Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Калинин Р.Е.
Должность: Ректор
Дата подписания: 05.08.2026 16:35:21
Уникальный программный ключ:
40e1d729392b27c8c3c5e4145020da90ba799b43

Министерство здравоохранения Российской Федерации

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

УТВЕРЖДЕН
учёным советом
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
(протокол от 21.04.2026 N 9)

КОМПЛЕКТ ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Государственная итоговая аттестация

ОСНОВНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММА СПЕЦИАЛИТЕТА

по специальности 31.05.02 Педиатрия
направленность (профиль): Педиатрия

Квалификация выпускника
Врач-педиатр

Форма обучения
очная

Разработчики:

Фамилия, Имя, Отчество	Ученая степень, ученое звание	Занимаемая должность в Университете
Белых Наталья Анатольевна	д.м.н., доцент	Декан педиатрического факультета, заведующий кафедрой факультетской и поликлинической педиатрии
Аникеева Наталья Александровна	к.м.н., доцент	Доцент кафедры факультетской и поликлинической педиатрии

Рецензенты:

Фамилия, Имя, Отчество	Ученая степень, ученое звание	Занимаемая должность, организация
Дмитриев Андрей Владимирович	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой детских болезней с курсом госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
Лебедева Инна Николаевна	к.м.н., доцент	Главный врач ГБУ РО «Областная детская клиническая больница им. Н.В. Дмитриевой

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Педиатрия
(протокол от 16.04.2026 N 9)

Одобрено учебно-методическим советом.
(протокол от 20.04.2026 N 5)

1. СТРУКТУРА И УСЛОВИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО ЗАДАНИЯ

Государственная итоговая аттестация выпускника по специальности 31.05.02. Педиатрия включает двухэтапный государственный междисциплинарный экзамен.

Этапы итогового междисциплинарного экзамена по специальности 31.05.02. Педиатрия:

1 этап – тестирование, проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых для каждого обучающегося путем случайного выбора 60 тестовых заданий из утвержденного комплекта оценочных материалов. Каждое тестовое задание содержит 4 варианта ответа, среди которых только один правильный. На решение варианта тестовых заданий отводится 60 минут.

2 этап – итоговое собеседование, осуществляется по теоретическому материалу профессиональных дисциплин специальности, регламентируемых федеральным государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования по специальности 31.05.02. Педиатрия: госпитальная педиатрия, поликлиническая и неотложная педиатрия, инфекционные болезни у детей. Собеседование проводится по билетам, составленным выпускающими кафедрами и содержащим две ситуационные задачи.

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО ЗАДАНИЯ

2.1. Оценочные средства для 1 этапа государственного экзамена- тестирования

1. ТРАНСПОРТИРОВКА РЕБЕНКА С ГИПОТЕНЗИЕЙ ПРОВОДИТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ
А тренделенбурга
Б лежа на животе
В строго сидя
Г лежа на спине

2. НОРМАЛЬНОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ У ДЕТЕЙ ПОДДЕРЖИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
А сосудистого спазма
Б перераспределение лимфы
В гиперфункции парасимпатического отдела ЦНС
Г снижение температуры

3. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ДЕТЕЙ ГЕПАРИНОМ ПРИМЕНЯЮТ
А протамин сульфат
Б Бемегрид
В Налорфин
Г Атропин

4. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АЦИДОЗ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ КУПИРУЕТСЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ПУТЕМ
А ликвидации дефицита объема циркулирующей крови (ОЦК)
Б проведения оксигенотерапии
В введение раствора гидрокарбоната
Г проведения искусственной вентиляции легких

5. ТРАНСПОРТИРОВКУ ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ПОВЫШЕНИЕМ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ПОЛОЖЕНИИ
А лежа на спине с приподнятым головным концом
Б лежа на спине с приподнятым ножным концом
В сидя
Г на животе

6. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А Адреналин
Б Димедрол
В Гидрокортизон
Г Полиглюкин

7.ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А клиническая смерть
Б биологическая смерть
В отсутствие пульса на лучевой артерии
Г анафилаксия

8. ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА ПРОВОДИТСЯ
А двумя пальцами
Б двумя руками
В одним пальцем
Г основание ладони одной руки

9. ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТА С ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕМ С СТАБИЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ПРОВОДИТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ
А строго сидя
Б лежа на спине
В вполоборота
Г полулежа

10. К ПЕРВООЧЕРЕДНОМУ МЕРОПРИЯТИЮ ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ ОТНОСИТСЯ ВВЕДЕНИЕ
А диазепама
Б преднизолона
В парацетамола
Г фуросемида

11. НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ НЕОТЛОЖНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ РАЗВИТИИ КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРКАПНИИ У БОЛЬНОГО В АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А перевод на искусственную вентиляцию легких
Б усиление регидратационной терапии
В назначение дыхательных аналептиков
Г назначение гидрокарбоната натрия в/в

БОЛЬНОМУ С АНАФИЛАКТИЧЕСКИМ ШОКОМ НЕОБХОДИМО ПРЕЖДЕ ВСЕГО ВВЕСТИ
А Эпинефрин
Б Преднизолон
В Хлористый кальция
Г Атропин

ПРИЧИНОЙ ЗАТРУДНЕННОГО ДЫХАНИЯ, ПЕРИОДИЧЕСКИ С ПРИСТУПАМИ УДУШЬЯ, У ПАЦИЕНТОВ С ОХРИПЛЫМ ГОЛОСОМ И ПЕРИОДИЧЕСКОЙ АФОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А фиксированное инородное тело гортани
Б фиксированное инородное тело трахеи
В инородное тело главного бронха
Г инородное тело сегментарного бронха

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КОМУ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А отравление
Б инсульт
В травма головы
Г инфекционное заболевание

КОРРЕКЦИЯ РЕСПИРАТОРНОГО АЦИДОЗА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ

А искусственной вентиляции легких
Б инфузии 25% раствора глюкозы
В инфузии Трометамола
Г введение 4% раствора бикарбоната натрия

АНИЗОКОРИЯ ПРИ ЧЕРЕПНОМОЗГОВОЙ ТРАВМЕ СВЯЗАНА С ПОРАЖЕНИЕМ ____ НЕРВА

А глазодвигательного
Б блокового
В зрительного
Г отводящего

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РУЧНОЙ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ САМОРАСПРАВЛЯЮЩИМСЯ МЕШКОМ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ НОВОРОЖДЕННОМУ, ПЕРЕНЕСШЕМУ ТЯЖЕЛУЮ АСФИКСИЮ, КОНЦЕНТРАЦИЯ КИСЛОРОДА В ПОДАВАЕМОЙ ЕМУ ГАЗОВОЙ СМЕСИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ (%)

А 90-100
Б 70-80
В 50-60
Г 30-40

ПРИ ТЕПЛОВОМ УДАРЕ ПОТООТДЕЛЕНИЕ

А прекращается
Б несколько снижается
В не изменяется
Г увеличивается

ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ ПРИМЕНЯЮТ

А диазепам
Б фуросемид
В преднизолон
Г магния сульфат

ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА НАЧАЛЬНОГО ЭТАПА ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БОЛЬШИНСТВЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

А восстановление объема циркулирующей плазмы
Б восстановление объема циркулирующих эритроцитов
В восстановлении объема экстрацеллюлярной жидкости
Г дезинтоксикации

ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А падением артериального давления
Б сухими хрипами в легких

В влажными хрипами в легких
Г повышением артериального давления

ПРИ УТОПЛЕНИИ В ПРЕСНОЙ ВОДЕ РАЗВИВАЮТСЯ
А гиперволемия, гипонатриемия, гемилиз эритроцитов, почечная недостаточность
Б гиповолемия, ацидоз, дыхательная недостаточность
В гиперволемия по малому кругу, гиперкалиемия, сердечно-сосудистая недостаточность
Г гипрволемия, гипернатриемия, метаболический ацидоз

СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ У ДЕТЕЙ НАЧИНАЕТСЯ С ПРОВЕДЕНИЯ
А 5 искусственных вдохов
Б 3 искусственных вдохов
В 15 компрессий грудной клетки
Г 30 компрессий грудной клетки

К РАСШИРЕННОЙ ПРОГРАММЕ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ОТНОСИТСЯ
А введение лекарственных препаратов
Б восстановление кровообращения
В обеспечение проходимости верхних дыхательных путей
Г проведение искусственной вентиляции легких

РАННИМ ПРИЗНАКОМ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОГО ШОКА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А тахикардия
Б гипотония
В брадикардия
Г олигурия

ОТРАВЛЕНИЕ УГАРНЫМ ГАЗОМ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А удушье и головная боль
Б рвотой
В дизурией
Г диспепсией

ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ ГАНГЛИОБЛОКАТОРЫ НЕОБХОДИМО ВВОДИТЬ
А при артериальном давлении выше нормы
Б у детей первых месяцев жизни
В в вертикальном положении больного
Г при частоте дыхание свыше 60 в 1 минут

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДЕФИБРИЛЯЦИИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ
А фибрилляция предсердий
Б асистолия
В фибрилляция желудочков
Г WPW- синдром

ПРИ АСИСТОЛИИ ПОКАЗАНО
А травма головы
Б дефибрилляция
В введение Эпинефрина
Г опухоль головного мозга

К НАЧАЛЬНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ТЕПЛОВОГО УДАРА У ДЕТЕЙ ОТНОСИТСЯ
А частое мочеиспускание и полиурию, прекращение потоотделении

Б незначительное потоотделение
В задержку мочеиспускание и олигурию
Г жажду

ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УГАРНЫМ ГАЗОМ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЯВЛЯЕТСЯ
А гипербарическая оксигенация
Б введение антидота внутривенно
В искусственная вентиляция легких 100% О2
Г обменное переливание крови

БОЛЬНОГО С РВОТОЙ НЕОБХОДИМО ТРАНСПОРТИРОВАТЬ В ПОЛОЖЕНИИ
А лежа на боку
Б лежа на животе
В лежа на спине
Г сидя с запрокинутой головой

МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АПНОЭ ПРИ РЕЗКОЙ ГИПЕРКАПНИИ У БОЛЬНОГО С ДЕПРЕССИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ВЫСТУПАЕТ
А кислородотерапия и искусственная вентиляция легких
Б трахеотомия
В введение Актовегина в/в
Г интубация трахеи

ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ВАРФАРИНА НАЗНАЧАЕТСЯ ПРЕПАРАТ-АНТАГОНИСТ
А витамин К
Б адреналин
В дипиридомол
Г гепарин

ПРАВИЛЬНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВНЕЗАПНУЮ ОСТАНОВКУ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОЦЕНКА
А собственной безопасности врача, сознания, дыхания
Б роговичного рефлекса и симптома “кошачьего зрачка”
В температуры тела, наличия трупных пятен и трупного окоченения
Г пульса и реакции зрачков на свет, ранних трупных признаков

ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ДОПАМИНА В ДОЗЕ 2,0-5,0 МКГ/КГ МИН. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РЕГИСТРИРУЕМЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А увеличение диуреза
Б гипергликемия
В артериальная гипертензия

АНАФИЛАКТИЧЕСКИМ ШОКОМ СОГЛАСНО ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ АЛЛЕРГОЛОГОВ НАЗНАЧАЮТ АНАФИЛАКСИЮ, СОПРОВОЖДАЮЩУЮСЯ СНИЖЕНИЕМ
А систолического АД ниже 90 мм рт.ст. или 30% от исходного
Б среднего АД на 50% от исходного
В систолического АД ниже 70 мм рт.ст.
Г среднего АД ниже 100 мм рт.ст. или на 25% от исходного

ПРИ ЗАПРОКИДЫВАНИИ ГОЛОВЫ ПАЦИЕНТА КЗАДИ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ
А выпрямление дыхательным путей

Б предотвращение западения языка
В улучшение сердечного ритма
Г улучшение мозгового кровотока

РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА АДРЕНАЛИНА У ДЕТЕЙ ПРИ В/В ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (МГ/КГ ВЕСА)
А 0.01
Б 0.05
В 0.2
Г 0.1

Наиболее глубокой степенью церебральной недостаточности является
А кома
Б оглушение
В сомнолентность
Г сопор

ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА У РЕБЕНКА С ОТРАВЛЕНИЕМ В БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ДОПУСТИМО
А после интубации трахеи
Б в положении на спине
В после идентификации яда
Г в положении на боку с опущенной голове

ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ ЗАПРЕЩАЕТСЯ ВВОДИТ
А инсулиню
Б глюкоза
В эпинефрин
Г глюкагок

АНТИДОТОМ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ЯВЛЯЕТСЯ
А димеркапрол
Б кальция хлорид
В фентанил
Г калия хлорид

ПРОБА НА ИНДИВИДУАЛЬНУЮ СОВМЕСТИМОСТЬ КРОВИ ПРОВОДИТСЯ МЕЖДУ
А плазмой или сывороткой крови больного и кровью донора
Б плазмой донора и кровью больного
В форменными элементами крови больного и кровью донора
Г форменными элементами крови донора и кровью больного

К НЕОТЛОЖНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ КОЛЛАПСЕ ОТНОСИТСЯ
А презнизолон в/м или в/в, мезатон в/м реополиглюкин в/в капельно
Б антибактериальную терапию, адреналин в/в
В оксигенотерапию
Г спазмолитики, анальгетики

КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО РАЗРЯДОВ ВОЗМОЖНО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ
А не ограничено при сохранении фибрилляции желудочков
Б ограничено при сохранении фибрилляции желудочков

В ограничено при сохранении пароксизмальной тахикардии
Г не ограничено при сохранении брадикардии

О РАЗВИТИИ ШОКА У СЕПТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
А резкое уменьшение диуреза и нарушение микроциркуляции
Б длительная гипертермия
В наличие метаболических нарушений
Г постепенное ухудшение состояния больного

ОБЩИЕ МИНИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ КОМ ГЛАЗГО СОСТАВЛЯЕТ
А 3
Б 1
В 2
Г 0

ВРЕМЯ, ЗАТРАЧИВАЕМОЕ НА ОДИН ИСКУССТВЕННЫЙ ВДОХ, ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ДОЛЖНО СОСТАВИТЬ (СЕК)
А 1
Б 3
В 4
Г 2

НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
А фебрильные судороги при вирусных инфекции
Б травма головного мозга
В острое отравление
Г эпилепсия

МАКСИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ ДЛЯ РЕЧЕВОГО ОТВЕТА ПО ШКАЛЕ КОМ ГЛАЗГО СОСТАВЛЯЕТ
А 5
Б 3
В 6
Г 4

КАКОЕ НЕОТЛОЖНОЕ СОСТОЯНИЕ МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ ПРИ ОРВИ
А фебрильные судороги
Б синдром гиперреактивность бронхов
В приступообразный кашель
Г анорексия

ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ХАРАКТЕРНА
А гиперсаливация
Б анемия
В гипергликемия
Г гипертермия

ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ПРЕЖДЕ ВСЕГО НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ
А эпинефрин
Б дексамитозон
В хлорпирамин

Г допамин

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АЦИДОЗ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ КУПИРУЕТСЯ ПУТЕМ
А ликвидации дефицита объема циркулирующей крови
Б проведения искусственной вентиляции
В адекватного обезболивания
Г проведения оксигенотерапии

МИНИМАЛЬНАЯ ЧАСТОТА КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В МИНУТУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ
А 100
Б 90
В 80
Г 70

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ БРОНХОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А нарушение проходимости дыхательных путей
Б идиопатический фиброзирующий альвеолит
В бронхиальная астма
Г острый бронхит

ТРАНСПОРТИРОВКА РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ В ПОЛОЖЕНИИ
А возвышенном на больном боку
Б лежа на здоровом бок
В сидя
Г горизонтальном

ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ
А падением АД
Б сухими хрипами в легких
В влажными хрипами в легких
Г влажным кашлем

ПРИ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ 4 СТЕПЕНИ ПОКАЗАНА
А трахиотомия
Б ингаляция с Беродуалом
В ингаляция Будосенидом
Г ларингоскопия

ПРИ РАЗВИТИЕ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЦИАНОЗ ОТСУТСТВУЕТ ПРИ
А анемия
Б гиповолемии
В эритроцитоз
Г гипотонии

ПРИ ЭФФЕКТИВНОМ НЕПРЯМОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА МОЖЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ
А пульс на периферических сосудах
Б пульс на крупных артериях
В сужение зрачков
Г улучшение цвета кожи и слизистых

АНТИДОТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОТРАВЛЕНИЙ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ АТРОПИН И АКТИВАТОРЫ ХОЛИНЭСТЕРАЗЫ

А тримедоксим бромид, изонитрозин
Б димеркапрол, тиосульфат натрия
В диколбальтовая соль ЭДТА, фолиевая кислота
Г метанимин, цинка бисвинилимидазола диацетат

РЕБЕНОК 2-Х ЛЕТ ВНЕЗАПНО ЗАКАШЛЯЛ, ПОСИНЕЛ, КАШЕЛЬ ПРОДОЛЖАЕТСЯ ОКОЛО 10 МИН И БОЛЬШЕ НЕ ВОЗОБНОВЛЯЛСЯ. НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ КАШЕЛЬ ПОЯВИЛСЯ ВНОВЬ, ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ В ЛЕГКИХ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО СУХИХ ХРИПОВ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СПРАВА. ПОСТАВЬТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

А инородное тело бронхов
Б стеноз гортани
В острая пневмония
Г обструктивный бронхит

ПРИЗНАКОМ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ГЕПАРИНА ЯВЛЯЕТСЯ

А гематурия
Б дизурия
В никтурия
Г пиурия

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СУДОРОЖНОГО ПРИСТУПА ИСПОЛЬЗУЮТ

А диазепам
Б хлористый кальций
В атропин
Г гидрокартизон

СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ

А отсутствии пульса на сонных артериях и остановке дыхание
Б акроцианозе и судорогах
В снижение систолического АД ниже 70 мм рт.ст.
Г снижение диастолического АД ниже 60 мм рт.ст.

ОБТУРАЦИОННУЮ АСФИКСИЮ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

А закрытие просвете дыхательных путей инородного телом
Б нахождение в замкнутом объеме пространства
В сдавление груди и живота
Г повешение

ПУНКЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ СПРАВА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ, ПОТОМУ ЧТО

А предотвращение повреждение грудного протока
Б технически выполняется легче
В меньше возможность повреждения легкого
Г предотвращение повреждения сонной артерий

ПРИ ОЖОГОВОМ ШОКЕ У РЕБЕНКА НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ, ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ

А артериальная гипотензия
Б болевой синдром
В возбуждение

Г нарушение сознания

К ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКАМ ОТРАВЛЕНИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ОТНОСИТСЯ
А угнетение ЦНС
Б запор
В тахикардию
Г увеличение диуреза

ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПРИЗНАКАМИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А гиперкапния
Б гипоксия
В гиперкалиемия
Г гипокалиемия

КИСЛОРОДОТЕРАПИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ ЛЮБОМУ РЕБЕНКУ С САТУРАЦИЕЙ КРОВИ КИСЛОРОДОМ НИЖЕ (%)
А 92
Б 98
В 80
Г 85

ПРИ ОСТРОМ ПЕРОРАЛЬНОМ ОТРАВЛЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ РЕБЕНКУ ПРИ СОХРАНЕНИИ СОЗНАНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ
А промывание желудка
Б инфузионную терапию
В катетеризацию периферической вены
Г искусственную вентиляцию легких

КОМПРЕССИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ НЕ СЛЕДУЕТ ПРЕРЫВАНИЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА (СЕК)
А 10
Б 15
В 20
Г 5

КАКОВО КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВИ БОЛЬНОГО НА ОСНОВАНИИ СЛЕДУЮЩИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ: ВЕ-9ММОЛЬ/Л, РСО240ММ РТ.СТ., РН ПЛАЗМЫ КРОВИ 7,15
А метаболический ацидоз
Б состояние норм
В алкалоз
Г дыхательный ацидоз

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КОМЫ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А инфекционное заболевание
Б травма головы
В опухоль головного мозга
Г отравление

К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОМУ ОСЛОЖНЕНИЮ ГИПЕРТЕРМИИ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ
А судороги
Б диарею
В приступ кашля
Г рвота

ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ СОСТОИТ В
А наложении термоизолирующей повязки
Б растирании снегом
В наложении масляно-бальзамической повязки
Г погружении в теплую воду

ОБЩЕЕ МАКСИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ КОМ ГЛАЗГО СОСТАВЛЯЕТ
А 15
Б 10
В 12
Г 8

ПРИ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОМ ШОКЕ НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
А снижении преднагрузки
Б снижении инотропной функции сердца
В снижении сосудистого тонуса
Г повышении преднагрузки

САМЫМ НАДЕЖНЫМ СПОСОБОМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В СЛУЧАЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ КРУПНЫХ АРТЕРИЙ РУК И НОГ ЯВЛЯЕТСЯ
А наложение жгута
Б пальцевое прижатие
В наложение давящей повязки
Г максимальное сгибание конечности

«ЭКСТЕННЫМ» ПРЕПАРАТОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ, ЯВЛЯЕТСЯ
А эпинефрин
Б пенициллиназы
В супрастин
Г глюкоза в/в

РЕЗКОЕ ПАДЕНИЕ АД НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
А анафилактическом шоке
Б крапивнице
В ангиоотеке
Г сывороточной болезни

ТЕРМИНАЛЬНАЯ СТАДИЯ СИНДРОМ КРУПА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А дыханием Чейна-Стокса
Б экспираторной одышкой
В стенотическим дыханием
Г инспираторной одышкой

ЗАДАЧЕЙ «В» ЭТАП РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ (ПРИНЦИП ABCD)
А восстановление внешнего дыхание, вентиляции легких

Б коррекция гемодинамики, реологических и метаболических расстройства
В восстановление проходимости дыхательных путей
Г проведение непрямого массажа сердца

ОБЪЕМ ЖИДКОСТИ ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ (В МЛ)
А 1000
Б 500
В 200
Г 600

ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ
А 0,9% раствор хлорида натрия
Б раствор гидроксиэтилкрахмала
В эритроцитарная масса
Г раствор полиглюкин

ЗАДАЧЕЙ «А» – ЭТАПА РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А восстановление проходимости дыхательных путей
Б восстановление внешнего дыхание, вентиляции легких
В тактильная стимуляция дыхание
Г коррекция гемодинамики, реологических и метаболических расстройств

К ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ КИСЛОРОДОТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ
А раздражение дыхательных путей, подсыхание слизистой оболочки дыхательных путей
Б развитие бронхоспазма, утолщение стенки альвеол, нарушение диффузии газов
В развитие “шокового” легкого
Г развитие сердечно-сосудистой недостаточности

КАКОВА ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОЛНОЙ ОБСТУКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ У РЕБЕНКА ДО 1 ГОДА

А 5 нажатий на нижнюю часть грудины двумя пальцами в положении ребенка на спине в позиции Тренделенбурга
Б классическое выполнение приема Геймлиха
В нанесение 5 ударов по спине
Г взять ребенка за ночи и опустить вниз головой

СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ
А 15:2
Б 30:2
В 10:1
Г 5:1

ОПТИМАЛЬНЫЙ РЕЖИМ ОРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТОБЫ РАСТВОР
А принимать из ложечки каждые 5-10 мин
Б водно-солевой вводить форсировано через транспилорический зонд
В принимать большими дозами по принципу “чем больше, тем лучше”

Г вводить капельно через желудочный зонд

ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ ПРИМЕНЯЮТ
А фуросемид
Б мочевину
В альбумин
Г маннитол

О МЕТАБОЛИЧЕСКОМ АЦИДОЗЕ МОЖНО ДУМАТЬ ПРИ РН КРОВИ
А 7,25
Б 7,45
В 7,40
Г 7,35

ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЦИАНИДАМИ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОЙ АНТИДОТНОЙ ТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

А амилнитрит, тиосульфат натрия, метиленовый синий, глюкоза
Б бисвинилимидозола диацетат, оксигенотерапия, Афин, глюкоза
В атропин, дипироксим, диэтиксим, дзонитрозин
Г будаксим, метиленовый синий, фолевая кислота, ацизол

ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ
А могут отсутствовать симптомы со стороны кожных покровов
Б всегда имеются ангиоотеки
В всегда имеется гиперемия кожи лица
Г всегда имеются уртикарные высыпания

ДЛЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРУПЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
А будесонид
Б амброксил
В преднизолон
Г фиксированная комбинация Фенотерола и Ипратропиума бромида

К ПЕРВООЧЕРЕДНОМУ НЕОТЛОЖНОМУ ЛЕЧЕБНОМУ МЕРОПРИЯТИЮ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ОТНОСЯТ

А введение 0,1% р-ра эпинефрина
Б введение антигистаминных препаратов
В введение преднизолона 1-2 мг/кг
Г использование сорбентов

ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПО ОТНОШЕНИЮ К СЕРДЕЧНО-КЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИЙ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА
А 2,0 см кнаружи
Б 0,5 см кнаружи
В 1,0 см кнаружи
Г 0,5 см кнутри

ПРИ ОТРАВЛЕНИИ АТРОПИНОПОДОБНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ НАБЛЮДАЕТСЯ
А гиперемия кожи, сухость слизистых, расширение зрачков
Б тонко-клонические судороги

В угнетение сознания, сужение зрачков
Г саливация, бронхоспазм, сужение зрачков

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ РЕБЕНКА В РЕАНИМАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А стеноз гортани 3 степени
Б стеноз гортани 2 степени
В ларинготрахеит
Г стеноз гортани 1 степени

ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ПАРЕНТЕРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А дефицит массы тела за счет обезвоживание 10% и более
Б повышение АД
В дефицит массы тела за счет обезвоживания 3-5%
Г полиурия

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРИСТУПА КАШЛЯ У ИГРАЮЩЕГО В КОНСТРУКТОР 3 ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ
А аспирацию инородного тела
Б плеврит
В пневмонию
Г бронхиальную астму

«ТРОЙНОЙ» ПРИЕМ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СВОБОДНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ
А под лопатки подложен валик, голова отогнута кзади, нижняя челюсть выдвинут вперед
Б положение на спине, голова повернута на бок, нижняя челюсть выдвинута вперед
В положение на спине, голова согнута кпереди, нижняя челюсть прижата к верхней
Г положение на спине, под лопатки подложен валик, нижняя челюсть прижата к верхней

ПРИЕМ ГЕЙМЛИХА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ОДНОГО ГОДА
А стоя
Б сидя или лежа на бок
В лежа на животе
Г лежа на спине

СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ
А остановке сердце
Б отсутствии дыхание
В снижение систолического АД ниже 70 мм рт.ст.
Г отсутствии сознания

ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ
А степень и скорость кровопотери
Б степень обезвоживания
В выраженность отеков
Г выраженность сердечной недостаточности

ПРИ ОСТРОМ ЭКЗОГЕННОМ ОТРАВЛЕНИИ ГРИБАМИ И ЯГОДАМИ ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ РВОТНОГО РЕФЛЕКСА С ЦЕЛЬЮ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ВСАСЫВАНИЯ ЯДА ПРИМЕНЯЮТ РАСТВОР

А концентрированной поверенной соли в теплом виде
Б противорвотного препарата
В концентрированного перманганата калия
Г уксусной кислоты

При передозировке инсулина лечение тяжелой гипогликемии начинается с введения

А 60-80мл 40% глюкозы в/в струйно
Б 60-80мл 5% глюкозы в/в капельно
В адреналин в/в
Г гидрокортизона

ПРИ УКУСЕ ГАДЮКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ НЕОБХОДИМО

А иммобилизация конечности и применить холод
Б ввести антитоксическую сыворотку
В наложить артериальный жгут
Г разрезать ранку и отсосать яд

ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВА РЕБЕНКУ В КОМАТОЗНОМ СОСТОЯНИИ И ШОКА ПРОВОДИТСЯ

А внутривенно
Б ректально
В подкожно
Г внутримышечно

ДЛЯ ТЕРАПИИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

А диазепам
Б карбамезепин
В топирмата
Г лемотриджина

ДЛЯ ТЕРАПИИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

А вальпроевой кислоты
Б топиромата
В ламотриджина
Г карбомазепина

МАКСИМАЛЬНОЕ ВРЕМЯ НАЛОЖЕНИЯ ЖГУТА В ЗИМНЕЕ ВРЕМЯ НЕ ДОЛЖНО ПРЕВЫШАТЬ (В МИНУТАХ)

А 60
Б 20
В 90
Г 30

ЗАПАХ МОЧИ ПРИ ДЫХАНИИ ОТ ПАЦИЕНТА В ЗАТОРМОЖЕННОМ СОСТОЯНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У НЕГО КОМЫ

А почечной
Б первичной церебральной
В печеночной
Г токсической

СЛАДКОВАТЫЙ ПЕЧЕНОЧНЫЙ ЗАПАХ ПРИ ДЫХАНИИ ОТ ПАЦИЕНТА В ЗАТОРМОЖЕННОМ СОСТОЯНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У НЕГО КОМЫ

А печеночной
Б первичной церебральной
В почечной
Г токсической

ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КОМЫ СЛУЖИТ

А тяжелая дегидратация с очень высоким уровнем сахара в крови (больше 600мг/100мг)
Б умеренно высокой уровень сахара в крови при избыточном количестве жидкости в организме
В нормальный уровень сахара при избыточном количестве жидкости в организме
Г небольшая дегидратация с умеренно высоким уровнем сахара в крови

ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ ДЕТЯМ ДО ГОДА ПРОВОДИТСЯ ИЗО РТА

А нос-рот
Б нос
В рот с зажатым носом
Г рот

ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТАНОВКЕ ДЫХАНИЯ БОЛЬНОГО НЕОБХОДИМО УКЛАДЫВАТЬ

А на спину, запрокинув в голову назад
Б на животе, с валиком в области шеи и под коленями
В в положении Транделенбурга
Г на правый бок

АМБУЛАТОРНО ПРИ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ ИНГАЛЯЦИЯ СУСПЕНЗИЕЙ БУДЕСОНИДА ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ КОМПРЕССОРНЫЙ НЕБУЛАЙЗЕР В МАКСИМАЛЬНОЙ РАЗОВОЙ ДОЗЕ (В МИЛЛИГРАММАХ)

А 2,0
Б 3,0
В 4,0
Г 0,5

ОБЪЕМ ПИТАНИЯ НА СУТКИ РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ С 10 ДНЕЙ ДО 2 МЕСЯЦЕВ ОПРЕДЕЛЯЮТ ИЗ РАСЧЕТА ____ ДОЛЖЕНСТВУЮЩЕЙ МАССЫ ТЕЛА

А 1/5
Б 1/8
В 1/7
Г 1/6

ПИЩЕВУЮ АЛЛЕРГИЮ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТ

А рыба
Б мясо
В огурец
Г вишня

ИДЕАЛЬНОЙ ПИЩЕЙ ДЛЯ ГРУДНОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

А молоко матери
Б адаптированная молочная смесь
В пастеризованное козье молоко

Г пастеризованное коровье молоко

ОПТИМАЛЬНЫЙ РАЦИОН ЗДОРОВОГО ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ДОЛЖЕН ВКЛЮЧАТЬ ПО КАЛОРИЙНОСТИ ___% БЕЛКА
А 12-14
Б 31
В 19
Г 5

ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ _____ РАЗ/РАЗА В СУТКИ
А 5
Б 7
В 8
Г 3

РЕБЕНКУ МОЖНО ДАВАТЬ РЫБУ В КАЧЕСТВЕ ПРИКОРМА С ВОЗРАСТА __ МЕС.
А 8
Б 6
В 12
Г 10

ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ МЯСО В РАЦИОН РЕБЕНКА СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ В (МЕС.)
А 6
Б 7
В 4
Г 8

НА 1 ГОДУ ЖИЗНИ СРЕДНЕСУТОЧНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В УГЛЕВОДАХ (В РАСЧЕТЕ Г/КГ МАССЫ ТЕЛА) СОСТАВЛЯЕТ
А 13
Б 9
В 15
Г 11

НОЧНЫЕ КОРМЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ
А разрешаются всегда
Б разрешаются, если нет срыгиваний
В разрешаются лишь после консультации невролога
Г запрещаются

ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ РЕБЕНКА ДВУХ МЕСЯЦЕВ ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ ___ РАЗ В СУТКИ
А 6
Б 8
В 5
Г 7

ПОТРЕБНОСТЬ В КАЛОРИЯХ РЕБЕНКА 10-12 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ ____ ККАЛ/КГ/СУТКИ
А 110

Б 120
В 100
Г 115

ЭНЕРГЕТИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ В ОРГАНИЗМЕ В ОСНОВНОМ ВЫПОЛНЯЮТ
А углеводы
Б макро- и микроэлементы
В витамины
Г белки

ВТОРАЯ СТЕПЕНЬ ГИПОГАЛАКТИИ СООТВЕТСТВУЕТ ДЕФИЦИТУ МОЛОКА ДО (%)
А 50
Б 40
В 30
Г 20

ПОТРЕБНОСТЬ РЕБЕНКА 4-6 МЕСЯЦЕВ В БЕЛКАХ СОСТАВЛЯЕТ ____ Г НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА
А 2,6
Б 3,2
В 2,9
Г 2,0

ИСТОЧНИКАМИ ВИТАМИНА В12 ЯВЛЯЮТСЯ
А мясо и молоко
Б овощи и фрукты
В крупяные каши
Г чечевица, фасоль, горох

В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ПРИКОРМА СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ
А овощное пюре
Б овсяную кашу
В манную кашу
Г фруктовый сок

АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ СО СТОРОНЫ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ
А галактоземия
Б волчья пасть
В первичная лактазная недостаточность
Г заячья губа

ДЛЯ ПЕРВОГО ПРИКОРМА ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
А инстантная каша
Б овощное пюре
В мясное пюре
Г творог

ОПТИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖИВОТНЫХ ЖИРОВ ПО РЕКОМЕНДАЦИЯМ НИИ ПИТАНИЯ РАМН ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ ____% ИХ СУТОЧНОГО ПОСТУПЛЕНИЯ

А 30-50
Б 60-70
В 15-25
Г 10-20

ИЗ РАЦИОНА КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ ИСКЛЮЧАЮТСЯ
А консервированные продукты
Б коровье молоко
В бобовые
Г зеленые и листовые овощи

К БЛЮДАМ, РАЗРЕШЕННЫМ К УПОТРЕБЛЕНИЮ НА ЗАВТРАК В ДОШКОЛЬНОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ, ОТНОСЯТ
А творожную запеканку
Б макароны по-флотски
В яичницу-глазунью
Г форшмак

АПТАЦИЯ МОЛОЧНОЙ СМЕСИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
А введение белков молочной сыворотки
Б снижение содержания лактозы
В введение аминокислоты серин
Г увеличение содержания белка

ОВОЩИ И ПЛОДЫ В ПИТАНИИ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЮТСЯ ИСТОЧНИКАМИ
А углеводов, пищевых волокон, витаминов и минералов
Б белков, пищевых волокон, витаминов
В пищевых волокон и минералов
Г белков, жиров, углеводов

ПРОФИЛАКТИКОЙ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ СВОЕВРЕМЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМА
А мясными продуктами
Б овощными пюре
В фруктовыми соками
Г молочными кашами

НАИБОЛЬШУЮ ЭНЕРГЕТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ ИМЕЮТ
А жиры и углеводы
Б белки и минеральные соли
В клетчатка и вода
Г вода и белки

У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ЗАВТРАКА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ ____% ОТ СУТОЧНОЙ ДОЛИ ПИТАНИЯ
А 25
Б 35
В 20
Г 40

СТУЛ У РЕБЕНКА НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ
А замазкообразной консистенции

Б имеет кислый запах
В имеет примесь слизи
Г кашицеобразный консистенции

ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ ФЛОРОЙ КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЮТСЯ
А бифидум-бактерии
Б ацидофильные палочки
В кишечные палочки
Г энтерококки

ЖЕНСКОЕ МОЛОКО ПО СРАВНЕНИЮ С КОРОВЬИМ МОЛОКОМ ИМЕЕТ БОЛЕЕ
А высокое содержание полиненасыщенных жирных кислот
Б высокий уровень белка
В низкое содержание углеводов
Г низкое содержание железа

АНТИРЕФЛЮКСНЫЕ СМЕСИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ УПОРНЫХ СРЫГИВАНИЙ СОДЕРЖАТ
А камедь
Б пребиотик
В пробиотик
Г крахмал

ОСНОВНАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ ЖИРОВ – ЭТО ИСТОЧНИК
А энергии
Б витамина С
В витаминов группы В
Г микроэлементов

ДЛЯ РЕБЕНКА 7-12 МЕСЯЦЕВ СРЕДНЕСУТОЧНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКАХ (В РАСЧЕТЕ Г/КГ МАССЫ ТЕЛА) СОСТАВЛЯЕТ
А 2,9
Б 3,5
В 2,2
Г 2,6

ОПТИМАЛЬНОЕ ДЛЯ УСВОЕНИЯ СООТНОШЕНИЯ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В ЖЕНСКОМ МОЛОКО СОСТАВЛЯЕТ
А 2:1
Б 1:1
В 3:2
Г 1:2

НАРУШЕНИЕМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РОССИИ, ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ
А животных белков
Б пищевых волокон
В животных жиров
Г углеводов

ПОТРЕБНОСТЬ В ВОДЕ РЕБЕНКА 10 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (МЛ/КГ)
А 70-80

Б 110-130
В 90-100
Г 40-50

1645 В РАЦИОН ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА РЫБА ВВОДИТСЯ С
А 8-9 месяцев
Б 6 месяцев
В 1 года жизни
Г 1,5 лет

В ВОЗРАСТЕ 6 МЕСЯЦЕВ В КАЧЕСТВЕ ПРИКОРМА ВВОДЯТ
А мясо
Б овощное пюре
В кефир
Г кашу

ПРИ НЕРАЦИОНАЛЬНОМ ПИТАНИИ У РЕБЕНКА РАЗВИВАЕТСЯ
А нарушение физического и психического развития
Б элефантиаз
В синдром Шерешевского-Тернера
Г синдром Уотерхауса-Фридериксена

ПЕРВАЯ СТЕПЕНЬ ГИПОГАЛАКТИИ СООТВЕТСТВУЕТ ДЕФИЦИТУ МОЛОКО ДО (В ПРОЦЕНТАХ)
А 25
Б 75
В 40
Г 50

НАРУШЕНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА, ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РОССИИ – ЭТО ДЕФИЦИТ
А кальция и железа
Б хлора и кальция
В калия и магния
Г натрия и калия

КЛАССОМ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В ГРУДНОМ МОЛОКЕ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ МЕСТНЫЙ ИММУНИТЕТ КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ
А IgA
Б IgE
В IgG
Г IgM

В ВОЗРАСТЕ 4-6 МЕСЯЦЕВ В КАЧЕСТВЕ ПРИКОРМА ВВОДЯТ
А овощное пюре
Б творог
В желток
Г мясо

СООТНОШЕНИЕ БЕЛКОВ, ЖИРОВ И УГЛЕВОДОВ В РАЦИОНЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА СОСТАВЛЯЕТ

А 1:1:4
Б 1:2:3
В 1:3:4
Г 1:2:4

СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЖИДКОСТИ ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО В ВОЗРАСТЕ 15 ДНЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (МЛ/КГ/СУТ)
А 150-200
Б 205-230
В 80-120
Г 250-300

КАЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ УГЛЕВОДОВ ЖЕНСКОГО МОЛОКА ПРЕДСТАВЛЕН
А в-лактозой
Б мальтодектрином
В глюкозой
Г а-лактозой

ДЕФИЦИТ МОЛОКА ПРИ ГИПОГАЛАКТИИ 2 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)
А 50
Б 20
В 25
Г 75

МАКСИМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ САХАРОВ В РАЦИОНЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ НИИ ПИТАНИЯ РАМН СОСТАВЛЯЕТ ____% СУТОЧНОГО ПОСТУПЛЕНИЯ УГЛЕВОДОВ
А 20
Б 15
В 30
Г 10

СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ «НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПО ОПТИМИЗАЦИИ ВСКАРМЛИВАНИЯ» ПРИКОРМЫ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ С (В МЕС.)
А 4-6
Б 8-10
В 5-8
Г 6-8

ПРОДУКТАМИ, СОСТАВЛЯЮЩИМИ ОСНОВАНИЕ «ПИЩЕВОЙ ПИРАМИДЫ», ЯВЛЯЮТСЯ
А овощи и фрукты, цельно-зерновые продукты
Б мясо животных и птицы, яйца, рыба и морепродукты
В хлеб и хлебобулочные изделия
Г молоко и кисломолочные продукты

СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА В ГРУДНОМ МОЛОКЕ СОСТАВЛЯЕТ (Г/100МЛ)
А 1,2
Б 2,0
В 3,5
Г 2,8

1899 В РАЦИОН ПИТАНИЯ РЕБЕНКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ ТВОРОГ С ВОЗРАСТА __МЕС.

