей с развитием воспалительного процесса; лактазная недостаточность; замедление перистальтики.</p>
#
626
ВХОДНЫМИ ВОРОТАМИ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
2
<p>конъюнктивита глаз; желудочно-кишечный тракт; дыхательная система; мацерированный участок кожи.</p>
#
627
ДЛЯ ТОКСИКОЗА С ЭКСИКОЗОМ ПО ВОДОДЕФИЦИТНОМУ ТИПУ ХАРАКТЕРНЫ:
1
<p>лихорадка, жажда, сухость слизистых, олигурия; адинамия, отсутствие жажды, пастозность, олигурия; рвота, боли в животе, жидкий стул с кровью; высокая лихорадка, отеки, гематурия.</p>
#
628
ПРИ ВОДОДЕФИЦИТНОМ ТИПЕ ЭКСИКОЗА В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ: НАБЛЮДАЕТСЯ:
2
<p>гипонатриемия; гипернатриемия; гипокалиемия; гиперкальцемиа.</p>
#
629
ДЛЯ ТОКСИКОЗА С ЭКСИКОЗОМ ПО СОЛЕДЕФИЦИТНОМУ ТИПУ ХАРАКТЕРНЫ:

1
адинамия, отсутствие жажды, пастозность, олигурия; лихорадка, жажда, сухость слизистых, олигурия; рвота, боли в животе, жидкий стул с кровью; высокая лихорадка, отеки, гематурия.
#
630
ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ЭКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:
3
кратность рвоты; частота дефекаций; дефицит массы тела больного; выраженность лихорадки.
#
631
ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РС-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:
2
ларингит; бронхиолит; отит; гриппоподобный синдром.
#
632
РИНОФАРИНГОКОНЪЮНКТИВАЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:
2
парагриппа; аденовирусной инфекции; РС-инфекции; гриппа.
#
633
ДЛЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ОРВИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:
2
вирусологический метод; метод иммунофлюоресценции; реакция торможения гемагглютинации; реакция связывания комплемента.
#
634
ИНТОКСИКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕН В

ПЕРИОДЕ:
3
постжелтушном; желтушном; преджелтушном; инкубационном.
#
635
УЛУЧШЕНИЕ САМОЧУВСТВИЯ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ЖЕЛТУХИ ТИПИЧНО ДЛЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА:
1
A; B; C; D;
#
636
СЕРОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ ЭТИОЛОГИЮ ГЕПАТИТА А В ОСТРЫЙ ПЕРИОД БОЛЕЗНИ, ЯВЛЯЕТСЯ:
3
анти-HBcIgM; анти-HAVIgG; анти-HAVIgM; анти-HBeIgM.
#
637
ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ АЛАТ ЯВЛЯЕТСЯ МАРКЕРОМ СИНДРОМА:
1
цитолитического; холестатического; мезенхимально-воспалительного; геморрагического;
#
638
ГЕПАТИТ Е НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНО ПРОТЕКАЕТ У:
2
детей раннего возраста; беременных женщин; детей дошкольного возраста; подростков.

#
639
ВЕДУЩИМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ГЕПАТИТА В ЯВЛЯЕТСЯ:
4
трансмиссивный; воздушно-капельный; пищевой; парентеральный.
#
640
ПРИ ОСТРОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В ИНТОКСИКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕН В ПЕРИОДЕ:
2
преджелтушном; желтушном; постжелтушном; инкубационном.
#
641
СЕРОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ГЕПАТИТА С ЯВЛЯЕТСЯ:
3
анти HBc; анти CMV; анти HCV; анти NA VCA.
#
642
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ D РАЗВИВАЕТСЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ИЛИ ОСТРЫМ ГЕПАТИТОМ:
1
B; C; A; G.
#
643
ПРИЗНАКОМ ФУЛЬМИНАНТНОГО ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
3
нарастание размеров селезенки; нарастание размеров печени;