А 8
Б 9
В 10
Г 7

ДЕТЯМ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТ НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ПЕРВЫМ ПРИКОРМОМ ВВОДЯТ

А овощное пюре
Б мясо
В кашу
Г творог

ПОТРЕБНОСТЬ В ВОДЕ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ (МЛ/КГ)

А 130-150
Б 70-80
В 40-50
Г 160-170

ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОДЕРЖАНИЕ ГРУДНОГО МОЛОКА В СУТОЧНОМ РАЦИОНЕ РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ НЕ МЕНЕЕ

А 4/5
Б 5/8
В ½
Г 2/3

АДЕКВАТНАЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РАЦИОНА РЕБЕНКА 11-13ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (В ККАЛ/СУТ)

А 2500-2750
Б 1650-1800
В 1800-2000
Г 2000-2450

ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ ЛАКТАЦИИ КОРМЯЩЕЙ МАТЕРИ СЛЕДУЕТ

А увеличить частоту прикладывания ребенка к груди
Б уменьшить количество ночных кормлений
В отказ от ночных кормлений
Г уменьшить длительность кормления

НЕОБХОДИМОЕ СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО МОЛОКА И КИСЛОМОЛОЧНЫХ ПРОДУКТОВ В РАЦИОНЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕ 3 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (В МЛ)

А 500
Б 700
В 300
Г 400

В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ОСНОВНЫМИ ИНГРЕДИЕНТАМИ ПИЩИ – Б:Ж:У

А 1:1:4
Б 1:1:3

В 1:2:5
Г 1:2:4

СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ОТ ДВУХ НЕДЕЛЬ ДО ДВУХ МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ___ МАССЫ ТЕЛА
А 1/5
Б 1/6
В 1/7
Г ¼

ПЕРВЫМ ПРИКОРМОМ ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ РЕБЕНКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ
А овощное пюре
Б мясное пюре
В яблочное пюре
Г творог

ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ РЕБЕНКА С АЛЛЕРГИЕЙ НА БЕЛОК КОРОВЬЕГО МОЛОКА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ СМЕСИ
А высоко гидролизованные
Б безлактозные
В кисломолочные
Г адаптированные молочные

В КАЧЕСТВЕ ЗАГУСТИТЕЛЯ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ СМЕСЯХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
А камедь рожкового дерева
Б гуаровая камедь
В агар
Г ксантоновая медь

СООТНОШЕНИЕ БЕЛКОВ И ЖИРОВ В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ
А 1:1
Б 2:1
В 1:4
Г 1:2

В ПОНЯТИЕ «РЕЖИМ ПИТАНИЯ» ВХОДИТ
А кратность приемов пищи
Б распределение энергетической ценности по приемам пищи
В характер потребляемых за неделю продуктов
Г интервалы между приемами пищи

ЗДОРОВЫХ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ КОРМЯТ
А по требованию
Б с интервалом в 5 часов
В с интервалом в 4 часа
Г с интервалом в 6 часов

ПРИ 1 СТЕПЕНИ ГИПОГАЛАКТИИ У МАТЕРИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
А увеличить число кормлений грудью

Б отказаться от ночных кормлений
В назначить докорм
Г ввести прикорм

СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА В ЗРЕЛОМ ГРУДНОМ МОЛОКЕ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ ОКОЛО (Г/100МЛ)
А 1,0
Б 2,2
В 1,5
Г 2,0

СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ 4-6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ ___МАССЫ ТЕЛА
А 1/7
Б ¼
В 1/5
Г 1/6

ОБЪЕМ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА 6-12 МЕСЯЦЕВ НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ ____ МЛ-СУТКИ
А 1000
Б 1500
В 1200
Г 1400

ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ РЕБЕНКА ВТОРОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ ___ КОРМЛЕНИЙ В СУТКИ
А 5
Б 7
В 4
Г 6

ГЛЮТЕН СОДЕРЖИТСЯ В КАШЕ
А овсяной
Б гречневой
В кукурузной
Г рисовой

ПОТРЕБНОСТЬ В КАЛОРИЯХ РЕБЕНКА 0-3 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ ____ ККАЛ/КГ/СУТКИ
А 115
Б 100
В 120
Г 110

СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В ЖЕНСКОМ МОЛОКЕ СОСТАВЛЯЕТ
А 2:1
Б 3:2
В 1:1
Г 1:2

СРЕДНЕЕ ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ ЗА СУТКИ РЕБЕНКА ВТОРОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ
А 5

Б 7
В 4
Г 6

КОЛИЧЕСТВО КОРМЛЕНИЙ РЕБЕНКА 10-12 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ (РАЗ)
А 5
Б 8
В 3
Г 4

КЕФИР И ДЕТСКИЙ ЙОГУРТ ВВОДЯТСЯ В РАЦИОН РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ (В МЕС)
А 8
Б 8,5-9
В 6,5-7
Г 5,5-6

К АГЛЮТЕНОВЫМ КАШАМ ОТНОСИТСЯ
А гречневая
Б овсяная
В манная
Г ячневая

ДЛЯ РЕБЕНКА 4-6 МЕСЯЦЕВ СРЕДНЕСУТОЧНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКАХ (В РАСЧЕТЕ Г/КГ МАССЫ ТЕЛА) СОСТАВЛЯЕТ
А 2,6
Б 2,9
В 2,0
Г 3,2

ВАЖНЕЙШИМ ИСТОЧНИКОМ БЕЛКА ЯВЛЯЕТСЯ
А мясо
Б картофель
В молоко
Г сливочное масло

ДЛЯ РЕБЕНКА 0-3 МЕСЯЦЕВ СРЕДНЕСУТОЧНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКАХ (В РАСЧЕТЕ Г/КГ МАССЫ ТЕЛА) СОСТАВЛЯЕТ
А 2,2
Б 2,9
В 2,0
Г 2,6

К ОБЪЕКТИВНЫМ ПРИЗНАКАМ НЕХВАТКИ ГРУДНОГО МОЛОКА ОТНОСЯТ
А плохую прибавку в весе у ребенка, стул плотный, сухой или зеленый, редкие мочеиспускания
Б очень частые кормления грудью, частый жидкий стул
В очень продолжительные кормления грудью
Г отказ ребенка от груди

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ПИЩЕВЫХ ВЕЩЕСТВАХ И ЭНЕРГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ДИФФЕРЕНЦИРУЕТСЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ
А возраста

Б пола
В состояние здоровья
Г характера деятельности

ПРАВИЛЬНЫМ РАСПРЕДЕЛЕНИЕМ ПО ОТДЕЛЬНЫМ ПРИЕМАМ ПИЩИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ (В ПРОЦЕНТАХ ВСЕГО РАЦИОНА В КАЛОРИЯХ)
А завтрак-25, обед-35-45, полдник-10-15, ужин -20-25
Б завтрак -5, обед-70-75, полдник – 5-10, ужин – 10-20
В завтрак -0, обед-50-60, полдник-0, ужин-40-50
Г завтрак -40-50, обед – 50-60, полдник-0, ужин-0

РАЦИОНАЛЬНЫМ СЧИТАЮТ ПИТАНИЕ
А с определенным соотношением питательных веществ
Б с учетом потребностей организма
В распределенное по времени принятия пищи
Г набором определенных продуктов

ОСНОВНЫМ УГЛЕВОДОМ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
А лактоза
Б крахмал
В гликоген
Г сахароза

ПРИ 3Х РАЗОВОМ ПИТАНИИ ОПТИМАЛЬНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ КАЛОРИЙНОСТИ ПИЩИ СОСТАВЛЯЕТ (%)
А 30-45-25
Б 20-60-20
В 15-50-35
Г 25-50-25

КАКОЙ ФАКТОР СПОСОБСТВУЕТ УЛУЧШЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ?
А рациональное питание
Б обильное питание
В интенсивные занятия в спортивных секциях
Г обливание холодной водой на морозе и хождение босиком по снегу

ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, С СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ К БЕЛКУ КОРОВЬЕГО МОЛОКА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ
А смесями на основе аминокислот
Б соевыми смесями
В адаптированными смесями на основе коровьего молока
Г смесями на основе частично гидролизованного белка сыворотки

ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЛАКТАЦИИ ПРИ ГИПОГАЛАКТИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
А более частое прикладывание ребенка к груди
Б более редкое прикладывание ребенка к груди
В отказ от ночных кормлений
Г использование фитотерапии

ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ СОХРАНЯТЬ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ КАК МИНИМУМ ДО ___ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

А 6
Б 24
В 12
Г 9

ПРИКОРМ В ВИДЕ КАШИ ВВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В МЕСЯЦАХ)

А 4,0-6,0
Б 6,0-7,0
В 3,5-4,5
Г 7,5-8,0

ДИАГНОЗ «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» СТАНОВИТСЯ НЕСОМНЕННЫМ ПРИ

А тотальном бластозе в костном мозге
Б появлении бластных клеток в гемограмме
В анемическом и геморрагическом синдроме
Г угнетении всех ростков кроветворения в костном мозге

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» ЯВЛЯЕТСЯ

А миелограмма
Б иммунограмма
В гемограмм
Г коагулограмма

ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

А плотные, безболезненные, не спаянные между собой и окружающими тканями
Б плотные, болезненные, спаянные между собой и окружающими тканями
В умеренно увеличенные, чувствительные при пальпации, с локальной гипертермией
Г умеренно плотные, чувствительные при пальпации, подвижные

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕЙРОЛЕКОЗА ЗАВИСЯТ ОТ

А локализации метастатических очагов
Б иммунологического варианта острого лейкоза
В давности начального периода заболевания
Г выраженности пролиферативного синдрома

КО ВТОРОЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ОНКОБОЛЬНЫХ ОТНОСЯТ ПАЦИЕНТОВ С

А раком, подлежащим лечению
Б запущенными формами рака
В предраковыми заболеваниями
Г подозрением на рак

К ЧЕТВЕРТОЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ОНКОБОЛЬНЫХ ОТНОСЯТ ПАЦИЕНТОВ С

А запущенными формами рака.
Б раком, подлежащим лечению
В подозрением на рак
Г раком, подвергшимся радикальному лечению

РИСК НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ДЛЯ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ ПОВЫШАЕТ СИНДРОМ

А нейролейкемический
Б интоксикационный
В геморрагический
Г гиперпластический

ДИАГНОЗ «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ИССЛЕДОВАНИИ
А миелограммы
Б пунктата лимфатического узла
В коагулограммы
Г общего анализа крови

ТРОМБОЦИТОЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
А опухолевых процессах
Б апластической анемии
В гемофилии А
Г гемолитической анемии

ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» МОЖНО ПРИ НАЛИЧИИ __ % БЛАСТОВ В МИЕЛОГРАММЕ
А 50
Б 5
В 10
Г 15

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ХОДЖКИНА ЗАВИСИТ ОТ
А стадии заболевания
Б возраста ребенка
В показателей анализа крови
Г гистологического варианта

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ ___ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ЛЕЙКОЗА
А лимфобластный
Б промиелоцитарный
В мегакариоцитарный
Г миеломонобластный

КОЛИЧЕСТВО БЛАСТНЫХ КЛЕТОК В КОСТНОМ МОЗГЕ, НЕОБХОДИМОЕ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ», СОСТАВЛЯЕТ БОЛЕЕ (%)
А 25
Б 15
В 5
Г 10

ПРИ ПИЩЕВОДЕ БАРРЕТА МЕТАПЛАЗИЯ ЭПИТЕЛИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ___ ПИЩЕВОДА
А в нижней трети
Б в средней трети
В в верхней трети
Г на всём протяжении

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПРИ БОЛЕЗНИ ХОДЖКИНА ЯВЛЯЕТСЯ

А увеличение лимфатических узлов
Б боль в костях
В кожный зуд
Г увеличение печени

ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У БОЛЬНОГО В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ АНЕМИИ, ТРОМБОЦИТОПЕНИИ, БЛАСТОЗА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А острый лейкоз
Б инфекционный мононуклеоз
В апластическая анемия
Г тромбоцитопеническая пурпура

ПРОВОДИТЬ ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЦИТОСТАТИКИ, СЛЕДУЕТ
А 1 раз в неделю
Б ежедневно
В 1 раз в месяц
Г 1 раз в 3 месяца

ОБЩАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ НА ВСЕХ ЭТАПАХ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ СОСТАВЛЯЕТ
А 2,5-3 года
Б 1 год
В 5 лет
Г 1 месяц

ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ
А исследование костного мозга
Б биохимическое исследование крови
В исследование антигенов гистосовместимости
Г анализ периферической крови

ОПУХОЛЬЮ НАЗЫВАЕТСЯ ТКАНЬ С
А нарушением регуляции роста и дифференцировки клеток
Б выраженной пролиферацией клеток
В воспалительной клеточной инфильтрацией
Г гипертрофией и гиперплазией клеток

КРИТЕРИЕМ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО БЛАСТОВ В СТЕРНАЛЬНОМ ПУНКТАТЕ МЕНЕЕ (%)
А 5
Б 12
В 2
Г 15

ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А артериальная гипертензия
Б артериальная гипотония
В гиперхолестеринемия
Г гипергликемия

К ТРЕТЬЕЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ОНКОБОЛЬНЫХ ОТНОСЯТ ПАЦИЕНТОВ С

А раком, подвергшимся радикальному лечению
Б подозрением на рак
В запущенными формами рака
Г предраковым заболеванием

ОКОНЧАТЕЛЬНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ДИАГНОЗА «БОЛЕЗНЬ ХОДЖКИНА» ЯВЛЯЕТСЯ
А биопсия лимфатического узла
Б пункция лимфатического узла
В пункция костного мозга
Г лейкоцитарная формула крови

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗ» ЯВЛЯЕТСЯ
А биопсия лимфатического узла
Б пункция селезенки
В пункция костного мозга
Г лимфография

В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ БОЛЬНОМУ ЛЕЙКОЗОМ С ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПОКАЗАНА ТРАНСФУЗИЯ
А тромбоцитов
Б концентратов факторов свёртывания
В криопреципитата
Г «отмытых» эритроцитов

ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ЛИМФАДЕНОПАТИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А острого лейкоза
Б диффузных болезней соединительной ткани
В болезни «кошачьей царапины»
Г наследственных коагулопатий

СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ
А остром лейкозе
Б тромбоцитопенической пурпуре
В гемофилии А
Г болезни Виллебранда

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ФОРМОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А медуллобластома
Б астроцитома
В краниофарингиома
Г эпендимома

ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В
А мозжечке
Б задней черепной ямке
В надседловидной области
Г полушариях большого мозга

ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ РАКЕ НОСОГЛОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ
А расстройство носового дыхания

Б боль
В наличие носовых кровотечений
Г лихорадка

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ НАЧАЛЬНОГО ПЕРИОДА ГЕМОБЛАСТОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ
А ссалгия
Б мышечная слабость
В деформация суставов
Г повышение уровня прокальцитонина в крови

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИЗОЛИРОВАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
А лимфоме
Б ретикулосаркоме
В семиноме
Г плазмацитоме

РАННИМ ПРИЗНАКОМ РАБДОМИОСАРКОМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А гематурия
Б бледность кожных покровов
В снижение аппетита
Г лихорадка

ПИК ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ЛИМФОСАРКОМОЙ НАБЛЮДАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)
А 5-9
Б до 1
В 10-15
Г старше 15

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НЕЙРОГЕННЫЕ ЗАБРЮШИННЫЕ ОПУХОЛИ У ДЕТЕЙ ПАЛЬПИРУЮТСЯ В
А верхних отделах живота
Б подвздошных областях
В полости малого таза
Г нижних отделах живота

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ НЕФРОБЛАСТОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А компьютерная томография
Б ультразвуковая томография
В цистография
Г выделительная урография

ГЛАВНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ СИМПТОМАТИКИ ОПУХОЛЕЙ МОЗГА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А длительный бессимптомный или малосимптомный период
Б доброкачественный характер опухоли
В частое и раннее нарушение психики
Г раннее развитие очаговой неврологической симптоматики

АТРОФИЯ РЕБЕР И РАСШИРЕНИЕ МЕЖРЕБЕРНЫХ ПРОМЕЖУТКОВ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

А нейробластомы
Б тимомы
В лимфосаркомы
Г лимфомы Ходжкина

ОПУХОЛИ СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЕТАСТАЗИРУЮТ В
А печень
Б лимфатические узлы
В кости
Г лёгкие

ПРЕРОЖДЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ МОЗГА В ЗЛОКАЧЕСТВЕННУЮ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А инфильтративным ростом
Б геморрагическим синдромом
В длительной лихорадкой
Г нейротоксическим действием

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЛОР-ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В
А полости носа и околоносовых пазухах
Б ротоглотке
В гортани и гортаноглотке
Г полости уха

МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ
А нефробластоме
Б опухолях костей
В нейробластоме
Г опухолях щитовидной железы

СИНДРОМ «КОШАЧЬЕГО ГЛАЗА» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ __ СТАДИИ РЕТИНОБЛАСТОМЫ

А I
Б IV
В III
Г II

СТРАХОВЩИКОМ ПРИ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Б организация или индивидуальный предприниматель
В медицинская организация
Г орган исполнительной власти субъектов РФ

ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМ МЕЖДУНАРОДНЫМ ДОКУМЕНТОМ В ЗАЩИТЕ ПРАВ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А конвенция о правах ребенка
Б закон об основах системы профилактики правонарушений несовершеннолетних
В закон об основных гарантиях прав ребенка
Г семейный кодекс

ЗАСТРАХОВАННЫМ В СИСТЕМЕ ОМС ЯВЛЯЕТСЯ

А гражданин РФ
Б страховое учреждение
В юридическое лицо
Г медицинская организация

ОСНОВНЫМ УЧЕТНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А листок нетрудоспособности
Б амбулаторная карта
В карта выбывшего из стационара
Г медицинская карта

К ОСНОВНЫМ КАТЕГОРИЯМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТ СПОСОБНОСТЬ К

А самостоятельной трудовой деятельности и обучению
Б самостоятельному освоению иностранных языков
В самостоятельным занятиям профессиональными спортивными танцами и подводным плаваньем
Г самостоятельным занятиям профессиональными спортом и образованием

РЕБЕНОК ОБЛАДАЕТ ПРАВАМИ

А с момента рождения
Б с 16 лет
В с 14 лет
Г по достижению совершеннолетия

ДЕЙСТВУЮЩИМ НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПО ЭКСПЕРТИЗЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А приказ Министерства здравоохранения
Б приказ Министерства труда и социальной защиты
В постановление Правительства Российской Федерации
Г распоряжение Федерального Фонда социального страхования

В СЛУЧАЕ БЫТОВОЙ ТРАВМЫ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЁТСЯ С __ ДНЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

А первого
Б пятнадцатого
В десятого
Г пятого

В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ, ОРГАН, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИЙ ПЕНСИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, ЛИБО ОРГАН СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ОТКАЗАЛИ ГРАЖДАНИНУ В НАПРАВЛЕНИИ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ, ЕМУ ВЫДАЕТСЯ СПРАВКА, НА ОСНОВАНИИ КОТОРОЙ ГРАЖДАНИН (ЕГО ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ)

А имеет право обратиться в бюро самостоятельно
Б имеет право обратиться в бюро по направлению участкового врача
В имеет право обратиться в бюро по направлению главного врача
Г не имеет право обратиться в бюро самостоятельно

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

А на общих основаниях
Б местной администрации
В за счёт кредитов банков
Г предприятиями, расположенными на обслуживаемой территории

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ВИДАМ, УСЛОВИЯМ И ФОРМАМ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА УРОВНЕ

А федеральном
Б международном
В муниципальном
Г частном

СТРАХОВАТЕЛЕМ ДЛЯ НЕРАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А орган исполнительной власти субъектов РФ
Б страховое учреждение
В медицинская организация
Г организация или индивидуальный предприниматель

ПРАВИЛА ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (ЕЁ СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ, ВРАЧА) ВКЛЮЧЕНЫ В

А порядки оказания медицинской помощи
Б протоколы ведения пациентов
В клинические рекомендации
Г стандарты медицинской помощи

К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА «СПОСОБНОСТЬ К ОБУЧЕНИЮ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ

А организовывать деятельность по овладению знаниями
Б устанавливать контакты между людьми
В осознавать себя и адекватно вести с учетом норм
Г осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями

ДЛЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РФ ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ УДЕЛЬНОГО ВЕСА ЛИЦ

А пожилого возраста
Б детского возраста
В мужского пола
Г состоящих в браке

ОСНОВНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ДОКУМЕНТОМ ПРИ ОФОРМЛЕНИИ РЕБЕНКА НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМА

А 076/у
Б 026/у-2000
В 070/у
Г 063/у

ФИНАНСОВЫЕ СРЕДСТВА ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НАХОДЯТСЯ В СОБСТВЕННОСТИ

А государства
Б предприятий, организаций
В страховых медицинских организаций
Г фонда социального страхования населения РФ

АБСОЛЮТНУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИНАНСОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

А рентабельность
Б выручка
В доход
Г прибыль

К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА «СПОСОБНОСТЬ К ОРИЕНТАЦИИ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ

А к определению времени и места нахождения

Б к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм
В осуществлять основные физиологические потребности
Г к целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности

ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ ДЛИТСЯ (ГОД)

А с 10 до 19
Б с 12 до 16
В с 11 до 18
Г с 10 до 14

ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ, РАБОТАЮЩИМ ПО ДОГОВОРУ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ РФ, ДЛЯ УДОСТОВЕРЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЁТСЯ

А листок нетрудоспособности
Б выписной эпикриз
В справка произвольной формы
Г справка установленной формы

ДЛЯ РАСЧЕТА ГОДОВОГО РАЗМЕРА РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ ДОЛЖНОСТИ ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ЧИСЛО

А рабочих дней в году за исключением отпускного периода времени
Б календарных дней в году
В рабочих дней за исключением дней учебы на циклах повышения квалификации
Г рабочих дней в году вместе с отпускным периодом времени

ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ МАМА ДОЛЖНА ПРЕДЪЯВИТЬ

А паспорт
Б медицинский полис
В СНИЛС
Г свидетельство о рождении ребенка

УСРЕДНЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И КРАТНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ НА ТЕРРИТОРИИ РФ, ВКЛЮЧЕНЫ В

А стандарты медицинской помощи
Б порядки оказания медицинской помощи
В клинические рекомендации
Г протоколы ведения пациентов

ДОГОВОР СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (СМО) С МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ (МО) СЧИТАЕТСЯ ЗАКЛЮЧЁННЫМ С МОМЕНТА

А подписания договора
Б перечисления СМО аванса МО
В получения от МО реестра счетов за медицинскую помощь
Г получения от МО списка застрахованных

РАЗДЕЛОМ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕМОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А статика
Б статистика
В вероятность
Г достоверность

ДОКУМЕНТ, ПРЕДУСМАТРИВАЮЩИЙ ОПЛАТУ УСЛУГ ГОСУДАРСТВЕННЫМ И МУНИЦИПАЛЬНЫМ УЧРЕЖДЕНИЯМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЖЕНЩИНАМ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

А родовой сертификат
Б страховой полис
В единовременное пособие по рождению ребенка
Г свидетельство о рождении ребёнка

СТРАХОВАТЕЛЕМ ДЛЯ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А организация или индивидуальный предприниматель
Б гражданин РФ
В страховое учреждение
Г медицинская организация

РЕЖИМ И ФОРМЫ РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИКИ, НАГРУЗКА ПЕРСОНАЛА ДОЛЖНЫ УТВЕРЖДАТЬСЯ НА УРОВНЕ __ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

А руководителя
Б врачебной комиссии
В врача-статистика
Г кадрового управления

ПОРЯДКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖДАЮТСЯ НА __ УРОВНЕ

А федеральном
Б муниципальном
В областном
Г региональном

ОСОБЕННОСТЬЮ МАРКЕТИНГА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А анализ потребности в медицинских услугах
Б определение стоимости медицинских услуг
В удовлетворение спроса на медицинские услуги
Г изучение демографических процессов

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ВНЕДРЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХ ПРОГРАММ СОСТОИТ В

А снижении числа обострений, осложнений и уменьшении степени тяжести заболевания
Б расширении диеты; формировании мотивации здорового образа жизни, развитии личности, способной к самореализации
В получении среднего медицинского образования родителями детей; формировании мотивации здорового образа жизни; развитии личности, способной к самореализации
Г усиленном занятии спортом; формировании мотивации здорового образа жизни; развитии личности, способной к самореализации

МИНИМАЛЬНЫЙ РАЗМЕР ОПЛАТЫ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА УРОВНЕ

А федеральном
Б муниципальном
В региональном
Г областном

ГЕНЕРАЛЬНАЯ АССАМБЛЕЯ ООН ПРИНЯЛА КОНВЕНЦИЮ О ПРАВАХ РЕБЕНКА 20 НОЯБРЯ____ГОДА

А 1989
Б 1991
В 1999
Г 1990

РАСЧЕТ ШТАТА ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ ДЛЯ РАБОТЫ В ШКОЛЕ СОСТАВЛЯЕТ: 1 ВРАЧ НА ____УЧАЩИХСЯ

А 1000
Б 2000
В 8000
Г 500

К КАКОМУ ДЕЙСТВИЮ ИЛИ БЕЗДЕЙСТВИЮ ОТНОСЯТ ОБЫЧНО ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫЕ ОРГАНЫ НЕОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ?

А к умышленному преступлению

Б к врачебной ошибке
В к административному проступку
Г к несчастному случаю в медицинской практике

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

А соответствующий вид медицинской помощи
Б стандарт медицинской помощи
В протоколы ведения пациентов
Г порядок оказания медицинской помощи

БАЗОВЫМ ПОНЯТИЕМ В ЭКОНОМИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А эффективность
Б спрос
В предложение
Г управление

К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА «СПОСОБНОСТЬ К ОБЩЕНИЮ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ

А устанавливать контакты между людьми
Б реализовывать собственное самообслуживание
В осознавать себя и адекватно вести с учетом норм
Г осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями

ПРИ НАПРАВЛЕНИИ РЕБЕНКА Н САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ

А путёвку; санаторно-курортную карту; полис обязательного медицинского страхования; анализ на энтеробиоз; справку врача-педиатра об отсутствии контакта ребёнка с инфекционными больными
Б путёвку; полис обязательного медицинского страхования; справку врача-педиатра об отсутствии контакта ребёнка с инфекционными больными по месту жительства, в детском саду или школе
В путёвку; анализ на энтеробиоз; справку врача-педиатра об отсутствии контакта ребёнка с инфекционными больными по месту жительства, в детском саду или школе
Г путёвку; санаторно-курортную карту; полис обязательного медицинского страхования; анализ на энтеробиоз

ИЗ СОБСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПАЦИЕНТ ОПЛАЧИВАЕТ

А дополнительные и сервисные услуги
Б медицинскую помощь по программе ОМС
В скорую и неотложную медицинскую помощь
Г стационарное лечение при травмах, отравлениях, венерических заболеваниях

ПРАВО РЕБЕНКА НАХОДИТЬСЯ В СТАЦИОНАРЕ С ОДНИМ ИЗ РОДИТЕЛЕЙ ЗАКРЕПЛЕНО В

А Федеральном законе от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
Б Конвенции о правах ребенка
В Федеральном законе «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» приказе Министерства здравоохранения

СКОРАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ ПОМОЩИ

А Скорой
Б Специализированной
В Паллиативной
Г первичной медико-санитарной

ФИНАНСИРОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

А в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
Б за счет средств родителей (законных представителей) ребенка
В за счет средств образовательной организации
Г за счет средств спонсоров и благотворительных фондов

ПРОФЕССИОНАЛЬНО ПРИГОДНЫМ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ПОДРОСТКА, СПОСОБНОГО

А успешно освоить профессию и работать в ней без ущерба для здоровья
Б частично освоить профессию и работать в ней без существенного ущерба для здоровья
В частично освоить профессию и работать в ней без ущерба для здоровья
Г успешно освоить профессию и работать в ней

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРОВОДИТСЯ ПО ЗАЯВЛЕНИЮ

А гражданина или его законного представителя
Б представителей медицинских учреждений
В специалиста страховой компании
Г сотрудников центра социального обслуживания населения

УЧАЩИЕСЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧИЛИЩ, НЕ ДОСТИГШИЕ 18 ЛЕТ, МОГУТ ПРОХОДИТЬ ПРОИЗВОДСТВЕННУЮ И УЧЕБНУЮ ПРАКТИКУ В ОТДЕЛЕНИИ

А Терапевтическом
Б Психиатрическом
В Химиотерапии

Г патологоанатомическом

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМОЙ

А социальной защиты интересов населения в охране здоровья
Б охраны жизни, трудоспособности человека
В ответственности за неисполнение рекомендаций врача

В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ РФ ПОЛИС ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ИМЕЕТ СИЛУ

А на всей территории РФ
Б только на территории того субъекта РФ, где проживает застрахованный
В только на территории того субъекта РФ, где выдан страховой полис
Г на территории других государств, с которыми РФ имеет соглашение о медицинском страховании граждан

НАГРУЗКА ВРАЧЕЙ ЛЕЧЕБНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ СТАЦИОНАРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А числом коек на одну должность
Б затратами времени на медицинскую услугу
В числом больных за год
Г количеством выполняемых медицинских услуг

РАТИФИКАЦИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИЕЙ КОНВЕНЦИИ О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ ОТ 13 ДЕКАБРЯ 2006 Г. ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЕМ ГОТОВНОСТИ СТРАНЫ К ФОРМИРОВАНИЮ УСЛОВИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА

А соблюдение международных стандартов прав инвалидов
Б пропаганду здорового образа жизни населения
В пропаганду международных стандартов прав инвалидов
Г формирование общественного мнения по соблюдению прав инвалидов

ПЕРВОЕ МЕСТО В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ЗАНИМАЮТ

А болезни органов дыхания
Б инфекционные и паразитарные болезни
В травмы и отравления
Г болезни органов пищеварения

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ВРАЧЕБНЫМИ КАДРАМИ НА 10000 НАСЕЛЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО

А штатным должностям
Б соотношению врачебного и среднего медицинского персонала

В численности населения на врачебных участках
Г заболеваемости

ДЕТСКИМ АМБУЛАТОРНЫМ ЦЕНТРОМ ЯВЛЯЕТСЯ УЧРЕЖДЕНИЕ, ОКАЗЫВАЮЩЕЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ

А внебольничную
Б стационарную
В родовспоможения
Г высокотехнологичную

ПОДПРОФОСМОТРОМ ПОНИМАЮТ ОРГАНИЗАЦИОННУЮ ФОРМУ ПРОВЕДЕНИЯ

А динамического наблюдения
Б оздоровительных мероприятий
В санпросвет работы
Г профилактики заболеваний

К КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО ЭКСПЕРТИЗЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОТНОСИТСЯ ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СВЫШЕ (В ДНЯХ)

А 15
Б 10
В 30
Г 5

КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА «СПОСОБНОСТЬ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ

А самостоятельно перемешаться в пространстве
Б реализовывать собственное самообслуживание
В осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями
Г организовывать деятельность по овладению знаниями, умениями, навыками

ПОКАЗАТЕЛИ ЭКСТЕНСИВНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЮТ

А распределение целого на составные части по их удельному весу
Б распространенность явления в среде
В отношение двух разнородных совокупностей
Г отношение сравниваемой величины к исходному уровню

ОСНОВНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ДОКУМЕНТОМ РЕБЕНКА, ПОСЕЩАЮЩЕГО ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМА

А 026/у-2000
Б 063/У
В 112/у
Г 058/у

УСРЕДНЁННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И КРАТНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДОВ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ВКЛЮЧЕНЫ В

А стандарты медицинской помощи
Б протоколы ведения пациентов
В порядки оказания медицинской помощи
Г клинические рекомендации

ОДНИМ ИЗ ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ДЕЙСТВИЙ ВОЗ В УСЛОВИЯХ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ

А матери и новорожденного
Б новорожденного
В всей семьи в целом
Г детей и подростков

УСРЕДНЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И КРАТНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, ИМПЛАНТИРУЕМЫХ В ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА, ВКЛЮЧЕНЫ В

А стандарты медицинской помощи
Б порядки оказания медицинской помощи
В протоколы ведения пациентов
Г клинические рекомендации

В ОСНОВЕ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК ЛЕЖАТ

А индивидуальная особенность течения болезни, недостаточность опыта врача, отсутствие средств диагностики и лечения
Б неоказание помощи больному, недостаточность опыта врача
В отсутствие средств диагностики и лечения, неоказание помощи больному
Г индивидуальная особенность течения болезни, неоказание помощи больному

КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ОРГАНИЗУЕТСЯ В СОСТАВЕ

А детской городской поликлиники (поликлинического отделения)
Б детской городской больницы (детского стационара)
В детского санатория
Г детского дошкольного образовательного учреждения

ПОДРОСТОК ИМЕЕТ ПРАВО НА САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ТРУД

А с 16 лет
Б после окончания школы
В после окончания учебного заведения, дающего профессиональную подготовку
Г с 18 лет

ОСОБЕННОСТЬЮ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ЯВЛЯЕТСЯ

А дородовый патронаж
Б санитарное просвещение
В социальная помощь
Г формирование здорового образа жизни

ДЕЙСТВУЮЩИМ НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПО УТВЕРЖДЕНИЮ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОШИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИКАЗ

А Министерства здравоохранения (МЗ РФ) N° 92Н6Н
Б Министерства здравоохранения (МЗ РФ) N°1346Н
В Министерства здравоохранения и социального развития (МЗ СР РФ) N°624Н
Г Министерства здравоохранения (МЗ РФ) N°1175Н

ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

А трудовым договором (контрактом)
Б распоряжением главного врача
В решением местной администрации
Г постановлением собрания трудового коллектива

К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА «СПОСОБНОСТЬ КОНТРОЛИРОВАТЬ СВОЕ ПОВЕДЕНИЕ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ

А к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм
Б к целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности
В осуществлять основные физиологические потребности
Г к выполнению повседневной бытовой деятельности

ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧЕНЫ В

А порядки оказания медицинской помощи
Б стандарты медицинской помощи
В клинические рекомендации
Г протоколы ведения пациентов

ПЕРВОЕ МЕСТО В СТРУКТУРЕ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗАНИМАЮТ

А болезни системы кровообращения
Б травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин
В злокачественные новообразования
Г болезни органов дыхания

ЕСЛИ РУКОВОДИТЕЛЬ СОВЕТУЕТСЯ С ПОДЧИНЕННЫМИ, ИСПОЛЬЗУЯ ИХ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ПО СПЕЦИАЛЬНЫМ ВОПРОСАМ, ЭТО _____СТИЛЬ РУКОВОДСТВА

А демократический
Б авторитарный
В иерархический
Г либеральный

КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА «СПОСОБНОСТЬ К ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ

А осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями
Б осознавать себя и адекватно вести с учетом норм
В организовывать деятельность по овладению знаниями, умениями, навыками
Г реализовывать собственное самообслуживание

ПОД ИНТЕГРИРОВАННЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПОНИМАЮТ

А группу здоровья
Б патологическую пораженность
В распространенность хронических заболеваний
Г показатель охвата диспансерным наблюдением

НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ БОЛЬНИЧНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ:____ОБОРОТА КОЙКИ И ____ЛЕТАЛЬНОСТИ

А уменьшение; увеличение
Б уменьшение; снижение
В увеличение; снижение
Г увеличение; увеличение

ОСНОВНОЙ ЯЧЕЙКОЙ ОБЩЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

А семья
Б дом
В школа
Г дошкольное образовательное учреждение

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ В ВОЗРАСТЕ ДО 7 ЛЕТ ПРИ КАРАНТИНЕ ВЫДАЕТСЯ

А на весь период карантина
Б до 10 дней
В до 15 дней
Г на неделю

К ПОКАЗАТЕЛЯМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРА РОДИЛЬНОГО ДОМА ОТНОСЯТ

А перинатальную смертность
Б детскую смертность
В смертность детей
Г младенческую смертность

РОССИЯ РАТИФИЦИРОВАЛА КОНВЕНЦИЮ О ПРАВАХ РЕБЕНКА В ____ГОДУ

А 1990
Б 1992
В 1991
Г 1993

ОТ ФОНДА ОПЛАТЫ ТРУДА ПРЕДПРИЯТИЯ, УЧРЕЖДЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ ОТЧИСЛЯЮТ В ФОНД ОМС (В ПРОЦЕНТАХ)

А 5,1
Б 5,6
В С 3,1
Г 2,1

ПО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 21 НОЯБРЯ 2011 Г. N 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» ПОД ЗДОРОВЬЕМ ПОНИМАЮТ

А состояние физического, психического и социального благополучия человека при отсутствии заболеваний
Б отсутствие патологических процессов в организме
В отсутствие анатомических и физиологических дефектов
Г возможность осуществления биологических и трудовых функций

ДЛЯ РЕШЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ЗАДАЧ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ____ПОДХОД

А системный управленческий
Б социологический
В статистический

Г кадрово-финансовый

К КРИТЕРИЯМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ЗДОРОВЬЕ, ОТНОСЯТ

А наличие или отсутствие функциональных нарушений
Б факторы риска социального анамнеза
В факторы риска биологического анамнеза
Г факторы риска генеалогического анамнеза

ПОКАЗАТЕЛЬ «ЧИСЛО ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК» ОТНОСИТСЯ К ТИПУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

А качественному
Б финансовому
В интегральному
Г ресурсному

К ВАЖНЕЙШЕМУ ИСТОЧНИКУ ИЗУЧЕНИЯ ЧИСЛЕННОСТИ, СОСТАВА И ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО РАЗМЕЩЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ОТНОСЯТ

А перепись населения
Б данные медицинских осмотров
В анкетирование
Г статистические отчёты больниц

ПЕРВОЕ МЕСТО В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПРИНАДЛЕЖИТ

А заболеваниям перинатального периода
Б инфекционным заболеваниям
В врожденным порокам
Г заболеваниям органов дыхания

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 15 ЛЕТ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЫДАЕТСЯ ДО (ДЕНЬ)

А 3
Б 7
В 15
Г 10

ДЕТСКИЙ АМБУЛАТОРНЫЙ ЦЕНТР ОКАЗЫВАЕТ ЛЕЧЕБНО ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ ДО (ГОД)

А 18
Б 14
В 15

Г 20

ЗАСТРАХОВАННОМУ В СИСТЕМЕ ОМС ВЫДАЕТСЯ

А страховой медицинский полис
Б справка о том, что он застрахован
В договор обязательного медицинского страхования
Г расписка страховой компании о возмещении расходов за лечение

К ДОКУМЕНТАЦИИ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ОТНОСИТСЯ

А журнал учета приёма больных и отказов в госпитализации (Ф. N° 001/у)
Б журнал учёта инфекционных заболеваний (Ф. N° 060/у)
В история развития ребёнка (Ф. N° 112/у)
Г медицинское заключение на ребёнка (подростка) - инвалида с детства (Ф. N° 080/у)

ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ЕДИНОЛИЧНО МОЖЕТ СФОРМИРОВАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА (В ДНЯХ)

А 15
Б 25
В 30
Г 20

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ ПОМОЩИ

А пециализированной
Б первичной медико-санитарной
В паллиативной
Г скорой

СОВРЕМЕННАЯ СИСТЕМА ОПЛАТЫ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А Стимулирующей
Б Сдельной
В комиссионной
Г повременной

К ПОКАЗАТЕЛЯМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ОТНОСИТСЯ

А летальность
Б перинатальная смертность
В С младенческая смертность
Г детская смертность

МЛАДЕНЧЕСКОЙ НАЗЫВАЮТ СМЕРТНОСТЬ ДЕТЕЙ ____ ЖИЗНИ

А на первом году
Б в первые три года
В в первые шесть месяцем
Г на первой неделе

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ И ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОМС ЯВЛЯЮТСЯ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

А некоммерческими
Б коммерческими
В государственными бюджетными
Г государственными казёнными

НАЛИЧИЕ МАТЕРИАЛЬНЫХ ЦЕННОСТЕЙ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОТРАЖАЕТ

А инвентаризационная (сличительная) ведомость
Б требование на получение материальных ценностей
В акт на списание материальных ценностей
Г приёмно-передаточная накладная

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НАИБОЛЕЕ РЕСУРСОЕМКИМ ЯВЛЯЕТСЯ ВИД МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А стационарная
Б санаторно-курортная
В первичная медико-санитарная
Г скорая медицинская помощь

КОМПОНЕНТОМ ДИНАМИКИ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А миграция
Б плотность населения
В состав населения по возрасту
Г состав населения по полу

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ ВЫДАЕТСЯ ГРАЖДАНИНУ

А работающему на предприятии, в организации, учреждении
Б обучающемуся в образовательной организации высшего образования
В матери, находящейся в декретном отпуске по уходу за ребенком в возрасте до трёх лет
Г военнослужащему аттестованному

В ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СИСТЕМЕ ОМС ВХОДЯТ

А медицинские услуги, оплачиваемые из средств ОМС
Б все медицинские услуги, выполняемые в учреждении здравоохранения
В медицинские организации, оказывающие услуги из средств ОМС
Г медицинские услуги с учётом затрат на их выполнение врачебным и средним медицинским персоналом

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ ВЫДАЕТСЯ МАМЕ, ЕСЛИ

А у ребёнка диагностирована острая кишечная инфекция
Б у ребенка хронический пиелонефрит в стадии ремиссии
В мама находится в очередном отпуске
Г мама находится в декретном отпуске

ПОД ПОТРЕБНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПОНИМАЕТСЯ

А доля населения, нуждающегося в госпитализации
Б доля госпитализированных за год больных
В число коек на определённую численность населения
Г число врачебных должностей стационара на определённую численность населения

СТУДЕНТАМ В СЛУЧАЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЫДАЕТСЯ

А справка установленной формы
Б листок нетрудоспособности
В выписной эпикриз
Г справка произвольной формы

ПРОЦЕСС ДЕПОПУЛЯЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А сокращением численности населения
Б положительным естественным приростом
В ростом численности населения
Г ростом рождаемости

ЦЕЛЬЮ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А гарантирование гражданам медицинской помощи при возникновении страхового случая за счёт накопленных средств
Б сохранение и укрепление здоровья населения
В усиление ответственности медицинских работников за качество медицинской помощи
Г упорядочение отчётности медицинских организаций

ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ НА СРОК СВЫШЕ 15 КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОСУШЕСТВЛЯЕТ

А врачебная комиссия
Б заведующая педиатрическим отделением
В заместитель главного врача детской поликлиники по лечебной работе
Г главный врач детской поликлиники

РОСЗДРАВНАДЗОР ПРОВОДИТ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

А государственный
Б общественный
В внутренний
Г ведомственный

ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ НОРМАТИВ ВРАЧА-ПЕДИАТРА СОСТАВЛЯЕТ В ЧАС

А 2 человека
Б 3 человека
В 4 человека
Г 1 человек

ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ И СОСТАВА НАСЕЛЕНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ МИГРАЦИЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЕТ ДВИЖЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ

А Механическое
Б Естественное
В Маятниковое
Г Социальное

ПОКАЗАТЕЛИ ИНТЕНСИВНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЮТ

А распространенность явления в среде
Б отношение сравниваемой величины к исходному уровню
В отношение двух разнородных совокупностей
Г распределение целого на составные части по их удельному весу

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ЕЕ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ВКЛЮЧЕНЫ В

А порядки оказания медицинской помощи
Б протоколы ведения пациентов
В стандарты медицинской помощи
Г клинические рекомендации

К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТ

А паллиативную
Б санаторно-курортную
В стационарную
Г первую

ОСНОВНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

А Этапность
Б Множественность
В Вариационность
Г Индивидуальность

ТИПОМ ВОЗРАСТНОЙ СТРУКТУРЫ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А регрессивный
Б стационарный
В статичный
Г прогрессивный

ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОМС ОПЛАЧИВАЕТСЯ ___ ПОМОЩЬ

А скорая медицинская
Б медико-психологическая
В юридическая
Г косметологическая

КОМПОНЕНТОМ СТАТИКИ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А состав населения
Б смертность
В рождаемость
Г младенческая смертность

ДОСТОИНСТВО НЕПАРАМЕТРИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В МЕДИЦИНЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО ОНИ ПРИМЕНЯЮТСЯ

А при любых распределениях признаков
Б для оценки количественных признаков
В при большом числе наблюдений
Г с учётом закона распределения признаков

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ВРАЧЕБНЫМИ КАДРАМИ НА 10000 НАСЕЛЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО

А физическим лицам
Б заболеваемости
В соотношению врачебного и среднего медицинского персонала
Г численности населения на врачебных участках

РАЗДЕЛОМ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕМОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А динамика
Б достоверность
В вероятность
Г статистика

К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ

А скорая
Б экстренная
В плановая
Г неотложная

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ВРАЧЕБНЫМИ КАДРАМИ НА 10000 НАСЕЛЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО

А занятым должностям
Б соотношению врачебного и среднего медицинского персонала
В численности населения на врачебных участках
Г заболеваемости

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

А базовую программу ОМ
Б протоколы ведения пациентов
В стандарт медицинской помощи
Г порядок оказания медицинской помощи

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

А объём соответствующего вида медицинской помощи
Б протоколы ведения пациентов
В порядок оказания медицинской помощи
Г стандарт медицинской помощи

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

А подушевой норматив финансирования здравоохранения
Б стандарт медицинской помощи
В порядок оказания медицинской помощи

Г протоколы ведения пациентов

ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ДАННЫЕ ПО

А обращаемости за медицинской помощью
Б причинам смерти
В воспроизводству населения
Г регулярности наблюдения за детьми

ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А охват дородовым патронажем беременных
Б летальность новорожденных
В заболеваемость новорожденных
Г смертность новорожденных

К ПОКАЗАТЕЛЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ОТНОСИТСЯ

А младенческая смертность
Б мертворождаемость
В ранняя неонатальная смертность
Г перинатальная смертность

К СПЕЦИАЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ОТНОСЯТ

А перинатальную смертность
Б общую плодовитость
В рождаемость
Г повозрастную плодовитость

К СПЕЦИАЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ОТНОСЯТ

А младенческую смертность
Б общую фертильность
В рождаемость
Г повозрастную фертильность

СПЕЦИАЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

А смертность детей в разных возрастных группах
Б общая фертильность
В рождаемость
Г повозрастная плодовитость

В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧКИ И ПОДГОТОВКА ЕЕ К БУДУЩЕМУ МАТЕРИНСТВУ ЯВЛЯЕТСЯ ЭТАПОМ

А первым
Б третьим
В вторым
Г четвертым

ПЯТЫЙ ЭТАП СИСТЕМЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ВКЛЮЧАЕТ

А охрану здоровья ребенка в дошкольный период
Б сохранение здоровья женщины во время родов
В оказание помощи женщине вне беременности
Г охрану здоровья детей школьного возраста

К КАКОМУ ЭТАПУ ПРОГРАММЫ ЗАЩИТЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ОТНОСИТСЯ ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ

А 6
Б 4
В 5
Г 7

ПОКАЗАТЕЛЬ РАННЕГО ПАТРОНАЖА НОВОРОЖДЕННЫХ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

А детской поликлиники
Б перенатальной службы
В роддома
Г акушера-гинеколога

К ПОКАЗАТЕЛЯМ КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙРАБОТЫ ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГООТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ

А удельного веса числа детей до 1 года жизни, находящихся на грудном вскармливании
Б динамики общей заболеваемости детского населения
В динамики численности детей-инвалидов
Г доли госпитализированных в плановом порядке от числа детей, состоящих под диспансерным наблюдением

ПОКАЗАТЕЛЕМ КАЧЕСТВА РАБОТЫ ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО ЯВЛЯЕТСЯ

А охват патронажем новорожденных
Б показатель госпитализации в расчете на численность детского населения
В средняя длительность пребывания пациента на педиатрической койке
Г занятость койки в детской больнице

ПРИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ВОЗНИКШЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ АЛКОГОЛЬНОГО, НАРКОТИЧЕСКОГО ИЛИ ТОКСИЧЕСКОГО ОПЬЯНЕНИЯ, ВЫДАЕТСЯ

А листок нетрудоспособности с кодом 021
Б справка произвольной формы
В справка о нетрудоспособности
Г выписной эпикриз

РЕКОМЕНДУЕМОЕ ЧИСЛО ДЕТЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ СОСТАВЛЯЕТ

А 800
Б 700
В 1200
Г 1100

В СОСТАВ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ВХОДЯТ

А лечащий врач, заведующий отделением и заместитель главного врача, в должностные обязанности которого входит решение вопросов, отнесенных к компетенции комиссии
Б все врачи, прошедшие обучение по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности
В главный врач, старшая медсестра отделения и представитель фонда социального страхований, курирующий вопросы выплат по листкам нетрудоспособности
Г любой заместитель главного врача и представитель органов управления здравоохранением, курирующий вопросы временной нетрудоспособности граждан

ПОДХОД К КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

А процессный
Б юридический
В гигиенический
Г социальный

ФЕЛЬДШЕР ЛИБО ЗУБНОЙ ВРАЧ ЕДИНОЛИЧНО ВЫДАЕТ (ФОРМИРУЕТ) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ДО___ ДНЕЙ

А 10
Б 3
В 7
Г 15

ФОНД ОМС ФОРМИРУЕТСЯ ЗА

А страховых взносов на обязательное медицинское страхование
Б безвозмездных кредитов банков
В доходов от использования временно свободных финансов
Г подоходного налога

ПОКАЗАТЕЛИ СООТНОШЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЮТ

А отношение двух разнородных совокупностей
Б отношение сравниваемой величины к исходному уровню
В распространенность явления в среде
Г распределение целого на составные части по их удельному весу

ТИПИЧНОСТЬ СРЕДНЕЙ АРИФМЕТИЧЕСКОЙ ВЕЛИЧИНЫ ОПРЕДЕЛЯЕТ

А среднее квадратическое отклонение
Б средняя ошибка средней арифметической
В мода
Г медиана

ДЛЯ ОЦЕНКИ ДОСТОВЕРНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ

А значение Хи-квадрат
Б коэффициент корреляции
В показатель соотношения
Г коэффициент вариации

ПРИ СНИЖЕНИИ СРЕДНЕЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПРЕБЫВАНИЯ БОЛЬНОГО НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОЙКЕ (ПРИ ПРОЧИХ РАВНЫХ УСЛОВИЯХ) ОБОРОТ КОЙКИ

А увеличится
Б не изменится
В зависит от профиля больных
Г уменьшится

ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

А распространённость заболеваний среди населения
Б распространённость только социально значимых заболеваний
В изменение распространенности заболеваний по времени
Г удельный вес определённого заболевания

ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРЫМ БОЛЬНОЙ СТРАДАЕТ В ТЕЧЕНИЕ РЯДА ЛЕТ И ЕЖЕГОДНО ОБРАЩАЕТСЯ К ВРАЧУ ПОЛИКЛИНИКИ, ВОЙДЁТ В СТАТИСТИКУ

А общей заболеваемости
Б первичной заболеваемости
В патологической поражённости
Г профессиональной заболеваемости
Д

ВИДОМ СТАТИСТИЧЕСКОЙ СОВОКУПНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А выборочная
Б смешанная
В простая
Г взвешенная

ПОКАЗАТЕЛЬ РЕГУЛЯРНОСТИ НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ОДНОГО ГОДА РАССЧИТЫВАЕТСЯ КАК ОТНОШЕНИЕ

А (числа детей первого года жизни, регулярно наблюдавшихся врачом, к числу детей, достигших одного года жизни в отчетном году)×100%
Б (числа детей, не болевших на первом году, к числу детей, достигших одного года)×100%
В (числа детей, взятых под наблюдение в первый день после выписки из роддома, к общему числу новорождённых)×100%
Г (числа активных посещений к общему числу посещений)×100%

ПЕРВЫМ ЭТАПОМ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А составление плана и программы
Б обработка собранного материала
В сбор материала
Г анализ полученных данных

ПОНЯТИЕ «ИНДЕКС НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЁННОСТИ» ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТНОШЕНИЕМ

А общего числа заболеваний к общему числу родственников (сам ребёнок в это число не входит)
Б общего числа заболеваний к общему числу родственников (включая ребёнка)
В общего числа родственников к общему числу заболеваний
Г заболевания каждого родственника к общему числу родственников

ДЛЯ РАСЧЕТА ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О

А заболеваемости в данном году и предыдущие годы
Б числе случаев заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр
В числе случаев конкретного заболевания и среднегодовой численности населения
Г заболеваемости конкретным видом и общей заболеваемости

ДЛЯ РАСЧЕТА ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В ДАННОМ ГОДУ, И

А среднегодовой численности населения
Б социально-значимых заболеваний, зарегистрированных в данном году
В заболеваний, выявленных впервые в жизни
Г заболеваний, зарегистрированных на данной территории

ДОСТОИНСТВО НЕПАРАМЕТРИЧЕСКИЙ МЕТОДОВ В МЕДИЦИНЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО ОНИ ПРИМЕНЯЮТСЯ

А при небольшом числе наблюдений
Б с учетом закона распределения признаков
В для оценки количественных признаков
Г при большом числе наблюдений