появление неврологической симптоматики; появление жидкого стула.
#
644
ФУЛЬМИНАНТНЫЙ ГЕПАТИТ В ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ У:
3
подростков; детей дошкольного возраста; детей 1-го года жизни; людей старше 60 лет.
#
645
ПРИ ПОЛИОМИЕЛИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ:
1
задние рога спинного мозга; передние рога спинного мозга; большие полушария мозга; мозжечок и ствол мозга.
#
646
ПАРАЛИЧИ ПРИ ПАРАЛИТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ПОЛИОМИЕЛИТА БЫВАЮТ:
3
острые, спастического характера; постепенно нарастающие, сопровождаются потерей чувствительности; острые, вялые, с ранним развитием мышечной атрофии; вялые, с быстрым полным восстановлением.
#
647
ПОРАЖЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
3
увеличением паховых лимфоузлов; увеличением переднешейных лимфоузлов с выраженным отеком подкожной клетчатки; полиаденией с преимущественным поражением шейных лимфоузлов; увеличением затылочных лимфатических узлов.
#
648
ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

4
анемия; нейтрофильный лейкоцитоз; эозинофилия; появление атипичных мононуклеаров.
#
649
ДЛЯ САНАЦИИ НОСИТЕЛЕЙ ТОКСИГЕННЫХ КОРИНЕБАКТЕРИЙ ДИФТЕРИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ:
1
антибиотик широкого спектра действия; антитоксическую противодифтерийную сыворотку; АДС-анатоксин; иммуноглобулин;
#
650
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИФТЕРИИ ДОЗА ПРОТИВОДИФТЕРИЙНОЙ СЫВОРОТКИ ЗАВИСИТ ОТ:
3
срока заболевания; массы больного; формы заболевания; возраста больного.
#
651
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ С ЯВЛЕНИЯМИ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА В УСЛОВИЯХ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НА УЧАСТКЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
3
амоксциллин; бензилпенициллин; левомицетина сукцинат; цефотаксим.
#
652
ОТМЕНА АНТИБИОТИКА ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ ВОЗМОЖНА ПРИ НАЛИЧИИ ЛИМФОЦИТАРНОГО ЦИТОЗА ЛИКВОР НЕ БОЛЕЕ КЛЕТОК В 1 МКЛ:
1
100; 200; 300;

1000;
#
653
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
2
ципролет; бензилпенициллин; гентамицин; виферон.
#
654
ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПО КЛИНИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ПОДЛЕЖАТ ДЕТИ С:
4
ротавирусной инфекцией; гепатитом А; гриппом; дифтерией ротоглотки.
#
655
К ОСНОВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНОГО С ОКИ ОТНОСЯТ:
3
диету, антибактериальную терапию; обильное питье, иммуностропные препараты; диету, оральную регидратацию, сорбенты; ограничение пищи и водной нагрузки, ферменты.
#
656
К МЕРАМ ПРОФИЛАКТИКИ, ИМЕЮЩИМ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ЛИКВИДАЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОЛИОМИЕЛИТОМ, ОТНОСЯТ:
1
специфическую иммунизацию; текущую и заключительную дезинфекцию; карантинные мероприятия; подворные обходы заболевших;
#
657
ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ ЖИВОЙ ОРАЛЬНОЙ ПОЛИОМИЕЛИТНОЙ ВАКЦИНОЙ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ВАКЦИНАССОЦИИРОВАННОГО ПОЛИОМИЕЛИТА У ПРИВИТОГО ЧЕРЕЗ ДНЕЙ:
2

30-40; 4-30; 40-60; 60-120.
#
658
АКТИВНАЯ ИММУНИЗАЦИЯ ПРОТИВ КОРИ ПРОВОДИТСЯ:
3
гамма-глобулином; АКДС-вакциной; живой вирусной вакциной; инактивированной вирусной вакциной.
#
659
ВАКЦИНАЦИЯ ПО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ПРИ КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ КОРЬЮ ПРОВОДИТСЯ КОНТАКТА:
4
с 11 по 21 день; в первые 5 дней; с 9 по 17 день; в первые 72 часа.
#
660
МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА С ЯВЛЯЕТСЯ:
1
тестирование донорской крови; назначение противовирусных препаратов; активная иммунизация; пассивная иммунизация.
#
661
ВАКЦИНАЦИЯ ОТ ГЕПАТИТА В ПРОВОДИТСЯ:
2
живой вирусной вакциной; рекомбинантной вакциной; гамма-глобулином; инактивированной вирусной вакциной.
#
662
В ОТВЕТ НА ВВЕДЕНИЕ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В ОРГАНИЗМЕ ПРОИСХОДИТ