ПОКАЗАТЕЛЬ ДОСУТОЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОТНОШЕНИЕМ ЧИСЛА УМЕРШИХ В ПЕРВЫЕ СУТКИ К ЧИСЛУ

А поступивших в стационар
Б выбывших из стационара
В умерших в стационаре
Г населения территории

ДЛЯ РАСЧЕТА СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ СЛУЧАЕВ

А конкретного заболевания и числе случаев всех заболеваний
Б конкретного заболевания и среднегодовой численности населения
В заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр
Г всех заболеваний в данном году и числе случаев заболевания в предыдущие годы

ВТОРЫМ ЭТАПОМ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А сбор материала
Б обработка собранного материала
В составление плана и программы
Г анализ полученных данных

В СТАНДАРТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УСРЕДНЁННЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЧАСТОТЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ, РАВНЫЙ 1, ОЗНАЧАЕТ, ЧТО УСЛУГА ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ __% ПАЦИЕНТОВ, СООТВЕТСТВУЮЩИХ ДАННОЙ МОДЕЛИ

А 100
Б 1
В 10
Г 50

ТРЕТЬИМ ЭТАПОМ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А обработка собранного материала
Б сбор материалов
В составление плана и программы
Г анализ полученных данных

ПОД МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТЬЮ ПОНИМАЮТ ЧИСЛО ДЕТЕЙ, УМЕРШИХ В ВОЗРАСТЕ ДО

А 2 лет из 1000 живорождённых
Б 2 лет из 1000 родившиеся живыми и мертвыми
В 1 года из 1000 живорождённых
Г 1 года из 1000 родившихся живыми и мёртвыми

ПОКАЗАТЕЛЬ СВОЕВРЕМЕННОСТИ ВЗЯТИЯ ПОД НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН РАССЧИТЫВАЕТСЯ, КАК ОТНОШЕНИЕ ЧИСЛА БЕРЕМЕННЫХ, ВЗЯТЫХ НА УЧЁТ _____ БЕРЕМЕННОСТИ, К ЧИСЛУ БЕРЕМЕННЫХ, ПОСТУПИВШИХ ПОД НАБЛЮДЕНИЕ В ДАННОМ ГОДУ, УМНОЖЕННОЕ НА 100

А до 3 месяцев
Б в 2 месяца
В в 4 месяца
Г в 7 месяцев

ПОКАЗАТЕЛЕМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В СТАЦИОНАРЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЦЕНТНОЕ ОТНОШЕНИЕ ЧИСЛА ___ К ЧИСЛУ БОЛЬНЫХ ___ ИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

А проведённых хирургических операций; выбывших
Б прооперированы больных; выписанных
В прооперированы больных; выбывших
Г проведённых хирургических операций; выписанных

ЧЕТВЁРТЫМ ЭТАПОМ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А анализ полученных данных
Б сбор материала
В составление плана и программы
Г обработка собранного материала

ОБОРОТ КОЙКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОТНОШЕНИЕМ ЧИСЛА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ К

А среднегодовому числу коек
Б числу дней в году
В среднему времени пребывания больного на койке
Г числу дней работы койки в году

ВАРИАНТА, ДЕЛЯЩАЯ ВАРИАЦИОННЫЙ РЯД ПОПОЛАМ ПО ЧИСЛУ НАБЛЮДЕНИЙ НАЗЫВАЕТСЯ

А медианой

Б модой
В интервалом
Г средним квадратическим отклонением

СРЕДНЕЕ ЧИСЛО ДНЕЙ РАБОТЫ КОЙКИ В ГОДУ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОТНОШЕНИЕМ ЧИСЛА _____ И _____

А койко-дней, проведённых пациентами; среднегодовому числу коек
Б поступивших пациентов; числу дней в году
В умерших пациентов; плановому числу койко-дней
Г выписанных больных, среднегодовой численности населения

ИНДЕКС ЗДОРОВЬЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

А процентное соотношение детей, ни разу не болевших за год, ко всему детскому коллективу
Б процентное соотношение детей, перенёсших какое-либо заболевание, ко всему детскому коллективу
В долю не болеющих детей в данном детском дошкольном заведении
Г долю здоровых детей в данном детском коллективе

СВЯЗЬ МЕЖДУ ЯВЛЕНИЯМИ, ЕСЛИ КОЭФФИЦИЕНТ КОРРЕЛЯЦИИ РАВЕН 0,86

А прямая сильная
Б прямая слабая
В обратная слабая
Г прямая средней силы

ДЛЯ РАСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОНКРЕТНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ СЛУЧАЕВ КОНКРЕТНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И

А среднегодовой численностей населения
Б числе случаев заболеваний в предыдущие годы
В численность трудоспособного населения
Г числе лиц, прошедших медосмотр

ВАРИАНТА, ИМЕЮЩАЯ НАИБОЛЬШУЮ ЧАСТОТУ В ВАРИАЦИОННОМ РЯДУ, НАЗЫВАЕТСЯ

А модой
Б медианой
В интервалом
Г средним квадратическим отклонением

ДЛЯ РАСЧЕТА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОРАЖЕННОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ СЛУЧАЕВ

А заболеваний, выявляемых при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр

Б конкретного заболевания и числе случаев всех заболеваний
В конкретного заболевания и среднегодовой численности населения
Г всех заболеваний в данном году и числе случаев заболеваний в предыдущие годы

ДЛЯ РАСЧЕТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ ЭТИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В ДАННОМ ГОДУ, И

А среднегодовой численности населения
Б инфекционных заболеваний, зарегистрированных на данной территории
В заболеваний, выявленных впервые в данном году
Г заболеваний, зарегистрированных впервые в данном году

ВИДОМ СТАТИСТИЧЕСКОЙ СОВОКУПНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А генеральная
Б смешанная
В простая
Г взвешенная

ДЛЯ ОЦЕНКИ ДОСТОВЕРНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ

А доверительные границы
Б коэффициент вариации
В показатель соотношения
Г коэффициент корреляции

ДЛЯ ОЦЕНКИ ДОСТОВЕРНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ

А критерий Стьюдента
Б коэффициент корреляции
В показатель соотношения
Г коэффициент вариации

ПРИ ВЫЧИСЛЕНИИ ПОКАЗАТЕЛЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ СМЕРТНОСТИ В ЗНАМЕНАТЕЛЕ УЧИТЫВАЕТСЯ ЧИСЛО РОДИВШИХСЯ

А живыми и мертвыми
Б живыми
В живыми, но умершими в первые 24 часа после родов
Г живыми, но упёршими в первые 168 часов после родов

ПОКАЗАТЕЛЬ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ВЫЧИСЛЯЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ

А (число детей, умерших в течение 7 дней жизни)×1000/число детей родившихся живыми

Б (число детей, родившихся мертвыми + число детей, умерших в течение первого года жизни)×1000/число детей, родившихся живыми
В (число детей, умерших в течение 28 дней жизни)×1000/число детей, родившихся живыми
Г (число детей, умерших в течение 7 дней жизни)×1000/число детей живыми и мертвыми

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ ЗАНЯТИЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ С ДЕТЬМИ, КОТОРЫЕ ОТНОСЯТСЯ К СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЕ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО:

А течению основного заболевания и качеству выполнения функциональных проб
Б выполнению контрольных тестов
В качеству выполнению тестов на выносливость
Г посещаемости занятий

К ОСНОВНЫМ СПОСОБАМ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ОТНОСЯТ:

А уроки физической культуры
Б экскурсии, прогулки по пришкольному участку
В гимнастику до занятий, игры на переменах, турпоходы
Г выездные уроки по ознакомлению с окружающим миром

МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМЫЙ ОБЪЁМ НЕДЕЛЬНОЙ НАГРУЗКИ В СТАРШЕЙ ГРУППЕ ДЕТСКОГО САДА СОСТАВЛЯЕТ ____ ЗАНЯТИЙ ПО _____ МИНУТ:

А 15; 25
Б 11; 15
В 17; 30
Г 12; 20

ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗАНЯТИЙ В САУНЕ ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

А соблюдение специальных показателей микроклимата и временных норм посещения сауны
Б присутствие медицинской сестры и воспитателя
В соблюдение показателей микроклимата для саун
Г проведение закаливающих процедур только с детьми первой группы здоровья

КАКОЙ ПОДХОД К ОРГАНИЗАЦИИ ОТДЫХА УЧАЩИХСЯ СООТВЕТСТВУЕТ ГИГИЕНИЧЕСКИМ ТРЕБОВАНИЯМ?

А двигательная активность по собственному выбору на открытом воздухе
Б занятия в кружках по собственному выбору
В просмотр передач по собственному выбору
Г занятия в спортивных секциях в условиях открытого воздуха

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДЕТЕЙ НА МЕДИЦИНСКИЕ ГРУППЫ НЕОБХОДИМО ДЛЯ:

А дозирования физической нагрузки
Б подсчёта индекса здоровья
В определения успеваемости детей
Г расчёта показателя общей заболеваемости

ТЕСТИРОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРОВОДИТСЯ:

А для оценки эффективности физического воспитания
Б у участвующих в соревнованиях
В при проведении медицинских осмотров
Г ежегодно и независимо от их состояния здоровья

ГИГИЕНИЧЕСКИ ЭФФЕКТИВНЫМ ДЛЯ ШКОЛЬНИКОВ ОСНОВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ УРОК ФИЗКУЛЬТУРЫ С:

А моторной плотностью урока – 80%, приростом частоты пульса – 110%, восстановлением его на 3 минуте после урока
Б моторной плотностью урока – 50%, приростом частоты пульса – 100%, восстановлением его на 6 минуте после урока
В моторной плотностью урока – 60%, приростом частоты пульса – 50%, восстановлением его к концу урока
Г моторной плотностью урока – 80%, приростом частоты пульса – 110%, восстановлением его на 7 минуте после урока

ДЛЯ УЧАСТИЯ В СОРЕВНОВАНИЯХ ОТБИРАЮТСЯ ДЕТИ ИЗ _____ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ:

А основной.
Б подготовительной
В специальной Б
Г специальной А

НИВЕЛИРОВАНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА К КОНЦУ УЧЕБНОЙ ЧЕТВЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ СВИДЕТЕЛЬСТВОМ _____ АДАПТАЦИИ К ШКОЛЕ

А благоприятной
Б неблагоприятной
В среднеблагоприятной
Г отсутствие признаков

РЕЖИМ ДНЕВНОГО СНА ДЕТЕЙ ПОДГОТОВИТЕЛЬНОЙ ГРУППЫ ДЕТСКОГО САДА СОСТАВЛЯЕТ (ЧАС)

А 1,5
Б 2
В 1

Г 2,5

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАНЯТИЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ С ДЕТЬМИ ИЗ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО:

А течение основного заболевания
Б качеству выполнения скоростно-силовых тестов
В выполнению пробы Штанге
Г посещаемость занятий

ОСНОВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ГРУППА ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ:

А без или с незначительными отклонениями в состоянии здоровья
Б со значительными отклонениями в состоянии здоровья и с отставанием в физическом развитии
В со значительным отставанием в физическом развитии
Г с хроническими заболеваниями в стадии стойкой ремиссии

ГЛАВНОЙ ЦЕЛЬЮ ПОДВИЖНЫХ ИГР ДЛЯ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

А развитие ловкости и координации движения
Б избавление от страхов неожиданного воздействия, темноты, замкнутого пространства
В снятие накопившегося нервного напряжения
Г налаживание контакта между родителями и детьми

ТЕСТИРОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПОКАЗЫВАЕТ:

А развитие основных физических качеств
Б подготовленность спортсменов
В эффективность тренировок
Г уровень здоровья

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ШКОЛЬНИКОВ В ГРУППУ ЗДОРОВЬЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С УЧЁТОМ:

А состояния здоровья и физической подготовленности
Б желания родителей
В пола и физической подготовленности
Г штатного расписания

МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМЫЙ ОБЪЁМ НЕДЕЛЬНОЙ НАГРУЗКИ В МЛАДШЕЙ ГРУППЕ ДЕТСКОГО САДА СОСТАВЛЯЕТ ___ ЗАНЯТИЙ ПО ____ МИНУТ

А 11-15
Б 15-25
В 12-20

Г 8-10

ТЕСТИРОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ НЕ ПРОВОДИТСЯ У:

А учащихся с отклонениями, препятствующими проведению тестов
Б детей основной и подготовительной медицинских групп
В часто болеющих детей
Г спортсменов

СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У РЕБЁНКА НА УРОКЕ ФИЗКУЛЬТУРЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

А тренирующем эффекте занятия
Б закалённости организма
В моторной плотности
Г общей плотности урока

К ОСНОВНЫМ СПОСОБАМ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТ:

А гимнастику до занятий, игры на переменах
Б игры на переменах, турпоходы
В выездные уроки по ознакомлению с окружающим миром
Г экскурсии, прогулки по пришкольному участку

СТЕПЕНЬ УТОМЛЕНИЯ КАК ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ОРГАНИЗМА НА ТРЕНИРУЮЩУЮ ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ МОЖЕТ БЫТЬ:

А небольшой
Б недостаточной
В сильной
Г значительной

ПРАВИЛЬНО ОРГАНИЗОВАННАЯ ФИЗКУЛЬТУРНАЯ ПАУЗА НА УРОКЕ ДЛИТСЯ ____ МИНУТЫ/МИНУТ И ВКЛЮЧАЕТ УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ:

А 1-2 органа зрения, мышц кистей и крупных «позных» мышц
Б 4-5 органа зрения, мышц кистей и крупных «позных» мышц
В 5-7 органа зрения, мышц кистей и крупных «позных» мышц
Г 7-10 органа зрения, мышц кистей и стоп

К ПРИЗНАКАМ ВНЕШНЕГО УТОМЛЕНИЯ РЕБЁНКА НА УРОКЕ ФИЗКУЛЬТУРЫ НЕ ОТНОСЯТ:

А антропометрические данные
Б характер дыхания и движений

В потливость
Г окраску кожи лица, шеи

ПРАВИЛЬНО ПОСТРОЕННЫЙ УРОК ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ СОСТОИТ ИЗ ____ ЧАСТЕЙ

А вводной, подготовительной, основной, заключительной
Б вводной, основной, хаключительной
В подготовительной, основной, заключительной
Г вводной, подготовительной, основной

РЕЖИМ ДНЕВНОГО СНА ДЕТЕЙ СТАРШЕЙ ГРУППЫ ДЕТСКОГО САДА СОСТАВЛЯЕТ:

А 1,5
Б 3
В 1
Г 2

ПОСЕЩЕНИЕ БАССЕЙНА В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ВОЗМОЖНО ТОЛЬКО:

А при наличии разрешения врача-педиатра
Б детьми, умеющими плавать
В только детьми первой группы здоровья
Г только через два часа после прогулки

УРОК ФИЗКУЛЬТУРЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СОСТОИТ ИЗ ____ ЧАСТЕЙ:

А 4
Б 2
В 5
Г 3

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕТЬМИ НОУТБУКА НА ЗАНЯТИЯХ В НАЧАЛЬНЫХ КЛАССАХ

А недопустимо
Б имеет свои ограничения
В возможно только на уроках математики
Г предпочтительно

НЕОБХОДИМОЙ РЕКОМЕНДАЦИЕЙ В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ РЕБЁНКА К ПОСТУПЛЕНИЮ В ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ (ДОУ) ЯВЛЯЕТСЯ:

А приблизить домашний режим к режим в ДОУ
Б проводить профилактические курсы антибиотиков
В назначить диету с повышенной калорийностью
Г проводить исследование кала на дисбактериоз

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕУТОМЛЕНИЯ ДОМАШНЕЕ ЗАНЯТИЕ ПЕРВОКЛАССНИКОВ ДОЛЖНО ЗАНИМАТЬ НЕ БОЛЕЕ (ЧАС):

А 1

Б 1,5
В 2,5
Г 2

ЗАДАЧЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

А контроль выполнения нормативов скоростно-силовых тестов
Б укрепление здоровья
В формирование мотивации к занятиям физической нагрузки
Г формирование и совершенствование двигательных навыков

СПОРТИВНОЙ ГИМНАСТИКОЙ МОЖНО ЗАНИМАТЬСЯ С ВОЗРАСТА (В ГОДАХ)

А 4-5
Б 6-7
В 1
Г 2-3

БИОРИТМОЛОГИЧЕСКИ ОПТИМАЛЬНОЕ МЕСТО ДВИГАТЕЛЬНОГО КОМПОНЕНТА В РЕЖИМЕ ДНЯ УЧАЩЕГОСЯ ПРИХОДИТСЯ НА ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ (ЧАС)

А 9-12 и 15-17
Б 13-15 и 20-22
В 15-17 и 18-20
Г 6-8 и 20-22

КАКОВЫ ПРИЗНАКИ РЕАКЦИИ НА ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ ПРИ РАЦИОНАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УРОКА ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ДЛЯ УЧАЩИХСЯ?

А значительная гиперемия лица и большая степень потливости
Б незначительное покраснение лица и незначительная степень потливости
В незначительное покраснение лица и очень большая степень потливости
Г резкое покраснение лица и очень большая степень потливости

РЕКОВАЛЕСЦЕНТЫ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ОРГАНИЗОВАННЫХ ДЕТСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ ПОДЛЕЖАТ:

А освобождению от основных уроков физического воспитания на 1-2 недели
Б оформлению в основную физкультурную группу
В освобождению от уроков физкультуры на 2 недели
Г оформлению в подготовительную физкультурную группу

РАЗРЕШЕНО СДАВАТЬ НОРМАТИВЫ СКОРОСТНО-СИЛОВЫХ ТЕСТОВ НА ФИЗИЧЕСКУЮ ПОДГОТОВЛЕННОСТЬ ДЕТЯМ ИЗ ____ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ

А основной
Б специальной Б
В специальной А
Г подготовительной

ЛЁГКОЙ АТЛЕТИКОЙ МОЖНО ЗАНИМАТЬСЯ С ВОЗРАСТА (В ГОДАХ)

А 12-13
Б 14
В 3
Г 6

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ОБУЧЕНИЯ НА УРОКАХ:

А способствует повышению работоспособности при соблюдении регламентов их использования
Б не оказывает влияние на утомительность учебных занятий
В способствует повышению работоспособности во время занятий
Г способствует ускорению развития утомления к концу занятия

КРИТЕРИЕМ ДЛЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ УЧАЩИХСЯ НА МЕДИЦИНСКИЕ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

А физическое развитие ребёнка
Б физическая работоспособность
В биологический возраст
Г функциональные изменения на ЭКГ

ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗАНЯТИЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ НА ОТКРЫТОМ ВОЗДУХЕ УЧИТЫВАЮТ:

А метеорологические условия
Б только относительную влажность воздуха
В озеленение пришкольного участка
Г температуру тела ребёнка

ПЕРЕВОД УЧАЩИХСЯ ИЗ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ В ПОДГОТОВИТЕЛЬНУЮ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ

А течения основного заболевания и результатов функциональных проб
Б желания ребёнка или его родителей
В результатов выполнения нормативов физической подготовленности
Г успеваемости по физической культуре

ЗАНЯТИЯ ФИЗКУЛЬТУРОЙ С ДЕТЬМИ ИЗ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ ПРОВОДЯТ:

А 3 раза в неделю по 30 минут вне сетки расписания
Б 2 раза в неделю по 50 минут вне сетки расписания
В 1 раза в неделю по 45 минут по расписанию
Г 2 раза в неделю по 15 минут

ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О НАЗНАЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ ПОСЛЕ ВРЕМЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОТВОДА ОТ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ВРАЧ РУКОВОДСТВУЕТСЯ:

А характером восстановления артериального давления и частоты сердечных сокращений при пробе Мартине-Кушелевского
Б данными общего анализа крови

В качеством выполнения скоростно-силовых тестов
Г личным опытом

ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТОМ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ШКОЛЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

А гносеологический
Б диагностический
В интегративный
Г информативно-коммуникативный

РЕЖИМ ДНЕВНОГО СНА МЛАДШЕЙ ГРУППЫ ДЕТСКОГО САДА СОСТАВЛЯЕТ (ЧАС)

А 2
Б 3
В 1
Г 1,30

ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРАВИЛЬНО ПОСТРОЕННОГО УРОКА ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

А наиболее интенсивном развитии физических качеств организма в сенситивные периоды
Б обучении основным двигательным навыкам
В адаптации организма к физическим нагрузкам различной интенсивности
Г развитии чувствительности организма к однонаправленным нагрузкам

РЕЖИМ ДНЕВНОГО СНА ДЕТЕЙ СРЕДНЕЙ ГРУППЫ ДЕТСКОГО САДА СОСТАВЛЯЕТ (ЧАС)

А 2
Б 3
В 1,30
Г 1

ОСВОБОЖДАЮТСЯ ОТ СДАЧИ НОРМАТИВОВ И ТЕСТОВ ЗАНИМАЮЩИЕСЯ В ____ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЕ/МЕДИЦИНСКИХ ГРУППАХ

А в подготовительной и специальной
Б только в специальной А
В в подготовительной и основной
Г в основной и специальной

ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ ПОЛИКЛИНИКИ, СОТРУДНИКИ, КОТОРОГО ОСУЩЕСТВЛЯЮТ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ОБУЧАЮЩИМСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, НАЗЫВАЕТСЯ ОТДЕЛЕНИЕМ:

А организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях
Б экстренной помощи детям в образовательной организациях
В профилактической медицинской помощи обучающимся
Г первично медико-санитарной помощи детям в образовательных организациях

УРОК ФИЗКУЛЬТУРЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ ИМЕЕТ:

А 4-частную структуру
Б структуру по усмотрению учителя физкультуры
В 2-частную структуру
Г 3-частную структуру

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ УМСТВЕННОГО УТОМЛЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ ФИЗКУЛЬТМИНУТОК ЧЕРЕЗ 20 МИНУТ ОТ НАЧАЛА _____ УРОКА

А 4
Б 1
В 2
Г 3

РАЗМЕЩЕНИЕ ОРГАНИЗОВАННЫХ ФОРМ ЗАНЯТИЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМ КОМПОНЕНТОМ ГИГИЕНИЧЕСКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО В ФАЗЕ

А снижения работоспособности
Б устойчивой работоспособности
В восстановления работоспособности
Г врабатывания

КРИТЕРИЕМ ДЛЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ УЧАЩИХСЯ НА МЕДИЦИНСКИЕ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

А наличие заболевания, его тяжесть, его характер течения
Б наличие функциональных изменений на ЭКГ
В физическая работоспособность
Г биологический возраст

ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗАНЯТИЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ НА ОТКРЫТОМ ВОЗДУХЕ УЧИТЫВАЮТСЯ:

А микроклиматические условия проведения занятий
Б озеленение пришкольного участка
В температуру тела ребёнка
Г только относительную влажность воздуха

КРИТЕРИЕМ ДЛЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ УЧАЩИХСЯ НА МЕДИЦИНСКИЕ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

А уровень физической подготовленности
Б функциональные изменения ЭКГ
В биологический возраст
Г индекс здоровья

КРИТЕРИЕМ ДЛЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ УЧАЩИХСЯ НА МЕДИЦИНСКИЕ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А уровень физической подготовки
Б биологический возраст
В функциональные изменения на ЭКГ
Г индекс здоровья

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СУТОЧНОГО СНА У ДЕТЕЙ В РЕЖИМЕ ДНЯ ДЕТЕЙ СТАРШИХ ГРУПП ДЕТСКОГО САДА СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)

А 11,5
Б 10
В 12
Г 13

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СУТОЧНОГО СНА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В 7-10 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)

А 10-11
Б 8-8,5
В 9-9,5
Г 12

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СУТОЧНОГО СНА У ДЕТЕЙ В РЕЖИМЕ ДНЯ ДЕТЕЙ СРЕДНИХ ГРУПП ДЕТСКОГО САДА СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)

А 12-12,5
Б 11-10
В 10-9
Г 14-13

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СУТОЧНОГО СНА У ДЕТЕЙ В РЕЖИМЕ ДНЯ ПОДГОТОВИТЕЛЬНОЙ ГРУППЫ ДЕТСКОГО САДА СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)

А 11,5
Б 10
В 13
Г 12-12,5

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СУТОЧНОГО СНА У ДЕТЕЙ В РЕЖИМЕ ДНЯ ДЕТЕЙ МЛАДШИХ ГРУПП ДЕТСКОГО САДА СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)

А 12-12,5
Б 14-13
В 9-10,5

Г 11-10

ГОТОВЫМИ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ ПО ТЕСТУ КЕРНА-ЙЕРАСЕКА СЧИТАЮТСЯ ДЕТИ ПРИ НАЛИЧИИ ___ БАЛЛОВ

А 3-6
Б 10-11
В 0-2
Г 7-9

ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ РАСПИСАНИЯ ДЛЯ УЧАЩИХСЯ 1 КЛАССА ВО ВТОРНИК ЯВЛЯЕТСЯ

А русский язык, математика, физкультура, чтение
Б математика, математика, чтение, русский язык
В физкультура, русский язык, математика, чтение
Г русский язык, чтение, математика, физкультура, окружающий мир

ДЕТЯМ С ЛИМФАТИКО-ГИПОПЛАСТИЧЕСКИМ ДИАТЕЗОМ РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ ДИЕТЫ С ОГРАНИЧЕНИЕМ

А продуктов, богатых легкоусвояемыми углеводами
Б продуктов, богатых пуринами
В глютенсодержащих продуктов, жиров и продуктов, богатых пуринами
Г жиров

ИГРУШКИ ДЛЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ХОРОШО

А моющимися
Б двигающимися
В разбирающимися
Г складывающимися

СООТВЕТСТВИЕ КОЛИЧЕСТВА МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ВОЗРАСТУ РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ (N-ВОЗРАСТ В МЕСЯЦАХ)

А n-4
Б n-6
В n-8
Г n-2

ГРУПП ЗДОРОВЬЯ СУЩЕСТВУЕТ

А 5
Б 6
В 4

Г 7

КОСТНЫЙ ВОЗРАСТ В РОССИИ ПРИНЯТО ОЦЕНИВАТЬ ПО

А оссификации костей кистей обеих рук
Б оссификации костей левой кисти
В числу постоянных зубов
Г годовой прибавке длины тела

СТУЛ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА ЯВЛЯЕТСЯ

А оформленным
Б веретенообразным
В кашицеобразным
Г фрагментированным

К ФАКТОРАМ БИОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА, ОСЛОЖНЯЮЩИМ ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДА АДАПТАЦИИ, ОТНОСЯТ

А сниженную резистентность ребенка
Б срок гестации 39 недель
В первоначальную потерю массы тела в роддоме 3-5%
Г физиологическую желтуху в периоде новорожденности

ОСНОВНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ДОКУМЕНТОМ СТАЦИОНАРА ЯВЛЯЕТСЯ

А медицинская карта стационарного больного
Б экстренное извещение об остром инфекционном заболевании
В годовой отчёт больницы
Г информированное добровольное согласие пациента

СЕНСОРНАЯ ДЕПРИВАЦИЯ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА СЕВЕРЕ ПРИВОДИТ К

А депрессивным психологическим состояниям
Б ультрафиолетовому голоданию и развитию рахита
В гипергликемии
Г гипо- и авитаминозу

ПОД ОСАНКОЙ ПОНИМАЮТ

А привычную позу непринуждённо стоящего человека без лишнего мышечного напряжения
Б стройность человеческого тела
В отсутствие патологических изменений со стороны позвоночника
Г плавность и гибкость в движениях

ДЛИНА ТЕЛА У ЗРЕЛОГО ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ НИЖЕ (СМ)

А 45
Б 48
В 50
Г 43

КОЛИЧЕСТВО ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У РЕБЕНКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ (N - ВОЗРАСТ РЕБЕНКА В ГОДАХ)

А 4n-20
Б 2n-10
В 4n-10
Г n-10

НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОЕ СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА ДЛЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕ ДЕСЯТИ ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

А 1:2
Б 2:2
В 1:1,5
Г 15:1

ПРИ ОСМОТРЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА МОЖЕТ БЫТЬ ЗАМЕТНА СЛАБАЯ ПУЛЬСАЦИЯ В ОБЛАСТИ

А верхушечного толчка
Б основания сердца
В сердечного толчка
Г солнечного сплетения

КРИТЕРИЯМИ ОЦЕНКИ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЮТСЯ

А число ядер окостенения, вторичные половые признаки, количество постоянных зубов, показатели физического развития
Б число ядер окостенения, вторичные половые признаки, количество постоянных зубов, психомоторное развитие
В число ядер окостенения, вторичные половые признаки, количество молочных зубов, показатели физического развития
Г число ядер окостенения, количество молочных зубов, показатели физического развития, психомоторное развитие

СРЕДСТВО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ГНОЙНОГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

А назначение Амоксициллина-клавуланата в суточной дозе 80 мг/к
Б назначение Амоксициллина-клавуланата в суточной дозе 30 мг/кг

В парацентез и назначение антибиотика широкого спектра
Г назначение антибиотика из группы макролидов

ПРИ ПРОРЕЗЫВАНИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ВНАЧАЛЕ ПОЯВЛЯЮТСЯ

А первые моляры
Б верхние клыки
В верхние боковые резцы
Г верхние средние резцы

ОСНОВНОЙ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ СТАЦИОНАРА ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А медицинская карта стационарного больного
Б экстренное извещение об инфекционных заболеваниях
В карта выбывшего из стационара
Г история развития новорожденного

МЛАДЕНЧЕСКИЙ ПЕРИОД (ГРУДНОЙ) ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ

А 1 месяца до 1 года
Б 1 месяца до 3 лет
В 6 месяцев до 1,5 лет
Г 6 месяцев до 3 лет

ВЕЛИЧИНА ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ПРИБАВКИ МАССЫ ТЕЛА В ПЕРВОМ ПОЛУГОДИИ ЖИЗНИ РЕБЕНКА В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАММ)

А 80
Б 1000
В 600
Г 400

ПРИ ЭКЗОГЕННОЙ (ЛОЖНОЙ) ЖЕЛТУХЕ ПРОКРАШИВАЮТСЯ

А только кожные покровы
Б только слизистые оболочки
В преимущественно кожные покровы лица
Г кожа, слизистые оболочки, склеры

ПОД ОНТОГЕНЕЗОМ ПОНИМАЮТ

А индивидуальное развитие организма от оплодотворения до конца жизни
Б процесс естественной гибели клеток
В патологическое внутриутробное развитие
Г развитие патологических процессов на первом году жизни

ПЕРВЫМИ ИЗ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ

А первые моляры
Б центральные резцы
В клыки
Г вторые моляры

ПЕРИОД РАННЕГО ВОЗРАСТА ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А от 1 до 3
Б от 1 до 5
В от 0,5 до 2
Г от 2 до 6

ПРИ ОЦЕНКЕ ОТКЛОНЕНИЙ МАССЫ ТЕЛА РАСЧЕТ ДЕФИЦИТА ИЛИ ИЗБЫТКА МАССЫ ПРОВОДИТСЯ НАОСНОВЕ СТАНДАРТА МАССЫ ПО

А росту
Б возрасту
В окружности груди
Г площади тела

УСКОРЕНИЕ ПРОЦЕССОВ РОСТА И РАЗВИТИЯ ОРГАНИЗМА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПО СРАВНЕНИЮ С ТЕМПОМ ПРОШЛЫХ ПОКОЛЕНИЙ НАЗЫВАЕТСЯ

А акселерацией
Б грацилизацией
В стагнацией
Г децелерацией

РЕБЕНОК ВЫДЕЛЯЕТСЯ В ГРУППУ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ, ЕСЛИ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ БОЛЕЕТ ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ_____ И БОЛЕЕ В ГОД

А 4 раза
Б 5 раз
В 6 раз
Г 3 раза

В ПОСТНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД НАИБОЛЬШИЙ ПРИРОСТ МАССЫ ОТМЕЧАЕТСЯ СО СТОРОНЫ

А мышечной
Б костной
В лимфоидной
Г кроветворной

ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА (ИМТ) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ

А состояния питания
Б физического развития в целом
В биологического возраста
Г пропорциональности телосложения

ДЛИНА ТЕЛА РЕБЕНКА, ЕЕ ГОДОВЫЕ ПРИБАВКИ, РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ, НАЛИЧИЕ ТОЧЕК ОКОСТЕНЕНИЯ И ЧИСЛО ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ПОЗВОЛЯЮТ ОПРЕДЕЛИТЬ

А биологический возраст ребенка
Б морфо-функциональное состояние
В возрастную периодизацию
Г хронологический возраст ребенка

ОПРЕДЕЛЕНИЕ «ЗУБНОГО И КОСТНОГО ВОЗРАСТА» У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ

А биологического возраста
Б физического развития
В психомоторного развития
Г полового созревания

ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ ФОРМИРУЮТСЯ С ИНТЕРВАЛОМ В (МЕС.)

А 6
Б 3
В 1
Г 12

ДЕТИ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИЕ РАХИТ 1 И 2 СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

А II
Б III
В IV
Г I

НАИБОЛЬШИЕ СУТОЧНЫЕ ЭНЕРГОТРАТЫ ПРОИСХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

А 13-15
Б 6-9
В 1-3
Г 10-12

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ ПО ____КРИТЕРИЯМ

А 6
Б 7
В 4
Г 5

КРИТЕРИЯМИ ОЦЕНКИ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ

А число ядер окостенения, количество молочных зубов, психомоторное развитие, показатели длины и массы тела
Б психомоторное развитие, вторичные половые признаки, показатели длины и массы тела, количество молочных зубов
В вторичные половые признаки, количество постоянных зубов, психомоторное развитие, показатели длины и массы тела
Г количество постоянных зубов, число ядер окостенения, вторичные половые признаки, показатели длины и массы тела

БИОЛОГИЧЕСКИМ ВОЗРАСТОМ РЕБЕНКА НАЗЫВАЕТСЯ

А совокупность признаков достигнутого развития организма в целом на данном возрастном этапе
Б диспропорциональность в развитии систем органов на данном возрастном этапе
В совокупность антропометрических признаков
Г совокупность функциональных признаков

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОХЛАЖДЕНИЯ ПРИ ЛИХОРАДКЕ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

А при признаках «бледной лихорадки»
Б всегда
В при сопутствующих заболеваниях сердца
Г при наличии в анамнезе судорог на повышение температуры тела

ПРОФИЛАКТИКА ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ

А анемии
Б почечной патологии
В тромбоцитопатий
Г заболеваний печени

НАИБОЛЬШАЯ СКОРОСТЬ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ В

А грудном возрасте

Б дошкольном
В школьном
Г периоде новорожденности

БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ

А 3, 4, 5
Б 1, 3, 4
В 2, 3, 4
Г 2, 3, 5

ПОД СЕНСИТИВНЫМИ ПОНИМАЮТ ПЕРИОДЫ

А наибольшей чувствительности организма к факторам окружающей среды
Б адаптации организма к новым условиям обучения и воспитания
В реконвалесценции после перенесенного заболевания
Г наиболее интенсивного развития организма в процессе его жизнедеятельности

РАСШИРЕНИЕ ГРАНИЦ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВЛЕВО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

А артериальной гипертензии
Б левосторонней пневмонии
В недостаточности трехстворчатого клапана
Г стенозе митрального клапана

ПОД БИОЛОГИЧЕСКИМ ВОЗРАСТОМ ПОНИМАЮТ

А совокупность морфофункциональных свойств организма, зависящих от индивидуального темпа роста и развития
Б в период, прожитый данным ребенком от рождения до момента обследования
В период от времени зачатия до момента рождения ребенка
Г период от времени зачатия до момента обследования ребенка

МЫШЕЧНЫЙ РЕЛЬЕФ У ДЕТЕЙ НАЧИНАЕТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ ПОСЛЕ (ГОД)

А 5-7
Б 10-12
В 1-2
Г 3-4

НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОЕ СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА ДЛЯ ДЕТЕЙ ОТ ТРЕХ ДО ДЕСЯТИ ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

А 1:1,5
Б 2:2
В 1:2

Г 15:1

У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПАЛЬПИРУЮТСЯ ЛИМФОУЗЛЫ В КОЛИЧЕСТВЕ ДО ГРУПП

А 3
Б 2
В 4
Г 5

ДОШКОЛЬНЫМ ПЕРИОДОМ НАЗЫВАЮТ ВОЗРАСТ ДЕТЕЙ (ГОД)

А от 3 до 7
Б от 4 до 8
В от 2 до 6
Г от 1 до 7

ЦВЕТ КОЖИ В ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ЗАВИСИТ ОТ КОЛИЧЕСТВА

А меланина
Б эластина
В билирубина
Г коллагена

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ЛИМФОУЗЛЫ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

А имеют мягко-эластическую консистенцию
Б можно пропальпировать до 5-6 групп с обеих сторон
В можно пропальпировать в каждой группе 5-6 лимфоузлов
Г имеют плотно-эластичную консистенцию

НИЖНИЙ КРАЙ ПЕЧЕНИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ МОЖЕТ ВЫСТУПАТЬ ПО СРЕДИННО-КЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ ИЗ-ПОД РЕБЕРНОЙ ДУГИ НА 2-3 СМ В ВОЗРАСТЕ ДО (В ГОДАХ)

А 3
Б 4
В 5
Г 7

ЧИСЛО ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГОД, ПОЗВОЛЯЮЩИХ ВКЛЮЧИТЬ РЕБЕНКА 1-3 ЛЕТ В ГРУППУ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ, СОСТАВЛЯЕТ____ И БОЛЕЕ

А 6
Б 3
В 5
Г 4

К ХАРАКТЕРИСТИКАМ КИШЕЧНЫХ КОЛИК ОТНОСЯТ

А плач, беспокойство ребенка в течение трех и более часов день
Б «овечий» стул
В жидкий стул с прожилками слизи после каждого приема пищи
Г увеличение интервалов между актами дефекации

ЛЕЧЕНИЕ ВИТАМИН-D-ДЕФИЦИТНОГО РАХИТА ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ВИТАМИНА СУТОЧНОЙ ДОЗЕ (МЕ)

А 2000-4000
Б 500
В 1000-2000
Г 6000

ПОНЯТИЕ «ОСОБЕННОСТИ ОНТОГЕНЕЗА» ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ

А генеалогический, биологический, социальный анамнез
Б уровень нервно-психического развития, генеалогический анамнез
В резистентность организма, наличие хронических заболеваний, биологический анамнез
Г уровень функционального состояния организма, социальный анамнез

ФЛЮОРОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ ПОСТУПЛЕНИИ В ОРГАНИЗМ

А фтора
Б йода
В кальция
Г марганца

ПОНЯТИЕ АКСЕЛЕРАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ

А ускорение роста и развития на популяционном уровне
Б увеличение дефинитивных размеров тела
В увеличение продолжительности жизни
Г увеличение продолжительности репродуктивного периода

СОГЛАСНО РОССИЙСКИМ КРИТЕРИЯМ ДЕТИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ВКЛЮЧАЮТСЯ В ГРУППУ ЧАСТО
БОЛЕЮЩИХ ПРИ ЧАСТОТЕ ЭПИЗОДОВ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ОРЗ) _____И БОЛЕЕ РАЗ В ГОД

А 4
Б 2
В 8
Г 6

НАИБОЛЬШИЕ ТЕМПЫ РОСТА РЕБЕНКА В ПОСТНАТАЛЬНОЙ ЖИЗНИ ОТМЕЧАЮТСЯ

А на первом году жизни
Б в раннем возрасте
В в период первого «вытяжения»
Г в пубертатном периоде

К ДЕКРЕТИРОВАННЫМ ЭТАПНЫМ ЭПИКРИЗНЫМ СРОКАМ ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОТНОСЯТ (МЕСЯЦ)

А 3, 6, 9, 12
Б 0, 6, 12
В 1, 2, 4, 6, 11
Г 0, 1, 6, 12

ПОД ФИЗИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ ПОНИМАЮТ

А совокупность морфологических и функциональных свойств организма, характеризующих его рост и развитие на каждом возрастном этапе
Б комплекс морфологических свойств организма, характеризующих его рост и развитие на каждом возрастном этапе
В соответствие физиологических и функциональных показателей ребенка возрастным стандартам
Г достигнутый уровень созревания отдельных органов, систем и функций организма ребенка

ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ АВИТАМИНОЗА ВИТАМИНА А ВЫСТУПАЕТ

А нарушение сумеречного зрения
Б болезненные трещины в углах рта
В ороговение и цианотичный оттенок кожи ягодиц
Г повышенная ломкость ногтей, выпадение волос

НИЖНИЙ КРАЙ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПАЛЬПИРУЕТСЯ Н ____СМ НИЖЕ РЁБЕРНОЙ ДУГИ

А 1-2
Б 5
В 3
Г 4

НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОЕ СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА ДЛЯ ДЕТЕЙ ОТ ОДНОГО ДО ТРЕХ ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

А 1:1
Б 1:2

В 1:1.5
Г 2:2

КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БИОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ?

А длина тела, число постоянных зубов, изменение пропорций телосложения
Б годовые прибавки длины тела, окружность головы и грудной клетки
В жизненная емкость легких, число молочных зубов, мышечная сила правой и левой руки
Г степень развития вторичных половых признаков, мышечная сила правой руки

ПРИ НАЛИЧИИ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У РЕБЕНКА 6 МЕСЯЦЕВ ПОКАЗАНА

А госпитализация
Б консультация врача-психиатра
В терапия на дому врачом-педиатром
Г консультация врача-невролога в плановом порядке

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ВИТАМИНА Д ДЛЯ ЗДОРОВЫХ ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (МЕ)

А 1000
Б 1500
В 300
Г 2000

ФАКТОРОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОТНЕСТИ НОВОРОЖДЕННОГО К ТРЕТЬЕЙ ГРУППЕ РИСКА, ЯВЛЯЕТСЯ

А выраженный токсикоз беременной
Б наличие врожденных пороков и наследственных заболеваний в семье
В кровнородственный брак
Г отягощенный аллергический анамнез у родственников

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВОЗРАСТА РЕБЕНКА ОТ 1 ГОДА ДО 3 ЛЕТ ФОРМИРУЮТСЯ ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ С ИНТЕРВАЛОМ

А 3 месяца
Б 6 месяцев
В 1 месяц
Г 1 год

ПЕРЕД ДОПУСКОМ РЕБЕНКА К ЗАНЯТИЯМ В СПОРТИВНОЙ СЕКЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ

А ЭКГ в покое и с физической нагрузкой

Б холтеровского мониторирования ЭКГ
В спирографии
Г рентгенографии органов грудной клетки

В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ РЕБЕНОК ЗАСЫПАЕТ ЧЕРЕЗ КАЖДЫЕ (ЧАС)

А 1,5-2
Б 4-4,5
В 3
Г 5

К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНЕ ИСТИННОГО ВРОЖДЕННОГО СТРИДОРА ОТНОСЯТ

А врожденную слабость хрящевого каркаса гортани
Б парез голосовых связок
В тяжи и спайки в области голосовой щели
Г стеноз гортани

ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ ПОНИЖЕННОМ ПИТАНИИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

А 18,5-19,4
Б 17,0-18,4
В 19,5-22,9
Г 15,0-16,9

СРЕДНЯЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА ЗА ПЕРВЫЙ МЕСЯЦ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАММ)

А 600
Б 250
В 500
Г 400

ДЕТИ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ В СОСТОЯНИИ КОМПЕНСАЦИИ ОТНОСЯТ К ___ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

А III
Б IV
В II
Г I

ПЕРВЫМИ ИЗ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ ДВА ___ РЕЗЦА

А нижних средних
Б нижних боковых
В верхних боковых

Г верхних средних

ВТОРЫЕ МОЛЯРЫ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ, В СРЕДНЕМ, В (ГОД)

А 11-13
Б 9-11
В 13-15
Г 15-17

ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ КИШЕЧНЫХ КОЛИК ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ

А Симетикон
Б Метоклопрамид
В Нифуроксазид
Г Панкреатин

СТИГМАМИ ДИСМОРФОГЕНЕЗА НАЗЫВАЮТ

А малые аномалии развития наружных частей тела
Б врожденные пороки развития органов и систем
В большие родимые пятна
Г большие аномалии развития наружных частей тела

В ПОЛОВОЙ ФОРМУЛЕ У МАЛЬЧИКОВ СИМВОЛ «L» ОЗНАЧАЕТ

А размер щитовидного хряща
Б изменение голоса
В оволосение подмышечной области
Г оволосение паховой области

ВОЗРАСТ ЗАКРЫТИЯ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА СОСТАВЛЯЕТ (МЕС.)

А 12-18
Б 1-2
В 18-24
Г 6-12

ДОШКОЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ НАЧИНАЕТСЯ С (ЛЕТ)

А 3
Б 4
В 5
Г 6

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАХИТА НАЗНАЧАЕТСЯ НЕДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ В ДОЗЕ 500-1000 МЕ ВИТАМИНА ЕЖЕДНЕВНО С ___ ЖИЗНИ

А 10-14 суток
Б 1 месяца
В 5 месяца
Г 3 месяца

КОНСИСТЕНЦИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА В НОРМЕ

А мягко-эластичная
Б плотно-резиновая
В мягкая
Г тестоватая

ПЕРИОД РАННЕГО ВОЗРАСТА ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ

А 1 года до 3 лет
Б 1 года до 5 лет
В 2 лет до 6 лет
Г 6 месяцев до 2 лет

ПРИ НОРМОСТЕНИЧЕСКОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ НАДЧРЕВНЫЙ (ЭПИГАСТРАЛЬНЫЙ) УГОЛ (ГРАДУС)

А равен 90
Б равен 60
В меньше 90
Г больше 90

АДАПТИВНЫМИ СОМАТОМЕТРИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕВОЧЕК ВЫСТУПАЮТ

А длина тела 51 ± 2 см, масса тела 3390 ± 395 г.
Б длина тела 49 ±1 см, масса тела 2760 ± 225 г
В длина тела 58 ± 3 см, масса тела 4050 ± 125 г
Г длина тела 56 ± 2 см, масса тела 4560 ± 335 г

В ТЕРАПИИ СТЕНОЗА ГОРТАНИ 1 СТЕПЕНИ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

А будесонид
Б сальбутамол
В эпинефрин
Г преднизолон

ПРИ ГИПЕРСТЕНИЧЕСКОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ НАДЧРЕВНЫЙ (ЭПИГАСТРАЛЬНЫЙ) УГОЛ (ГРАДУС)

А больше 90
Б меньше 90
В равен 60
Г равен 90

ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ S. AUREUS ИЗ НОСА ДЕКОЛОНИЗАЦИЯ НЕ ПРОВОДИТСЯ

А детям дошкольного возраста
Б пациентам отделений реанимации и интенсивной терапии
В пациентам хирургических отделений
Г медработникам, работающим в реанимации

ВАЖНЕЙШИЙ ПРИНЦИП УЧЕНИЯ П. К. АНОХИНА О СИСТЕМОГЕНЕЗЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

А неодновременности формирования функциональных систем
Б формирование афферентного синтеза на основе пусковой и обстановочной афферентации
В надежности биологических систем
Г формирование акцептора результата действия

ПРИ АСТЕНИЧЕСКОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ НАДЧРЕВНЫЙ (ЭПИГАСТРАЛЬНЫЙ) УГОЛ (ГРАДУС)

А меньше 90
Б равен 90
В равен 60
Г больше 90

НОВОРОЖДЁННЫЕ С РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

А II Б
Б I
В III
Г II А

НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ ПЕРВЫМИ В ПОРЯДКЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ ПОЯВЛЯЮТСЯ РЕЗЦЫ

А нижние центральные
Б верхние центральные
В верхние боковые
Г нижние боковые

ПРОТИВОКАШЛЕВЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ НАЗНАЧАЮТСЯ ПРИ

А сухом болезненном кашле и отсутствии физикальных изменений в лёгких
Б кашле с вязкой трудноотделяемой мокротой
В продуктивном кашле у детей раннего возраста с поражением центральной нервной системы
Г влажном кашле, преимущественно после сна

ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ДАННЫЕ ПО

А обязательным медицинским осмотром
Б воспроизводству населения
В регулярности наблюдения за детьми
Г причинам смерти

НАИБОЛЕЕ ИНТЕНСИВНО ПРОЦЕССЫ РОСТА И РАЗВИТИЯ ПРОТЕКАЮТ В ВОЗРАСТЕ

А грудном
Б младшем школьном
В дошкольном
Г подростковом

В ТЕПЛОЕ ВРЕМЯ ГОДА ПРОГУЛКИ СО ЗДОРОВЫМ НОВОРОЖДЁННЫМ РЕКОМЕНДУЮТ НАЧИНАТЬ С ___ ДНЯ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ

А 1
Б 5
В 10
Г 7

НЕУСТОЙЧИВЫЙ РИТМ ДЫХАНИЯ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А апноэ во сне (до 10 секунд)
Б поверхностным дыханием
В апноэ во сне (более 20 секунд)
Г глубоким вдохом

ОКРУГЛЫЕ ФОРМЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ОБЪЯСНЯЮТСЯ

А большим удельным весом подкожной клетчатки по отношению к массе тела
Б меньшей толщиной кожи
В малой двигательной активностью ребёнка
Г большим размером жировых клеток и очень низкой активностью ребёнка

ПРИ РОЖДЕНИИ У БОЛЬШИНСТВА ДЕТЕЙ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ (В САНТИМЕТРАХ)

А больше окружности груди на 1-2
Б меньше окружности груди на 1-2
В больше окружности груди на 3
Г меньше окружности груди на 3

К III ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТСЯ ДЕТИ

А страдающие хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, с редкими обострениями
Б с нормальным физическим и психическим развитием, не имеющие анатомических дефектов и функциональных отклонений
В без хронических заболеваний, но имеющие некоторые функциональные нарушения
Г страдающие хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации, с частыми обострениями

ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ БРОНХОФОНИИ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД

А аускльтации
Б осмотра
В перкуссии
Г пальпации

С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ВРАЧ-ПЕДИАТР РЕКОМЕНДУЕТ РОДИТЕЛЯМ ПРЕКРАТИТЬ ИСПОЛЬЗОВАТЬ СОСКУ-ПУСТЫШКУ ДЕТЯМ СТАРШЕ

А 1 года
Б 6 месяцев
В 3 лет
Г 2 лет

ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ В ШКОЛЬНОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ ФОРМИРУЮТСЯ С ИНТЕРВАЛОМ В (МЕС.)

А 12
Б 1
В 6
Г 3

СТУЛ У РЕБЕНКА НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ДО ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА

А золотисто-жёлтого цвета
Б 1-2 раза в сутки
В имеют щелочную реакцию
Г содержит мало воды

ПРОРЕЗЫВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К (ГОД)

А 2-2,5
Б 3-3,5
В 4-4,5
Г 1-1,5

В СОСТАВ ФИТОПРЕПАРАТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНЫХ КОЛИК У ДЕТЕЙ, ВКЛЮЧАЕТСЯ

А фенхель
Б женьшень
В боярышник
Г алтей

ПРИ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ СИНДРОМНУЮ ТЕРАПИЮ С ПРИМЕНЕНИЯ

А парацетамола
Б прометазин гидрохлорида
В хлорпомазина
Г метамизола натрия

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА ПРИМЕНЯЮТ ПРЕПАРАТЫ

А витамина D
Б витаминов группы В
В витамина А
Г витамина С

ВОПРОС ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ НА ДОМУ ОСТРО ЗАБОЛЕВШЕГО РЕБЁНКА РЕШАЕТСЯ ВРАЧОМ-ПЕДИАТРОМ УЧАСТКОВЫМ НЕЗАВИСИМО ОТ

А прописки больного
Б возраста ребёнка
В тяжести состояния ребёнка
Г характера и течения заболевания

МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ПОДРОСТКОВ ПРОВОДЯТСЯ 1 РАЗ В

А год
Б квартал
В 6 месяцев
Г 2 года

ОТОСКОПИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ КАТАРАЛЬНОГО ОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

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

ТЕРМИН «ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ» В ПЕДИАТРИИ ПОНИМАЕТСЯ КАК ДИНАМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

А роста и биологического созревания ребёнка в том или ином периоде детства
Б роста ребёнка и биологического созревания отдельных систем
В биологического созревания отдельных органов и систем ребёнка
Г роста ребёнка в том или ином периоде детства и биологического созревания отдельных органов и систем ребёнка

ДЕТИ С ГЛИСТНОЙ ИНВАЗИЕЙ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ИНТОКСИКАЦИИ ОТНОСЯТСЯ К ГУППЕ ЗДОРОВЬЯ

А II
Б IV
В I
Г III

В ДЕТСКОМ АМБУЛАТОРНОМ ЦЕНТРЕ И В КАЖДОМ ЕГО ФИЛИАЛЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ИНФОРМАЦИОННЫЕ СТЕНДЫ

А о развитии и принципах воспитания здорового ребёнка
Б с рекламой лекарственных препаратов и средств ухода за ребёнком
В о случаях инфекционных заболеваний в детских образовательных учреждениях
Г о результатах профилактических осмотров детей

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВОЗРАСТА РЕБЁНКА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ ФОРМИРУЮТСЯ ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ С ИНТЕРВАЛОМ

А 1 месяц
Б 1 неделя
В 2 месяца
Г 3 месяца

ПРИ НАЛИЧИИ У РЕБЁНКА «БЕЛОЙ» ГИПЕРТЕРМИИ НАЗНАЧАЮТ

А обильное горячее питьё, сосудорасширяющие препараты (Но-шпа, Папаверин)
Б парацетамол или Ибупрофен в возрастной дозировке
В горячую ножную ванну
Г физические методы охлаждения

ПРИ ТЕРАПИИ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

А амоксициллин
Б цефиксим
В амоксициллин + клавулановая кислота
Г кларитромицин

ПОД ТЕРМИНОМ «ДЕЦЕЛЕРАЦИЯ» ПОНИМАЮТ

А замедление физического развития детей на популяционном уровне
Б замедление нервно-психического развития детей на популяционном уровне
В ускорение физического развития детей на популяционном уровне
Г неравномерность физического развития детей на популяционном уровне

УЧАЩЕГОСЯ С ДИАГНОЗОМ «ГИПЕРТРОФИЯ НЕБНЫХ МИНДАЛИН 3 СТЕПЕНИ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ШУМ СЕРДЦА», СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ К МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЕ

А подготовительной
Б специальной А
В специальной Б
Г основной

ПОД ХРОНОЛОГИЧЕСКИМ ВОЗРАСТОМ ПОНИМАЮТ

А период, прожитый ребёнком от рождения до момента обследования
Б период от времени зачатия до момента рождения ребенка
В период от времени зачатия до момента обследования ребёнка
Г совокупность морфофункциональных свойств организма, зависящих от индивидуального темпа роста и развития

ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ В ПРОЦЕССЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

А пробу Генчи и Штанге
Б пробу Леви-Гориневского
В гарвардский степ-тест
Г тест Мартине-Кушелевского

НОРМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А цилиндрическая
Б килевидная
В воронкообразная
Г плоская

СТЕПЕНЬ РАЗВИТИЯ МЫШЦ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЮТ

А визуально и пальпаторно
Б визуально и перкуссией
В только визуально
Г только пальпаторно

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АНЕМИИ РЕБЁНКУ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НАЗНАЧИТЬ

А железа (III) гидроксида полимальтозат
Б железа сульфат + аскорбиновая кислота
В поливитаминный препарат
Г комплекс витаминов А и С

ЛИХОРАДЯЩЕМУ БОЛЬНОМУ С ФЕБРИЛЬНЫМИ СУДОРОГАМИ В АНАМНЕЗЕ ОШИБОЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

А горячих ножных ванн
Б приёма жаропонижающих средств при повышении температуры тела
В постельного режима
Г измерения температуры тела каждые 2-3 часа

У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПАЛЬПИРУЮТСЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ЛИМФОУЗЛЫ В КОЛИЧЕСТВЕ

А не более 3 групп
Б в каждой группе с одной стороны до 5-6
В 5-6 групп
Г в каждой группе с одной стороны до 3-5

ДЛЯ РАСЧЁТА КОЛИЧЕСТВА МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У РЕБЁНКА ДО 1 ГОДА ИСПОЛЬЗУЮТ ФОРМУЛУ ___ , ГДЕ N – ВОЗРАСТ В МЕСЯЦАХ

А n – 4
Б 20 – 2n
В n + 4
Г 4n – 20

ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ ПИЩЕВОМ СТАТУСЕ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА

А равен 25-30
Б меньше 18,5
В равен 18,5-25
Г больше 30

ОЗДОРАВЛИВАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ УЛЬТРОФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕНО

А увеличением синтеза витамина D
Б снижением синтеза витаминов
В увеличением синтеза жирорастворимых витаминов
Г усилением проницаемости капилляров

СРЕДНЯЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ (В ГОДАХ)

А 5
Б 3
В 10
Г 7

ПРИ ДИСАХАРИДАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРЕН СТУЛ

А водянистый, пенистый, с кислым запахом
Б обильный, замазкообразный, ахоличный
В гомогенный, жёлтый, со слизью
Г жидкий, жирный, зловонный

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В

А месяц
Б 3 месяца
В 6 месяцев
Г 12 месяцев

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДОЗОЙ ВИТАМИНА ДЛЯ ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 МЕСЯЦА ДО 1 ГОДА ЯВЛЯЕТСЯ ___ МЕ В СУТКИ

А 1000
Б 2000
В 1500
Г 500

МАКСИМАЛЬНЫЙ РАЗМЕР БОЛЬШОГО РОДНИЧКА МОЖЕТ СОСТАВЛЯТЬ (В САНТИМЕТРАХ)

А 3х3
Б 1,5х1,5
В 2,5х2,5
Г 2х2

ВЫСОТА СТОЯНИЯ ВЕРХУШЕК ЛЁГКИХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ___ ЛЕТ

А 7

Б 5
В 3
Г 2

МЫШЕЧНАЯ КОНТРАКТУРА ПРИВОДИТ К ___ ДВИЖЕНИЙ В СУСТАВЕ

А ограничению
Б утрате
В увеличению объёма активных
Г увеличению объёма пассивных

ДЛЯ ЭНУРЕЗА ХАРАКТЕРНО

А непроизвольное мочеиспускание во время сна
Б наличие задержки мочеиспускания
В учащение мочеиспускания
Г произвольное мочеиспускание во время бодрствования

КОСТНЫЙ ВОЗРАСТ РЕБЁНКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

А точками окостенения при рентгенографии кистей
Б уровнями Са и Р в сыворотке крови
В уровнем развития мышечной силы
Г выраженностью физиологических изгибов позвоночника

ПЕРИОД ПЕРВОГО «ОКРУГЛЕНИЯ» ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ (ГОД)

А 1-3
Б 6-8
В 8-10
Г 3-5

СРЕДНЯЯ ЕЖЕГОДНАЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ СОГЛАСНО ЭМПЕРИЧЕСКОЙ ФОРМУЛЕ СОСТАВЛЯЕТ (КГ)

А 1
Б 2
В 4
Г 3

ПРЕКРАЩЕНИЕ РОСТА У ДЕВУШЕК В СРЕДНЕМ ПРОИСХОДИТ К _____ ГОДАМ ЖИЗНИ

А 16-17
Б 15-16
В 17-19

Г 19-21

ПРЕКРАЩЕНИЕ РОСТА У ЮНОШЕЙ В СРЕДНЕМ ПРОИСХОДИТ К _____ ГОДАМ ЖИЗНИ

А 18-19
Б 22-24
В 20-22
Г 16-17

ПУБЕРТАТНЫЙ СКАЧОК РОСТА НАБЛЮДАЕТСЯ У МАЛЬЧИКОВ _____ ЛЕТ, У ДЕВОЧК _____ ЛЕТ

А 13-15, 11-13
Б 9-12, 10-13
В 10-13, 11-13
Г 11-13, 13-15

К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ

А высота головы
Б длина тела
В окружность головы
Г масса тела

К ОСНОВНЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ

А длина тела
Б высота головы
В нижний сегмент
Г верхний сегмент

В ЦЕНТИЛЬНЫХ ТАБЛИЦАХ ПОКАЗАТЕЛЬ ПОНИЖЕННОЙ МАССЫ ТЕЛА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В ____ КОРИДОРЕ (ЗОНЕ)

А 2
Б 8
В 5
Г 7

ОБ АССИМЕТРИИ ОДНОИМЕННЫХ МЫШЦ КОНЕЧНОСТЕЙ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ РАЗНИЦА ОКРУЖНОСТЕЙ, СОСТАВЛЯЮЩАЯ МИНИМУМ (ММ)

А 10
Б 02

В 5
Г 30

ПРИБОРОМ ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ ПОДВИЖНОСТИ СУСТАВОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А угломер
Б спиромер
В калипомер
Г динамоментр

ПРИ ОЦЕНКЕ СООТВЕТСТВИЯ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВОЗРАСТУ ЗА ОСНОВУ БЕРЕТСЯ ОЦЕНКА

А длины тела
Б окружности груди
В окружности головы
Г масса тела

ПЕРИОД ВТОРОГО ВЫТЯЖЕНИЯ (УСКОРЕНИЯ РОСТА) У МАЛЬЧИКОВ ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ (ГОД)

А 13-16
Б 15-17
В 11-12
Г 8-10

СРЕДНИЙ РОСТ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 8 ЛЕТ _____ (СМ)

А 130
Б 150
В 120
Г 140

ПРИБОР ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ ТОЛЩИНЫ КОЖНОЙ СКЛАДКИ НАЗЫВАЮТ

А калиперометром
Б пикфлуометром
В толстотным циркулем
Г динамоментром

ДЛЯ МИКРОСОМАТОТИПА СУММА НОМЕРОВ ЦЕНТИЛЬНЫХ КОРИДОРОВ СОСТАВЛЯЕТ

А 3-10
Б 24-30
В 11-17

Г 18-24

СРЕДНЯЯ ТОЧКА ДЛИНЫ ТЕЛА У ШЕСТИЛЕТНЕГО РЕБЕНКА НАХОДИТСЯ НА

А середине расстояния между пупком и лобком
Б пупке
В границе верхней и средней трети расстояния между пупком и лобком
Г лобке

ПАТОЛОГИЧЕСКИ ВЫСОКАЯ МАССА ТЕЛА ВЕРОЯТНА, ЕСЛИ ПОКАЗАТЕЛЬ МАССЫ ВЫХОДИТ ЗА ПРЕДЕЛЫ

А 97% центиля
Б 25% центиля
В 90% центиля
Г 75% центиля

ПЕРИОД ВТОРОГО ВЫТЯЖЕНИЯ (УСКОРЕНИЯ РОСТА) У ДЕВОЧЕК ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ (ГОД)

А 10-12
Б 8-10
В 13-16
Г 15-17

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОМАТОТИПА СУММИРУЮТ НОМЕРА ЦЕНТИЛЬНЫХ КОРИДОРОВ

А массы тела, длины, окружности груди
Б роста, массы тела, окружности головы
В роста и массы тела
Г окружности груди и головы

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ПРИРОСТ ДЛИНЫ ТЕЛА ВО ВТОРОЙ ЧЕТВЕРТИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

А 2,5
Б 1,5
В 3
Г 2

СРЕДНЯЯ МАССА ТЕЛА РЕБЕНКА В 1 ГОД СОСТАВЛЯЕТ (КГ)

А 10
Б 12
В 8
Г 9

ПРИРОСТ ДЛИНЫ ТЕЛА ЗА ПЕРВЫЙ ГОД ЖИЗНИ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

А 25
Б 30
В 15
Г 20

ОКРУЖНОСТЬ ГРУДИ ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)

А 32-34
Б 28-30
В 30-32
Г 36-38

СРЕДНЕЙ ТОЧКОЙ ДЛИНЫ ТЕЛА СЧИТАЮТ ТОЧКУ

А половина длины туловища
Б половины нижнего сегмента
В между верхним и нижним сегментами
Г половина верхнего сегмента

РАВНОМЕРНЫЙ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ МАССЫ И ДЛИНЫ ТЕЛА НАЗЫВАЕТСЯ

А гипостатурой
Б гипотрофией
В гипосомнией
Г паратрофией

ИНДЕК ПИНЬЕ ОТРАЖАЕТ

А крепость телосложения
Б пропорциональность развития грудной клетки
В отношение веса тела к росту
Г отношение роста к весу тела

СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГРУДИ ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

А 32-34
Б 28-30
В 30-32
Г 36-38

УВЕЛИЧЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ГОЛОВЫ У ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ЗА ПЕРВЫЙ ГОД ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

А 12
Б 9
В 15
Г 16

К ФИЗИОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСЯТ

А жизненную емкость легких, силу мышц кисти
Б массу и длину тела
В окружность головы и грудной клетки
Г развитие вторичных половых признаков

ДЛЯ МАКРОСОМАТОТИПА СУММА НОМЕРОВ ЦЕНТИЛЬНЫХ КОРИДОРОВ СОСТАВЛЯЕТ

А 18-24
Б 11-17
В 3-10
Г 24-30

НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЛЕЖАТ В СЛЕДУЮЩЕМ ДИАПАЗОНЕ ЦЕНТИЛЕЙ

А 25-75
Б 10-18
В 15-75
Г 3-97

ИЗМЕРЕНИЕ ЖИЗНЕННОЙ ЕМКОСТИ ЛЕГКИХ У РЕБЕНКА ВОЗМОЖНО, НАЧИНАЯ С ВОЗРАСТА (В ГОДАХ)

А 5
Б 10
В 7
Г 3

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК «ВЫСОКИЙ», ЕСЛИ ОН ПОПАДАЕТ В

А 90-97% центильный коридор
Б 75-90% центильный коридор
В 25-75% центильный коридор
Г 10-25% центильный коридор

ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО ПО ОТНОШЕНИЮ К ОКРУЖНОСТИ ГРУДИ (СМ)

А больше на 1-2
Б больше на 3-5
В меньше на 3-5
Г меньше на 1-2

АППАРАТОМ ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ СИЛЫ МЫШЦ КИСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А ручной динамометр
Б спирометр
В становой динамометр
Г калипометр

ВЫСОТА ГОЛОВЫ У ДВЕНАДЦАТИЛЕТНЕГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ _____ ЧАСТИ ОТ ДЛИНЫ ТЕЛА

А 1/7
Б 1/3
В 1/5
Г 1/9

В КОНЦЕ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ У БОЛЬШИНСТВА ДЕТЕЙ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ

А меньше окружности груди на 2 см
Б больше окружности груди на 2 см
В равна окружности груди
Г меньше окружности груди на 4 см

ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОЩАДЬ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА (НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА) С ВОЗРАСТОМ РЕБЕНКА

А уменьшается
Б вначале увеличивается, затем уменьшается
В увеличивается
Г остается постоянно стабильной величиной

ФЕЛЛИПИНСКИЙ ТЕСТ СТАНОВИТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ (ГОД)

А 5
Б 10
В 7
Г 3

РЕБЕНОК УДВАИВАЕТ ПЕРВОНАЧАЛЬНУЮ МАССУ ТЕЛА В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

А 4-5
Б 2-3
В 9-10
Г 6-7

К АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ИНДЕКСАМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОТНОСИТСЯ ИНДЕКС

А Кетле I
Б Кетле II
В Филатова
Г Эрисмана

СРЕДНЯЯ ПЛОЩАДЬ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ СОСТАВЛЯЕТ (М2)

А 1,5
Б 1,0
В 1,73
Г 1,25

СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

А 34-36
Б 32-34
В 30-32
Г 36-38

СРЕДНЯЯ ЕЖЕГОДНАЯ ПРИБАВКА РОСТА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 8 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

А 5
Б 7
В 9
Г 3

У ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА МАССА ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ НИЖЕ (ГРАММ)

А 2500
Б 2800
В 2000
Г 2300

ВОХМОЖНОСТЬ ПАТОЛОГИЧЕСКИ НИЗКОЙ МАССЫ ТЕЛА ВЕРОЯТНО, ЕСЛИ МАССА ВЫХОДИТ ЗА ПРЕДЕЛЫ _____ ЦЕНТИЛЯ

А 3
Б 25
В 75
Г 10

АППАРАТОМ ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ СИЛЫ МЫШЦ РАЗГИБАТЕЛЕЙ СПИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А становой динамометр
Б угломер
В калиперометр
Г спирометр

СРЕДНЯЯ МАССА ТЕЛА ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАММ)

А 3000-3500
Б 4000-4500
В 3500-4000
Г 2500-3000

СРЕДНИЙ РОСТ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ ОДНОГО ГОДА СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

А 75
Б 65
В 80
Г 70

ПЕРИОД ВТОРОГО ВЫТЯЖЕНИЯ (УСКОРЕНИЯ РОСТА) ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ _____ ЛЕТ У МАЛЬЧИКОВ И _____ ЛЕТ У ДЕВОЧЕК

А 13-16, 10-12
Б 8-10, 10-12
В 11-12, 8-10
Г 13-16, 8-10

ВОЗМОЖНОСТЬ ПАТОЛОГИЧЕСКИ НИЗКОГО РОСТА ВЕРОЯТНА, ЕСЛИ ПОКАЗАТЕЛЬ РОСТА ВЫХОДИТ ЗА ПРЕДЕЛЫ ____ ЦЕНТИЛЯ

А 3
Б 75
В 10
Г 25

СРЕДНЯЯ ТОЧКА ДЛИНЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ С 12 ЛЕТ И У ВЗРОСЛЫХ НАХОДИТСЯ НА

А лобке
Б пупке
В середине расстояния между пупком и лобком
Г границе верхней и средней трети расстояния между пупком и лобком

РОСТ ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ЗА ПЕРВЫЙ ГОД ЖИЗНИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ НА (В САНТИМЕТРАХ)

А 25
Б 35
В 30
Г 15

К АНТРОПОМЕТРИЧЕСКОМУ ИНДЕКСУ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ РАЗВИТИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОТНОСЯТ ИНДЕКС

А Эрисмана
Б Кетле II
В Кетле I
Г Чулицкой

СРЕДНЯЯ ЕЖЕГОДНАЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 5 ЛЕТ ПО ЭМПИРИЧЕСКОЙ ФОРМУЛЕ СОСТАВЛЯЕТ (КГ)

А 3
Б 4
В 2
Г 1

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГАРМОНИЧНОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СООТВЕТСТВИЕ

А массы тела длине тела
Б массы тела окружности головы
В окружности головы росту

АППАРАД ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ ТОЛЩИНЫ КОЖНО-ЖИРОВОЙ СКЛАДКИ НАЗЫВАЕТСЯ

А калипометром
Б пневмотахометром
В угломером
Г становым динамометром

СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ В 5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

А 50-52

Б 55-56
В 53-54
Г 48-49

С ПОМОЩЬЮ АНТРОПОМЕТРИИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

А рост
Б форму грудной клетки
В состояние кожных покровов
Г форму ног

РАЗНОСТЬ МЕЖДУ ОКРУЖНОСТЯМИ ГРУДИ И ГОЛОВЫ (МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ИНДЕКС ТУРА) У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА ДОЛЖНА УКЛАДЫВАТЬСЯ В ИНТЕРВАЛ ____, ГДЕ N – ВОЗРАСТ В ГОДАХ

А от 1 до 2 n
Б от 4 до 5 n
В от 2 до 3 n
Г от 3 до 4 n

С ПОМОЩЬЮ СОМАТОСКОПИИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

А форму грудной клетки
Б экскурсию грудной клетки
В жизненную емкость легких
Г силу мышц спины

ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)

А 34-36
Б 32-34
В 36-38
Г 30-32

СРЕДНИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЛИНЫ ТЕЛА У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ СОСТАВЛЯЮТ (В САНТИМЕТРАХ)

А 130
Б 120
В 140
Г 110

ПРИМЕРНЫЙ ВОЗРАСТ РЕБЕНКА ЕСЛИ ОН ИМЕЕТ РОСТ 123 СМ И МАССУ ТЕЛА 24 КГ, СОСТАВЛЯЕТ ____ ГОД/ЛЕТ

А 7
Б 5
В 6
Г 8

ПРИ РАСЧЕТЕ ПО ЭМПИРИЧЕСКИМ ФОРМУЛАМ, МАССА ТЕЛА РЕБЕНКА 3 ЛЕТ БУДЕТ СОСТАВЛЯТЬ (КГ)

А 15
Б 16
В 17
Г 13

СРЕДНЯЯ ТОЧКА ДЛИНЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО НАХОДИТСЯ НА

А пупке
Б границе верхней и средней трети расстояния между пупком и лобком
В лобке
Г середине расстояния между пупком и лобком

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗМА РЕБЕНКА ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО

А динамометрии и спирометрии
Б психометрии и социометрии
В атропометрии и индексу Эрисмана
Г соматометрии и индексу массы тела

СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ВЕРХНИМ И НИЖНИМ СЕГМЕНТАМИ ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ СОСТАВЛЯЕТ

А 1:1
Б 1,5-1,75:1
В 0,5:1
Г 2:1

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ПРИРОСТ ДЛИНЫ ТЕЛА В ПЕРВОЙ ЧЕТВЕРТИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

А 3
Б 1
В 2
Г 4

СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ В 1 ГОД СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

А 45-47

Б 48-39
В 44-45
Г 42-43

ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

А 19,5-22,9
Б 15,0-16,9
В 18,0-18,4
Г 18,5-19,4

ДЛИНА ТЕЛА РЕБЕНКА В 1 ГОД В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)

А 75
Б 70
В 80
Г 65

СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ У РЕБЕНКА В ПЯТЬ ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

А 50-52
Б 48-49
В 53-54
Г 55-56

СКОРОСТЬ РОСТА С ВОЗРАСТОМРЕБЕНКА

А уменьшается
Б увеличивается в 2 раза
В увеличивается в 1,5 раза
Г увеличивается в 2,5 раза

ОРИЕНТИРОВОЧНО ДЛИНА ТЕЛА РЕБЕНКА 4 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

А 100
Б 130
В 110
Г 85

ПАТОЛОГИЧЕСКИ ВЫСОКИМ ЯВЛЯЕТСЯ РОСТ, ВЫХОДЯЩИЙ ЗА ПРЕДЕЛЫ ____ ЦЕНТИЛЯ

А 97
Б 90
В 75

Г 50

БОЛЕЕ ТОЧНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЦЕНТИЛЬНАЯ ОЦЕНКА МАССЫ РЕБЕНКА ПО

А росту (длине тела)
Б окружности грудной клетки
В возрасту
Г окружности головы

СРЕДНЯЯ МАССА РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ (КГ)

А 10-11
Б 8-9
В 6-7
Г 7-8

ВЕЛИЧИНА ЕЖЕМЕСЕЧНОЙ ПРИБАВКИ МАССЫ ТЕЛА ВО ВТОРОМ ПОЛУГОДИИ ЖИЗНИ РЕБЕНКА В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАММ)

А 400
Б 200
В 600
Г 800

РОСТ РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ 100 СМ В ВОЗРАСТЕ

А 4 года
Б 7 лет
В 3 лет
Г 5 лет

ПЕРИОД ПЕРВОГО ВЫТЯЖЕНИЯ (УСКОРЕНИЯ РОСТА) ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ ____ ЛЕТ У МАЛЬЧИКОВ И ____ ЛЕТ У ДЕВОЧЕК

А 4-6; 6-7
Б 6-9; 9-10
В 6-0; 6-8
Г 4-6; 9-10

К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ

А верхний сегмент
Б длина тела
В масса тела
Г окружность головы

К ОСНОВНЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ

А масса тела
Б высота головы
В верхний сегмент
Г нижний сегмент

К ОСНОВНЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ОТНОСИТСЯ

А окружность груди
Б верхний сегмент
В нижний сегмент
Г высота головы

К АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ИНДЕКСАМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОТНОСИТСЯ ИНДЕКС

А Чулицкой
Б Кетле II
В Филатова
Г Эрисмана

К ОСНОВНЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ

А окружность головы
Б верхний сегмент
В нижний сегмент
Г высота головы

К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ

А нижний сегмент
Б масса тела
В окружность головы
Г длина тела

РЕБЕНОК УТРАИВАЕТ МАССУ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ К ВОЗРАСТУ

А 1 года
Б 5 лет
В 12 лет
Г 10 лет

СРЕДНЯЯ ПРИБАВКА В РОСТЕ НА ВТОРОМ ГОДУ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)

А 12
Б 5
В 25
Г 30

ПЕРИОД ВТОРОГО РОСТОВОГО СДВИГА У ДЕТЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ В (В ГОДАХ)

А 11-14
Б 8-10
В 6-8
Г 5-7

РАВНОМЕРНОЕ ОТСТАВАНИЕ МАССЫ И ДЛИНЫ ТЕЛА РЕБЕНКА ОТ ВОЗРАСТНЫХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ НАЗЫВАЕТСЯ

А гипостатурой
Б кахексией
В гипотрофией
Г паратрофией

ПЕРИОД ПЕРВОГО УСКОРЕНИЯ РОСТА У ДЕТЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ В (В ГОДАХ)

А 5-7
Б 10-12
В 2-3
Г 9-10

ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ ПРИБАВКА РОСТА РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 10-12 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ (В САНТИМЕТРАХ)

А 1,0-1,5
Б 2,0-2,5
В 2,5-3,0
Г 1,5-2,0

ВЕЛИЧИНА ОКРУЖНОСТИ ГОЛОВЫ И ГРУДИ У ДЕТЕЙ СТАНОВИТСЯ ОДИНАКОВОЙ В ВОЗРАСТЕ (В МЕСЯЦАХ)

А 3-4
Б 6-8
В 4-6
Г 1-2

ПРИ ГИПОТРОФИИ II СТЕПЕНИ ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ (%)

А 20-30
Б 10-20
В 30-40
Г 5-10

КАРПОПЕДАЛЬНЫЙ СПАЗМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

А гипокальциемии
Б фебрильных судорог
В дефицита железа
Г эписиндрома

ПАРАТРОФИЕЙ НАЗЫВАЮТ ___ МАССЫ (В %)

А избыток; более 10
Б избыток; от 5 до 7
В избыток; более 7
Г дефицит; более 10

ПРИ ГИПОТРОФИИ II СТЕПЕНИ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ СЛОЙ У ДЕТЕЙ СОХРАНЯЕТСЯ ТОЛЬКО НА

А лице
Б конечностях
В туловище
Г животе

КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЙ ЗА РЕБЁНКОМ, ПЕРЕНЕСШИМ РАХИТ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЁЛОЙ ФОРМЫ, СОСТАВЛЯЕТ ___ ГОД (ГОДА) УЖЕКВАРТАЛЬНО

А 3
Б 2
В 1
Г 4

ДЕФИЦИТ МАССЫ ПРИ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ГИПОТРОФИИ СОСТАВЛЯЕТ (В %)

А 20-30
Б 5-8
В 10-15
Г более 30

ПРИЧИНОЙ СУДОРОГ ПРИ СПАЗМОФИЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А гипокальциемия
Б гиперкальциемия
В гипокалиемия
Г гипофосфатемия

ДЛЯ ГИПОТРОФИИ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРЕН ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА (%)

А 20-30
Б более 30
В 10-20
Г менее 10

БИОЛОГИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ВИТАМИНА Д

А способствует всасыванию кальция из желудочно-кишечного тракта
Б повышает уровень щелочной фосфатазы
В блокирует канальцевую реабсорбцию кальция
Г увеличивает продукцию паратгормона

МЫШЕЧНАЯ ГИПОТОНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

А рахита
Б спазмофилии
В менингита
Г эпилепсии

ПРИ ВИТАМИН-D-ДЕФИЦИТНОМ РАХИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ СДВИГ КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО СОСТОЯНИЯ В СТОРОНУ

А метаболического ацидоза
Б метаболического алкалоза
В дыхательного ацидоза
Г дыхательного алкалоза

ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ТЯЖЕСТИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ УЧИТЫВАЮТ

А дефицит массы тела
Б наличие признаков полигиповитаминоза
В состояние толерантности к пище
Г состояние резистентности организма

ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ СО СПАЗМОФИЛИЕЙ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

А кальция глютоната
Б метамизол натрия
В лидокаин
Г неостигмина метилсульфат

ПАРАТРОФИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А увеличением подкожно-жирового слоя
Б неравномерным распределением подкожно-жирового слоя
В общим истощением
Г уменьшением подкожно-жирового слоя

ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА ПРИ I СТЕПЕНИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ГИПОТРОФИИ СОСТАВЛЯЕТ (%)

А 10-20
Б 20-30
В 30-40
Г 5-10

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАХИТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

А от 2 месяцев до 2 лет
Б 1 месяц
В от 3 месяцев до 3 лет
Г от 9 месяцев и до 4 лет

НОВОРОЖДЁННЫМ С ГИПОТРОФИЕЙ II-III СТЕПЕНИ ВРАЧ-ПЕДИАТР УЧАСТКОВЫЙ НАЗНАЧАЕТ

А госпитализацию
Б лечение на дому (после консультации заведующего отделением)
В консультацию у гастроэнтеролога
Г консультацию в диагностическом центре

СТЕПЕНЬ ГИПОТРОФИИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ДЕФИЦИТУ

А массы тела
Б отдельных нутриентов питания
В длины тела
Г тургору мягких тканей

СКРЫТАЯ ТЕТАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

А спазмофилии
Б рахита

В гипотрофии
Г гипервитаминоза D

ТЕРМИН ПАРАТРОФИЯ ОЗНАЧАЕТ

А хроническое расстройство питания с избытком массы тела по отношению к росту
Б хроническое расстройство питания с дефицитом массы тела по отношению к росту
В острое расстройство питания с дегидратацией
Г острое расстройство питания при интоксикации

РАСЧЕТ БЕЛКОВ И УГЛЕВОДОВ В ПЕРИОД ВЫЯСНЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ПИЩЕ РЕБЁНКУ С БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ II СТЕПЕНИ ПРОВОДЯТ НА

А фактическую массу тела
Б должную массу тела
В дефицит массы тела
Г фактическую массу тела плюс 10-15%

ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 3 СТЕПЕНИ СОСТОВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

А менее 15
Б 18,5-19,4
В 15,0-16,9
Г 17,0-18,4

ДЛЯ КОРРЕКЦИИ БЕЛКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

А смесь для маловесных
Б низколактозная смесь
В творог
Г кисломолочная смесь

К НАЧАЛЬНЫМ СИМПТОМАМ ХРОНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ ОТНОСИТСЯ

А бледность кожных покровов, снижение массы тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя
Б повышение температуры тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя, бледность кожных покровов
В снижение массы тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя, повышение температуры тела
Г повышение температуры тела, бледность кожных покровов, снижение массы тела

ЕЖЕДНЕВНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ДОЗА ВИТАМИНА Д ДОНОШЕННОМУ РЕБЁНКУ С ВИТАМИН-Д-ДЕФИЦИТНЫМ РАХИТОМ СОСТАВЛЯЕТ (МЕ)

А 2000-4000
Б 500-1000
В 7000-8000
Г 10000-15000

ПРИ ГИПОТРОФИИ III СТЕПЕНИ ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ (%)

А больше 30
Б 10-20
В больше 50
Г 20-30

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ПИЩЕ ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕЛОСТАТОЧНОСТИ I СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ (ДЕНЬ)

А 1-2
Б 3-7
В 7-14
Г 14-28

РЕБЁНКУ С РАХИТОМ ПРЕПАРАТЫ КАЛЬЦИЯ НАЗНАЧАЮТСЯ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ

А спазмофилии
Б гиперкалиемии
В тахифилаксии
Г гипервитаминозе D

К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ ИЗБЫТКА МАССЫ ТЕЛА ОТНОСЯТ

А перекорм, переедание
Б инфекционные заболевания
В психосоциальная депривация
Г эндокринные заболевания

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

А гипотрофия
Б гипостатура
В паратрофия
Г нанизм

РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ ВИТАМИНА Д ПРИ РАХИТЕ I СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

А 2000 МЕ в течение 30 дней
Б 1000 МЕ в течение года
В 500 МЕ в течение года
Г 500 МЕ в течение 45 дней

ПАЛЬПАЦИЯ РАХИТИЧЕСКИХ «ЧЁТОК» ПРОВОДИТСЯ ОТ _____ ЛИНИИ ПО НАПРАВЛЕНИЮ К ГРУДИНЕ

А передней аксилярной
Б срединоключичной
В парастернальной
Г задней аксилярной

ПРИ ГИПОТРОФИИ I СТЕПЕНИ ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ (%)

А 10-20
Б 30-40
В 5-10
Г 20-30

ПАЛЬПАЦИЯ РАХИТИЧЕСКИХ «ЧЁТОК» ПРОВОЖИТСЯ В ОБЛАСТИ _____ РЕБЕР

А V-VIII
Б II-IV
В I-IV
Г I-III

ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И НЕДОСТАТОЧНОМ ПИТАНИИ РАНЬШЕ ВСЕГО ИЗМЕНЯЮТСЯ ПРИРОСТЫ

А массы тела
Б окружности груди
В окружности головы
Г длины тела

ПОЗДНЕЕ ЗАКРЫТИЕ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

А рахита
Б паратрофии
В гипотрофии
Г анемии

СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ВЕСЕННЕЕ ВРЕМЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

А спазмофилии
Б фосфат-диабете
В гиперпаратиреозе
Г гипервитаминозе D

ТЕРМИН ГИПОТРОФИЯ ПОДРАЗУМЕВАЕТ

А хроническое расстройство питания с дефицитом массы тела по отношению к росту
Б дефицит отдельных нутриентов
В острое расстройство питания с дефицитом массы тела по отношению к росту
Г острое расстройство питания с дегидратацией

ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 1 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ В ПРОЦЕНТАХ

А 11-20
Б 21-30
В 5-10
Г 31040

ДЕФИЦИТ МАССЫ ПРИ ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ГИПОТРОФИИ СОСТАВЛЯЕТ (%)

А более 30
Б 10-15
В 20-30
Г 15-20

ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ III СТЕПЕНИ ИСПОЛЬЗУЮТ ЛЕЧЕБНЫЕ СМЕСИ

А с полным гидролизом белков
Б антирефлюксные
В безлактозные
Г с частичным гидролизом белка

ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА ПРИ 3 СТЕПЕНИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ГПОТРОФИИ СОСТАВЛЯЕТ (%)

А 30 и более
Б 10-15
В 5-8
Г 15-20

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ С БЕЛКОВО- ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ГИПОТРОФИЕЙ I СТ.) ВКЛЮЧАЕТ

А регулярное проведение контроля питания и антропометрии; массаж, гимнастику; курсовой приём биопрепаратов
Б массаж, гимнастику; гормональную терапию; курсовой прием биопрепаратов
В регулярное проведение контроля питания и антропометрии; гормональную терапию; массаж, гимнастику
Г курсовой прием биопрепаратов; регулярное проведение контроля питания и антропометрии; гормональную терапию

ПРИ КОРРЕКЦИИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ РАСЧЕТ НУТРИЕНТОВ В АДАПТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРОВОДИТСЯ В СООТВЕТСТВИИ С

А возрастом и фактической массой тела
Б долженствующей массой
В приблизительно долженствующей массой
Г возрастом и долженствующей массой тела

ПРИ РАХИТЕ ОТМЕЧАЮТСЯ КОСТНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ

А недостаточной минерализацией остеои
Б выраженным остеопорозом
В развитием остеосклероза
Г повышенной остеомаляцией

НАИБОЛЕЕ АКТИВНЫМ ПРОТИВОРАХИТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ

А 25 дигидрохолекальциферол
Б 25 гидрохолекальциферол
В эргокальциферол
Г холекальциферол

ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 1 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

А 17,0-18,4
Б 15,0-16,9
В 19,5-22,9
Г 18,5-19,4

ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 2 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

А 15,0-16,9
Б 18,5-19,4
В 19,5-22,9
Г 17,0-18,4

ЗАПОДОЗРИТЬ У РЕБЕНКА ЛАТЕНТНУЮ СПАЗМОФИЛИЮ МОЖНО ПРИ НАЛИЧИИ

А сокращения мышц при раздражении мест их сухожильного прикрепления
Б ларингоспазма, бронхоспазма
В карпо-педального спазма
Г сокращения разных групп мышц спонтанно

К РОЖДЕНИЮ РЕБЕНКА САМЫМ НЕЗРЕЛЫМ ОТДЕЛОМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

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

ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА К ПЕРЕГРЕВАНИЮ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

А несовершенством регуляции температуры тела через кожу
Б повышенным потоотделением
В недостаточным кровоснабжением
Г слабым развитием подкожного жира

У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ КОЛЕБЛЕТСЯ В ПОКОЕ В ПРЕДЕЛАХ (%)

А 10
Б 25
В 30
Г 20

СРЕДНИЙ СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

А 500
Б 300
В 400
Г 200

ПРИЧИНОЙ ЗАТРУДНЕННОГО УСВОЕНИЯ ЖИРОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ НЕАДЕКВАТНОМ ПИТАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А низкая активность поджелудочной липазы
Б нарушение синтеза желчных кислот
В низкая активность желудочной липазы
Г повышенное выделение желчных кислот

СМЕНА МОЛОЧНОГО ПРИКУСА НА ПОСТОЯННЫЙ ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 5-6
Б 9-10
В 7-8
Г 3-4

ОСОБЕННОСТЬЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

А отсутствие гаустрации до 6 месяцев жизни
Б хорошее развитие сальниковых отростков
В хорошее развитие ленты ободочной кишки
Г отсутствие гаустрации до 1 года жизни

ОСОБЕННОСТЯМИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПЕРВЫХ 3 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

А физиологический гипертонус мышц верхних и нижних конечностей
Б гипотонус мышц верхних конечностей в сочетании с физиологическим гипертонусом мышц нижних конечностей
В физиологический гипертонус мышц верхних конечностей в сочетании с гипотонусом мышц нижних конечностей
Г гипотонус мышц верхних и нижних конечностей

ОСОБЕННОСТЬЮ ЛЁГОЧНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А обильное развитие кровеносных сосудов
Б большой диаметр долевых бронхов
В хорошая воздушность лёгочной ткани
Г хорошее развитие эластической ткани

ОСОБЕННОСТЬЮ ТОНКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А непостоянное расположение петель
Б некомпактное расположение петель
В отсутствие газов в кишечнике
Г постоянное расположение петель

ПУЭРИЛЬНОЕ (УСИЛЕННОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ) У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНО

А тонкой стенкой грудной клетки
Б плохим проведением ларингеального дыхания
В узостью носовых ходов
Г широким просветом бронхов

К РОЖДЕНИЮ РЕБЕНКА САМЫМ НЕЗРЕЛЫМ ОТДЕЛОМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

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

У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА МЫШЦЫ

А короткие, содержат мало сократительных белков, жира, богаты водой
Б короткие, содержат много жира и воды
В длинные, содержат много сократительных белков, жира, мало воды
Г короткие, тонкие, богаты сократительными белками

ДЕФЕКАЦИЯ СТАНОВИТСЯ ПРОИЗВОЛЬНЫМ УПРАВЛЯЕМЫМ АКТОМ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

А 12
Б 30
В 6
Г 24

ТОКСИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦНС ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕНО

А высокой проницаемостью гематоэнцефалического барьера
Б ограниченным кровоснабжением головного мозга
В хорошим оттоком крови от головного мозга
Г высокими темпами развития нервной системы

НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЕ ТЕМПЫ УВЕЛИЧЕНИЯ МАССЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ПРИХОДЯТСЯ НА ПЕРИОД (ГОД)

А 0-6
Б 6-9
В 10-12
Г 13-16

ДЛЯ САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНО

А распространение по всей коже, кроме ладоней и подошв
Б наибольшее распространение на коже лица
В наибольшее распространение на проксимальных отделах конечностей
Г равномерное распространение по всей кожей

ДЛЯ САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНО

А распространение по всей коже, кроме ладоней и подошв.
Б наибольшее распространение на проксимальных отделах конечностей
В наибольшее распространение на проксимальных отделах конечностей
Г равномерное распространение по всей коже

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

А раннего
Б старшего
В подросткового
Г грудного

ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У В 1 ГОД ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

А 40
Б 20
В 60
Г 90

У ДЕВОЧЕК ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА ПРЕОБЛАДАЕТ ТИП ДЫХАНИЯ

А грудной
Б диафрагмальный
В брюшной
Г грудо-брюшной

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

А большее количество бурой жировой ткани
Б меньшее количество бурой жировой ткани
В хорошее развитие вокруг внутренних органов
Г меньшая относительная масса жировой ткани

У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ЖЕЛУДКА

А относительно толстая
Б имеет достаточно хорошо выраженную складчатость
В тонкая и нежная
Г имеет достаточное количество желудочных желез

ФОРМИРОВАНИЕ ГАЙМОРОВЫХ ПАЗУХ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К

А 7 годам

Б 4 годам
В 10 годам
Г моменту рождения

У РЕБЕНКА ДЕСЯТИ ЛЕТ ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В МИНУТУ СОСТАВЛЯЕТ

А 19-20
Б 25-30
В 16-18
Г 30-35

ГРУДНОЙ КИФОЗ ФОРМИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

А 5-6
Б 9-10
В 2-3
Г 11-12

ОСОБЕННОСТЬЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А большая длина
Б хорошая фиксация
В расположение в малом тазу
Г развитый подслизистый слой

ПОВЫШЕННАЯ ВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ СЛИЗИСТОЙ, НЕДОСТАТОЧНОЕ РАЗВИТИЕ ЭЛАСТИЧЕСКОЙ ТКАНИ И ХРЯЩЕВОГО КАРКАСА ТРАХЕИ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ _____ ВОЗРАСТА

А грудного
Б младшего школьного
В старшего школьного
Г дошкольного

АНАТОМИЧЕСКАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ К ВОЗРАСТУ

А 3-4 месяцев
Б 10-12 месяцев
В 1-2 дня
Г 1 месяц

ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ В 3-5 ЛЕТ ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