ВЫРАБОТКА:
3
anti-HBcore; anti-HAV; anti-HBs; anti-HCV.
#
663
ПЕРВАЯ РЕВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ ПРОВОДИТСЯ В:
1
18 месяцев; 2 года; 6 месяцев; 6 лет.
#
664
СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ДИФТЕРИИ ПРОВОДИТСЯ:
2
инактивированной вакциной; анатоксином; живой ослабленной вакциной; полисахаридной вакциной.
#
665
В ОЧАГЕ ИНФЕКЦИИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ НЕ ПРОВОДИТСЯ ПРИ:
2
дизентерии; ветряной оспе; вирусном гепатите А; полиомиелите.
#
666
В ОЧАГЕ ИНФЕКЦИИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ:
4
ветряной оспе; кори; РС-инфекции; полиомиелите.

#
667
К ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ В ОЧАГЕ САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ:
1
наблюдение за контактными 7 дней и однократное бактериологическое обследование; наблюдение за контактными 14 дней и двукратное бактериологическое обследование; бактериологическое обследование и экстренная вакцинация контактных в первые 72 часа; бактериологическое обследование и 5 дней прием антибактериальных препаратов.
#
668
ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЕМ В ОЧАГЕ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ:
4
введение иммуноглобулина контактному и дезинфекция; проведение экстренной вакцинации; карантин с 11 по 21 с момента выявления больного и дезинфекция; регулярное проведение дератизационных мероприятий.
#
669
СРОКИ ИЗОЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ СКАРЛАТИНОЙ В СТАЦИОНАРЕ ИЛИ НА ДОМУ СОСТАВЛЯЮТ:
3
до 7 дней; 21 день; не менее 10 дней; 30 дней.
#
670
ПРИ КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ СКАРЛАТИНОЙ НА КОНТАКТНЫХ ДОШКОЛЬНИКОВ И ШКОЛЬНИКОВ 1-2-ГО КЛАССОВ НАКЛАДЫВАЮТ КАРАНТИН:
4
с 30 по 60 день; с 11 по 21 день контакта; с 9 по 17 день; на 7 дней с момента изоляции больного.
#
671
ИЗОЛЯЦИЯ БОЛЬНОГО КОКЛЮШЕМ ПРОВОДИТСЯ СРОКОМ НА:

2
5 дней кашля; 14 дней от начала заболевания; 21 день болезни; 30 дней от начала спазматического кашля;
#
672
КОНТАКТНЫМ С БОЛЬНЫМ КОКЛЮШЕМ ПРОВОДИТСЯ:
1
бактериологическое обследование; экстренная вакцинация в первые 72 часа; изоляция с 11 по 21 день контакта; назначение превентивного приема антибактериальных препаратов;
#
673
ПО НАЦИОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРЮ ПРИВИВОК ВАКЦИНАЦИЯ ОТ КОРИ, КРАСНУХИ И ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ПРОВОДИТСЯ ДЕТЯМ В:
3
4,5 месяца 3 месяца 1 год 3 года
#
674
ПРИ КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В СЕМЬЕ ПРОВОДИТСЯ:
3
осмотр невролога членов семьи госпитализация детей этой семьи однократный посев из носоглотки на менингококк у членов семьи однократный посев крови на менингококк у всех членов семьи
#
675
ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РЕКОНВАЛЕСЦЕНТАМИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ВКЛЮЧАЕТ:
3
КТ печени; определение СРБ, белковых фракций, тимоловой пробы; определение уровня билирубина и его фракций, активности АЛТ; пункционную биопсию печени.

#
676
ИММУНИЗАЦИЮ ДЕТЕЙ ПРОТИВ ГЕМОФИЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ПО НАЦИОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРЮ ПРИВИВОК ПРОВОДЯТ С:
3
<p>месяца; рождения; трех месяцев; года.</p>
#
677
СТЕПЕНЬ СТЕНОЗА ГОРТАНИ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО:
4
<p>выраженности изменения голоса; наличию в легких влажных хрипов; длительности клинических проявлений; степени дыхательной недостаточности.</p>
#
678
ПЦР ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ ДНК:
1
<p>аденовируса; ортомиксовируса; риновируса; энтеровируса.</p>
#
679
ПАРАЛИТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ПОЛИОМИЕЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
2
<p>абортивная; спинальная; менингеальная; инаппарантная.</p>
#
680
ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ ПО КАЛЕНДАРЮ ПРИВИВОК НАЧИНАЕТСЯ С:
3
<p>6 месяцев; рождения; 3 месяцев;</p>