А 120
Б 70
В 210
Г 350

СТРОЕНИЕ КЛУБОЧКА НЕФРОНА СТАНОВИТСЯ ИДЕНТИЧНЫМ СТРОЕНИЮ ПОСЛЕДНЕГО У ВЗРОСЛОГО ПОСЛЕ (ГОД)

А 5
Б 8-10
В 13-15
Г 1

ОСОБЕННОСТЬЮ САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А возможность перерождаться в кисты
Б преимущественная концентрация на коже ладоней
В морфологическая незрелость к рождению
Г распространение по всей поверхности кожи

НАИБОЛЕЕ АКТИВНЫМ КОМПОНЕНТОМ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

А гастриксин (пепсиноген II)
Б пепсин (пепсиноген I)
В трипсиноген
Г соляная кислота

ОСОБЕННОСТЬЮ ТРОМБОЦИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ИХ

А пониженная функциональная активность
Б повышенное количество и анизоцитоз
В повышенная функциональная активность
Г повышенная способность к агрегации

БОЛЕЕ НИЗКОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ПО СРАВНЕНИЮ СО ВЗРОСЛЫМИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДО (ГОД)

А 5-7
Б 1-2
В 3-4
Г 8-10

У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ХУЖЕ ВЕНТИЛИРУЕТСЯ _____ СЕГМЕНТ ЛЁГКОГО

А 6

Б 7
В 1
Г 3

У ГРУДНОГО РЕБЕНКА ЦВЕТ МОЧИ ПО СРАВНЕНИЮ С БОЛЕЕ СТАРШИМИ ДЕТЬМИ

А более светлый
Б имеет оранжевую окраску
В имеет розоватую окраску
Г более темный

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

А 1-1,5
Б 3-5
В 10-12
Г 6-8

ВОЗРАСТНАЯ ИНВОЛЮЦИЯ МИНДАЛИН НАЧИНАЕТСЯ С ВОЗРАСТА

А младшего школьного
Б дошкольного
В подросткового
Г юношеского

АНАТОМИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ТАКОЕ ЖЕ, КАК У ВЗРОСЛЫХ С ВОЗРАСТА (В ГОДАХ)

А 3-4
Б 2-3
В 5-6
Г 1,5-2

ПОЧКИ У ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ ИМЕЮТ

А дольчатое строение
Б бобовидную форму
В зрелые ферментативные системы активной секреции
Г выраженные соединительнотканные прослойки

СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА СОСТАВЛЯЕТ (МЛ/МИН/1,73 М2)

А 90-120
Б 70-100

В 60-90
Г 120-150

НАИБОЛЕЕ ИНТЕНСИВНЫЙ РОСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ

А в первые 3 года жизни
Б в периоды округления
В только на 1 году жизни
Г в периоды вытяжения

У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ ПОЧКИ

А могут пальпироваться
Б пальпируются только при гидронефрозе
В пальпируются только при дистонии
Г пальпироваться не должны

СООТНОШЕНИЕ ЧАСТОТЫ ДЫХАНИЯ И ПУЛЬСА СОСТАВЛЯЕТ 1:4 С ВОЗРАСТА

А 1 год
Б 6 месяцев
В 10 лет
Г 5 лет

ВХОД В ПИЩЕВОД У НОВОРОЖДЕННЫХ РАСПОЛОЖЕН НА УРОВНЕ _____ ШЕЙНОГО ПОЗВОНКА

А III-IV
Б V-VI
В VI-VII
Г I-II

ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ КОЖИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А слабо выраженная защитная функция
Б зрелость функции терморегуляции
В сниженная резорбционная функция
Г низкая интенсивность дыхательной функции

ЗАКРЫТИЕ ШВОВ ЧЕРЕПА У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НАЧИНАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

А 3-4
Б 2-3
В 6-9
Г 4-6

ВСАСЫВАНИЕ СОСТАВНЫХ ЧАСТЕЙ ПИЩИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ПРОИСХОДИТ

А во всех отделах тонкой кишки
Б в проксимальных отделах тонкой кишки
В в дистальных отделах тонкой кишки
Г в нисходящей части двенадцатиперстной кишки

СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ ЗА 1 МИНУТУ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

А 25
Б 15
В 20
Г 35

ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ У ДЕТЕЙ ДОСТИГАЕТ УРОВНЯ ВЗРОСЛЫХ К (ГОД)

А 15-17
Б 10-12
В 18-20
Г 13-15

НЕДОСТАТОЧНОЕ РАЗВИТИЕ КАВЕРНОЗНОЙ ТКАНИ ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЯ И ОТНОСИТЕЛЬНАЯ РЕДКОСТЬ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ НОСА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ _____ ВОЗРАСТА

А раннего
Б младшего школьного
В дошкольного
Г старшего школьного

ВОЗНИКНОВЕНИЮ АТЕЛЕКТАЗОВ ЛЕГКИХ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ СПОСОБСТВУЕТ

А узость просвета бронхов
Б широкий просвет бронхов
В горизонтальное положение ребер
Г недоразвитие дыхательного центра

ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 6 МЕС.-1 ГОД В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ _____ В 1 МИНУТУ

А 30-35
Б 25-30
В 40-50
Г 35-40

ПОЧКИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ИМЕЮТ

А недостаточно развитый корковый слой
Б бобовидную форму
В выраженные соединительнотканные прослойки
Г зрелые ферментативные системы активной секреции

ОСОБЕННОСТЬЮ АРТЕРИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ _____ АРТЕРИЙ

А одинаковый просвет вен
Б относительно узкий просвет
В относительно широкий просвет
Г очень плотные стенки

СООТНОШЕНИЕ ДНЕВНОГО ДИУРЕЗА К НОЧНОМУ ДИУРЕЗУ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА СТАРШЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ

А 2:1
Б 0,5:1
В 1:2
Г 1:1

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТАВА КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ У ДЕТЕЙ ПРИБЛИЖАЮТСЯ К ТАКОВЫМ У ВЗРОСЛЫХ К ВОЗРАСТУ

А 1 год
Б 5 лет
В 6 месяцев
Г 1 месяц

СРЫГИВАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕНЫ НЕДОРАЗВИТИЕМ

А кардиального отдела желудка
Б пилорического отдела желудка
В дна желудка
Г тела желудка

ПРИКУС МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ФОРМИРУЕТСЯ К (ГОД)

А 3,5
Б 4,5
В 1,5
Г 5

СРЕДНИЙ СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ У РЕБЕНКА В 10 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

А 1500
Б 750
В 1000
Г 2000

ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

А участие в образовании рыхлых сгустков казеина
Б высокая секреторная активность
В слюна расщепляющая протеины и жиры пищи
Г низкая секреторная активность

ОСОБЕННОСТЬЮ ЖИРОВОЙ ТКАНИ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А отношение массы подкожно-жирового слоя к массе тела больше, чем у взрослых
Б хорошее развитие жировой ткани в полостях
В менее плотная консистенция подкожного жира
Г отношение массы подкожно-жирового слоя к массе тела меньше, чем у взрослых

ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ ЗА 1 МИНУТУ У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 10 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

А 20
Б 15
В 25
Г 18

НИЖНИЙ КРАЙ ПЕЧЕНИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ МОЖЕТ ВЫСТУПАТЬ ИЗ-ПОД КРАЯ РЕБЕРНОЙ ДУГИ ПО СРЕДИННО-КЛЮЧИСНОЙ ЛИНИИ В ВОЗРАСТЕ ДО (В ГОДАХ)

А 5
Б 10
В 12
Г 2

ВОЗМОЖНОСТЬ БЫСТРОГО ОТЕКА ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОК У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНА

А наличием в них подслизистой основы и высокой степени васкуляризации
Б узостью голосовой щели
В состоянием голосовых складок
Г особенностями мышечного аппарата гортани

ТОКСИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕНО

А обильным кровоснабжением головного мозга
Б высокими темпами развития нервной системы
В низкой проницаемостью гематоэнцефалического барьера
Г хорошим оттоком крови от головного мозга

САЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ НАЧИНАЮТ ФУНКЦИОНИРОВАТЬ У ДЕТЕЙ

А внутриутробно
Б с 3-5 лет
В с рождения
Г с 3 месячного возраста

ВОЗМОЖНОСТЬ БЫСТРОГО РАЗВИТИЯ ОТЕКА ГОЛОСОВЫХ СВЯЗОК У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНА

А обилием лимфоидной ткани с хорошим кровоснабжением
Б узостью голосовой щели
В состоянием голосовых связок
Г особенностями мышечного аппарата гортани

РЕЦЕПТОРНЫЙ АППАРАТ МЫШЦ РЕБЕНКА СФОРМИРОВАН К

А моменту рождения
Б 6-7 годам
В пубертатному возрасту
Г 7-9 месяцам

ЯДРО ОКОСТЕНЕНИЯ ГОЛОВКИ БЕДРА В НОРМЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

А 3-4 месяцев
Б 1 года
В 3 лет
Г 1 суток

ОСОБЕННОСТЬЮ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А короткая восходящая часть
Б относительно длинная восходящая часть
В широкий просвет нисходящей части
Г малоподвижная поперечная часть

КОЛИЧЕСТВО МОЧЕИСПУСКАНИЙ ДЛЯ РЕБЕНКА 7 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ РАЗ В СУТКИ

А 4-6
Б 7-9

В 2-3
Г 10-11

СТРУКТУРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ЖЕЛУДКА ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

А слабое развитие кардиального отдела и дна
Б низкое расположение пилорического отдела
В хорошее развитие дна и кардиального отдела
Г слабое развитие пилорического отдела

ПОВЕРХНОСТНЫЙ ХАРАКТЕР ДЫХАНИЯ (МАЛЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ) У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕН

А слабостью дыхательной мускулатуры
Б узостью носовых ходов
В недоразвитием эластической ткани
Г наклонным положением ребер

ПЕРЕХОД ПИЩЕВОДА В ЖЕЛУДОК ВО ВСЕ ПЕРИОДЫ ДЕТСТВА РАСПОЛОЖЕН НА УРОВНЕ _____ ГРУДНОГО ПОЗВОНКА

А X-XI
Б XI-XII
В VIII-IX
Г IX-X

К АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ ОТНОСИТСЯ

А активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы
Б увеличение тимуса
В ювенильное увеличение щитовидной железы
Г уменьшение объема яичек у мальчиков

РАЗВИТИЕ РАССТРОЙСТВА КАПИЛЛЯРНОГО ЛЁГОЧНОГО КРОВОТОКА У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНО

А обильной васкуляризацией
Б особенностью строения грудной клетки
В недостаточным развитием эластической ткани
Г недостатком сурфактанта

ЧИСЛО МОЧЕИСПУСКАНИЙ ЗА СУТКИ У ДЕТЕЙ ВТОРОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ

А 15-16
Б 20-25
В 8-10
Г 18-20

ЛЕГКАЯ СМЕЩАЕМОСТЬ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБЪЯСНЯЕТСЯ СЛАБОСТЬЮ

А опорной жировой ткани
Б мышечных структур
В связочного аппарата
Г основных костных структур

ОСОБЕННОСТЬЮ ПЕЧЕНИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А большая величина относительно массы тела
Б относительно большая правая доля
В хорошо развитая детоксикационная функция
Г быстрое увеличение относительной массы с возрастом

ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЗРЕЛОСТИ ПИЩЕВОД ДОСТИГАЕТ К

А 12 месяцам
Б 5 годам
В 6 месяцам
Г 2 годам

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

А неравномерное распределение с преобладанием в области ягодиц, живота, бедер
Б равномерное распределение по всему телу
В неравномерное распределение с преобладанием в области щек и верхних конечностей
Г преобладание в верхней половине туловища

ОСОБЕННОСТЬЮ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

А относительно большая длина
Б хорошо фиксированная слизистая оболочка
В плохо развитый подслизистый слой
Г хорошо развитая ампула

ЧИСЛО МОЧЕИСПУСКАНИЙ ЗА СУТКИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ

А 7-10

Б 11-15
В 4-6
Г 16-20

ОСОБЕННОСТЬЮ ВОДНО-СОЛЕВОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А большая интенсивность водного обмена
Б меньшее выделение воды через кожу
В относительно меньшая потребность в воде
Г меньшая интенсивность водного обмена

КОЛИЧЕСТВО МОЧЕИСПУСКАНИЙ ЗА СУТКИ У РЕБЕНКА 1 МЕСЯЦА ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ

А 20
Б 10
В 15
Г 5

ВЫСОКУЮ ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ЛОЖНОГО КРУПА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ

А узостью голосовой щели
Б склонностью к бронхоспазма
В узостью носовых ходов
Г узостью просвета бронхов

НАРАСТАНИЕ АМИЛАЗНОЙ АКТИВНОСТИ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА И СЛЮНЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПРОИСХОДИТ

А после введения прикорма
Б с третьего месяца жизни
В с первого месяца жизни
Г к концу первого года жизни

СТРУКТУРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

А достаточно тонких стенок
Б хорошо развитых мышечных волокон
В слабо васкуляризованной слизистой оболочки
Г достаточно толстых стенок

ПОЛОЖЕНИЕ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

А меняется с возрастом
Б не изменяется с возрастом
В не изменяется только в грудном возрасте
Г изменяется только в грудном возрасте

ВЫСОКОЙ ЧАСТОТЕ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (ОРВИ) У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ СПОСОБСТВУЕТ

А незрелость Т-клеточноготзвена иммунитета
Б низкий уровень секреторного IgA
В снижение фагоцитоза
Г медленное накопление антител и замедленное освобождение организма от вирусов

АДЕКВАТНОСТЬ ПОТООТДЕЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ ФОРМИРУЕТСЯ К ВОЗРАСТУ ____ ЛЕТ

А 7-8
Б 3-4
В 9-10
Г 5-6

ОБИЛЬНОЕ СЛЮНОТЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ НАЧИНАЕТСЯ С ВОЗРАСТА (В МЕСЯЦАХ)

А 3-4
Б 1-2
В 7-8
Г 5-6

УСИЛЕННОЕ СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 3-4 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ СВЯЗАНО С

А не выработанным автоматизмом проглатывания
Б недоразвитием слюных желез
В отсутствием зубов
Г введением прикорма

СТРУКТУРА ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ОКОНЧАТЕЛЬНО ФОРМИРУЕТСЯ К ВОЗРАСТУ

А 7 лет
Б 5 лет
В 12 лет
Г 1 год

В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ВЫДЕЛЕННОЙ МОЧИ ПРИМЕРНО СОСТАВЛЯЕТ _____ ОБЪЕМА ВЫПИТОЙ ЖИДКОСТИ

А 2/3-3/4

Б 1/3-1/5
В 1/3-1/2
Г 1/3-1/6

МИЕЛИНИЗАЦИЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН ЗАВЕРШАЕТСЯ К ВОЗРАСТУ (В ГОДАХ)

А 5
Б 3
В 10
Г 7

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ЛИМФОЦИТОЗ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ

А в возрасте 4-5 лет
Б у старших школьников
В в возрасте 1-3 дней
Г у младших школьников

ФОРМИРОВАНИЕ ФИКСАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ ПОЧЕК ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К ВОЗРАСТУ (В ГОДАХ)

А 5-7
Б 8-10
В 2-3
Г 1-1,5

ТРАНЗИТОРНАЯ ЛАКТАЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ОБУСЛОВЛЕНА

А незрелостью пищеварительного тракта
Б преобладанием в кишечной микрофлоры бифидобактерий
В повышенным осмотическим давлением в кишечнике
Г наличием аэробной флоры

ОСОБЕННОСТЬЮ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

А быстрый транзит пищи
Б ускорение транзита пищи при искусственном вскармливании
В замедленный транзит пищи
Г редкое опорожнение кишечника при грудном вскармливании

ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ ЗА 1 МИНУТУ У РЕБЁНКА В ВОЗРАСТЕ 1 МЕСЯЦА СОСТАВЛЯЕТ:

А 40-60
Б 60-70

В 30-35
Г 16-18

МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ВЕЩЕСТВА ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:

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

ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ТОНКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А относительно высокая проницаемость слизистой оболочки
Б высокая барьерно-защитная проницаемость
В относительно низкая проницаемость слизистой оболочки
Г невысокая всасывательная способность

ФОРМИРОВАНИЕ НИЖНЕГО НОСОВОГО ХОДА У ДЕТЕЙ ПРОИСХОДИТ К:

А 4 годам
Б 10 годам
В моменту рождения
Г 7 годам

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

А ограниченным оттоком крови от головного мозга
Б ограниченным кровоснабжением головного мозга
В высокими темпами развития ЦНС
Г ранней миелинизацией нервных волокн

МАЛЫЙ РОДНИЧОК ЗАКРЫВАЕТСЯ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ К ___ МЕС:

А 1-2
Б 5-6
В 3-4
Г 7-8

СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ЗА 1 МИНУТУ У РЕБЁНКА В 1 ГОД СОСТАВЛЯЕТ:

А 120
Б 100

В 140
Г 160

КОЛИЧЕСТВО МОЧЕИСПУСКАНИЙ ЗА СУТКИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ:

А 5
Б 3
В 10
Г 15

У НОВОРОЖДЁННОГО ОСНОВНАЯ МАССА МЫШЦ ПРИХОДИТСЯ НА МЫШЦЫ:

А туловища
Б верхних конечностей
В ягодичной области
Г нижних конечностей

ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА СЕРДЦЕБИЕНИЙ У РЕБЁНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕНА ____ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

А повышением тонуса симпатической
Б снижением тонуса симпатической
В снижением тонуса парасимпатической
Г повышением тонуса парасимпатической

ЁМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ПОДРОСТКОВ ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ (В МИЛЛИЛИТРАХ)

А 350
Б 170
В 210
Г 520

РАЗВИТИЕ ЭЛАСТИЧЕСКОЙ ТКАНИ ЛЁГКОГО ЗАВЕРШАЕТСЯ К:

А 12 годам
Б 12 месяцам
В 5 годам
Г рождению

У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СЛАБО РАЗВИТЫМ ОТДЕЛОМ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

А кардиальный
Б тело
В антральный

Г пилорический

ОСОБЕННОСТЬЮ ПЕЧЕНИ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ:

А является сформированные, слабо дифференцированные дольки
Б является содержание грубоволокнистой соединительной ткани
В является слаборазвитая нежная соединительная ткань
Г являются несформированные, слабо дифференцированные дольки

БУРАЯ ЖИРОВАЯ КЛЕТЧАТКА У ДЕТЕЙ:

А обеспечивает несократительный термогенез
Б увеличивается с возрастом ребёнка
В локализуется на нижних конечностях
Г обеспечивает сократительный термогенез

ОСОБЕННОСТЬЮ КОЖИ НОВОРОЖДЁННОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

А склонность к шелушению и мацерации
Б хорошее развитие половых желёз
В плотная связь эпидермиса с дермой
Г капиллярно-трофическая недостаточность

ОСОБЕННОСТЬЮ СЛЕПОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:

А высокое расположение
Б хорошо фиксированная брыжейка
В низкое расположение
Г развитый илеоцекальный клапан

ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ДЛИНА ТОНКОЙ КИШКИ С ВОЗРАСТОМ РЕБЁНКА:
А уменьшается
Б увеличивается
В увеличивается и уменьшается
Г абсолютно не изменяется

ВЕС ПОЧКИ У НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА РАВЕН (ГРАММ)

А 10-12
Б 40-50
В 5-7
Г 33-36

ПРИЧИНОЙ СМЕЩЕНИЯ ТРАХЕИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:

А мягкость хрящевого каркаса

Б обильная васкуляризация тканей
В недоразвитие эластической ткани
Г нежность слизистой оболочки

СРЕДНЯЯ ПЛОЩАДЬ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА У НОВОРОЖДЁННЫХ СОСТАВЛЯЕТ (М2)

А 0,25
Б 0,70
В 0,50
Г 0,15

ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ У ГОДОВАЛОГО РЕБЁНКА СОСТАВЛЯЕТ ___ ДВИЖЕНИЙ В 1 МИНУТУ

А 30-35
Б 40-60
В 16-18
Г 20-25

САЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ НАЧИНАЮТ ФУНКЦИОНИРОВАТЬ С:

А 7 месяца внутриутробного развития
Б 3-4 месяца жизни
В 1 месяца постнатального процесса
Г 35-37 недели гестации

В ПРОЦЕССЕ ПИЩЕВАРЕНИЯ В ЖЕЛУДКЕ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ПРОИСХОДИТ:

А денатурация белков (створаживание белков)
Б расщепление белков до полипептидов
В расщепление углеводов до моносахаридов
Г расщепление коллагеновых белков до аминокислот

ШЕЙНЫЙ ЛОРДОЗ ФОРМИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (МЕС)

А 2-3
Б 5-6
В 11-12
Г 9-10

ПРИДАТОЧНЫЕ ПАЗУХИ НОСА РАЗВИТЫ НЕДОСТАТОЧНО У ДЕТЕЙ:

А раннего возраста
Б дошкольников
В школьников

Г старшего возраста

РАБОТОСПОСОБНОСТЬ ДЕТСКОГО СЕРДЦА ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ:

А относительно большой массой сердца на единицу массы тела
Б большим количеством артерий и капилляров на единицу поверхности тела
В магистральным типом коронарного кровотока
Г количеством анастомозов сосудов сердца

ОТНОСИТЕЛЬНАЯ РЕДКОСТЬ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У РЕБЁНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОБУСЛОВЛЕНО:

А недоразвитием кавернозной части подслизистой
Б отсутствием нижнего носового хода
В узкими носовыми ходами
Г сухостью слизистой оболочки

ФОРМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА:

А шарообразная
Б вытянутая
В капельная
Г треугольная

ОСОБЕННОСТЬЮ БРОНХОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:

А узкий просвет
Б хорошее сопротивление спадению
В широкий просвет
Г особенность хрящевого каркаса

ФОРМИРОВАНИЕ АЛЬВЕОЛ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К:

А 8 годам
Б 2 годам
В 5 годам
Г моменту рождения

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОЛОСТНОГО ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ:

А компенсируют аутолиз
Б компенсируют энзимы
В компенсирует проксимальный сдвиг пищеварения
Г компенсируют ускоренное продвижение химуса

ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ В 9-12 ЛЕТ ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ (В МИЛЛИЛИТРАХ)

А 220
Б 150
В 100
Г 350

ПРИ РАСЩЕПЛЕНИИ ЖИРОВ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ НАИБОЛЬШЕЙ АКТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ ЛИПАЗА:

А желудочная
Б поджелудочной железы
В кишечного сока
Г лингвальная

ОСОБЕННОСТЬЮ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ:

А горизонтальное расположение
Б постоянная форма
В вертикальное расположение
Г постоянное положение

ГОРТАНЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ИМЕЮТ ФОРМУ:

А воронки
Б цилиндра
В пирамиды
Г призмы

В ВОЗРАСТЕ 2 ЛЕТ У ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ДЫХАНИЕ:

А пуэрильное
Б везикулярное
В бронхиальное
Г жёсткое

НИЗКИЕ ЦИФРЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕНЫ:

А малым ударным объёмом сердца
Б высоким сопротивлением периферических сосудов
В незрелостью вагусной регуляции
Г узким просветом сосудов лёгких

ОСОБЕННОСТЬЮ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ НОВОРОЖДЁННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:

А наибольшая относительная поверхность
Б преобладание теплопродукции над теплоотдачей
В наименьшая относительная поверхность тела
Г низкий клеточный метаболизм

ДИФФЕРЕНЦИРОВКА НЕРВНЫХ КЛЕТОК КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЗАВЕРШАЕТСЯ К ___ ГОДАМ ЖИЗНИ

А 3
Б 5
В 12
Г 15

МИЕЛИНИЗАЦИЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКН В ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К ____ ГОДАМ:

А 5
Б 3
В 2
Г 1

НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЕ ТЕМПЫ УВЕЛИЧЕНИЯ МАССЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ПРИХОДЯТСЯ В ВОЗРАСТЕ:

А от 0 месяцев до 1 года
Б от 1 года до 5 лет
В от 10 лет до 17 лет
Г от 6 лет до 10 лет

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ОБЪЁМ ЖЕЛУДКА У ДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (В МИЛЛИЛИТРАХ)

А 10
Б 30
В 20
Г 50

К ОСОБЕННОСТЯМ ТОНКОЙ КИШКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТ:

А крупные кишечные железы
Б полностью сформированные пейеровы бляшки
В незначительное количество лимфатических сосудов
Г мелкие кишечные железы

НАИБОЛЕЕ ВЫСОКАЯ АКТИВНОСТЬ ЛАКТАЗЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ У ДЕТЕЙ

А первого года жизни
Б младшего школьного возраста
В старшего школьного возраста
Г раннего и дошкольного возраста

СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ ЗА 1 МИНУТУ У РЕБЁНКА 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ:

А 30
Б 50
В 25
Г 40

У ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА В ВОЗРАСТЕ 1 МЕСЯЦА СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

А 100-300
Б 50-70
В 350-400
Г 450-600

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

А 1-1,5
Б 10-12
В 6-8
Г 3-5

ОСОБЕННОСТЬЮ МЫШЦ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

А отсутствие расслабления во время сна
Б мышечная гипотония
В преобладание тонуса мышц-разгибателей
Г мышечная дистония

ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

А низкая кислотность (pH выше 4)
Б высокая протеолитическая активность
В высокая кислотность (pH ниже 2)
Г низкая активность липазы

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ГИПЕРТОНУС МЫШЦ СГИБАТЕЛЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ИСЧЕЗАЕТ К (МЕС)

А 4
Б 6
В 8
Г 2

КОНТРОЛЬ УПРАВЛЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЕМ ВО ВРЕМЯ НОЧНОГО СНА (ОТСУТСТВИЕ ЭНУРЕЗА) ФОРМИРУЕТСЯ У ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА К ВОЗРАСТУ (В ГОДАХ)

А 4-5
Б 2-3
В 0.5-1
Г 1,5-2

ОСОБЕННОСТЬЮ КРОВОСНАБЖЕНИЯ МОЗГА И ОТТОКА КРОВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ:

А кровоснабжение обильное, отток ограничен
Б кровоснабжение скудное, отток ограничен
В кровоснабжение скудное, отток лучше
Г кровоснабжение обильное, отток лучше

ОСОБЕННОСТЬЮ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

А поперечная складчатость на губах
Б относительно малый размер языка
В слабая васкуляризация слизистой оболочки
Г относительно большой размер

ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ЖИРОВОЙ ТКАНИ И ПОДКОЖНОГО ЖИРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА:

А хорошая защита при воздействии механических факторов
Б хорошая функция сбережения тепла
В хорошая опора для внутренних органов
Г недостаточная функция энергетического и нутриентного обеспечения

У ГОДОВАЛОГО РЕБЁНКА В ЛЁГКИХ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

А пуэрильное
Б бронхиальное
В везикулярное
Г ларинготрахеальное

ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ У ГОДОВАЛОГО РЕБЁНКА СОСТАВЛЯЕТ ____ В МИНУТУ:

А
30-35
Б 50-55
В 20-25
Г 40-45

ФИЛЬТРАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ПРИБЛИЖАЕТСЯ К УРОВНЮ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ПОСЛЕ (ГОД)

А 2
Б 5
В 7
Г 3

К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ РЕБЁНКА ЧИСЛО СФОРМИРОВАННЫХ НЕРВНЫХ КЛЕТОК ГОЛОВНОГО МОЗГА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

А 25
Б 100
В 50
Г 75

ПРИ РАСЩЕПЛЕНИИ ЖИРОВ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА И ВЗРОСЛЫХ НАИБОЛЬШЕЙ АКТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ ЛИПАЗА

А поджелудочной липазы
Б лингвальная
В желудочная
Г кишечного сока

ВНЕШНЕЕ И ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ КОСТЕЙ РЕБЁНКА ПРИБЛИЖАЕТСЯ К ТАКОВЫМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ У ВЗРОСЛОГО К ВОЗРАСТУ (В ГОДАХ)

А 12
Б 3
В 15
Г 7

ЛЁГКОСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ И ИНФИЦИРОВАНИЯ КОЖИ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ СВЯЗАНА С:

А тонкостью кожи, склонностью к мацерации, незрелостью местного иммунитета
Б толстым, рыхлым роговым слоем, склонностью к мацерации
В тонкостью кожи, кислой реакцией секрета кожи
Г толстым, рыхлым роговым слоем, незрелостью местного иммунитета

ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ОСЬ СЕРДЦА В НОРМЕ У НОВОРОЖДЁННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

А отклонением вправо
Б вертикальным положением
В отклонением влево
Г нормальным положением

НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЕ ТЕМПЫ УВЕЛИЧЕНИЯ МАССЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ПРИХОДИТСЯ НА ___ ГОД ЖИЗНИ

А 0–1
Б 12-15
В 1-5
Г 6-10

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКРЫТИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА ПРОИСХОДИТ В:

А в первые часы новорожденности
Б первое полугодие жизни
В конце первого месяца жизни
Г конце первого года жизни

ОТНОСИТЕЛЬНАЯ РЕДКОСТЬ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У РЕБЁНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ:

А недоразвитием кавернозной части подслизистой оболочки
Б сухостью слизистой оболочки
В слабой васкуляризации
Г отсутствием нижнего носового хода

ОСОБЕННОСТЬЮ КОЖИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:

А тонкий эпидермис
Б плотная связь между эпидермисом и дермой
В достаточное развитие зернистого слоя эпидермиса
Г недостаточное кровоснабжение

ПОЧКИ НОВОРОЖДЕННОГО:

А имеют зрелую ферментативную систему
Б относительно маленького размера
В имеют бобовидную форму
Г относительно большого размера

КРАЙ ПЕЧЕНИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ РАСПОЛОЖЕН ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НИЖЕ КРАЯ РЕБЕРНОЙ ДУГИ У РЕБЁНКА ДО ___ ГОДА (ЛЕТ)

А 5-7
Б 8-10
В 11-13
Г 2-4

БОЛЕЕ НИЗКОЕ ТОПОГРАФИЧЕСКОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ПОЧЕК СОХРАНЯЕТСЯ У ДЕТЕЙ ДО

А 7 лет
Б 1 года
В 5 лет
Г 3 лет

ОСОБЕННОСТЬЮ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:

А узость голосовой щели
Б недостаточное кровоснабжение слизистого слоя
В хорошее развитие эластической ткани
Г большое скопление слизи

ВНЕШНЕЕ СТРОЕНИЕ И ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВКА КОСТНОЙ ТКАНИ ДЕТЕЙ ПРИБЛИЖАЮТСЯ К ХАРАКТЕРИСТИКАМ КОСТИ ВЗРОСЛЫХ К ВОЗРАСТУ (ГОД)

А 12
Б 10
В 15
Г 7

ДЛЯ ДЕТЕЙ С ВОЗРАСТА 6-ТИ МЕСЯЦЕВ ДО 7 ЛЕТ ХАРАКТЕРНО ___ ДЫХАНИЕ:

А пуэрильное
Б усиленно бронхиальное
В везикулярное ослабленное
Г жёсткое

СРЕДНЯЯ ЁМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У РЕБЁНКА ПЯТИ ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

А 150
Б 250
В 450
Г 350

НЁБНЫЕ МИНДАЛИНЫ ВЫХОДЯТ ЗА ПРЕДЕЛЫ НЁБНЫХ ДУЖЕК У ДЕТЕЙ СТАРШЕ:

А 1 года
Б 1 месяца
В 3 лет
Г 7 лет

ОБСТРУКЦИИ БРОНХОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СПОСОБСТВУЕТ

А узость просвета бронхов
Б недоразвитие дыхательного центра
В отсутствие коллатеральной вентиляции
Г недостаточная васкуляризация бронхов

ОСОБЕННОСТЯМИ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

А большая звучность тонов, физиологическая тахикардия
Б физиологическая тахикардия, акцент второго тона над аортой
В приглушённость всех тонов, физиологическая тахикардия
Г физиологическая брадикардия, акцент первого тона над аортой

ОСОБЕННОСТЬЮ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А воронкообразная форма
Б хорошо выраженные анатомические сужения
В широкий просвет
Г более низкое расположение входа

ПРЕОБЛАДАНИЕ ШИРИНЫ ТАЗА У ДЕВОЧЕК ПО СРАВНЕНИЮ С МАЛЬЧИКАМИ СТАНОВИТСЯ ЗАМЕТНЫМ ПОСЛЕ (ГОД)

А 8-10
Б 3-5
В 10-12
Г 5-7

КОНЦЕНТРАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ДОСТИГАЕТ УРОВНЯ ВЗРОСЛЫХ К ВОЗРАСТУ:

А 20-24
Б 2-4
В 12-15
Г 6-9

ОСОБЕННОСТЬЮ ПЕЧЕНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

А большой размер
Б большая плотность
В меньшая «гликогенная» ёмкость
Г большее количество липидов

КОНТРОЛЬ УПРАВЛЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЕМ ДНЁМ ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА К ВОЗРАСТУ (В ГОДАХ)

А 2-3
Б 0,5-1
В 4-5
Г 1-1,5

ЭКГ РЕБЁНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ЭКГ ПОДРОСТКА:

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

КОСТНАЯ ТКАНЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПО СРАВНЕНИЮ СО ВЗРОСЛЫМИ:

А менее плотная, более гибкая, склонна к деформациям
Б более плотная, менее гибкая, не склонна к деформациям
В менее плотная, менее гибкая, не склонна к деформациям
Г более плотная, более гибкая, не склонна к деформациям

УЗОСТЬ ГОЛОСОВОЙ ЩЕЛИ СОХРАНЯЕТСЯ У РЕБЁНКА ДО ____ ЛЕТ

А 7
Б 3
В 12
Г 5

S – ОБРАЗНУЮ ФОРМУ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ОБУСЛАВЛИВАЕТ:

А необычное расположение печёночной артерии
Б необычное расположение двенадцатиперстной кишки
В высокое стояние диафрагмы
Г аномалия желчных протоков

ДЫХАНИЕ ЧЕРЕЗ РОТ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ ПРАКТИЧЕСКИ НЕВОЗМОЖНО ИЗ-ЗА:

А оттеснения надгортанника большим языком

Б недоразвитие нижней челюсти
В недоразвитие носовых ходов
Г мягких и податливых хрящей надгортанника

НА ЭКГ ВАРИАНТОМ ВОЗРАСТНОЙ НОРМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:

А синусовая аритмия
Б тахикардия
В атриовентрикулярная блокада
Г экстрасистолия

ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ЖКТ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБЪЯСНЯЕТСЯ:

А недостаточностью секреторного аппарата
Б тонкостью слизистой оболочки
В высокой проницаемостью слизистой оболочки
Г недостаточным кровоснабжением слизистой

РАЗВИТИЮ ЭМФИЗЕМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА СПОСОБСТВУЕТ:

А недоразвитием эластической ткани
Б недоразвитием мышечной ткани
В обильное кровоснабжение лёгких
Г узость просвета бронхов

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

А обильным кровоснабжением головного мозга
Б высокими темпами развития ЦНС
В ранней миелинизацией нервных волокн
Г ограниченным кровоснабжением головного мозга

ОСОБЕННОСТЬ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

А сниженной активности естественных антикоагулянтов
Б высокой активности витамин-К-зависимых факторов (II, VII, IX, X)
В повышенной активности плазменных факторов (V, VIII, XI, XII)
Г повышенной функциональной активности тромбоцитов

ОСОБЕННОСТЬЮ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

А большая звучность тонов
Б приглушенность тонов
В ритм галопа
Г экстрасистолия

ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ КОЖИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:

А несовершенство терморегуляции через кожу
Б сниженная резорбционная функция
В зрелость регуляции температуры тела через кожу
Г низкая интенсивность дыхательной функции

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

А гидрофильностью нервной ткани
Б высокими темпами развития ЦНС
В ранней миелинизацией нервных волокн
Г ограниченным кровоснабжением головного мозга

ГЛУБИНА ВВЕДЕНИЯ ГАЗООТВОДНОЙ ТРУБКИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ДОЛЖНА БЫТЬ ДО (В СМ)

А 5-8
Б 9-10
В 20
Г 10-15

МИЕЛИНИЗАЦИЯ СПИННОГО МОЗГА И ЕГО КОРЕШКОВ ЗАВЕРШАЕТСЯ К ВОЗРАСТУ (В ГОДАХ):

А 3
Б 7
В 5
Г 1

ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ В СЫОРОТКЕ КРОВИ

А анти-HAV IgM
Б HBvAg
В анти-HCV IgM
Г HBsAg

ИНСПИРАТОРНАЯ ОТДЫШКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

А крупа
Б бронхиальной астмы
В бронхиолита
Г пневмонии

ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ НАЗНАЧАЕТСЯ СТОЛ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ

А 5
Б 7
В 1
Г 2

ПРИ ЛЕГКОЙ ФОРМЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА СООТВЕТСВУЕТ УРОВЕНЬ БИЛИРУБИНА ДО (МКМОЛЬ/Л)

А 85
Б 65
В 45
Г 25

ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А водный
Б гемотрансфузионный
В трансмиссивный
Г половой

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ ОБЯЗАТЕЛЬНО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

А бактериологическое исследование кала
Б ректороманоскопию
В бактериологическое исследование мочи
Г коагулограмму

БАЗИСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А постельный режим и диету
Б антибиотики
В гормоны
Г введение гамма-глобуллина

ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ HBS-АНТИГЕНЕМИИ ОТ РАБОТЫ ОТСТРАНЯЕТСЯ

А медицинская сестра станции переливания крови
Б врач-стоматолог

В врач-хирург
Г врач-педиатр участковый

ВЕРТИКАЛЬНЫЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ВОЗМОЖЕН ПРИ

А вирусном гепатите В
Б скарлатине
В дизенетерии
Г дифтерии

ПРИ ОСТРОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В ИНТОКСИКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕН В _____ ПЕРИОДЕ

А желтушном
Б преджелтушном
В инкубационном
Г постжелтушном

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РЕКОВАЛЕСЦЕНТАМИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ВКЛЮЧАЕТ

А определение уровня билирубина и его фракций, активности АЛТ
Б определение СРБ, белковых фракций, тимоловой пробы
В КТ печени
Г пункционную биопсию печени

ГЕПАТИТ Е НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНО ПРОТЕКАЕТ У

А беременных женщин
Б подростков
В детей раннего возраста
Г детей дошкольного возраста

КАКОЙ ВИРУС НЕ ИМЕЕТ СВОЕЙ ОБОЛОЧКИ?
А
Б HDV
В HBV
Г HAV
Д HCV

В ЖАРКИХ СТРАНАХ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ ГЕПАТИТ

А HEV
Б HCV
В HDV
Г HAV

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ГЕПАТИТА В СОСТАВЛЯЕТ

А 60-180 дней
Б 10-40 дней
В 6-12 месяцев
Г 3-6 месяцев

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЩКЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А холестаза
Б цитолиза
В гемолиза
Г мезенхимального воспаления

УЛУЧШЕНИЕ САМОЧУВСТВИЯ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ЖЕЛТУХИТИПИЧНО ДЛЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА

А A
Б B
В D
Г C

ЕДИНСТВЕННЫМ МАРКЕРОМ, ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ У ЗДОРОВЫХ РЕКОВАЛЕСЦЕНТОВ ГЕПАТИТА В, ЯВЛЕТСЯ

А анти-HBcor-суммарный
Б анти-HAVIgM
В HBS-Ag
Г анти-HAVIgG

МЕДРАБОТНИКАМ НЕОБХОДИМА ЭКСТРЕННВАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВГВ ПРИ

А повреждении кожных покровов в процессе проведения различных манипуляций больному ВГВ или носителю HBs антигена, если медработник был ранее не вакцинирован или был вакцинирован, но титр антител к HBs-антигену не превышает 10 МЕ/мл
Б уходе за любым больными ВГВ, даже в отсутствие повреждения кожных покровов
В повреждении кожных покровов при проведении различных манипуляций больному ВГВ или носителю HBs антигена, если медработник был ранее вакцинирован и титр антител к HBs-антигену превышает 20 МЕ/мл
Г любых манипуляциях с повреждением кожи

ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ПРОТРОМБИНОВЫЙ ИНДЕКС

А снижается

Б остается неизменным
В сначала снижается, потом повышается
Г повышается

ДЛЯ СИНДРОМА ЖЕЛТУХИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А повышение прямого билирубина
Б ускорение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) гемолиз
В геморрагических заболеваниях

ДЛЯ БЕЗЖЕЛТУШНОЙ ФОРМЫ ГЕПАТИТА НЕХАРАКТЕРНО

А появление желтухи
Б появление ринита
В повышение температуры тела
Г увеличение размеров печени

ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ

А цитолитический синдром
Б холестаз
В развитие почечной недостаточности
Г появление признаков инфекционно-токсического шока

МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦТОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А СОСТАВЛЕТ (В ДНЯХ)

А 45
Б 12
В 28
Г 7

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГОВ ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ГЕПАТИТА А ПРИ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

А дезинтоксикация
Б дегидратация
В назначение глюкокортикоидов
Г регидратация

«ЛАСКОВЫМ УБИЙЦЕЙ» НАЗЫВАЮТ ВИРУС ГЕПАТИТА

C
D

А
В

СЕРОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ ЭТИОЛОГИЮ ГЕПАТИТА А В ОСТРЫЙ ПЕРИОД БОЛЕЗНИ, ЯВЛЕТСЯ

А анти-HAV IgM
Б анти-HAV IgG
В анти-HBe IgM
Г анти-HBc IgM

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ D РАЗВИВАЕТСЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ОСТРЫМ ГЕПАТИТОМ

А В
Б С
В G
Г А

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КАРАНТИНА В ОЧАГЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА СОСТАВЛЕТ (В ДНЯХ)

А 35
Б 26
В 65
Г 14

ОСТРЫЙ ГЕПАТИТ ПЕРЕХОДИТ В ХРОНИЧЕСКИЙ ПРИ СОХРАНЕНИИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЕЕ (МЕС)

А 6
Б 3
В 1
Г 12

ИНТОКСИКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕН ___В ПЕРИОДЕ

А преджелтушном
Б желтушном
В инкубационгм
Г постжелтушном

КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ ДЕЛЬТА-ИНФЕКЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ

А ко-инфекции В+Д

Б острый гепатит Д+А
В острый гепатит Д
Г хронический гепатит Д

В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕМ ГЕПАТИТ

А HAV
Б HVD
В HBV

ВОЗБУДИТЕЛЬ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ПЕРЕДАЕТСЯ___ПУТЕМ

А воднным
Б шприцевым
В половым
Г трансмиссивным

ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А ЯВЛЯЕТСЯ

А фекально-оральный
Б трансмиссивный
В вертикальный
Г аэрогенный

ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ТЕСТОМ ПЕРВОЙ НЕОБХОДИМОСТИ ПРИ ИДЕНТИФИКАЦИИ ВСГ-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

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

В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ СИНДРОМ

А геморрагичекий
Б диареи
В рвоты
Г анорексии

ДНК ИМЕЕТ ВИРУС ГЕПАТИТА

А HBV
Б HCV
В HDV
Г HAV

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ГЕПАТИТА А СОСТАВЛЯЕТ

А
Б 15-45 дней
В 6-12 месяцев
Г 60-180дней
Д 1,5-6 месяцев

ПРИЗНАКОМ ФУЛЬМИНАНТНОГО ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А появление неврологической симптоматики
Б нарастание размеров селезенки
В появление жидкого стула
Г нарастание размеров печени

МАРЕНРОМ ОСТРОГО ПЕРИОДА ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ

А анти HAV иммуноглобулин М
Б анти-HBcor-сумм
В HBS-антиген
Г анти-HAV иммуноглобулин G

МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА С ЯВЛЯЕТСЯ

А тестирование донорской крови
Б пассивная иммунизация
В назначение противовирусных препаратов
Г активная иммунизация

СЕРОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ГЕПАТИТА С ЯВЛЯЕТСЯ

А анти HCV
Б анти NA VCA
В анти CMV
Г анти HBc

ФУЛЬМИНАТНЫЙ ГЕПАТИТ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ У

А детей первого года жизни
Б детей дошкольного возраста
В людей старше 60 лет
Г подростков

ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ

А фекально-оральный
Б трансмиссивный
В парентеральный
Г аэрогенный

ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ГЕПАТИТА А

А фекально-оральный
Б трансмиссивный
В парентеральный
Г аэрогенный

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ ИМЕЮТ МЕХАНИЗМ ИНФИЦИРОВАНИЯ

А фекально-оральный
Б аэрогенный
В трансмиссивный
Г парентеральный

ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ЭКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А дефицит массы тела больного
Б кратность рвоты
В выраженность лихорадки
Г частота дефекаций

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ЭКСИКОЗЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН

А раствор Рингера
Б свежезамороженная плазма
В раствор глюкозы 10%
Г раствор глюкозы 5%

ОБЪЕМ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ЭКСИКОЗЕ СОСТАВЛЯЕТ (МЛ/ КГ)

А 100
Б 75
В 50
Г 200

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

А отказе от эмпирической антибактериальной терапии.

Б выборе в качестве стартового препарата парентеральных антибиотиков широкого спектра действия
В сокращении продолжительности курсов антибактериальной терапии
Г выборе в качестве стартового препарата пероральных антибиотиков, не всасывающихся в ЖКТ

МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ БРЮШНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ

А фекально-оральный
Б контактный
В вертикальный
Г аэрогенный

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭНТЕРОИНВАЗИВНОГО ЭШЕРИХИОЗА НАПОМИНАЕТ

А шигеллёз
Б пневмонию
В сальмонеллёз
Г криптоспоридиоз

СТУЛ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ЧАЩЕ НАПОМИНАЕТ

А болотную тину
Б серую глину
В ректальный плевок
Г малиновое желе

НАИБОЛЕЕ ВЫСОКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИЗЕНТЕРИЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ СРЕДИ

А дошкольников
Б детей первых месяцев жизни
В детей школьного возраста
Г взрослых на территориях, эндемичных по дизентерии

СНИЖЕНИЕ ТУРГОРА ТКАНЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

А эксикозе
Б гипотиреозе
В рахите
Г анемии

ОСНОВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ШИГЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

А колитический
Б энтеритный
В судорожный

Г геморрагический

ЗАРАЖЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ПРОИСХОДИТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПУТЕМ

А контактно-бытовым
Б трансплацентарным
В водным
Г алиментарным

К ТИПИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ОТНОСИТСЯ

А перфорация язвы кишечника
Б инфекционный паротит
В менингоэнцефалит
Г долевая пневмония

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГАСТРОЭНТЕРИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ

А поддержание нормальной гидратации и водно-электролитного баланса
Б терапи препаратами, содержащими пробиотические культуры микроорганизмов
В симптоматическое лечение противорвотными и антидиарейными средствами
Г рациональную антибиотикотерапию препаратами максимально широкого спектра

К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ХОЛЕРЕ ОТНОСИТСЯ

А бактериологический
Б биологический
В аллергологический
Г серологический

ДЛЯ ИЕРСИНИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНА СЫПЬ

А мелкоточечная
Б везикулезная
В пустулезная
Г геморрагическая звездчатая

ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ КАМПИЛОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЮТСЯ

А сырые продукты животного происхождения
Б больные люди и носители бактерий из рода Campylobacter
В предметы медицинского назначения в стационарах
Г продукты питания, загрязненные выделениями грызунов

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ

А нифуроксазида
Б интерферона альфа
В лоперамида
Г фосфомицина

ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ДИЗЕНТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ
А шигеллы
Б иерсинии
В эшерихии
Г клебсиеллы

ПО ТИПУ РАЗВИТИЯ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ОТНОСИТСЯ К «ИНВАЗИВНЫМ» КИШЕЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ

А шигеллез
Б холера
В аденовирусная инфекция
Г ротавирусная инфекция

ФИМБРИИ (ПИЛИ) ОБРАЗУЮТ БАКТЕРИИ РОДА SHIGELLA

А Флекснера
Б Бойда
В дизентерии
Г Зонне

ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВИРУСНОЙ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А ротавирус
Б тогавирус
В риновирус
Г РС-вирус

ДИЕТА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ

А свежих фруктов
Б сухарей
В каш на воде
Г слизистых супов

ИСТОЧНИКОМ ИЕРСИНИОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

А мышевидные грызуны
Б иксодовые клещи
В платяные вши
Г дикие птицы

ВЫРАЖЕННАЯ ПОТЕРЯ ЭЛЕКТРОЛИТОВ ИЗ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

А рвоте и жидком стуле
Б выраженной одышке
В гипертермии
Г потливости

МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А клинико-эпидемиологический
Б морфологический
В инструментальный (ректороманоскопия)
Г биологический

ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ БОЛЬ В ЖИВОТЕ

А схваткообразная, усиливается перед актом дефекации
Б острая («кинжальная») после дефекации
В постоянная, ноющего характера
Г появляется только после акта дефекации

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А эксикоз
Б токсикоз
В септическое состояние
Г судороги

ПРИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С ЭКСИКОЗОМ, ОРАЛЬНАЯ РЕГИДРАТАЦИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ДОПОЛНЕНА ПАРЕНТЕРАЛЬНОЙ ПРИ

А наличии признаков гиповолемического шока
Б эпизодической рвоте
В дефиците массы тела за счет обезвоживания 3-5%
Г наличии синдрома первичного нейротоксикоза

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

А с тяжелым обезвоживанием
Б с сопутствующей соматической патологией
В первого года жизни
Г с 2-кратной рвотой в течение 8 часов

У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ СТЯЖЕЛОЙ ГИПОТРОФИЕЙ ДИЗЕНТЕРИЯ ЧАЩЕ ОСЛОЖНЯЕТСЯ

А бактериемией
Б лейкемоидной реакцией
В реактивным артритом
Г гемолитико-уремическим синдромом

У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ПИЩЕВЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРОВОДЯТ ЗАБОР

А кала
Б мочи
В спинномозговой жидкости
Г крови

ДЛЯ ТОКСИКОЗА С ЭКСИКОЗОМ ПО СОЛЕДЕФИЦИТНОМУ ТИПУ ХАРАКТЕРНЫ

А адинамия, отсутствие жажды, пастозность, олигурия
Б рвота , боли в животе, жидкий стул с кровью
В лихорадка, жажда, сухость слизистых, олигурия
Г высокая лихорадка, отеки, гематурия

У БОЛЬНОГО С УМЕРЕННОЙ ЖАЖДОЙ И СУХОСТЬЮ СЛИЗИСТЫХ, НЕБОЛЬШОЙ ЛАБИЛЬНОСТЬЮ ПУЛЬСА, ЖИДКИМ СТУЛОМ 3-10 РАЗ В СУТКИ, СТЕПЕНЬ ДЕГИДРАТАЦИИ

А I, потеря жидкости 1-3% от массы тела
Б II, потеря жидкости 4-6% от массы тела
В III, потеря жидкости 7-10% от массы тела
Г 0, нет потерь жидкости

ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ПРИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ

А смектит диоктаэдрический
Б ацетазоламид
В фуросемид
Г лоперамид

ОСНОВНОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА

А алиментарный
Б трансплацентарный
В воздушно-капельный
Г парентеральный

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЕГКИХ ФОРМ ВИРУСНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ДОМУ ПРЕИМУЩЕСТВО ОТДАЕТСЯ

А сорбентам
Б противовирусным препаратам
В ферментам
Г антибиотикам

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ E.COLI СЕРОТИП 0157:H7 НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

А всем пациентам с диареей, имеющим примесь крови в кале
Б педиатрическим пациентам (любого возраста) с водянистой диареей
В всем педиатрическим пациентам с эксикозом тяжелой степени тяжести
Г всем пациентам первого года жизни с затяжным диарейным синдромом

ПРИ ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ РВОТА

А приносит облегчение
Б не приносит облегчение
В возникает при резком вставании больного
Г не связан с приемом пищи

К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ КИШЕЧНОГО ИЕРСИНИОЗА ОТНОСИТСЯ

А мезаденит
Б гнойный лимфаденит
В лакунарный тонзиллит
Г везикулезная сыпь

К БАКТЕРИАЛЬНЫМ КИШЕЧНЫМ ИНФЕКЦИЯМ ОТНОСЯТ

А сальмонеллёз
Б грипп
В ротавирусную инфекцию
Г энтеровирусную инфекцию

ОТНОСИТЕЛЬНО ПОЗДНИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЭКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А низкий тургор тканей
Б задержка заполнения капилляров ногтевого ложа
В тахикардия и тахипноэ
Г снижение объема диуреза

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А гастроэнтерит
Б ларингит
В колит
Г панкреатит

В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ БРЮШНОГО ТИФА У ШКОЛЬНИКА ОФОРМЛЯЕТСЯ

А экстренное извещение
Б справка
В амбулаторная карта больного
Г освобождение от занятий в школе

К ОСНОВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНОГО С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ОТНОСЯТ

А диету, оральную регидратацию, сорбенты
Б ограничение пищи и водной нагрузки, ферменты
В обильное питье, иммунотропные препараты
Г диету, антибактериальную терапию

ЛЕТНЕ-ОСЕННИЙ ПОДЪЕМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИМЕЕТ

А дизентерия
Б ротавирусная инфекция
В менингококковая инфекция
Г грипп

ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А алиментарный
Б воздушно-капельный
В трансплацентарный
Г контактно-бытовой

КЛИНИКА ЭНТЕРОПАТОГЕННОГО ЭШЕРИХИОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А подострым началом, упорной рвотой, энтеритным характером стула

Б подострым началом, повторной рвотой, стулом в виде «болотной тины»
В острым началом, однократной рвотой, колитным стулом, токсикозом
Г острым началом, многократной рвотой, водянистым обильным стулом без патологических примесей

ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ ДЛЯ ОРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИМЕНЯЮТ

А Регидрон
Б Энтеродез
В Лактофильтрум
Г Смекта

ОСОБЕННОСТЬЮ ШИГЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А возможность развития токсикоза с эксикозом
Б развитие менингоэнцефалита
В появление экзантемы
Г развитие непроходимости кишечника

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А Цефепим
Б Пенициллин
В Тетрациклин
Г Эритромицин

ЗАПРЕЩЕННЫМИ ПРОДУКТАМИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

А каши на цельном молоке
Б сухари из белого хлеба
В каши на воде
Г молочно-кислые продукты (кефир, творог)

СТУЛ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ЧАШЕ БЫВАЕТ В ВИДЕ

А болотной тины
Б «мясных помоев»
В малинового желе
Г рисового отвара

ЛЯМБЛИИ ПАРАЗИТИРУЮТ В

А тонкой кишке
Б толстой кишке

В тонкой и толстой кишке
Г билиарном тракте

ПРИ РАЗВИТИИ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ПИЩЕВЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ПРИМЕНЯЮТ

А кристаллоидные растворы внутривенно
Б прессорные амины
В сердечные гликозиды
Г коллоидные растворы внутримышечно

ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НА САЛЬМОНЕЛЛЕЗ ИСПОЛЬЗУЮТ КАК ОСНОВНОЙ МАТЕРИАЛ

А каловые массы
Б ликвор
В слизь из носоглотки
Г соскоб из розеол

СРЕДСТВОМ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ, КОТОРОЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ШИГЕЛЛЕЗАХ У ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

А Нифуроксазид
Б Доксициклин
В Стрептомицин
Г Ципрофлоксацин

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ШИГЕЛЛЕЗА ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД

А бактериологический
Б вирусологический
В гематологический
Г копрологический

ДЛЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ШИГЕЛЛЕЗАХ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

А нейротоксикоза
Б инфекционно-токсического шока
В токсикоза с эксикозом
Г токсикоза Киша

ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ ХАРАКТЕРЕН СТУЛ

А скудный, с грубой слизью, патологическими примесями
Б жидкий, обильный, зловонный, с примесью жира
В жидкий, пенистый, без патологических примесей
Г обильный, водянистый, типа «рисового отвара»

ПРИЧИНОЙ ГИПООСМОЛЯРНОЙДЕГИДРАТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОТЕРЯ ЖИДКОСТИ

А из желудочно-кишечного тракта
Б при гипервентиляции (тахипноэ)
В при кровопотере
Г при ожогах

ЕСЛИ ПРОВОДИТЬ КОРРЕКЦИЮ ДИАРЕЙНЫХ ПОТЕРЬ ВОДОЙ, ТО У РЕБЕНКА МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ

А внутриклеточный отек
Б уменьшение объема плазмы
В гипернатриемическийэксикоз
Г гиповолемический шок

ПРИ ХОЛЕРЕ КАЛ ИМЕЕТ ВИД

А рисового отвара
Б ректального плевка
В малинового желе
Г болотной тины

МЕРЫ В ОТНОШЕНИИ ЧЕЛОВЕКА КАК ИСТОЧНИКА ВОЗБУДИТЕЛЯ ИНФЕКЦИИ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗАХ ВКЛЮЧАЮТ

А выявление и госпитализацию по клиническим и эпидемиологическим показаниям
Б дератизацию
В уничтожение возбудителя на объектах окружающей среды
Г общеобязательную госпитализацию и дезинфекцию

ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ВИРУСНОЙ ДИАРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

А лактазная недостаточность
Б замедление перистальтики
В инвазия возбудителей с развитием воспалительного процесса
Г гиперсекреция воды и электролитов энтероцитами

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВНУТРИВЕННОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ОСЛОЖНЕНИЕ

А отек лёгких
Б острая почечная недостаточность
В острая печеночная недостаточность
Г инфекционно-токсический шок

КАКОЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ПО ТИПУ «ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ»?

А гастрит
Б энтероколит
В гемоколит
Г гастроэнтерит

ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЭНТЕРОГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ЭШЕРИХИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А контаминация пищевых продуктов или контакт со скотом
Б пребывание на эндемичных территориях, даже в туристических зонах
В контакт со здоровым носителем энтерогеморрагических эшерихий
Г употребление в пищу птицы с плохой термической обработкой

ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ОСТРЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

А бактерии
Б простейшие
В риккетсии
Г вирусы

ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ПРИ ШИГЕЛЛЕЗАХ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

А скудного, без калового запаха стула с примесью мутной слизи и крови
Б обильного жидкого стула с большим количеством зелени и слизи
В водянистого мутно-белого стула с плавающими хлопьями
Г жидкого обильного стула без патологических примесей

К ПРИЗНАКАМ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСЯТ

А высокую стойкую температуру
Б лакунарный тонзиллит
В мелкоточечную сыпь
Г фибринозный налет на миндалинах

ПРИ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ

А антидиарейных средств
Б антибиотикотерапии при легких формах заболевания
В антибиотиков из группы макролидов
Г жаропонижающих препаратов

ХАРАКТЕР СТУЛА ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ

А скудный, с большим количеством мутной слизи, зелени и прожилками крови
Б жидкий, обильный, водянистый
В жидкий, обильный, пенистый
Г жидкий, непереваренный, зловонный

ДЛЯ ТОКСИКОЗА С ЭКСИКОЗОМ ПО ВОДОДЕФИЦИТНОМУ ТИПУ ХАРАКТЕРНЫ

А лихорадка, жажда, сухость слизистых, олигурия
Б рвота, боли в животе, жидкий стул с кровью
В адинамия, отсутствие жажды, пастозность, олигурия
Г высокая лихорадка, отеки, гематурия

ПРИ ШИГЕЛЛЕЗАХ ЛЕЧЕНИЕ ОБЫЧНО ПРОВОДИТСЯ СИСПОЛЬЗОВАНИЕМ

А антибиотикотерапии
Б иммунотерапии
В гормонотерапии
Г цитостатической терапии

КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЭКСИКОЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А сухость кожных покровов
Б бледность кожных покровов
В полиурия
Г выбухание краев большого родничка

ЛЕТНЕ-ОСЕННИЙ ПОДЪЕМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

А дизентерии
Б гриппе
В менингококковой инфекции
Г бруцеллезе

ИСХОД КИШЕЧНОГО ЭКСИКОЗА У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ЗАВИСИТ ОТ

А оперативности начала регидратации
Б сроков прекращения потерь жидкости
В скорости транспортировки пациента в специализированное отделение
Г организации рациональной антибиотикотерапии

ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПРИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А фекально-оральный
Б аэрогенный
В трансмиссивный
Г контактно-бытовой

ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ НА ВЫЯВЛЕНИЕ ЭНТЕРОБИОЗА ПРОВОДЯТОДИН РАЗ В

А год
Б квартал
В полугодие
Г месяц

ВЕДУЩИЙ ПРИНЦИП ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХОЛЕРОЙ СОСТОИТ В ПРИМЕНЕНИИ

А регидратационных средств
Б гормональных средств для борьбы с шоком
В коллоидов с целью дезинтоксикации
Г иммуномодуляторов

ОСОБЕННОСТЬЮ КЛИНИКИ ХОЛЕРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А начало заболевания с жидкого стула с дальнейшим появлением рвоты
Б интоксикация, менингеальный синдром, высокая летальность
В начало заболевания с рвоты с дальнейшим появлением жидкого стула
Г острое начало с многократной рвотой, гипертермическим синдромом, сильными болями в животе, с одновременным или несколько часов спустя появлением жидкого стула

ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ДЛЯ БРЮШНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ

А Падалки
Б Грефе
В Филатова
Г Коплика

С ЦЕЛЬЮ ЭНТЕРАЛЬНОЙДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

А смектитдиоктаэдрический
Б полиэтиленгликоль
В сахаромицеты boulardii
Г лактулозу

СИМПТОМЫ «КАПЮШОНА», «ПЕРЧАТОК», «НОСКОВ» ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

А иерсиниоза
Б краснухи
В кори
Г скарлатины

ОСОБЕННОСТЬЮ ХОЛЕРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А начало заболевания с жидкого стула, далее появляется обильная рвота без предшествующей тошноты
Б начало заболевания с многократной рвоты, далее появляется пенистый водянистый стул без примесей крови и слизи
В начало заболевания с лихорадки, болей в животе, рвоты, далее появляется зловонный стул зеленоватого цвета
Г начало заболевания с болей в животе спастического характера, далее появляются стул по типу «ректального плевка» и тенезмы

ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ ПЕРЕДАЧИ САЛЬМОНЕЛЛ?

А молочные продукты
Б цельные злаки
В иксодовые клещи
Г кровососущие насекомые

НА СКОЛЬКО ПОДГРУПП КЛАССИФИЦИРОВАНЫ БАКТЕРИИ РОДА SHIGELLA?

А четыре
Б шесть
В три
Г пять

ЭЛЕКТИВНОЙ СРЕДОЙ ДЛЯ САЛЬМОНЕЛЛ ЯВЛЯЕТСЯ СРЕДА

А Раппопорта
Б Борде-Жангу
В Эндо
Г Левина

К ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ В ОЧАГЕ САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ

А наблюдение за контактными 7 дней и однократное бактериологическое обследование
Б наблюдение за контактными 14 дней и двукратное бактериологическое обследование
В бактериологическое обследование и экстренная вакцинация контактных В первые 72 часа
Г бактериологическое обследование и 5 дней прием антибактериальных препаратов

АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

А шигеллез
Б ротавирусная инфекция
В носительство сальмонелл
Г норавирусная инфекция

ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ НОРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А рвота
Б стул «болотная тина»
В боль в животе
Г стул в виде «рисового отвара»

ПРИ ОСТРЫХ ДИАРЕЯХ ПЕРОРАЛЬНАЯ РЕГИДРАТАЦИЯНАЧИНАЕТСЯ

А с первых часов манифестации заболевания
Б при госпитализации в стационар
В после восстановления аппетита
Г после купирования рвоты

КЭКСПРЕСС-МЕТОДУ ДИАГНОСТИКИ ЭТИОЛОГИИ ОСТРЫХДИАРЕЙ ОТНОСЯТ

А молекулярно-генетические (ПЦР)
Б серологические
В копроскопические
Г бактериологические

АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙЯВЛЯЕТСЯ

А нифуроксазид
Б ципрофлоксацин
В бензилпенициллин
Г левомицетин

ПРИ ЗАТЯЖНОМ РЕКОВАЛЕСЦЕНТНОМ БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ДИАРЕЙ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ

А специфические бактериофаги
Б антибиотики резерва
В иммуноглобулины
Г таргетныепробиотики

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ МИАЛГИЯ ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ

ИНФЕКЦИИ

А энтеровирусной
Б цитомегаловирусной
В парвовирусной
Г герпес-вирусной VI типа

ЗА ДЕТЬМИ, КОНТАКТИРОВАВШИМИ С БОЛЬНЫМ ДИЗЕНТЕРИЕЙ ИЛИ НОСИТЕЛЕМ, УСТАНАВЛИВАЮТ МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ (В ДНЯХ)

А 7
Б 8-9
В 14
Г 10-12

РЕБЕНКУ 2 ЛЕТ С СИМПТОМАМИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ГЕМОКОЛИТОМ, ПОКАЗАН

А нифуроксазид
Б умифеновир
В амоксициллинаклавуланат
Г левофлоксацин

ОСТРЫМ ДИАРЕЙНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ РЕБЕНКА, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

А сальмонеллез
Б дизентерия
В кампилобактериоз
Г эшерихиоз

У ДЕТЕЙ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СТАРТОВОЙАНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕ СИМПТОМОВ ИНФЕКЦИИ

А шигеллезной
Б ротавирусной
В норовирусной
Г аденовирусной

В ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

А нифуроксазид
Б бифидумбактерин
В осельтамивир
Г домперидон

ДЛЯ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ЭКСИКОЗА У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНЫ:ГИПЕРТЕРМИЯ, БРАДИКАРДИЯ, ВОДЯНИСТЫЙ СТУЛ (БОЛЕЕ 10 РАЗ)

А возбужденный внешний вид
Б полиурия
В шелушение кожных покровов
Г влажный кашель

ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А фекально-оральный
Б трансмиссивный
В парентеральный
Г контактный

ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

А фекально-оральный
Б трансмиссивный
В перкутанный
Г половой

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ГИПЕРТЕРМИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А развитие инфекционных заболеваний
Б перегрев ребенка
В прекращение грудного вскармливания.0
Г нервный стресс

К ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ, ВОЗДЕЙСТВУЮЩИМ НА ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ, ОТНОСИТСЯ

А текущая дезинфекция
Б витаминотерапия
В закаливание
Г вакцинопрофилактика

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ПРЕДПОЛАГАЕТ

А вакцинацию
Б замену трансфузий препаратов крови кровезаменителями
В стерилизацию изделий медицинского назначения в лечебно-профилактических учреждениях
Г использование одноразовых медицинских инструментов

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ДИФТЕРИИ ПРОВОДИТСЯ

А анатоксином
Б полисахаридной вакциной
В живой ослабленной вакциной
Г инактивированной вакциной

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ

А вакцинопрофилактику
Б гимнастику и массаж грудной клетки
В закаливание щадящим методом
Г витаминотерапию, фитотерапию

К МЕРАМ ПРОФИЛАКТИКИ, ИМЕЮЩИМ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ЛИКВИДАЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОЛИОМИЕЛИТОМ, ОТНОСЯТ

А специфическую иммунизацию
Б подворные обходы заболевших
В карантинные мероприятия
Г текущую и заключительную дезинфекцию

РЕВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КОРИ ПРОВОДИТСЯ В

А 6 лет
Б 2 года
В 10 лет
Г 5 лет

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В ДЕТЯМ, РОЖДЁННЫМ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ ПРОВОДЯТСЯ ПО СХЕМЕ (В МЕС)

А 0-1-2-12
Б 0-2-12
В 0-1-6
Г 0-1-6-12

ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ 12 МЕСЯЦЕВ ПРОВОДИТСЯ

А вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
Б вакцинация против гепатита В
В 4 вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита
Г вакцинация против туберкулеза

НЕПРИВИТЫМ ДЕТЯМ СТАРШЕ 12 МЕСЯЦЕВ, КОНТАКТНЫМ ПО КОРИ, РЕКОМЕНДУЮТ

А провести активную иммунизацию вакциной
Б провести пассивную иммунизацию у-глобулином
В проводить только наблюдение 21 день
Г срочную госпитализацию

ПЕРВИЧНАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ ПРОВОДИТСЯ

А АКДС вакциной
Б АДС-М-анатоксином
В АДС-анатоксином
Г БЦЖ-вакциной

ПОД ИНДЕКСОМ КОНТАГИОЗНОСТИ ПОНИМАЮТ ОТНОШЕНИЕ ЧИСЛА ЗАБОЛЕВШИХ

А инфекцией к числу имеющих возможность заразиться ею
Б инфекцией к числу ранее болевших данной инфекций
В одной инфекцией к числу всех инфекционных больных за данный период
Г инфекцией к числу всей популяции в данном регионе

ТЕКУШУЮ И ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ В КВАРТИРЕ ИНФЕКЦИОННОГО БОЛЬНОГО ПРОВОДЯТ

А родственники больного
Б сотрудники дезинфекционной службы
В лица из числа медицинского персонала участковой поликлиники
Г врачи-эпидемиологи

ИММУНИЗАЦИЮ ДЕТЕЙ ПРОТИВ ГЕМОФИЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ПО НАЦИОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРЮ ПРИВИВОК ПРОВОДЯТ С

А трех месяцев
Б месяца
В года
Г рождения

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОКЛЮША ПРИМЕНЯЮТ

А АКДС вакцину
Б противостолбнячный анатоксин
В полиомиелитную вакцину
Г коревую вакцину

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ГРИППА ПРОТИВОПОКАЗАНА ДЕТЯМ С

А аллергией на белок куриного яйца
Б сахарным диабетом
В алопецией
Г рахитом

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ ПО КАЛЕНДАРЮ ПРИВИВОК НАЧИНАЕТСЯ С

А 3 месяцев
Б 1 года
В 6 месяцев
Г рождения

ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ ЖИВОЙ ОРАЛЬНОЙ ПОЛИОМИЕЛИТНОЙ ВАКЦИНОЙ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ВАКЦИНОАССОЦИИРОВАННОГО ПОЛИОМИЕЛИТА У ПРИВИТОГО ЧЕРЕЗ (ДЕНЬ)

А 4-30
Б 60-120
В 30-40
Г 40-60

В ОТВЕТ НА ВВЕДЕНИЕ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В В ОРГАНИЗМЕ ПРОИСХОДИТ ВЫРАБОТКА

А anti-HBs
Б anti-HCV
В anti-HBcore
Г anti-HAV

ПРОВЕДЕНИЕ РЕБЕНКУ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРИВИВКИДОЛЖНО БЫТЬ ЗАФИКСИРОВАНО В

А форма N°112/у
Б журнале учета бактериальных препаратов
В журнале переписи детского населения
Г форме N°030/у

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ГРИППА ПОКАЗАНА ДЕТЯМ С

А 6 месяцев
Б 6 лет
В 16 лет
Г 12 лет

С ЦЕЛЬЮ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЗАНОСА ИНФЕКЦИИ В РАБОТЕ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТСЯ НАЛИЧИЕ

А фильтра с боксами
Б регистратуры
В кабинета здорового ребенка
Г гардероба

КРИТЕРИЕМ ОБЩЕЙ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА НА ПРИВИВКУ ЯВЛЯЕТСЯ

А подъем температуры тела
Б учащение стула
В боли в суставах
Г многократная рвота

К ДОКУМЕНТАЦИИ ПРИВИВОЧНОГО КАБИНЕТА ОТНОСЯТ

А ф063/у
Б контрольную карту диспансерного наблюдения
В паспорт здоровья школьника
Г сертификат профилактических прививок

СЛУЧАЙНАЯ ВАКЦИНАЦИЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНШИНЫ ЖИВОЙ КРАСНУШНОЙ ВАКЦИНОЙ

А не является основанием для прерывания беременности
Б ассоциирована с повышенным риском патологии беременности
В требует назначения женщине противовирусной терапии
Г приводит к возникновению врожденной патологии плода

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКИ (ПОСТАНОВКИ РЕАКЦИИ МАНТУ) ПРОВОДЯТСЯ ЧЕРЕЗ

А 72 часа
Б 24 часа
В 36 часов
Г 1.5 месяца

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ В ОЧАГЕ ИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ

А карантин для контактных лиц
Б госпитализация всех контактных лиц в инфекционный стационар
В изоляция контактных на 3 месяца
Г назначение профилактических курсов антибактериальной терапии всем контактным

АКТИВНУЮ ИММУНИЗАЦИЮ ПРОТИВ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ПРОВОДЯТ

А живой вакциной
Б иммуноглобулином
В анатоксином
Г инактивированной (убитой) вакциной

ПЕРВАЯ РЕВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ ПРОВОДИТСЯ В

А 18 месяцев
Б 2 года
В 6 лет
Г 6 месяцев

БОРЬБА С НАСЕКОМЫМИ В ОЧАГЕ ИНФЕКЦИИ НАЗЫВАЕТСЯ

А дезинсекцией
Б дезинфекцией
В дератизацией
Г дезактивацией

ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ БРЮШНОГО ТИФА ПОДЛЕЖАТ

А лица, выезжающие в эндемичные районы
Б члены семьи больного с диареей, прибывшего из Индии или Пакистана
В дети первых двух лет жизни
Г работники здравоохранения

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ПРОВОДИТСЯ ДЕТЯМ В (ГОД)

А 1
Б 2
В 3
Г 4

ПРИВИВКИ, ОТНОСЯЩИЕСЯ ПЛАНОВЫМ, ПРОВОДЯТ

А в соответствии с календарем прививок
Б при угрозе брюшнотифозной инфекции
В контактным в очагах
Г при угрозе распространения холеры

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

А 2

Б 4
В 3
Г 5

ПОСТОЯННЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ЯВЛЯЮТСЯ

А системные прогрессирующие заболевания
Б аллергические болезни
В врожденные пороки сердца
Г неврологические заболевания

ДОСТОВЕРНОСТЬ СВЕДЕНИЙ О ПРОВЕДЕННОЙ РЕБЕНКУ ВАКЦИНАЦИИ МОЖНО ПРОВЕРИТЬ ПУТЕМ

А проведения серологических исследований
Б просмотра истории развития ребенка
В опроса родителей ребенка
Г анализа специального прививочного сертификата, находящегося на руках у родителей

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОКЛЮША ПРОВОДИТСЯ

А иммунизация детей АКДС-вакциной
Б трехкратное бактериологическое обследование в очаге инфекции
В введение иммуноглобулина контактным
Г изоляция контактных на 25 дней от момента контакта

В ЭКСТРЕННОМ ИЗВЕЩЕНИИ СОДЕРЖИТСЯ ДАТА

А заболевания
Б выписки из стационара
В постановки на «Д» учёт
Г последнего профилактического осмотра

К ОСЛОЖНЕНИЯМ ВАКЦИНАЦИИ ОТНОСЯТ

А анафилаксию
Б беспокойство ребенка, плач более 2 часов
В местную реакцию в виде гиперемии или отека
Г гипертермию

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ПРИ АНТРОПОНОЗНЫХ ИНФЕКЦИЯХУСТАНАВЛИВАЮТ

А за всеми лицами, которые находились в контакте с больным
Б только за лицами, ухаживающими за больнымина дому

В только за членами семьи больного вкоммунальной квартире
Г за маленькими детьми, проживающими вместе с заболевшими

ПО НАЦИОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРЮ ПРИВИВОК ВАКЦИНАЦИЯ ОТ КОРИ, КРАСНУХИ И ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ПРОВОДИТСЯ ДЕТЯМ В

А 1 год
Б 4,5 месяца
В 3 года
Г 3 месяца

ПРОВЕДЕНИЕ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ПРОТИВВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ПОКАЗАНО ЗДОРОВОМУ НОВОРОЖДЕННОМУ ЕСЛИ

А заболевания матери развилось за пять дней до родов и в течение 2 недель после родов
Б беременная женщина перенесла ветряную оспу в тяжелой или осложненной форме
В мать переболела в первые 9-12 недель беременности
Г мать переболела в первые 4-8 недель беременности

ПРЕИМУЩЕСТВО ИНАКТИВИРОВАННОЙ ПОЛИОМИЕЛИТНОЙ ВАКЦИНЫ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО ОНА

А не провоцирует вакциноассоциированный полиомиелит
Б предупреждает занос полиовируса из эндемичных территорий
В создает коллективный иммунитет в вакцинированной популяции
Г индуцирует местный иммунитет слизистой оболочки кишечника

К ЖИВЫМ ОСЛАБЛЕННЫМ ВАКЦИНАМ ОТНОСЯТ
А
Б БЦЖ, туляремийная, коревая, полиомиелитная оральная, паротитная, краснушная, чумная
В БЦЖ, полиомиелитная, паротитная, АКДС В БЦЖ, АКДС, краснушная
Г БЦЖ, клещевая, туляремийная, коревая, полиомиелитная оральная, гриппозная, столбнячная, брюшнотифозная, холерная

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОЛБНЯКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

А прививочным анамнезом пострадавшего
Б возрастом ребенка
В характером раны, травмы
Г временем, прошедшим после травмы

ИНФЕКЦИЯМ, УПРАВЛЯЕМЫМ, В ОСНОВНОМ, СРЕДСТВАМИ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ, ОТНОСЯТСЯ АНТРОПОНОЗЫ С МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ

А аэрозольным

Б контактным
В трансмиссивным
Г фекально-оральным

ПРОФИЛАКТИКА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ

А полисахаридной вакциной
Б убитой вакциной
В ацикловиром
Г живой вакциной

ПРИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В ОРГАНИЗМОМ ВЫРАБАТЫВАЮТСЯ

А анти-HBs
Б анти-HBc суммарный
В анти-HAVIgM
Г анти-HBE

ПЕРВАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В ПРОВОДИТСЯ ЗДОРОВЫМ ДЕТЯМ

А в первые 24 часа жизни
Б в 12 лет
В на 10 сутки жизни
Г в 12 месяцев

ДЛЯ СОЗДАНИЯ АКТИВНОГО ИММУНИТЕТА ИСПОЛЬЗУЮТ

А вакцину
Б антибиотик
В бактериофаг
Г энтеросорбент

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

А фильтр с отдельным входом
Б кабинет «Здоровое детство»
В лаборатория
Г кабинет доврачебного приема

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРАСНУХИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ВАКЦИНА

А живая
Б рекомбинантная
В субъединичная
Г полисахаридная

АКТИВНАЯ ИММУНИЗАЦИЯ ПРОТИВ КОРИ ПРОВОДИТСЯ

А живой вирусной вакциной
Б инактивированной вирусной вакциной
В гамма-глобулином
Г АКДС-вакциной

ВАКЦИНАЦИЯ ОТ ГЕПАТИТА В ПРОВОДИТСЯ

А рекомбинантной вакциной
Б гамма-глобулином
В инактивированной вирусной вакциной
Г живой вирусной вакциной

КИНФЕКЦИЯМ, УПРАВЛЯЕМЫМ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ, ОТНОСЯТСЯ АНТРОПОНОЗЫ С МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ

А фекально-оральным
Б аэрозольным
В трансмиссивным
Г контактным

К МЕТОДАМ СТЕРИЛИЗАЦИИ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ОТНОСЯТ

А термический, химический, радиационный
Б радиационный, биологический, термический
В биологический, термический
Г химический, биологический, физический

ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ОСМОТР ВРАЧА-ПЕДИАТРА И

А термометрию
Б исследование на яйца гельминтов
В общий анализ мочи
Г клинический анализ крови

К МЕРОПРИЯТИЯМ, НАПРАВЛЕННЫМ НА ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ПУТЕЙ И ФАКТОРОВ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ, ОТНОСЯТ

А дезинфекцию и дезинсекцию
Б введение вакцины
В санитарно-просветительную работу
Г госпитализацию больного в стационар

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА К КОКЛЮШУ ПОСЛЕ ЗАКОНЧЕННОЙ СХЕМЫ ВАКЦИНАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ (ГОД)

А 5-5,5
Б 15-20
В 10-15
Г 3-4

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА А В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ВАКЦИНА

А инактивированная
Б плазменная
В живая
Г рекомбинантная

РЕВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КОРИ ПРОВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

А 6
Б 10
В 16
Г 12

С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕДИКУЛЕЗА ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОСМАТРИВАЮТ НЕ МЕНЕЕ РАЗ В ГОД

А 4
Б 8
В 6
Г 2

ВАКЦИНАЦИЯ БЦЖ ИЛИ БЦЖ-М ЗДОРОВЫМ ДЕТЯМ, СОГЛАСНО НАЦИОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРЮ, ПРОВОДИТСЯ

А на 3-7 день жизни
Б в первые 24 часа жизни
В на 14 день жизни
Г на 8-10 день жизни

ПОД ПОСТЭКСПОЗИЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ ПОНИМАЮТ

А экстренную вакцинацию контактных неиммунных лиц
Б обработку помещений дезинфицирующими средствами после госпитализации инфекционного больного
В срочную вакцинацию всех контактных лиц
Г изоляцию инфекционного больного

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КОРИ ПРОВОДИТСЯ ДЕТЯМ В (ГОД)

А 1
Б 3
В 4
Г 2

ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ДИФТЕРИИ ДАЛЬНЕЙШАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ДИФТЕРИЙНЫМ АНАТОКСИНОМ

А проводится в соответствии с календарем прививок
Б не проводится, так как перенесенное заболевание оставляет прочный иммунитет
В проводится через 10 лет после закончившегося заболевания
Г проводится только лицам, имеющим дефект в системе иммунитета

К МЕРОПРИЯТИЯМ, НАПРАВЛЕННЫМ НА ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ПРИ ЗООНОЗАХ, ОТНОСЯТ

А вынужденный забой заболевших животных
Б профилактическую вакцинацию животных
В ветеринарно-санитарную экспертизу мяса
Г проведение очаговой дезинфекции

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА КОРИ ПРОВОДИТСЯ

А живой вакциной
Б субъединичной вакциной
В инактивированной вакциной
Г инактивированным токсином

ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРИВИВКИ РЕБЕНОК ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ В ТЕЧЕНИЕ

А 30-50 минут
Б 1 часа
В 5-10 минут
Г 1,5 часов

К ПЛАНОВОЙ ИММУНИЗАЦИИ ОТНОСИТСЯ ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ

кори
холеры
брюшного тифа
дизентерии

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КРАСНУХИ ПРОВОДИТСЯ РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 1
Б 4
В 3
Г 2

РАЗВИТИЕ КОЖНЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ СЕПСИСЕ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

А развитием ангиитов и тромбоваскулитов
Б нерациональной антибактериальной терапией
В сенсибилизацией организма ребёнка
Г повышенной ломкостью сосудов

РЕБЁНКУ, РОЖДЁННОМУ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ МАМОЙ, БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВЫРАЖЕННОГО И ТЯЖЁЛОГО ИММУНОДЕФИЦИТА ИММУНИЗАЦИЯ

А проводится в рамках национального календаря профилактических прививок в соответствии с инструкциями по применению вакцин и анатоксинов
Б запрещена любыми иммунобиологическими лекарственными препаратами
В проводится в рамках национального календаря профилактических прививок только анатоксинами
Г проводится препаратами, создающими пассивный иммунитет

У РЕБЕНКА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПРИВИВКИ МОЖНО НАЧИНАТЬ НЕ РАНЕЕ, ЧЕМ ЧЕРЕЗ _____ ОТ НАЧАЛА РЕМИССИИ

А 3 месяца
Б 12 месяцев
В 1 месяц
Г 6 месяцев

АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ

А наличие в анамнезе тяжёлых анафилактических реакций на белок куриного яйца, аминогликозиды
Б подъём температуры до фебрильных цифр при предыдущих введениях вакцины
В бронхиальная астма
Г контакт с инфекционным больным

СРОКИ И НАИМЕНОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК РЕГЛАМЕНТИРУЮТСЯ

А национальным календарем профилактических прививок
Б порядком оказания педиатрической помощи
В региональными нормативно-правовыми актами
Г федеральным законом N° 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

У ДВУХЛЕТНЕГО РЕБЕНКА ЧЕРЕЗ 2 НЕДЕЛИ ПОСЛЕ ПРИВИВКИ АКДС НАБЛЮДАЮТ ОТЕКИ ВСЕГО ТУЛОВИЩА, АНАСАРКУ, МАЛОЕ ВЫДЕЛЕНИЕ МОЧИ, ЧТО УКАЗЫВАЕТ НА

А нефротический синдром липоидного нефроза
Б острый пиелонефрит
В аллергическую реакцию
Г острый гломерулонефрит

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ЛИЦАМИ, БЫВШИМИ В КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ ИЛИ ОПОЯСЫВАЮЩИМ ЛИШАЕМ, ПРОВОДИТСЯ СРЕДИ

А не болевших ветряной оспой, не привитых и/или не получивших завершённый курс вакцинации в течение 21 дня с момента изоляции последнего заболевшего из очага а
Б всех контактировавших в течение 6 дней со времени появления последнего свежего элемента Сыпи
В не болевших ветряной оспой, не привитых и/или не получивших завершённый курс вакцинации в течение 11 дней с момента изоляции последнего заболевшего из очага
Г всех контактировавших в течение 21 дня с момента изоляции последнего заболевшего из очаг

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ В РАМКАХ ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ КОНТАКТА

А в течение 4 дней
Б в течение 11 дней
В не позднее 48 часов
Г в первые сутки и через 7 дней

ДЕТЯМ С ПЕРВИЧНЫМ ИММУНОДЕФИЦИТОМ ПРОТИВОПОКАЗАНА ВАКЦИНАЦИЯ

А живыми вакцинами
Б анатоксинами
В корпускулярными вакцинами
Г рекомбинантными вакцинами

ПРОФИЛАКТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ВКЛЮЧАЕТ

А иммунизацию против пневмококковой инфекции
Б естественное вскармливание
В своевременное введение прикорма
Г достаточное пребывание на свежем воздухе

ВНУТРИБОЛЬНИЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПЕРЕДАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

А руки персонала

Б белье
В продукты питания
Г предметы ухода

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПРОВОДИТСЯ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА

А A
Б D
В F
Г C

КРИТЕРИЕМ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ (МОБИТЦ 1) ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

А Самойлова-Венкебаха
Б Морганьи-Адамса-Стокса
В Вольфа-Паркинсона-Уайта
Г Джервела-Ленге-Нильсена

ДЛЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ПРЕДСЕРДНОЙ ТАХИКАРДИИ ХАРАКТЕРНО

А Выявление ЧСС более 200 в минуту у детей раннего возраста и более 180 – у детей школьного возраста
Б Выявление деформации и расширения QRS
В Отсутствие зубца Р перед каждым комплексом QRS
Г Наличие АВ-диссоциации

ВОДИТЕЛЕМ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В НОРМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А Синусовый узел
Б Пучке Гиса
В Нижняя часть левого желудочка
Г Атриовентрикулярное соединение

ПРИ АТРИО-ВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ (АВ-БЛОКАДЕ) III СТЕПЕНИ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

А Атриовентрикулярная диссоциация
Б Прогрессирующее удлинение интервала PQ от цикла к циклу
В Удлинение интервала PQ (все интервалы одинаковой продолжительности)
Г Выпадение комплекса QRS

ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ БОЛЕЕ 200 В МИНУТУ ПРИ СОХРАНЕННОМ ЗУБЦЕ Р ПЕРЕД КАЖДЫМ КОМПЛЕКСОМ QRS У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ

А пароксизмальной предсердной тахикардии
Б предсердной экстрасистолии
В пароксизмальной желудочковой тахикардии
Г атриовентрикулярной блокады 2 степени

ИНТЕРВАЛ PQ ПРИ СИНДРОМЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ (СИНДРОМЕ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА) СОСТАВЛЯЕТ ____С

А 0,10
Б 0,14
В 0,22
Г 0,18

ДИАГНОСТИРОВАТЬ ФИБРИЛЛЯЦИЮ ЖЕЛУДОЧКОВСЕРДЦА МОЖНО

А на ЭКГ
Б по пульсу на крупных артериях
В при пальпации верхушечного толчка
Г при аускультации

ПРИМЕРОМ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ДИССОЦИАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А АВ-блокада III степени
Б любая АВ-блокада
В брадикардия с ЧСС менее 70 в 1 минуту
Г тахиаритмия с ЧСС больше 120 в 1 минуту

ПРИ АТРИО-ВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ (АВ-БЛОКАДЕ) II СТЕПЕНИ ТИПА МОБИТЦ II ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

А выпадение комплекса QRS
Б прогрессирующее удлинение интервала PQ от цикла к циклу
В исчезновение зубца Р
Г удлинение интервала PQ (все интервалы одинаковой продолжительности)

ЗАПОДОЗРИТЬ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ МОЖНО ПРИ

А ощущении сердцебиения и/или перебоев в области сердца
Б гематурии, отеках
В повышении температуры тела
Г повышении артериального давления

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПОВ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

А Лидокаин
Б АТФ
В Прокаинамид
Г Аймалин (Гилуритмал)

АТРОПИН УСТРАНЯЕТ БРАДИКАРДИЮ И АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНУЮ БЛОКАДУ, ТАК КАК

А блокирует М-холинорецепторы и уменьшает влияние блуждающего нерва на сердце
Б стимулирует бета-адренорецепторы и повышает активность симпатической нервной системы
В блокирует калиевые каналы и замедляет скорость реполяризации
Г блокирует медленные кальциевые каналы и снижает сократимость

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИМЕНЯЮТ

А АТФ, Прокаинамид, Верапамил
Б Лидокаин
В Амиадарон, Дигоксин
Г Аймалин (Гилуритмал)

ЗАНЯТИЯ ФИЗКУЛЬТУРОЙ В ОСНОВНОЙ ГРУППЕ РАЗРЕШЕНЫ ПРИ

А атриовентрикулярной блокаде 1 степени
Б синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта
В трехпучковой блокаде ножек пучка Гиса
Г синдроме удлиненного интервала QT

ПРИ АТРИО-ВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ (АВ-БЛОКАДЕ) | СТЕПЕНИ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

А удлинение интервала PQ (все интервалы одинаковой продолжительности)
Б прогрессирующее удлинение интервала PQ от цикла к циклу
В атриовентрикулярная диссоциация
Г выпадение комплекса QRS

ДЛЯ ТЕРАПИИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ ТАХИАРИТМИИ, ВОЗНИКШЕЙ У БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА, НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

А Дигоксин
Б Прокаинамид
В Верапамил
Г Пропранолол

ДЕТИ С СИНДРОМОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ НА ЭКГ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ ГРУППУ РИСКА ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ

А пароксизмальной тахикардии
Б перикардита
В гипертрофической кардиомиопатии
Г ревмокардита

НЕОТЛОЖНУЮ ТЕРАПИЮ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ТАХИКАРДИИ С УЗКИМ QRS КОМПЛЕКСОМ НАЧИНАЮТ С ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ

А трифосаденина
Б атропина сульфата
В верапамила
Г лидокаина

ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ФОРМЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ ЧСС

А 160 в минуту, регулярный ритм, резко деформированный комплекс QRS
Б 140 в минуту, уширенный комплекс QRS
В 130 в минуту, регулярный ритм, узкий комплекс QRS
Г 150 в минуту, нерегулярный ритм, узкий
Д комплекс QRS

НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А Аденозин
Б Амиодарон
В Верапамил
Г Лидокаин

ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ ТАХИАРИТМИИ С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ПРИМЕНЯЮТ

А сердечные гликозиды
Б бета – адреноблокаторы
В блокаторы кальциевых каналов
Г антиаритмические препараты

ПРИ СИНДРОМЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ ИНТЕРВАЛ PQ

А укорочен
Б не изменен
В изменяется во времени

Г незначительно увеличен

К ЦЕНТРУ АВТОМАТИЗМА ПЕРВОГО ПОРЯДКА ОТНОСЯТ

А синусовый узел
Б предсердные (эктопические) автоматические клетки
В автоматические клетки в левой ножке пучка Гиса
Г автоматические клетки в волокнах

ПРИ ВСЕХ ВИДАХ АВ-БЛОКАД НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А Изопротеренола хлорид
Б Атропина сульфат
В Лидокаин
Г Дигоксин

ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧСС ПРИ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИМЕНЯЮТ

А β-адреноблокаторы
Б Сердечные гликозиды
В Амиодарон
Г Лидокаин

РЕЗКО УСИЛЕННЫЙ 1 ТОН НА ВЕРХУШКЕ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

А полной атриовентрикулярной блокады
Б полной сино-аурикулярной блокады
В внутрипредсердной блокады
Г внутрижелудочковой блокады

КОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ОТНОСИТСЯ

А длительная стойкая тахикардия
Б глухость сердечных тонов
В нерегулярный сердечный ритм
Г дующий систолический шум в сердце

К ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ЭКГ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НЕ ОТНОСИТСЯ

А дельта-волна
Б миграция источника ритма в пределах предсердий
В синусовая аритмия
Г отрицательный зубец Т в правых отведениях

ЗАПОДОЗРИТЬ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ МОЖНО ПРИ

А синкопальных состояниях, эпизодах резкой бледности
Б отеках, повышении температуры тела
В болях в животе, диспепсических явлениях
Г гематурии, повышении артериального давления

ДЛЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ФОРМЫ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ЭКГ-ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ ПУЛЬС

А 160 в минуту, регулярный, резко деформированный QRS
Б 130 в минуту, регулярный, узкий QRS
В 150 в минуту, регулярный, узкий QRS
Г более 180 в минуту, регулярный

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А эссенциальная артериальная гипертензия
Б коарктация аорты
В паренхиматозное заболевание почек
Г тромбоз почечных артерий и вен

СТАНДАРТНЫЕ СРОКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО МИОКАРДИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СОСТАВЛЯЮТ ОТ

А 1 до 3 месяцев
Б 1 до 3 дней
В 1до 3 недель
Г 1 до 3 лет

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

А периферические отеки
Б левосторонний сердечный горб
В шум трения плевры
Г брадикардию

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А ренальная ангиография
Б измерение артериального давления на ногах

В внутривенная урография
Г ультразвуковое исследование сосудов почек

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

А неселективные В-адреноблокаторы
Б антагонисты кальция
В диуретики
Г антагонисты рецепторов к ангиотензину

ОСНОВНЫМИ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ОСТРОГО СУХОГО (ФИБРИНОЗНОГО) ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ

А боль, шум трения перикарда
Б глухие сердечные тоны, набухание шейных вен
В боль, расширение границ сердца
Г гепатомегалия, периферические отеки

НАБУХАНИЕ И ПУЛЬСАЦИЯ ШЕЙНЫХ ВЕН ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ

А правожелудочковой сердечной недостаточности
Б синдрома вегетативной дистонии
В левожелудочковой сердечной недостаточности
Г артериальной гипертензии

У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 5 ЛЕТ НОРМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ (ММ РТ.СТ.)