1 года.
#
681
К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ СКАРЛАТИНЫ ОТНОСЯТ:
1
гломерулонефрит, ревматизм; острые вялые параличи; менингит, менингоэнцефалит; гепатит, цирроз печени.
#
682
МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ ВЫЗЫВАЕТСЯ:
4
грамтрицательной коккобациллой; грамположительным стрептококком; грамположительным кокком; грамтрицательным диплококком.
#
683
ПРИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРЕН СТУЛ:
4
жидкий, типа «лягушачьей икры» скудный, типа «ректального плевка» жидкий, типа «малинового желе» жидкий, водянистый, без патологических примесей
#
684
К ПРИЗНАКАМ НЕДОНОШЕННОСТИ ОТНОСЯТ:
3
легкое нагрубание грудных желез; наличие мочи желтого цвета, прокрашивающей пеленку; обильный пушок на коже; четкие складки на поверхности стопы.
#
685
ОСНОВНОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ В ОТДЕЛЕНИЯХ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ:
3
через белье;

через продукты питания; через руки персонала; через предметы ухода.
#
686
ДЛЯ ГИПОТРОФИИ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРЕН ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА %:
3
10-20 более 30 20-30 менее 10
#
687
КАКАЯ ЧЕРТА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПИЛОРОСТЕНОЗА?
1
регулярная рвота фонтаном; гепатомегалия; гипербилирубинемия; иктеричность кожных покровов.
#
688
НОРМАЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ГЕМОГЛОБИНА ДЛЯ ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ Г/Л:
3
100 80 200 130
#
689
ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОТРОФИИ II СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ МАССО-РОСТОВОЙ КОЭФФИЦИЕНТ, РАВНЫЙ:
4
45-50 60-65 55-60 50-55
#
690
НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ ВОЗБУДИТЕЛЬ ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА У

НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА – ЭТО:
1
гемолитический стрептококк (<i>Streptococcus agalactiae</i>) пневмококк (<i>Streptococcus pneumoniae</i>) гемофильная палочка (<i>Haemophilus influenzae</i>) кишечная палочка (<i>Escherichia coli</i>)
#
691
КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОМ РЕФЛЮКСЕ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ?
2
запор рвота створоженным молоком учащение стула мелкоточечная сыпь
#
692
РАННИМ СИМПТОМОМ ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ:
2
мозговой крик гиперестезия кожных покровов поза на боку с запрокинутой головой вынужденное положение конечности
#
693
МОЧЕОТДЕЛЕНИЕ У НОВОРОЖДЕННОГО 10-ТИ СУТОК ЖИЗНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
2
альбуминурией и поллакиурией олигурией и оксалурией физиологической анурией полиурией и гипоизостенурией
#
694
У РЕБЕНКА 3-Х НЕДЕЛЬНОГО ВОЗРАСТА ВНЕЗАПНО ПОЯВИЛАСЬ РВОТА ФОНТАНОМ. О ЧЕМ НУЖНО ДУМАТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ?
1
о пилоростенозе о пилороспазме об адреногенитальном синдроме о кишечной инфекции

#
695
СИНДРОМ КРИГЛЕРА-НАЙЯРА ОТНОСИТСЯ К ЖЕЛТУХАМ:
2
наследственным механическим наследственным печёночным приобретённым механическим наследственным надпечёночным
#
696
КРИТИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ БИЛИРУБИНА ДЛЯ ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО, УГРОЖАЮЩИЙ РАЗВИТИЕМ ЯДЕРНОЙ ЖЕЛТУХИ, СОСТАВЛЯЕТ МКМОЛЬ/Л:
3
60-80 100-150 450-550 270-360
#
697
ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ЖЕЛТУХИ АРИАСА?
2
наличие гепато- и спленомегалии увеличение фракции непрямого билирубина в крови увеличение фракции прямого билирубина в крови ахоличный стул
#
698
ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПРЯМОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ:
2
муковисцидоз вирусные гепатиты гемолитическую болезнь новорожденных лактазную недостаточность
#
699
СИНДРОМ ХОЛЕСТАЗА В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1
повышением содержания щелочной фосфатазы

снижением уровня холестерина
положительной тимоловой пробой
гипербилирубинемией за счёт свободного билирубина