А 100/65
Б 125/45
В 70/40
Г 140/80

К ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ЭКГ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОТНОСИТСЯ

А отрицательный зубец Т в правых грудных отведениях
Б отклонение электрической оси сердца влево
В полная блокада правой ножки пучка Гиса
Г дельта-волна

ДЛЯ РАСЧЕТА СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У РЕБЁНКА СТАРШЕ 1 ГОДА ИСПОЛЬЗУЮТ ФОРМУЛУ

А 90+2n

Б 100+2n
В 80+(n-2)
Г 60+n

КАКОЕ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЕ СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ?

А одышка, тахикардия, увеличение размеров печени
Б цианоз, отеки, хрипы в легких
В одышка, тахикардия, хрипы в легких
Г цианоз, одышка, тахикардия

ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

А падением артериального давления
Б ортопноэ
В тахикардией
Г влажными хрипами в легких

АНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ ОВАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ В КОНЦЕ ПЕРВОГО ЖИЗНИ

А года
Б часа
В месяца
Г полугодия

АКЦЕНТ ВТОРОГО ТОНА ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

А легочной гипертензии
Б недостаточности аортального клапана
В коарктации аорты
Г стенозе легочной артерии

ОСЛАБЛЕНИЕ (ПРИГЛУШЕННОСТЬ) ТОНОВ СЕРДЦА НАБЛЮДАЕТСЯ

А при скоплении жидкости в полости перикарда
Б при физической нагрузке и эмоциональном перенапряжении
В при снижении массы тела
Г во время ночного сна

ПОЯВЛЕНИЕ ШИРОКОГО ДВУГОРБОГО ЗУБЦА Р В ОТВЕДЕНИЯХ I, II, AVL ОБУСЛОВЛЕНО

А гипертрофией левого предсердия

Б замедлением проведения по волокнам Пуркинье
В гипертрофией левого желудочка
Г гипертрофией правого желудочка

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ И ДОСТУПНЫМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ПЕРИКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ: ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ И

А эхокардиография
Б магниторезонансная томография сердца
В перикардиоцентез
Г рентгенография органов грудной клетки

ШУМ ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

А в разные фазы сердечного цикла, вдоль левого края грудины, не связан с сердечными тонами, без зоны проведения
Б над всей сердечной областью, проводится в левую подмышечную и межлопаточную область, систоло-диастолический
В на основании сердца, связан со || тоном, проводится на сосуды шеи и межлопаточную область, диастолический
Г над всей сердечной областью с максимумом на мечевидном отростке, проводится в левую подмышечную область, грубый систолический

ПРАВАЯ ГРАНИША ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ВСЕГДА НАХОДИТСЯ КНУТРИ ОТ ЛИНИИ

А правой парастернальной
Б правой стернальной
В левой срединно-ключичной
Г правой срединно-ключичной

НА РЕНТГЕНОГРАММЕ В ПРАВОЙ КОСОЙ ПРОЕКЦИИ ЗАДНИЙ КОНТУР ТЕНИ СЕРДЦА И КРУПНЫХ СОСУДОВ ОБРАЗОВАН

А верхней полой веной, левым и правым предсердием
Б восходящей частью аорты, легочным стволом, выходным отделом правого желудочка, контуром левого желудочка
В восходящей частью аорты, ушком правого предсердия, правым желудочком
Г левым предсердием и левым желудочком

ЦИАНОЗ КОЖИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

А сердечной недостаточности
Б геморрагических заболеваниях
В заболевании почек
Г заболевании печени

К КЛИНИЧЕСКИМ СИМТОМАМ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

А влажные разнокалиберные хрипы в лёгких
Б брадикардию
В набухание яремных вен
Г расширение границ относительной сердечной тупости вправо

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ШУМ АУСКУЛЬТАТИВНО ХАРАКТЕРИЗУЕТ

А отсутствие проведения за пределы сердца
Б хорошее проведение за пределы сердца
В связь с тонами
Г постоянство и интенсивность

ПУЛЬСАЦИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

А кнутри от грудинно-ключично-сосцевидной мышцы
Б под ключицей
В над ключицей
Г кнаружи от грудинно-ключично-сосцевидной мышцы

ПУЛЬСАЦИЯ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НА ВДОХЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ

А правого желудочка
Б левого предсердия
В левого желудочка
Г правого предсердия

СМЕЩЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ

А левого желудочка
Б правого желудочка
В правого предсердия
Г левого предсердия

ПРИ ВРОЖДЕННЫХ КАРДИТАХ ВЫЯВЛЯЮТ

А раннее появление симптомов декомпенсации
Б редкое возникновение аритмий
В нормальное физическое развитие
Г отсутствие признаков поражения эндо- и перикарда

ОСОБЕННОСТЯМИ ЭКГ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ СЧИТАЮТ

А синусовую тахикардию, отклонение электрической оси вправо, отрицательные зубцы Т в III стандартном и V1-V3 отведениях
Б синусовую брадикардию, отклонение электрической оси влево, отрицательные зубцы Т в III стандартном и V1-V3 отведениях
В синусовую тахикардию, отклонение электрической оси влево, левожелудочковые экстрасистолы
Г отклонение электрической оси влево, низкий вольтаж зубца R в I и III отведениях

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

А резкое снижение сократительной способности миокарда
Б наличие препятствий кровотоку в виде холестериновых бляшек в магистральных сосудах
В недостаточный объем крови в связи с острой или хронической кровопотерей
Г неадекватное распределение внутрисосудистого объема

АОРТАЛЬНАЯ КОНФИГУРАЦИЯ СЕРДЦА ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ ДИЛЯТАЦИИ

А левого желудочка
Б правого предсердия
В правого желудочка
Г левого предсердия

К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

А набухание яремных вен
Б тахикардию
В увеличение размеров селезенки
Г расширение границ относительной сердечной тупости влево

УСИЛЕНИЕ ТОНОВ СЕРДЦА (ОСОБЕННО I ТОНА НА ВЕРХУШКЕ) НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

А тиреотоксикозе
Б брадикардии
В ожирении
Г бронхите

КАРДИАЛГИЯ ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ

А локализуется за грудиной, иррадиирует в левое плечо, надключичную область
Б локализуется за грудиной, без иррадиации, тупая, различной продолжительности
В локализуется в области верхушки, без иррадиации, различной продолжительности
Г локализуется и иррадирует в любое место, острая, быстро нарастает

У РЕБЁНКА ПЯТИ ЛЕТ ЧАСТОТА ПУЛЬСА В МИНУТУ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ

А 100
Б 120
В 78
Г 80

ЭХОКАРДИОГРАФИЯ У ДЕТЕЙ ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ОЦЕНИТЬ

А форму и движение створок клапанов
Б локализацию шумов
В фазовый анализ систолы желудочков
Г проводящую систему сердца

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ РЕКОМЕНДУЮТСЯ МОЧЕГОННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ГРУППЕ

А тиазидных салуретиков
Б петлевых салуретиков
В осмотических диуретиков
Г калийсберегающих диуретиков

УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ

А правожелудочковой сердечной недостаточности
Б сосудистой недостаточности
В синусовой аритмии
Г левожелудочковой сердечной недостаточности

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

А расширение границ относительной сердечной тупости влево
Б экстрасистолию
В увеличение селезенки
Г шум трения плевры

ПРИ ПРОБЕ С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ АДЕКВАТНОЙ РЕАКЦИЕЙ СЧИТАЕТСЯ

А учащение пульса на 20-25%
Б отсутствие изменения частоты пульса
В урежение пульса на 20-50%
Г учащение пульса на 40-50%

ЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ СИСТОЛУ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА

А ORS-T
Б ST
В T-P
Г P-Q

ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СРЕДНЕГО УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД), РАССЧИТАННОГО НА ОСНОВАНИЙ ТРЕХ ИЗМЕРЕНИЙ БОЛЕЕ 95-ГО ПРОЦЕНТИЛЯ КРИВОЙ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ АД В ПОПУЛЯЦИИ ДЛЯ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ВОЗРАСТА, ПОЛА И РОСТА РЕБЕНКА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ

А артериальная гипертензия
Б нормальное артериальное давление
В высокое нормальное давление
Г гипертоническая болезнь

У ДЕВОЧКИ 6 ЛЕТ О ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ПРОИСХОЖДЕНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

А непродолжительный характер шума
Б нарастание интенсивности после нагрузки
В усиление шума в вертикальном положении
Г проведение его на сосуды шеи

ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, РЕФРАКТЕРНОЙ К ЛЕЧЕНИЮ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ, ПОКАЗАНО

А применение вазодилататоров
Б применение Допамина
В увеличение дозы сердечных гликозидов
Г применение β-адреномиметиков

ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННОГО РАСПОЛОЖЕНА

А кнаружи от срединно-ключичной линии на 1-2 см
Б кнутри от срединно-ключичной линии на 1-2 см
В по срединно-ключичной линии
Г по передней подмышечной линии

ВЫЯВЛЯЕМОЕ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА РАСЩЕПЛЕНИЕ 1 ТОНА НА ВЕРХУШКЕ ОБУСЛОВЛЕНО НЕСИНХРОННЫМ

А закрытием митрального и трехстворчатого клапанов
Б закрытием аортального клапана и клапана легочной артерии
В открытием митрального и трехстворчатого клапанов
Г открытием аортального клапана и клапана легочной артерии

ПРИЧИНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ОДЫШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А левожелудочковая сердечная недостаточность
Б бронхиальная астма
В правожелудочковая сердечная недостаточность
Г обструктивный бронхит

ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ ПО ОТНОШЕНИЮ К СРЕДИННО-КЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ У ДЕТЕЙ 6 ЛЕТ НАХОДИТСЯ

А на 1 см кнаружи
Б на 1 см кнутри
В на 2 см кнаружи
Г на 2 см кнутри

ПРИЧИНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

А врожденный порок сердца
Б бронхолегочная дисплазия
В острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)
Г «спортивное сердце»

НА РЕНТГЕНОГРАММЕ В ПРАВОЙ КОСОЙ ПРОЕКЦИИ ПЕРЕДНИЙ КОНТУР ТЕНИ СЕРДЦА И КРУПНЫХ СОСУДОВ ОБРАЗОВАН

А восходящей частью аорты, легочным стволом, выходным отделом правого желудочка, контуром левого желудочка
Б верхней полой веной, левым и правым предсердием
В восходящей частью аорты, ушком правого предсердия, правым желудочком
Г левым предсердием и левым желудочком

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ШУМ В СЕРДЦЕ У ДЕТЕЙ

А тихий, непродолжительный, имеет мягкий тембр, не проводится экстракардиально
Б громкий, изменяется после физической нагрузки, грубый, диастолический
В связан с тонами, не зависит от положения тела и физической нагрузки
Г постоянный, диастолический, не зависит от положения тела и физической нагрузки

К ПРИЗНАКАМ НА ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГИПЕРКАЛИЕМИИ, ОТНОСЯТ

А деформацию комплекса QRS и высокий острый зубец Т
Б снижение интервала ST, отрицательный зубец Т
В снижение амплитуды всех зубцов ЭКГ
Г уплощение зубца Т

ОРГАНИЧЕСКИЕ ШУМЫ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЮТ ПРИ

А анатомических изменениях клапанов
Б снижении тонуса папиллярных мышц
В неравномерности роста отделов сердца
Г дополнительной хорде в левом желудочке

ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

А инотропных средств
Б ингибиторов ангиотензин превращающего фермента (АПФ)
В блокаторов кальциевых каналов
Г препаратов калия

НОРМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ СРЕДНИХ УРОВНЕЙ СИСТОЛИЧЕСКОГО И/ИЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СООТВЕТСТВЕННО ПОЛУ, ВОЗРАСТУ И РОСТУ, НАХОДИТСЯ В ПРЕДЕЛАХ ПЕРЦЕНТИЛЕЙ

А 10 и 90
Б 90 и 95
В 95 и 99
Г 10 и 50

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

А кнутри от парастернальной линии
Б по правой срединно-ключичной линии
В по правому краю грудины
Г по правой парастернальной линии

В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

А антибиотиков
Б противовирусных препаратов
В иммуностимуляторов
Г глюкокортикоидов

ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОБА

А Шалкова
Б Кернига

В Бабинского
Г Мак-Клюра

ПОЯВЛЕНИЕ ВЫРАЖЕННОГО СЕРДЕЧНОГО ТОЛЧКА У ДЕТЕЙ СВЯЗАНО С

А гипертрофией и дилятацией правого желудочка
Б препятствием току крови в аорте
В гипертрофией и дилятацией левого желудочка
Г гипертрофией и дилятацией левого предсердия

АНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У БОЛЬШИНСТВА ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРОИСХОДИТ ЖИЗНИ

А к концу 2 месяца
Б в конце первого полугодия
В в первые часы
Г к 10 дню

У НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА ПРАВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

А по правой парастернальной линии
Б на 2 см кнаружи от правой парастернальной линии
В по правой средне ключичной линии
Г на 2 см кнаружи от правой средне ключичной Линии

КАКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДОЛЖНЫ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?

А ЭКГ, ретгенография, ЭХО-Кг, определение газов крови.
Б ЭКГ, ЭХО-кг, общий анализ крови, общий анализ мочи
В ЭХО-КГ, МРТ, общий анализ крови
Г ЭКГ, рентгенография, КТ

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 4 ГРУДНОЕ ОТВЕДЕНИЕ (V4) РЕГИСТРИРУЕТСЯ В

А 5 межреберье по срединно-ключичной линии
Б 5 межреберье по передней аксилярной линии
В 4 межреберье слева у грудины
Г 4 межреберье справа у грудины

НА РЕНТГЕНОГРАММЕ В ЛЕВОЙ КОСОЙ ПРОЕКЦИИ ПЕРЕДНИЙ КОНТУР ТЕНИ СЕРДЦА И КРУПНЫХ СОСУДОВ ОБРАЗОВАН

А восходящей частью аорты, ушком правого предсердия, правым желудочком

Б восходящей частью аорты, лёгочным стволом, выходным отделом правого желудочка, контуром левого желудочка
В верхней полой веной, левым и правым предсердиями
Г левым предсердием и левым

ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИН ПРЕВРАШАЮШЕГО ФЕРМЕНТА ПОКАЗАН КОНТРОЛЬ КРОВИ

А калия
Б щелочной фосфатазы
В глюкозы
Г гемоглобина

НА ЭКГ КОМПЛЕКС QRS ОТРАЖАЕТ

А возбуждение желудочков
Б возбуждение предсердий
В возбуждение межжелудочковой перегородки
Г переход возбуждения с предсердий на желудочки

АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НА НОГАХ ПО СРАВНЕНИЮ С АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ НА РУКАХ У ДЕТЕЙ СТРАШЕ 1 ГОДА

А выше
Б ниже
В не отличается
Г постоянно меняется

ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А ослабление 1 тона
Б брадикардия
В систолический шум вдоль нижней половины левого края грудины
Г усиление 2 тона на лёгочной артерии

К ВОЗМОЖНЫМ ИСХОДАМ И ОСЛОЖНЕНИЯМ НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА ОТНОСИТСЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

А лёгочная
Б портальная
В артериальная
Г внутричерепная

ДЛЯ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ХАРАКТЕРНО

А отсутствие смещения границ сердца
Б смещение правой границы сердца
В повышение систолического артериального давления
Г смещение левой границы сердца кнаружи

ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У РЕБЕНКА СТАРШЕ 12 ЛЕТ РАСПОЛОЖЕНА НА УРОВНЕ

А 3 ребра
Б 2 ребра
В 2 межреберья
Г 3 межреберья

РАННИМ ПРИЗНАКОМ ГИПЕРКАЛИЕМИИ НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ

А высокий заостренный зубец Т
Б удлинение интервала QT
В укорочение интервала QT
Г уплощение и инверсия зубца Т

У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ СЕРДЕЧНЫХ ОТЕКОВ НА

А лице, лобке и половых органах
Б стопах и голенях
В затылке
Г в области плечевого пояса

СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _УДАРОВ В МИНУТУ

А 100
Б 80-85
В 120
Г 60-70

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПОДРОСТКОВ ПРИМЕНЯЮТ ИНГИБИТОР АПФ

А Эналаприл
Б Коргликон
В Папаверин
Г Бендазол

ЭКГ-ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А увеличение амплитуды и заостренности зубца Р в II, III, aVF

Б смещение переходной зоны вправо
В увеличение амплитуды, уширение и расщепление зубца Р в 1, II, aVL или aVR
Г зубец Р в V5,6 высокий, иногда двухфазный

ОРГАНИЧЕСКИЕ ШУМЫ В СЕРДЦЕ У РЕБЕНКА ВОЗНИКАЮТ ПРИ

А поражении анатомических структур сердца
Б нарушении коронарного кровотока и кровообращения
В психоэмоциональных нагрузках
Г физических нагрузках

ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО ПРИЗНАКОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СОЧЕТАНИИ С

А влажными хрипами в лёгких
Б судорогами
В гепатоспленомегалией
Г отеками на ногах

ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО МИОКАРДИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А расширение границ сердца влево
Б расширение границ сердца вправо
В фебрильная гипертермия
Г стойкая брадикардия

ОСОБЕННОСТЬЮ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А небольшой объем выпота
Б значительный объем выпота
В частое развитие тампонады сердца
Г развитие фибринозного перикардита

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИМПАТО АДРЕНАЛОВОГО ВЕГЕТАТИВНОГО КРИЗА ОТНОСЯТ

А сердцебиение
Б гипергидроз
В понижение артериального давления
Г сонливость

ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИКАРДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СКРЕБУЩИЙ НЕГРОМКИЙ ШУМ

А не связанный с фазами сокращения сердца
Б протодиастолический
В связанный с фазами сокращения сердца
Г пресистолический

УСИЛЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА СВЯЗАНО С ЖЕЛУДОЧКА

А гипертрофией левого
Б дилятацией правого
В гипертрофией правого
Г дилятацией левого

ОСОБЕННОСТЬЮ КАРДИАЛЬНОЙ БОЛИ ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А усиление в положении на спине, левом боку, при движении
Б уменьшение в положении с запрокинутой головой
В уменьшение в положении на спине, левом боку, при движении
Г усиление в положении сидя с наклоном туловища вперед

У 50% ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ КАРТАГЕНЕРА ВЫЯВЛЯЕТСЯ

А декстракардия
Б удушье
В кровохарканье
Г пахиплеврит

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (АГ) ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ НАЗНАЧАЕТСЯ ПРИ

А неэффективности немедикаментозного лечения АГ | степени низкого риска в течение 6-12 месяцев
Б неэффективности немедикаментозного лечения АГ | степени низкого риска в течение 1-3 месяцев
В выявлении высокого нормального давления
Г выявлении артериальной гипертензии I степени низкого риска

ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ БОЛЕЕ БЫСТРОЕ ДИУРЕТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ОКАЗЫВАЕТ

А Фуросемид
Б Этакриновая кислота
В Спиронолактон
Г Гидрохлоротиазид

У СЕМИЛЕТНЕГО МАЛЬЧИКА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА

ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР ШУМА ПОДТВЕРЖДАЕТ ТО, ЧТО ШУМ

А уменьшается при физической нагрузке
Б проводится на сосуды шеи
В усиливается в вертикальном положении
Г выслушивается в середине систолы

НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛНОГО ОХВАТА ВОЗБУЖДЕНИЕМ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ И ПЕРИОД РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА

А ST
Б P-Q
В T-P
Г QRS

ПРИ ПЕРИКАРДИТАХ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ МОЖЕТ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ

А смещение сегмента ST выше изоэлектрической линии
Б увеличение общего вольтажа QRS
В патологический зубец Q
Г синусовая брадикардия

ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

А гипертрофической кардиомиопатии
Б дефекте межжелудочковой перегородки
В открытом артериальном протоке
Г пролапсе митрального клапана

СЕРДЕЧНАЯНЕДОСТАТОЧНОСТЬ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ

А заболеваний желудочно-кишечного тракта
Б врожденных пороков сердца
В инфекционного эндокардита
Г тяжелых нарушений сердечного ритма

«ДЕФИЦИТ ПУЛЬСА» ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ РАЗНИЦЫ МЕЖДУ

А ЧСС и частотой пульса
Б величиной пульсового давления и частотой пульса
В частотой дыхания и частотой пульса
Г частотой пульса на вдохе и выдохе

ОСОБЕННОСТЬЮ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А дыхательная аритмия
Б ритм галопа
В приглушенность тонов
Г экстрасистолия

ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ НАЗЫВАЮТ РАЗЛИТЫМ, ЕСЛИ ЕГО ПЛОЩАДЬ БОЛЕЕ (СМ2)

А 1,5-2
Б 0,5-1,5
В 3-4
Г 2-3

ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

А акцент II тона над лёгочной артерией
Б грубый систолический шум во II межреберье справа от грудины
В акцент || тона в V точке
Г грубый систолический шум во II межреберье слева от грудины

АКЦЕНТ 2 ТОНА НА ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ У

А здоровых детей в возрасте 2-12 лет
Б детей первого года жизни
В детей в возрасте 13-18 лет
Г детей в период новорожденности

ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У РЕБЁНКА 10 ЛЕТ ПО ОТНОШЕНИЮ К СРЕДИННО-КЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

А на 1,0 см кнутри
Б по срединно-ключичной линии
В на 1,5 см кнутри
Г на 1,0 см кнаружи

ЗВУЧАНИЕ II ТОНА НАД ПУЛЬМОНАЛЬНЫМ И АОРТАЛЬНЫМ КЛАПАНАМИ ВЫРАВНИВАЕТСЯ К ВОЗРАСТУ (В _ ГОДАХ)

А 12
Б 8
В 5
Г 10

АРТЕРИАЛЬНЫЙ (БОТАЛЛОВ) ПРОТОК СОЕДИНЯЕТ АОРТУ С

А лёгочной артерией
Б левым предсердием
В нижней полой веной
Г лёгочной веной

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

А дефект межжелудочковой перегородки
Б тетраду Фалло
В стеноз легочной артерии
Г стеноз аорты

К ПРИЧИНАМ СМЕЩЕНИЯ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА ВЛЕВО ОТНОСЯТ

А аортальные пороки и левосторонний обтурационный ателектаз
Б недостаточность или стеноз трикуспидального клапана
В митральный стеноз, дополнительную хорду
Г двустороннюю пневмонию с дыхательной недостаточностью II-IlI степени

МИТРАЛЬНАЯ КОНФИГУРАЦИЯ СЕРДЦА ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ ДИЛЯТАЦИИ

А левого предсердия
Б правого предсердия
В правого желудочка
Г левого желудочка

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

А тетрада Фалло
Б коарктацию аорты
В открытый артериальный проток
Г дефект межжелудочковой перегородки

БОТАЛЛОВ ПРОТОК СОЕДИНЯЕТ

А лёгочную артерию и аорту
Б пупочную и печеночную артерии
В правый и левый желудочки
Г правое и левое предсердия

ПРИ РЕЗКО ВЫРАЖЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

А нормальное или повышенное систолическое, сниженное диастолическое

Б сниженное систолическое, повышенное диастолическое
В повышенное на руках, пониженное на ногах
Г сниженное систолическое, нормальное диастолическое

АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А ритм «перепела»
Б дующий систолический шум на верхушке
В систолический шум над лёгочным стволом
Г ритм «галопа»

ПРИ КАКОМ ПОРОКЕ СЕРДЦА РАЗВИВАЕТСЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ?

А коарктации аорты
Б стенозе аорты
В дефекте межпредсердной перегородки
Г стенозе легочной артерии

ОПРЕДЕЛЯЕМЫЙ С РОЖДЕНИЯ СИСТОЛОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ВО II-II МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

А открытого артериального протока
Б коарктации аорты
В дефекта межжелудочковой перегородки
Г митрального порока сердца

ПРИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ

А артериальное давление на ногах ниже, чем на руках
Б повышение в моче альдостерона
В нормальное содержание в моче 17-кетостероидов
Г снижение в моче уровня катехоламинов

СИМПТОМ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДРОЖАНИЯ («КОШАЧЬЕ МУРЛЫКАНЬЕ») ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

А митральном стенозе
Б недостаточности митрального клапана
В открытом овальном окне
Г дефекте межжелудочковой перегородки

ПРИ ПОРАЖЕНИИ КЛАПАНА АОРТЫ АУСКУЛЬТАТИВНО ОТМЕЧАЕТСЯ ОСЛАБЛЕНИЕ 2 ТОНА В

А втором межреберье справа от грудины
Б втором межреберье слева от грудины

В четвёртом межреберье слева по среднеключичной линии
Г четвёртом межреберье слева у края грудины

ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА С СИНДРОМОМ ПОВЫШЕННОГО КРОВОТОКА ЧЕРЕЗ ЛЁГКИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А открытый артериальный проток
Б коарктация брюшной аорты
В стеноз лёгочной артерии
Г стеноз аорты

СМЕЩЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ГРАНИЦЫ СЕРДЦА ВВЕРХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

А митрального клапана
Б трикуспидального клапана
В клапана легочной артерии
Г аортального клапана

АКЦЕНТ 2 ТОНА НА ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ГИПЕРТЕНЗИИ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ И ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

А дефекте в межжелудочковой перегородки
Б стенозе трикуспидального клапана
В стенозе клапана лёгочной артерии
Г стенозе аортального клапана

ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА У РЕБЕНКА С МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

А длительный, дующий, систолический шум, связанный с I тоном, с эпицентром на верхушке сердца, стойкий в динамике и при перемене положения тела
Б нарастающий пресистолический шум с эпицентром на верхушке сердца
В мезодиастолический шум с эпицентром в V точке, ослабевающий при сидении на корточках
Г протодиастолический шум, вдоль левого края грудины, после глубокого выдоха и при наклоне больного вперед

ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА, ПРОЯВЛЯЮЩИМСЯ ВЫРАЖЕННЫМ ЦИАНОЗОМ СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

А транспозиция магистральных сосудов
Б открытый артериальный проток
В дефект межжелудочковой перегородки
Г дефект межпредсердной перегородки

ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА С ОБЕДНЕНИЕМ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А стеноз лёгочной артерии
Б открытый артериальный проток
В стеноз аорты
Г дефект межжелудочковой перегородки

ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА С СИНДРОМОМ ШЛЮЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А стеноз лёгочной артерии
Б открытый артериальный проток
В дефект межпредсердной перегородки
Г дефект межжелудочковой перегородки

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

А коарктации аорты
Б дефекте межпредсердной перегородки
В дефекте межжелудочковой перегородки
Г стенозе легочной артерии

АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА ПРИ ОТКРЫТОМ АРТЕРИАЛЬНОМ ПРОТОКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

А систоло-диастолического шума во втором межреберье слева от грудины
Б систолического шума вдоль левого края грудины
В систолического шума в III - IV межреберье слева от грудины
Г систолического шума во втором межреберье слева от грудины

ПРИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ У РЕБЕНКА ОТСУТСТВУЕТ ПУЛЬСАЦИЯ НА АРТЕРИЯХ

А бедренных
Б височных
В локтевых
Г лучевых

ГИПОКСИЯ И ЦИАНОЗ (СИНИЙ ТИП ПОРОКОВ СЕРДЦА) ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОТМЕЧАЮТСЯ ПРИ

А тетраде Фалло
Б стенозе аорты
В незаращении баталлова протока
Г дефекте межжелудочковой перегородки

РЕБЕНОК ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ НЕЗНАЧИМЫМ ОТКРЫТЫМ ОВАЛЬНЫМ ОКНОМ НАБЛЮДАЕТСЯ У

А педиатра и кардиолога
Б кардиолога и невропатолога
В педиатра до достижения ребенком 7 лет
Г кардиолога и кардиохирурга

ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ЭПИЦЕНТР ГРУБОГО СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ РАСПОЛОЖЕН

А в третьем-четвертом межреберье слева у грудины
Б на верхушке
В во втором межреберье слева
Г во втором межреберье справа

ПРИ ВЫСЛУШИВАНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ ПАТОЛОГИЮ КЛАПАНА

А лёгочного
Б митрального
В аортального
Г трехстворчатого

ПРИ РЕВМОКАРДИТЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАНА

А митрального
Б аортального
В лёгочной артерии
Г трикуспидального

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

А выраженной пульсации в эпигастрии
Б усиленной пульсации сонных артерий
В визуально определяемого сердечного толчка
Г положительного верхушечного толчка

ПАЦИЕНТЫ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА СНИМАЮТСЯ С ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПО ЗАКЛЮЧЕНИЮ ВРАЧА

А кардиохирурга
Б ревматолога
В Кардиолога
Г Педиатра

КАКОЙ ИЗ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ СТРУКТУРОЙ?

А открытый артериальный проток
Б коарктация аорты
В дефект межжелудочковой перегородки
Г аномальный дренаж легочных вен

К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СИНЕГО ТИПА ОТНОСИТСЯ

А тетрада Фалло
Б дефект межжелудочковой перегородки
В открытый атриовентрикулярный канал
Г дефект межпредсердной перегородки

ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРЕН

А дующий систолический шум после ослабленного I тона на верхушке
Б рокочущий диастолический шум на верхушке после усиленного I тона
В грубый систолический шум над всей областью сердца
Г пресистолический шум в области нижней трети грудины

К ВРОЖДЕННОМУ ПОРОКУ СЕРДЦА С ОБЕДНЕНИЕМ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

А тетрада Фалло
Б дефект межпредсердной перегородки
В открытый артериальный проток
Г стеноз аорты

КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ РЕБЕНКА С ТРАНСПОЗИЦИЕЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

А цианотичные
Б субиктеричные
В бледные
Г гиперемированы

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ

А эхокардиография
Б электрокардиограмма
В рентгенография

Г векторкардиография

СИНДРОМ УВЕЛИЧЕННОГО КРОВОТОКА ЧЕРЕЗ ЛЕГКИЕ (ГИПЕРВОЛЕМИИ МАЛОГО КРУГА) ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А акцентом II тона на лёгочной артерии
Б одышечно-цианотическими приступами
В стойкой артериальной гипертонией
Г ослаблением II тона на лёгочной артерии

ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ МАКСИМАЛЬНАЯ ИНТЕНСИВНОСТЬ ШУМА ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

А в IV-V межреберье слева от грудины
Б на верхней трети грудины
В на верхушке сердца
Г на лёгочной артерии

ПРИ АТРИО-ВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ (АВ-БЛОКАДЕ) II СТЕПЕНИ ТИПА МОБИТЦІ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

А прогрессирующее удлинение интервала PQ от цикла к циклу
Б атриовентрикулярная диссоциация
В удлинение интервала PQ (все интервалы одинаковой продолжительности)
Г выпадение комплекса QRS

«СЕРДЕЧНЫЙ ГОРБ» - ЭТО ДЕФОРМАЦИЯ (ВЫПЯЧИВАНИЕ) ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В

А области проекции сердца на грудную клетку
Б левой подмышечной области
В проекции реберных хрящей
Г области правой половины грудной клетки

АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А проведением шума в левую аксиллярную область
Б диастолическим шумом на верхушке
В усилением I тона на верхушке
Г диастолическим шумом в точке Боткина-Эрба

ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ШУМ

А систолический на верхушке сердца с проведением в подмышечную область слева

Б протодиастолический во втором межреберье слева от грудины
В диастолический на основании сердца без проведения
Г систоло-диастолический машинный во втором межреберье справа от грудины

ПРИ ОДЫШЕЧНО-ЦИАНОТИЧЕСКОМ ПРИСТУПЕ У РЕБЕНКА С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

А Дигоксина
Б Пропранолола
В Тримеперидина
Г Оксигенотерапии

ОДЫШЕЧНО-ЦИАНОТИЧЕСКИЕ ПРИСТУПЫ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ

А тетраде Фалло
Б открытом артериальном протоке
В дефекте межжелудочковой перегородки
Г дефекте межпредсердной перегородки

ПРИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ У РЕБЕНКА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ ПО СРАВНЕНИЮ С ТАКОВЫМ НА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЯХ (В ММ РТ.СТ.)

А меньше более чем на 20
Б меньше на 10-20
В больше более чем на 20
Г больше на 5-10

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА ПРОВОДИТСЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ

А Индометацина
Б Метотрексата
В Эпинефрина
Г Эналаприла

АРТЕРИАЛЬНЫЙ (БОТАЛЛОВ ПРОТОК) СОЕДИНЯЕТ

А лёгочную артерию и аорту
Б пупочную и нижнюю полую вены
В легочную и правую подключичную артерии
Г правое и левое предсердие

СНИЖЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

А аортальной недостаточности

Б коарктации аорты
В гемолитической анемии
Г стенозе почечных артерий

ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А ослабление (отсутствие) пульса на бедренной артерии
Б акцент второго тона над лёгочной артерией
В расширение границ относительной сердечной тупости вправо
Г систоло-диастолический шум во втором межреберье слева от грудины

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ФОРМЫ СЕРДЦА В ВИДЕ «ДЕРЕВЯННОГО БАШМАКА» ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

А тетрады Фалло
Б тотального аномального дренажа легочных вен
В коарктации дуги аорты
Г транспозиции магистральных сосудов

АРТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОТОК ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А соединение аорты и лёгочной артерии
Б дефект в межпредсердной перегородке
В дефект межжелудочковой перегородки
Г полную форму атриовентрикулярной коммуникации

СТРУКТУРОЙ, КОТОРАЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ СООБЩЕНИЕ МЕЖДУ БОЛЬШИМ И МАЛЫМ КРУГОМ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПЛОДА, ЯВЛЯЕТСЯ

А боталлов проток
Б аранцев проток
В пупочная вена
Г воротная вена

ДЛЯ КАКОГО ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО ОТСУТСТВИЕ ПУЛЬСА НА НОГАХ И МАКСИМАЛЬНАЯ ЗВУЧНОСТЬ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА НА СПИНЕ?

А коарктации аорты
Б транспозиции магистральных сосудов
В открытого атриовентрикулярного канала
Г дефекта межжелудочковой перегородки

ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА В ВИДЕ МАЛОГО РАЗМЕРА ДЕФЕКТА В МЫШЕЧНОЙ ЧАСТИ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ НАЗЫВАЕТСЯ

А болезнью Толочинова – Роже

Б болезнью Сокольского - Буйо
В синдромом Картагенера
Г синдромом КериСейра

ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ У РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

А артериальное давление на руках выше, чем на ногах
Б артериальная гипотония
В артериальное давление на ногах выше, чем на руках
Г сохраненная пульсация на бедренных артериях

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

А грубый систоло-диастолический шум
Б грубый протодиастолический шум
В мягкий дующий систолический шум
Г скребущий систолический шум

РАЗНИЦА ПУЛЬСА НА ПРАВОЙ ЛУЧЕВОЙ И БЕДРЕННОЙ АРТЕРИЯХ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

А коарктации аорты
Б тетрады Фалло
В аномального легочного дренажа легочных вен
Г дефекта межжелудочковой перегородки

ДЕФОРМАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ВИДЕ СЕРДЕЧНОГО ГОРБА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

А врожденных пороков сердца
Б миокардитов
В вегето-сосудистой дистонии
Г миокардиодистрофии

РАСШИРЕНИЕ ГРАНИЦ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВО ВСЕХ НАПРАВЛЕНИЯХ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

А транспозиции магистральных сосудов
Б пароксизмальной тахикардии
В эмфиземе лёгких
Г гипертрофии левого предсердия

СКАЧУЩИЙ ПУЛЬС НАБЛЮДАЕТСЯ У ДЕТЕЙ ПРИ

А открытом артериальном протоке
Б коарктации аорты

В стенозе лёгочной артерии
Г транспозиции магистральных сосудов

ДЛЯ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ХАРАКТЕРНА ФОРМА СЕРДЦА В ВИДЕ

А «башмачка»
Б «капли»
В «овоида»
Г «снежной бабы»

ДЛЯ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ ХАРАКТЕРНО

А артериальное давление на ногах ниже, чем на руках
Б артериальное давление на ногах выше, чем на руках
В снижение в моче уровня катехоламинов
Г повышение в моче альдостерона

ДЛЯ ТРАНСПОЗИЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ХАРАКТЕРНАЯ ФОРМА СЕРДЦА В ВИДЕ

А «овоида»
Б «снежной бабы»
В «капли»
Г «башмачка»

ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА С СИНДРОМОМ ШЛЮЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А коарктация аорты
Б открытый артериальный проток
В дефект межжелудочковой перегородки
Г дефект межпредсердной перегородки

СИНДРОМ УВЕЛИЧЕННОГО КРОВОТОКА ЧЕРЕЗ ЛЕГКИЕ (ГИПЕРВОЛЕМИИ МАЛОГО КРУГА) ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А повторными бронхитами, пневмониями
Б ослаблением II тона на лёгочной артерии
В одышечно-цианотическими приступами
Г стойкой артериальной гипертонией

АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А диастолический рокочущий шум на верхушке
Б ослабление тонов сердца на верхушке
В дующий систолический шум на верхушке

Г короткий систолический шум над аортой

АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А дующим систолическим шумом на верхушке
Б дующим диастолическим шумом на верхушке
В диастолическим шумом в V точке
Г усилением I тона на верхушке

ДУКТУС-ЗАВИСИМЫМ ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А транспозиция магистральных артерий
Б открытый атриовентрикулярный канал
В общий артериальный ствол
Г дефект межжелудочковой перегородки

ПАТОЛОГИЕЙ, ПРИ КОТОРОЙ ФОРМА СЕРДЦА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ НАПОМИНАЕТ ЦИФРУ 8, ЯВЛЯЕТСЯ

А тотальное аномальное впадение легочных вен
Б открытый артериальный проток
В тетрада Фалло
Г атрезия трёхстворчатого клапана

ВРОЖДЁННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА, КОТОРЫЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВЫРАЖЕННЫМ ЦИАНОЗОМ СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

А транспозиция магистральных сосудов
Б дефект межжелудочковой перегородки
В открытый артериальный проток
Г тетрада Фалло

РЕБЕНОК С ДЕФЕКТОМ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПРИ ОТСУТСТВИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

А III
Б IV
В I
Г II

СИНДРОМ ПОДРОСТКОВОГО (КАПЕЛЬНОГО) СЕРДЦА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А обмороками, артериальной гипотензией, тахикардией, появлением шума в сердце
Б одышкой, тахикардией, слабостью, болью в грудной клетке

В артериальной гипертензией, головными болями, тошнотой, появлением болей за грудиной
Г брадикардией, затрудненным дыханием, дискомфортом в грудной клетке

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

А 2 межреберье
Б 3 ребро
В 2 ребро
Г 3 межреберье

ПРАВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У РЕБЕНКА ДО 1 ГОДА РАСПОЛОЖЕНА

А по правой парастернальной линии
Б по правой срединно-ключичной линии
В по правой стернальной линии
Г кнутри от правой парастернальной линии

ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А появлением влажных хрипов в легких, тахикардией, тахипноэ
Б увеличением размеров печени
В повышением артериального давления
Г отеками на ногах

В НОРМЕ У ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ПРЕОБЛАДАЮТ ПОТЕНЦИАЛЫ

А правого желудочка
Б левого желудочка
В правого предсердия
Г левого предсердия

ТРАНССУДАТ - ЭТО ЖИДКОСТЬ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ, КОТОРАЯ СФОРМИРОВАЛАСЬ ПРИ

А сердечной недостаточности
Б снижении кровяного давления в сосудах плевральной полости
В образовании ателектаза
Г легочной недостаточности

ДЛЯ АЛЬТЕРНИРУЮЩЕГО ПУЛЬСА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

А неравномерная сила пульсовой волны
Б ускорение или замедление ритма
В дефицит пульса

Г снижение или увеличение силы пульсовой волны

КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГИПОТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ДО 10 ЛЕТ?

А <70 mmHg + [возраст ребенка в годах × 2], mmHg
Б ≥70 mmHg + [возраст ребенка в годах × 3], mmHg
В ≤ 50 процентиля
Г ≤ 25 процентиля

ОСТРАЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С СИМПТОМАМИ ЗАСТОЯ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

А перегрузки правых отделов сердца
Б нарушении сердечного ритма
В ишемии миокарда
Г перегрузки левых огделов сердца

ПРАВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У РЕБЕНКА СТАРШЕ 12 ЛЕТ РАСПОЛОЖЕНА

А по правому краю грудины
Б кнутри от правой парастернальной линии
В по правой парастернальной линии
Г кнаружи от поавой парастернальной линии

НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ОТРАЖАЕТ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВОЗБУЖДЕНИЯ В МИОКАРДЕ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА

А QRS
Б QRS-T
В ST
Г T-P

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ МИОКАРДИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А клебсиелла
Б стафилококк
В вирус Коксаки
Г стрептококк

СРЕДНЕЕ СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ (ММ РТ.СТ.) У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ
(N - ВОЗРАСТ В ГОДАХ)

А 90 + 2n
Б 60 + n
В 60 + 2n
Г 90 + n

СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ЗА 1 МИНУТУ У РЕБЕНКА В 5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

А 100
Б 120
В 90
Г 80

О БРАДИКАРДИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ГОВОРЯТ ПРИ УМЕНЬШЕНИИ ЧСС МЕНЕЕ (УД/МИН)

А 100
Б 80
В 90
Г 70

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ ДО 6 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

А стеноз почечных артерий
Б коарктация аорты
В паренхиматозное заболевание почек
Г эссенциальная артериальная гипертензия

У НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НА УРОВНЕ

А II ребра
Б II межреберья
В I межреберья
Г III ребра

ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ ТОНОМЕТРОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАНЖЕТКИ ВЗРОСЛОГО РАЗМЕРА

А занижает реальный уровень систолического артериального давления
Б завышает реальным уровень систолического артериального давления
В завышает реальный уровень диастолического артериального давления
Г не влияет на правильность измерения

РАВЕНСТВО ГРОМКОСТИ ТОНОВ (I И II) И РАВЕНСТВО ИНТЕРВАЛОВ МЕЖДУ 1 - II И II - I ТОНАМИ НАЗЫВАЕТСЯ

А эмбриокардией
Б брадипноэ
В тахикардией
Г брадикардией

НА РЕНТГЕНОГРАММЕ В ЛЕВОЙ КОСОЙ ПРОЕКЦИИ ЗАДНИЙ КОНТУР ТЕНИ СЕРДЦА И КРУПНЫХ СОСУДОВ ОБРАЗОВАН

А левым предсердием и левым желудочком
Б восходящей частью аорты, легочным стволом, выходным отделом правого желудочка, контуром левого желудочка
В левым предсердием. левым желудочком, правым желудочком
Г верхней полой веной, левым и правым предсердием

У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

А на 2 см латеральнее от левой средне-ключичной линии
Б по левой средне-ключичной линии
В по левому краю грудины
Г на 2 см медиальнее от левой средне-ключичной линии

РЕНТГЕНОГРАФИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ

А размеры и конфигурацию сердца
Б сократительную способность миокарда
В участки воспаления
Г насыщение миокарда кислородом

ДЛЯ МИОКАРДИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ФИЗИКАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ВИДЕ

А смешения границ относительной тупости сердца влево
Б тихого диастолического шума
В смещения границ относительной тупости сердца вправо
Г грубого систолического шума

АУСКУЛЬТАЦИЮ СЕРДЦА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО ПО ТОЧКАМ ПРОЕКЦИИ КЛАПАНОВ

А митрального, аортального, легочной артерии, трехстворчатого и в точке Боткина Эрба
Б легочной артерии, митрального, аортального, трехстворчатого, в точке Боткина Эрба
В митрального, легочной артерии, аортального, трехстворчатого, в точке Боткина Эрба
Г аортального, трехстворчатого, легочной артерии, митрального и в точке Боткина Эрба

АБСОЛЮТНОМУ РЕФРАКТЕРНОМУ ПЕРИОДУ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ СООТВЕТСТВУЕТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ

А T-P
Б QRS-T
В ST
Г QRS

ОСОБЕННОСТЬЮ ЭКГ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

А зубец Т в стандартных отведениях мал, двухфазен, отрицателен
Б зубец Т в стандартных отведениях высокий, положительный, однофазный
В глубокий зубец S в III отведении
Г высокий зубец R в I отведении

ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ШУМОМ В СЕРДЦЕ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НАЗЫВАЮТ ШУМ

А систолический, не связанный с I тоном, который меняется по характеру в зависимости от положения тела и дыхания
Б мезодиастолический с эпицентром в V точке, усиливающийся во время пробы Вальсальвы
В мезодиастолический с эпицентром в V точке, который ослабевает при сидении на корточках
Г нарастающий пресистолический с эпицентром на верхушке сердца

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТОНИЯ У РЕБЕНКА 7-9 ЛЕТ РЕГИСТРИРУЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НИЖЕ (ММ РТ. СТ.)

А 80/40
Б 100/60
В 90/50
Г 70/40

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ

А уменьшается при физической нагрузке
Б выслушивается на протяжении систолы
В усиливается в вертикальном положении
Г проводится на сосуды шеи

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ СТАРТОВАЯ ДОЗА НИФЕДИПИНА ДЛЯ ПРИЕМА ЧЕРЕЗ РОТ СОСТАВЛЯЕТ.

А 0,25-0,5
Б 2,5-6,5
В 0,01-0,05

Г 6,5-10

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

А Нифедипин
Б Спиронолактон
В Дротаверин
Г Амиодарон

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

А ослабления
Б трехчленного ритма
В ритма галопа
Г усиления

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ СТАРТОВАЯ ДОЗА КАПТОПРИЛА ДЛЯ ПРИЕМА ЧЕРЕЗ РОТ СОСТАВЛЯЕТ.

А 0,3-0,5
Б 1-2
В 5-10
Г 0,05-0,1

НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЛЕВЫЙ КОНТУР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ТЕНИ СВЕРХУ-ВНИЗ ОБРАЗОВАН

А дугой аорты, легочной артерией, левым предсердием, левым желудочком
Б дугой аорты, левым предсердием, лёгочной артерией, левым желудочком
В дугой аорты, левым желудочком, левым предсердием, легочной артерией
Г левым предсердием, левым желудочком, правым желудочком

АТРИОМЕГАЛИЯ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ ТОНА

А дополнительного четвертого
Б отсутствием первого
В отсутствием второго
Г дополнительного третьего

ИНГИБИТОРЫ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА (ИАПФ) ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

А у всех больных пои отсутствии противопоказаний

Б только при отсутствии отечного синдрома
В только у тяжелых больных
Г только при систолической дисфункции

РЕНТГЕНОГРАФИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ОЦЕНИТЬ

А кардио-торакальный индекс
Б насыщение миокарда кислородом
В сократительную способность миокарда
Г участки воспаления

К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСИТСЯ

А порок развития сосудов почки
Б пиелонефрит
В наследственный нефрит
Г синдром вегетативной дистонии

ИНТЕРВАЛ PQ(R) НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ СООТВЕТСТВУЕТ ВРЕМЕНИ ПРОВЕДЕНИЯ ВОЗБУЖДЕНИЯ

А от синусового узла до желудочков
Б от синусового узла до атриовентрикулярного узла
В от синусового узла до волокон Пуркинье
Г по предсердиям

ПРИ СИНУСОВОМ РИТМЕ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ

А зубцы Р во II стандартном отведение положительны и предшествуют неизмененному желудочковому комплексу ORS
Б закономерная связь комплексов QRS и зубцов Р отсутствует
В зубцы - отрицательные, регистрируются во п и ш отведении после неизмененных желудочковых комплексов
Г зубцы Р отрицательные, регистрируются во I и II отведении перед неизмененными желудочковами комплексами

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ КАРДИОМИОПАТИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А эхокардиография
Б рентгенография сердца в 3 проекциях
В электрокардиография
Г рентгенокимография

ПРИЗНАКАМИ ЗАСТОЯ В БОЛЬШОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ (ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВЫЙ ТИП НЕДОСТАТОЧНОСТИ) ЯВЛЯЮТСЯ

А отеки и увеличение печени
Б влажные мелкопузырчатые хрипы в легких
В брадикардия, бледность кожных покровов
Г продуктивный кашель, одышка

К СЕЛЕКТИВНЫМ МАРКЕРАМ МИОКАРДИАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ОТНОСЯТ

А креатинфосфокиназу и МВ-фракции
Б аланинаминотрансферазу
В аспартатаминотрансферазу
Г С-реактивный белок

ПРИЗНАКАМИ ЗАСТОЯ В БОЛЬШОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

А акроцианоз, тахикардия
Б запах ацетона изо рта, центральный цианоз
В влажные мелкопузырчатые хрипы в легких, влажный кашель
Г влажный кашель, брадикардия

ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ МОЖЕТ ДЛИТЕЛЬНО НАБЛЮДАТЬСЯ

А отрицательный зубец Т в нескольких отведениях
Б подъем сегмента ST в нескольких отведениях
В снижение сегмента ST в грудных отведениях
Г положительный зубец Т в нескольких отведениях

ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ ПО ОТНОШЕНИЮ К СРЕДИННО-КЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 10 ЛЕТ НАХОДИТСЯ

А на 1,5-2 см кнутри
Б на 1 см кнаружи
В на 2 см кнаружи
Г по срединно-ключичной линии

ПРИЗНАКАМИ ЗАСТОЯ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

А одышка, тахикардия
Б акроцианоз, сухие хрипы в легких
В увеличение печени, селезенки
Г отеки стоп и голеней

ПРИ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЮТ

А высокие заостренные зубцы Т
Б уменьшение амплитуды зубца Т
В увеличение амплитуды зубца Т
Г депрессию сегмента ST

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ I СТАДИИ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А тахипноэ при физической нагрузке
Б увеличением печени
В цианозом в покое
Г тахикардией в покое

ПРИ НЕРЕВМАТИЧЕСКОМ КАРДИТЕ ТОНЫ СЕРДЦА

А приглушены
Б не изменены
В усилены
Г не выслушиваются

ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПЕРИКАРДИТЕ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ МОЖЕТ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ

А уменьшение общего вольтажа QRS
Б смешение сегмента ST ниже изоэлектрической линии
В патологический зубец Q
Г синусовая брадикардия

ДОЗА НИФЕДИПИНА (СУБЛИНГВАЛЬНО ИЛИ ПЕРОРАЛЬНО) ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА СОСТАВЛЯЕТ (МГ/КГ)

А 0,25
Б 0,025
В 25
Г 2,5

ОРГАНИЧЕСКИЙ ШУМ АУСКУЛЬТАТИВНО ХАРАКТЕРИЗУЕТ

А грубый тембр
Б тихий, мягкий тембр
В отсутствие связи с тонами
Г небольшая продолжительность

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ I СТАНДАРТНОЕ ОТВЕДЕНИЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ МЕЖДУ

А левой и правой рукой
Б левой рукой и правой ногой
В правой и левой ногами
Г левой рукой и левой ногой

К ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТНОСИТСЯ

А увеличение полостей желудочков
Б гипертрофия правого желудочка
В гипертрофия межжелудочковой перегородки
Г гипертрофия левого желудочка

СЕРДЕЧНЫЕ ОТЕКИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

А появлением вначале на стопах и голенях
Б появлением утром
В отеком шеи
Г появление и вначале на лице

ПРИ ГИДРОПЕРИКАРДЕ ПОЛОСТЬ ПЕРИКАРДА ЗАПОЛНЕНА

А транссудатом
Б лимфой
В экссудатом
Г кровью

У РЕБЁНКА 12 ЛЕТ ЧИСЛО СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ В 1 МИНУТУ СОСТАВЛЯЕТ

А 80
Б 60
В 100
Г 90

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ СРЕДНИЙ УРОВЕНЬ СИСТОЛИЧЕСКОГО И /ИЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, РАССЧИТАННЫЙ НА ОСНОВАНИИ ТРЕХ ОТДЕЛЬНЫХ ИЗМЕРЕНИЙ РАВЕН ИЛИ ПРЕВЫШАЕТ ПЕРЦЕНТИЛЬ КРИВОЙ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ АД В ПОПУЛЯЦИИ ДЛЯ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ВОЗРАСТА, ПОЛА И РОСТА

А 95-й
Б 75-й
В 90-й
Г 50-й

ПРАВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У РЕБЕНКА 7-12 ЛЕТ РАСПОЛОЖЕНА

А на середине между правой парастернальной и стернальной линиями
Б по правой парастернальнои линии
В по правой стернальной линии
Г кнутри от правой парастернальной линии

ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ 2-6 ЛЕТ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НА УРОВНЕ

А II межреберья
Б I ребра
В III ребра
Г II ребра

ЗУБЕЦ Т НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ СООТВЕТСТВУЕТ

А реполяризации желудочков
Б деполяризации предсердий
В деполяризации предсердии и желудочков
Г реполяризации предсердий

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ 7-12 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

А паренхиматозное заболевание почек
Б коарктация аорты
В стеноз почечных артерий
Г эссенциальная артериальная гипертензия

РАСШИРЕНИЕ ГРАНИЦ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВПРАВО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

А дилатации правого желудочка
Б высоком стоянии диафрагмы
В дилатации левого предсердия
Г транспозиции магистральных сосудов

ПРИЗНАКАМИ ЗАСТОЯ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

А влажный кашель, влажные мелкопузырчатые хрипы в легких
Б увеличение печени, селезенки
В акроцианоз, сухие хрипы в легких
Г отеки стоп и голеней

СИНДРОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

А заболеваний почечных артерий
Б камня мочевого пузыря
В нейрогенного мочевого пузыря
Г пузырно-мочеточникового рефлюкса

СЕРДЕЧНЫЕ ОТЕКИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

А появлением к вечеру
Б появлением утром
В отеком шеи
Г появлением вначале на лице

РАСШИРЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВПРАВО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

А смещении средостения вправо
Б гипертрофии левого предсердия
В дилатации левого предсердия
Г дилатации левого желудочка

ЭХОКАРДИОГРАФИЯ У ДЕТЕЙ ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ОЦЕНИТЬ

А толщину стенок желудочков
Б проводящую систему сердца
В локализацию шумов
Г фазовый анализ систолы желудочков

СИНДРОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

А острого и хронического нефрита
Б пузырно-мочеточникового рефлюкса
В нейрогенного мочевого пузыря
Г камня мочевого пузыря

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

А увеличение размеров печени
Б тахикардию
В появление влажных разнокалиберных хрипов в легких
Г сухой или влажный кашель с отделением слизистой мокроты

РАСШИРЕНИЕ ГРАНИЦЫ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВЛЕВО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ДИЛАТАЦИИ И ГИПЕРТРОФИИ

А левого желудочка
Б левого предсердия
В правого желудочка
Г правого предсердия

РАСШИРЕНИЕ ГРАНИЦ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВО ВСЕХ НАПРАВЛЕНИЯХ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

А перикардите
Б гипотиреозе
В эмфиземе легких
Г пароксизмальной тахикардией

БОЛЬНОГО С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ НА САМОЛЁТЕ НЕОБХОДИМО РАЗМЕЩАТЬ

А головой к кабине пилотов
Б по правому борту
В головой к хвосту
Г по левому борту

ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1 СТЕПЕНИ ИНДЕКС МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СОСТАВИЛ 150 Г/М2, ТО СТЕПЕНЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПАЦИЕНТА

А высокая
Б очень высокая
В низкая
Г незначительная

ПРИЧИНОЙ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

А острая митральная недостаточность при инфекционном эндокардите
Б дыхательная недостаточность
В обезвоживание
Г острая недостаточность трикуспидального клапана при инфекционном эндокардите

КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ, ЕСЛИ НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ НЕПОСТОЯННЫЙ ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ, ЗАВИСЯЩИЙ ОТ ПОЛОЖЕНИЯ БОЛЬНОГО

А миксому левого предсердия
Б недостаточность митрального клапана
В митральный стеноз

Г врожденные пороки сердца

ВЫРАЖЕННОСТЬ СИМПТОМОВ ТАМПОНАДЫ СЕРДЦА ЗАВИСИТ, В ОСНОВНОМ, ОТ

А быстроты появления выпота
Б тяжести основного заболевания
В присутствия или отсутствия крови в жидкости
Г количества выпота

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНО ПРИ

А а
Б б
В г
Г в

У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НАРУШАЕТСЯ

А диастолическая функция левого желудочка
Б белоксинтезирующая функция печени
В вентиляционная функция легких
Г систолическая функция левого желудочка

ОСЛОЖНЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, СВЯЗАННЫМ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

А ишемический инсульт
Б остро возникшая энцефалопатия
В нефросклероз
Г отек лёгких

МОЛНИЕНОСНОЕ ТЕЧЕНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ_ ФОРМЫ ПЕРИКАРДИТА

А бактериальной
Б опухолевой
В вирусной
Г туберкулезной

ОПТИМАЛЬНОЙ ДОЗОЙ АСПИРИНА В СУТКИ В КАЧЕСТВЕ АНТИАГРЕГАНТА БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ (В МГ)

А 100
Б 500
В 300

Г 50

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ УСТАНОВЛЕН МИНИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ РАВНЫЙ (ЦЕНТИЛЬ)

А 95
Б 75
В 99
Г 50

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ШУМ АУСКУЛЬТАТИВНО ХАРАКТЕРИЗУЕТ

А мягкий тембр
Б иррадиация
В связь с тонами
Г постоянство

ОРГАНИЧЕСКИЕ ШУМЫ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЮТ ПРИ

А воспалительном поражении эндокарда
Б снижении тонуса папиллярных мышц
В дополнительной хорде в левом желудочке
Г неравномерности роста сосудов

К ПЕРЕЧНЮ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ (НА ПРИМЕРЕ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ), ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ, ОТНОСИТСЯ

А разработка индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида
Б предоставление технических средств реабилитации для самостоятельного передвижения
В консультирование по подбору технических средств реабилитации для самостоятельного передвижения
Г организация обеспечения и финансирование за счет средств федерального бюджета

ФИНАНСИРОВАНИЕ РАСХОДНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ИНВАЛИДОВ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ

А федерального бюджета
Б внебюджетных источников
В добровольных пожертвований граждан
Г благотворительных фондов

ЭТАП СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ИЛИ РЕИНТЕГРАЦИИ РЕБЁНКА-ИНВАЛИДА ВКЛЮЧАЕТ

А общенациональные и индивидуальные меры социальной интеграции
Б медицинскую реабилитацию
В педагогические, психологические, социальные мероприятия
Г технические, профессиональные мероприятия

ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ УТВЕРЖДЕНА ФОРМА

А 088/-06
Б 030/у
В 063/
Г 058/у

ОСНОВНЫМИ ПРИНЦИПАМИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

А комплексность и рациональность реабилитационной программы, учет клинических особенностей патологии и индивидуальных факторов, преемственность восстановительного лечения
Б раннее начало реабилитации. кратковременность мероприятий. комплексность и рациональность реабилитационной программы
В разработка реабилитационной программы с учетом клинических особенностей патологии и индивидуальных факторов, начало реабилитации в санаторно-оздоровительном учреждении
Г преемственность восстановительного лечения (стационар, поликлиника, санаторно-оздоровительное учреждение), реабилитационная программа в соответствии с особенностями патологии без учета индивидуальных факторов

ЭТАП ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЁНКА-ИНВАЛИДА ВКЛЮЧАЕТ

А медицинскую реабилитацию
Б технические. профессиональные социальные мероприятия
В общенациональные и индивидуальные меры социальной интеграции
Г педагогические, психологические мероприятия

ПРИ НАПРАВЛЕНИИ РЕБЕНКА НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ (МСЭ) КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ВКЛЮЧАЕТ КЛИНИЧЕСКУЮ ФОРМУ ОСНОВНОГО И СОПУТСТВУЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И

А стадию патологического процесса, течение заболевания, характер и степень нарушений функций организма, клинический прогноз
Б стадию патологического процесса, характер и степень нарушений функций организма, клинический прогноз
В стадию патологического процесса, течение заболевания, характер и степень нарушений функций организма
Г течение заболевания, характер и степень нарушений функций организма, клинический прогноз

ПОНЯТИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАДАПТАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ

А восстановление личных контактов с одноклассниками
Б повышение успеваемости ученика
В выявление семей с повышенным риском заболеваний
Г поддержание психологического благополучия в семье

ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ПРИЗНАНИЯ РЕБЕНКА ИНВАЛИДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А нарушение здоровья со стойким расстройством функции организма. обусловленных заболеванием. последствиями травм или дефектами: ограничение жизнедеятельности. необходимость осуществления мер социальной зашиты
Б нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма. обусловленных заболеванием. последствиями травм или дефектами. ограничение жизнедеятельности
В нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленных заболеванием, последствиями травм или дефектами, необходимость осуществления мер социальной защиты
Г ограничение жизнедеятельности, необходимость осуществления мер социальной защиты

РЕШЕНИЕ ОБ УСТАНОВЛЕНИИ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИНИМАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ

А заключения медико-социальной экспертной комиссии
Б решения заведующего отделением
В заключения врачебной комиссии
Г решения главного врача

К ГОСУДАРСТВЕННЫМ ПРОГРАММАМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОБЕСПЕЧИТЬ ПОЛНОЦЕННЫЙ ДОСТУП ИНВАЛИДА К ТРАНСПОРТУ, ИНФОРМАЦИИ, СВЯЗИ, ОБЪЕКТАМ, УСЛУГАМ, ОТНОСЯТ ПРОЕКТ

А «Доступная среда»
Б «Комплексные услуги»
В "Информационное общество"
Г "Развитие транспортной системы"

ГРАЖДАНИН НАПРАВЛЯЕТСЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ

А медицинской организацией
Б образовательным учреждением
В правоохранительными органами
Г благотворительными организациями

ПРИЗНАНИЕ ЛИЦА ИНВАЛИДОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

А федеральным бюро медико-социальной экспертизы
Б благотворительными организациями
В учреждениями социальной зашиты населения

Г лечебными учреждениями

ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ РЕЧЕВЫХ СИНДРОМОВ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ РЕБЁНКА НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ИСКЛЮЧАЕТ

А амнезию
Б афазию
В дислалию
Г заикание

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА МОЖЕТ БЫТЬ РАЗРАБОТАНА НА ПЕРИОД

А не более 6 месяцев с последующим пересмотром
Б 5 лет
В 10 лет
Г 1 или 2 года

ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ВНЕСЕНИЯ ДОПОЛНЕНИЙ ИЛИ ИЗМЕНЕНИЙ В ИНДИВИДУАЛЬНУЮ ПРОГРАММУ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЁНКА-ИВАЛИДА ОФОРМЛЯЕТСЯ

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

ГРУППЫ МЕРОПРИЯТИЙ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ИСКЛЮЧАЮТ

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

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НАПРАВЛЕНА НА

А восстановление компенсации функциональных возможностей организма
Б снижение функциональных возможностей организма
В некоторое уменьшение функциональных возможностей организма
Г существенное повышение функциональных возможностей организма

ПРИЗНАНИЕ РЕБЕНКА ИНВАЛИДОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

А федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы
Б детским стационаром

В детской поликлиникой
Г детским санаторием

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СТОЙКОЕ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА I СТЕПЕНИ, ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА В ДИАПАЗОНЕ ОТ___ до__(%)

А от 10 до 30
Б от 20 до 50
В от 30 до 60
Г от 40 до 60

КАТЕГОРИЯ «РЕБЕНОК-ИНВАЛИД» УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ У РЕБЁНКА СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА В ДИАПАЗОНЕ (%)

А 40-100
Б 31-39
В 21-30
Г 10-20

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПРОБЛЕМНО-ЦЕЛЕВОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ЯВЛЯЕТСЯ

А организация специализированных медицинских школ по профилю заболеваний
Б оказание самостоятельной медицинской помощи
В самостоятельное изучение литературы родителями пациентов
Г получение среднего медицинского образования родителями детей

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА ВКЛЮЧАЕТ

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

ПРИЗНАКОМ ТЯЖКОГО ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

А потеря зрения
Б кратковременное расстройство здоровья
В длительное расстройство здоровья
Г незначительна стойкая утрата общей трудоспособности

РЕБЕНОК-ИНВАЛИД С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЁТА

А не снимается
Б снимается врачом-педиатром
В снимается по письменному заявлению родителей (законных представителей)
Г снимается пои смене места жительства

КАТЕГОРИЯ «РЕБЁНОК-ИНВАЛИД» МОЖЕТ УСТАНАВЛИВАТЬСЯ

А на 1 год, 2 года, 5 лет, либо до достижения гражданином возраста 18 лет
Б лишь на 3 лет, либо до достижения гражданином возраста 18 лет
В лишь на 2 года, 5 лет, либо до достижения гражданином возраста 18 лет
Г только до достижения гражданином возраста 18 лет

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОБЛЕМНО-ЦЕЛЕВОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

А повышение уровня медицинских знании и создание партнерства родителей и медицинского персонала в различных школах здоровья
Б оказание медицинской помощи детям родителями самостоятельно без контроля со стороны медицинского персонала
В получение родителями ребенка среднего или высшего медицинского образования с целью повышения уровня медицинских знаний
Г регулярные госпитализации пациента с хронической патологией в профильный стационар

К ОСНОВНЫМ ВИДАМ СТОЙКИХ РАССТРОЙСТВ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА - НАРУШЕНИЯМ СЕНСОРНЫХ ФУНКЦИЙ - ОТНОСЯТ

А нарушение зрения, слуха
Б деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству
В аномальные отверстия пищеварительного. мочевыделительного, дыхательного трактов
Г существенные нарушение размеров тела

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТА И ПРИЧИН ИНВАЛИДНОСТИ РЕБЕНКА ПЕРЕДАНО В КОМПЕТЕНЦИЮ

А медико-социальной экспертизы
Б центров социального обслуживания населения
В комиссии по делам несовершеннолетних
Г общеобразовательных учреждений

ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПРЕДОСТАВЛЯЮТСЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА И ПЕРЕДАЮТСЯ ИНВАЛИДАМ В

А безвозмездное пользование
Б безвозмездное пользование на усмотрение законного представителя ребенка-инвалида
В возмездное пользование на усмотрение гражданина
Г возмездное пользование

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ

А реабилитационного потенциала
Б клинико-функциональных, социально-бытовых сведении
В длительности ограничения жизнедеятельности гражданина
Г причин ограничения жизнедеятельности гражданина

МЕРОПРИЯТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВКЛЮЧАЮТ

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

В СТРУКТУРЕ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЕЙ ОТ 0 ДО 17 ЛЕТ 11 МЕСЯЦЕВ 29 ДНЕЙ ПО НОЗОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ ВЕДУЩИЕ РАНГОВЫЕ МЕСТА ЗАНИМАЮТ

А болезни нервной системы, психические расстройства и врожденные аномалии развития
Б инфекционные и соматические болезни
В заболевания эндокринной системы
Г заболевания мочевыделительной системы

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ НА ДОМУ, ЕСЛИ

А гражданин не может явиться в бюро по состоянию здоровья, что подтверждается заключением медицинской организации
Б желает представитель несовершеннолетнего ребенка
В желают родители несовершеннолетнего ребенка
Г отсутствуют транспортные средства у родителей ребёнка-инвалида

ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ КАТЕГОРИИ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЯМ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАН ТЕРМИН

А «ребенок-инвалид»
Б «лицо со специальными потребностями в медицинском обслуживании»
В «иммобильный ребенок»
Г «лицо с ограниченными возможностями»

ОДНИМ ИЗ ВИДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А социальная

Б коллективная
В коллегиальная
Г частная

МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ НАПРАВЛЯЕТ ГРАЖДАНИНА НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ

А после проведения необходимых диагностических. лечебных и реабилитационных мероприятии
Б при проведении необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий на усмотрение участкового врача
В при частичном проведении необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий
Г без проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий

ИНВАЛИДНОСТЬ С ДЕТСТВА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ВОЗНИКНОВЕНИЕ СТОЙКИХ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ВОЗРАСТЕ ОТ РОЖДЕНИЯ ДО

А 18 лет
Б 10 лет
В то лет включительно
Г 14 лет включительно

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В СООТВЕТСТВИИ С ФЕДЕРАЛЬНЫМ ПЕРЕЧНЕМ ВКЛЮЧАЮТ ВОССТАНОВИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ И

А реконструктивную хирургию; санаторно-курортное лечение: протезирование и ортезирование: предоставление слуховых аппаратов
Б санаторно-курортное лечение; протезирование и ортезирование; обеспечение профессиональной ориентации инвалидов; предоставление технических средств реабилитации и услуг
В реконструктивную хирургию; санаторно-курортное лечение; протезирование и ортезирование, предоставление технических средств реабилитации и услуг
Г реконструктивную хирургию; санаторно-курортное лечение; обеспечение профессиональной ориентации инвалидов

ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ИНВАЛИДНОСТИ, ВОЗНИКШЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМ ИЛИ ДЕФЕКТОВ, РЕБЕНКУ ДО 18 ЛЕТ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ

А категория «ребенок-инвалид»
Б Группа инвалидности
В I группа инвалидности
Г I группа инвалидности

К КАТЕГОРИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ОТНОСЯТСЯ

А дети и подростки до 18 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации
Б дети, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации
В дети и подростки до 14 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации
Г дети и подростки до Т1 лет. имеющие значительные ограничения жизнедеятельности. приводящие к социальной дезадаптации

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СТОЙКОЕ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА III СТЕПЕНИ, ПРЕДУСМАТРИВАЕТ СТОЙКИЕ _____ В ДИАПАЗОНЕ ОТ_____

А выраженные нарушения функции организма 70 по 80 процентов
Б умеренные нарушения функций организма 40 до 60 процентов
В незначительные нарушения функций организма10 до 30 процентов
Г значительно выраженные нарушения функций организма 90 до 100 процентов

СОДЕРЖАНИЕ ПОНЯТИЯ «АБИЛИТАЦИЯ» ВКЛЮЧАЕТ

А лечебные, педагогические или социальные мероприятия по отношению к инвалидам, направленные на формирование способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности
Б комплекс медицинских. педагогических и психологических мероприятия, направленных на максимально- возможное восстановление или компенсацию надушенных или утраченных нормальных психических или Физиологических Функции
В способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки, хранения, воспроизведения и передачи информации
Г полное или частичное восстановление способности инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности

КАТЕГОРИЯ «РЕБЕНОК-ИНВАЛИД» МОЖЕТ УСТАНАВЛИВАТЬСЯ СРОКОМ НА

А 1 год, 2 года и до достижения им 18-летнего возраста
Б 1 год, 2 года и до достижения им 16-летнего возраста
В 6 месяцев, 1 год и до достижения им 18-летнего возраста
Г 3 года, 5 лет и до достижения им 18-летнего возраста

В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

А поздняя реабилитация, ликвидация остаточных явлении заболевания
Б усиленная профессиональная и спортивная подготовка
В обслуживание на дому детей-инвалидов, воспитание и обучение в специальных учреждениях
Г организация соответствующего возрасту режима, ухода за ребенком инвалидом (социальная помощь, вспомогательные технические средства)

ФОРМА НАПРАВЛЕНИЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ УТВЕРЖДАЕТСЯ

А Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации
Б Министерством здравоохранения Российской Федерации
В Министерством Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий
Г Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерством здравоохранения Российской Федерации

К НЕОБХОДИМЫМ ДАННЫМ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ (МСЭ) РЕБЕНКА С ДИАГНОЗОМ «АПЛАЗИЯ (АГЕНЕЗИЯ) ПОЧКИ ВРОЖДЕННАЯ» ОТНОСЯТ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (УЗИ)

А почек
Б поджелудочной железы
В щитовидной железы
Г печени

ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О ВЫДАЧЕ МЕДИЦИНСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ НА РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

А нарушение здоровья со II и более степенью выраженности стойких нарушений функций организма
Б врожденные пороки
В оперативные вмешательства (например, на сердце)
Г хронические заболевания

СОДЕРЖАНИЕ ПОНЯТИЯ «РЕАБИЛИТАЦИЯ» ВКЛЮЧАЕТ

А полное или частичное восстановление ранее имевшихся способностей
Б обучение установлению контактов между людьми
В формирование отсутствовавших ранее способностей
Г обеспечение индивидуальным автомобилем

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СТОЙКОЕ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА IV СТЕПЕНИ, ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА В ДИАПАЗОНЕ ОТ_ _ ДО__ (%)

А от 90 до 100
Б от 70 до 80
В от 40 до 60
Г от 50 до 90

ПРИ СТОЙКОМ НАРУШЕНИИ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА II СТЕПЕНИ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ДИАПАЗОН ОТ __ ДО_ (%)

А 40; 60

Б 10; 30
В 50; 70
Г 40; 80

МЕРОПРИЯТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВКЛЮЧАЮТ

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

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЁНКА, СТРАДАЮЩЕГО ШИЗОФРЕНИЕЙ, ВКЛЮЧАЮТ

А медикаментозное лечение
Б социальную реабилитацию
В психолого-педагогическую реабилитацию
Г психокоррекцию и психопрофилактику

НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПАЦИЕНТА НАПРАВЛЯЕТ

А врачебная комиссия
Б консилиум специалистов
В лечащий врач
Г главный врач

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ВКЛЮЧАЮТ

А выбор вида и условий обучения
Б анализ мокроты на ВК
В психокоррекцию
Г реконструктивную хирургию

ПОНЯТИЕ «ОГРАНИЧЕНИЕ СПОСОБНОСТИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ I СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ» ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СПОСОБОСТЬЮ К

А передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращении расстояния
Б обучению в учебных заведениях общего типа пои соблюдении специального режима учебного процесса и (или) с использованием вспомогательных средств
В самообслуживанию, требующему помощи других лиц

Г выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или снижения объема производственной деятельности

К ВИДАМ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТНОСЯТ

А трудовую
Б периодическую
В парциальную
Г комплексную

ОДНИМ ИЗ ВИДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А профессиональная
Б частная
В коллективная
Г коллегиальная

К ВИДАМ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТНОСЯТ

А медицинскую
Б комплексную
В парциальную
Г периодическую

ОДНИМ ИЗ ВИДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А психологическая
Б частная
В коллективная
Г коллегиальную

ОДНИМ ИЗ ВИДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А медицинская
Б коллегиальная
В коллективная
Г частная

К НЕОБХОДИМЫМИ ДАННЫМИ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ОТНОСЯТ

А спирометрию
Б рентгенограмму кисти
В ультразвуковое исследование почек
Г бактериологический посев кала

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

А нижний Ландау
Б лабиринтный тонический
В Даньини - Ашнера
Г автоматической ходьбы

КОЛИЧЕСТВО СЛОВ, КОТОРЫЕ РЕБЕНОК ДОЛЖЕН ПРОИЗНОСИТЬ В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА, СОСТАВЛЯЕТ

А 8-10
Б 5-7
В 11-13
Г 14-16

РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ В ПОЛОЖЕНИИ РЕБЕНКА НА СПИНЕ С СОГНУТОЙ НОГОЙ ПОД УГЛОМ 90 ГРАДУСОВ В КОЛЕННОМ И И ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВАХ, КОГДА НЕ УДАЕТСЯ ДОБИТЬСЯ ПОЛНОГО РАЗГИБАНИЯ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

А Кернига
Б Бабинского
В Бабкина
Г Бауэра

К 2-3 МЕСЯЦАМ ЖИЗНИ ИСЧЕЗАЕТ РЕФЛЕКС

А Бабкина
Б Моро
В Ландау
Г Галанта

К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 8 МЕСЯЦЕВ ОТНОСИТСЯ

А лепет
Б способность говорить отдельные слова
В способность выполнять простые просьбы
Г гуление

К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 2 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

А удержание головы, лежа на животе
Б поворот со спины на живот
В способность упираться на стопы при поддержке

Г способность сидеть с упором под спину

МОТОРНАЯ (АКТИВНАЯ) РЕЧЬ ПОЯВЛЯЕТСЯ У ДЕТЕЙ К (МЕС.)

А 10-12
Б 8-9
В 12-14
Г 15-16

КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ НАДАВЛИВАНИИ НА ПОДОШВУ У ОСНОВАНИЯ 11 - Ill
ПАЛЬЦЕВ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ИХ ПОДОШВЕННЫМ СГИБАНИЕМ

А нижний хватательный
Б Бабинского
В подошвенного сгибания
Г Бауэра

ПРИЗНАКОМ ПОНИМАНИЯ РЕЧИ У РЕБЕНКА 1 ГОДА ВЫСТУПАЕТ

А связывание слова с определенным предметом
Б произнесение отдельных слов
В связывание слов в предложение
Г повторение слов за взрослым

ОСОЗНАННАЯ УЛЫБКА У РЕБЕНКА ПОЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

А 1-2
Б 8-9
В 3-4
Г 5-6

РАЗВИТИЕ РЕЧИ СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ 1 ГОД 6 МЕСЯЦЕВ, ЕСЛИ РЕБЕНОК

А понимает много слов, но говорит мало, использует облегченные слова
Б начинает говорить предложениями, запоминает стихи
В знает 10-12 слов, понимает запрет, использует облегченные слова
Г понимает сказки, задает вопросы «что?», «где?», «когда?»

РЕЧЬ РЕБЕНКА 1 ГОДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А произнесением первых слов
Б повторением звуков и слогов
В лепетом
Г произношением звуков

РЕБЕНОК ДЕЛАЕТ ПЕРВЫЕ САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ ШАГИ С (МЕС.)

А 12
Б 14
В 10
Г 9

К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 1 МЕСЯЦ ОТНОСИТСЯ

А фиксация взора на ярком предмете
Б стойкое удерживание головы, лежа на животе
В кратковременный сон
Г координированные движения

РЕБЕНОК ПОЛЬЗУЕТСЯ «НОЖНИЦЕОБРАЗНЫМ» ЗАХВАТОМ В ВОЗРСТЕ (МЕС.)

А 9-10
Б 10-11
В 8-9
Г 11-12

ХОРОШО ПОЛЗАТЬ РЕБЕНОК НАЧИНАЕТ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

А 7
Б 4
В 9
Г 11

ПОД СЕНСОРНОЙ РЕЧЬЮ ПОДРАЗУМЕВАЮТ

А понимание речи
Б накопление словарного запаса
В активную речь
Г подготовительный этап развития речи

НИЖНИЙ РЕФЛЕКС ЛАНДАУ ФОРМИРУЕТСЯ К (МЕС.)

А 5
Б 10
В 2
Г 8

РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ВКЛАДЫВАНИИ ПАЛЬЦЕВ В ЛАДОНИ РЕБЕНКА С ПОСЛЕДУЮЩИМ СХВАТЫВАЮЩИМ ДВИЖЕНИЕМ РУК, НАЗЫВАЕТСЯ

А верхний хватательный
Б хоботковый
В ладонно-ротовой
Г поисковый

ГРОМКИЙ СМЕХ У РЕБЕНКА ПОЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

А 4
Б 6
В 9
Г 12

К КАТЕГОРИИ СТОЙКИХ ПОЖИЗНЕННЫХ АВТОМАТИЗМОВ ОТНОСИТСЯ РЕФЛЕКС

А роговичный
Б поисковый
В сосательный
Г опоры

РЕФЛЕКС ПОЛЗАНИЯ БАУЭРА УГАСАЕТ К

А 4 месяцам
Б концу 1 месяца
В концу 1 года
Г 6 месяцам

РЕФЛЕКС ОПОРЫ И АВТОМАТИЧЕСКОЙ ПОХОДКИ СОХРАНЯЕТСЯ В НОРМЕ ДО (МЕС.)

А 2
Б 10
В 8
Г 6

К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 6 МЕСЯЦЕВ ОТНОСИТСЯ

А произнесение отдельных слогов
Б произносение слов
В гуление
Г знание названий отдельных предметов

РЕБЕНОК ПОВОРАЧИВАЕТ ГОЛОВУ В СТОРОНУ ЗВУКА С (МЕС.)

А 2
Б 4
В 3
Г 1

В НОРМЕ МАКСИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ЗАКРЫТИЯ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА ПРИХОДЯТСЯ НА ВОЗРАСТ (МЕС.)

А 12-18
Б 7-9
В 18-24
Г 9-12

РЕФЛЕКС БАБИНСКОГО ИСЧЕЗАЕТ К _ГОДАМ/ГОДУ

А 2
Б 1
В 3
Г 4

ПРИ ОЦЕНКЕ БЕЗУСЛОВНЫХ РЕФЛЕКСОВ РЕБЕНКА УЧИТЫВАЕТСЯ

А наличие, отсутствие
Б степень реакции
В тип реакции
Г длительность реакции

ПОКАЗАТЕЛИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (НПР) (ДО -ДВИЖЕНИЯ ОБЩИЕ) ДЕТЕЙ В 1 ГОД – 1 ГОД 3 МЕСЯЦА ВКЛЮЧАЮТ

А длительное хождение, изменение положения (приседает, наклоняется)
Б перешагивание через препятствия высотой 10-15 см или длиной 35 см чередующимся шагом
В умение ходить по поверхности шириной 15-20 см на высоте от пола 15-20 см
Г перешагивание через препятствия чередующимся шагом

ДВИЖЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

А хаотичностью
Б координированностью
В целенаправленностью
Г ритмичностью

КПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 5 МЕСЯЦЕВ ОТНОСИТСЯ

А длительное, певучее гуление
Б произнесение слов
В короткое, отрывистое гуление
Г произнесение отдельных слогов

РЕФЛЕКС ФИКСАЦИИ ПРЕДМЕТОВ ВОЗНИКАЕТ У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

А 2
Б 12
В 6
Г 4

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

А верхний Ландау
Б опоры
В лабиринтный
Г шейный тонический

«КОМПЛЕКС ОЖИВЛЕНИЯ» У РЕБЕНКА ПОЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ(МЕС.)

А 3
Б 6
В 2
Г 10

РЕБЕНОК НАЧИНАЕТ ПЕРЕВОРАЧИВАТЬСЯ С ЖИВОТА НСПИНУ С (МЕС.)

А 6
Б 7
В 5
Г 4

РЕБЕНОК НАЗЫВАЕТ 4 ОСНОВНЫХ ЦВЕТА В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 3
Б 2.5
В 2
Г 1,5

СПОСОБНОСТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНО ХОДИТЬ У РЕБЕНКА ДОЛЖНА СФОРМИРОВАТЬСЯ К ВОЗРАСТУ (В МЕСЯЦАХ)

А 12
Б 18

В 8
Г 20

РАЗВИТИЕ РЕЧИ НАЧИНАЕТСЯ У РЕБЕНКА С

А коммуникативной улыбки
Б понимания речи взрослого
В появления длительного гуления
Г первых слогов «ма», «па», «ба», лепета

КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ПАССИВНОМ СГИБАНИИ ГОЛОВЫ РЕБЕНКА, ЛЕЖАЩЕГО НА СПИНЕ, С ПОСЛЕДУЮЩЕМ ПОВЫШЕНИЕМ ТОНУСА СГИБАТЕЛЕЙ РУК И РАЗГИБАТЕЛЕЙ НОГ?

А симметричный шейный тонический
Б лабиринтный тонический
В туловищный выпрямительный
Г асимметричный шейный тонический

СЕНСОРНАЯ РЕЧЬ ОЗНАЧАЕТ

А понимание речи
Б активную речь
В накопление словарного запаса
Г поисковую зрительную реакцию

ПРИЗНАКОМ ПОНИМАНИЯ РЕЧИ У РЕБЁНКА ПЕРВОГО ГОДА ЯВЛЯЕТСЯ

А связывание слова с определённым предметом
Б накопление словарного запаса
В понимание слов и связывание их в предложение
Г произнесение отдельных слов

ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 5 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ

А стоять при поддержке за подмышки (упор на ноги)
Б ползать
В вставать
Г устойчиво сидеть

ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ФОРМИРОВАНИЯ РЕЧИ У РЕБЁНКА НАЧИНАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В МЕС.)

А 2-3
Б 8-9

В 12
Г 1

У РЕБЕНКА ЧЕТЫРЕХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ДОЛЖЕН ОТСУТСТВОВАТЬ РЕФЛЕКС

А Робинсона
Б Брудзинского
В Ландау
Г Кернига

БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ ТРАНЗИТОРНЫХ БЕЗУСЛОВНЫХ ВРОЖДЕННЫХ РЕФЛЕКСОВ ИСЧЕЗАЕТ К
МЕСЯЦАМ ЖИЗНИ

А 3-5
Б 7-9
В 10-12
Г 1-2

В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ ОТ 1 ГОДА ДО 3 ЛЕТ САМУЮ БОЛЬШУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ АКТИВНОСТЬ

А речи
Б общения с другими детьми
В двигательная
Г познавательная

ДЛЯ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА РЕБЕНКА В 1 МЕСЯЦ ХАРАКТЕРНО

А плавное прослеживание движущегося предмета, фиксация взгляда на неподвижном предмете (лице взрослого)
Б способность наблюдать за мелкими объектами
В зрительное сосредоточение в вертикальном положении
Г длительное удержание в поле зрения неподвижного предмета, длительное слежение за движущейся игрушкой или взрослым

К СТОЙКОМУ ПОЖИЗНЕННОМУ БЕЗУСЛОВНОМУ РЕФЛЕКСУ ОТНОСИТСЯ

А глотательный
Б хватательный
В хоботковый
Г сосательный

К ТРАНЗИТОРНЫМ ВРОЖДЕННЫМ БЕЗУСЛОВНЫМ РЕФЛЕКСАМ ОТНОСИТСЯ

А сосательный

Б глотательный
В зрачковый
Г корнеальный

ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 12 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ

А произнесение 5-10 слов
Б произнесение простых фраз
В появление лепета
Г длительное гуление

РЕФЛЕКС БАБКИНА ИСЧЕЗАЕТ К ВОЗРАСТУ (МЕС.)

А 3
Б 7
В 9
Г 5

ПИТЬ ИЗ ЧАШКИ, КОТОРУЮ ДЕРЖИТ ВЗРОСЛЫЙ, РЕБЕНОК НАЧИНАЕТ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

А 7-8
Б 15-18
В 24-27
Г 3-4

ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 10 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ

А встать, садиться, переступать в кроватке
Б самостоятельно снимать одежду
В самостоятельно есть ложкой
Г самостоятельно ходить

РЕБЁНОК ДОЛЖЕН САМОСТОЯТЕЛЬНО СТОЯТЬ С (МЕС.)

А 8
Б 10
В 12
Г 11

БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ ТРАНЗИТОРНЫХ БЕЗУСЛОВНЫХ ВРОЖДЁННЫХ РЕФЛЕКСОВ ИСЧЕЗАЕТ К ВОЗРАСТУ (В МЕСЯЦАХ)

А 3-5

Б 1-2
В 2-3
Г 6-12

РЕБЕНОК ДОЛЖЕН ХОРОШО ПОДНИМАТЬ ГРУДЬ, ЛЕЖА НА ЖИВОТЕ, ОПИРАЯСЬ НА ПРЕДПЛЕЧЬЯ И КИСТИ К ВОЗРАСТУ (МЕС.)

А 3-4
Б 4-6
В 6-8
Г до 2

ПОКАЗАТЕЛИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (НПР) (РА -РЕЧЕВАЯ АКТИВНОСТЬ) ДЕТЕЙ В 1 ГОД -1 ГОД 3 МЕСЯЦА ВКЛЮЧАЮТ

А использование облегченных слов («би-би», «ав-ав»)
Б построение словосочетаний из двух слов
В использование двухсловных предложений
Г знание 10 слов, легкое подражание новым слогам

РЕБЕНОК НАЧИНАЕТ ПЕРЕВОРАЧИВАТЬСЯ СО СПИНЫ НА ЖИВОТ С (МЕС.)

А 4
Б 6
В 8
Г 7

К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ МИЕЛОЭНЦЕФАЛЬНЫХ ПОЗОТОНИЧЕСКИХ ОТНОСИТСЯ РЕФЛЕКС

А асимметричный шейный тонический
Б опоры и автоматической ходьбы
В Галанта
Г Переса

КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ УДАРЕ ПО ПОВЕРХНОСТИ, НА КОТОРОЙ ЛЕЖИТ РЕБЕНОК, НЕДАЛЕКО ОТ ЕГО ГОЛОВЫ, ПРИ КОТОРОМ ПРОИСХОДИТ РАЗГИБАНИЕ И ОТВЕДЕНИЕ РУК В СТОРОНЫ С ПОСЛЕДУЮЩИМ Х СГИБАНИЕМ И ПРИВЕДЕНИЕМ?

А Моро
Б Галанта
В хватательный
Г поисковый

РЕБЕНОК НАЧИНАЕТ УЗНАВАТЬ МАТЬ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

А 4-5
Б 1-2
В 9-10
Г 6-7

СРЕДНИИ ВОЗРАСТ НАЧАЛА УДЕРЖИВАНИЯ ГОЛОВЫ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (МЕС.)

А 1,5
Б 2,5
В 45
Г 3,5

К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 4 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

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

К ТРАНЗИТОРНОМУ ВРОЖДЁННОМУ БЕЗУСЛОВНОМУ РЕФЛЕКСУ ОТНОСИТСЯ

А сосательный
Б коньюктивальный
В роговичный
Г глотательный

КРИТЕРИЯМИ ОЦЕНКИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

А развитие статики и моторики
Б развитие умственных способностей
В предметная деятельность
Г игровая деятельность

В ВОЗРАСТЕ ЧЕТЫРЕХ МЕСЯЦЕВ РЕБЕНОК ДОЛЖЕН УМЕТЬ

А свободно захватывать рукой низко висящие над грудью игрушки
Б захватывать игрушки или другие предметы пальцами
В перекладывать игрушку из руки в руку
Г стучать игрушкой по столу или кроватке

РЕБЕНОК СПОСОБЕН УВЕРЕННО БРАТЬ ИГРУШКИ, НАХОДЯСЬ В ЛЮБОМ ПОЛОЖЕНИИ, ПОДОЛГУ ЗАНИМАТЬСЯ С НИМИ, ПЕРЕКЛАДЫВАЯ ИЗ РУКИ В РУКУВ (МЕС.)

А 6
Б 9
В 8
Г 10

СЕНСОРНАЯ РЕЧЬ ПОЯВЛЯЕТСЯ У ДЕТЕЙ К (МЕС.)

А 7-8
Б 3-4
В 11-12
Г 9-10

РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ПОВОРОТЕ ГОЛОВЫ РЕБЕНКА, ЛЕЖАЩЕГО НА СПИНЕ, С УМЕНЬШЕНИЕМ ТОНУСА КОНЕЧНОСТЕЙ, К КОТОРЫМ ОБРАЩЕНО ЛИЦО И ПОВЫШЕНИЕ ТОНУСА ПРОТИВОПОЛОЖНЫХ КОНЕЧНОСТЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

А асимметричный шейный тонический
Б положительный лабиринтный тонический
В симметричный шейный тонический
Г туловищная выпрямительная реакция

ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 12 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ

А самостоятельно брать чашку и пить
Б самостоятельно есть ложкой
В снимать пищу губами с ложки
Г пить из чашки с помощью взрослого

У РЕБЕНКА ОСНОВНЫЕ ЭМОЦИИ ФОРМИРУЮТСЯ К ВОЗРАСТУ (В ГОДАХ)

А 3-4
Б 2-3
В 4-5
Г 1-2

К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА НА ВТОРОМ ГОДУ ЖИЗНИ ОТНОСЯТ

А приседание, перешагивание через препятствие
Б способность одеваться и раздеваться самостоятельно
В способность рисовать, лепить
Г быстрый бег, прыжки

К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 12 МЕСЯЦЕВ ОТНОСИТСЯ

А самостоятельная ходьба
Б приседание
В перешагивание через препятствие
Г бег

ДЛЯ НОРМАЛЬНОГО НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА 12 МЕСЯЦЕВ ХАРАКТЕРНО

А произношение около 10 слов
Б самостоятельно есть ложкой
В умение приседать и наклоняться
Г перешагивание через препятствие

КГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ ОРАЛЬНЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ АВТОМАТИЗМОВ ОТНОСИТСЯ РЕФЛЕКС

А сосательный
Б хватательный
В защитный
Г корнеальный

РЕБЁНОК В 12 МЕСЯЦЕВ ПЬЕТ

А самостоятельно из чашки, сам берёт и держит её руками
Б из чашки, слегка придерживая её руками
В из чашки, которую держит взрослый
Г из бутылочки, которую держит взрослый, придерживая её руками

ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА 11 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ

А пить из чашки, придерживая ее руками
Б самостоятельно есть ложкой
В самостоятельно расстегивать пуговицы
Г самостоятельно одеваться

ПРИЗНАКОМ ПОДГОТОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА РАЗВИТИЯ АКТИВНОЙ (МОТОРНОЙ) РЕЧИ ЯВЛЯЕТСЯ

А гуление
Б накопление словарного запаса
В выполнение поручений «найди», «положи» и т.д.
Г поисковая зрительная реакция на вопрос «где?»

К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 3

МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

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

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, НАЗЫВАЕТСЯ

А рефлексом Бабинского
Б рефлексом опоры
В рефлексом Бауэра
Г подошвенным рефлексом

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

А поисковый
Б хватательный
В лабиринтный
Г хоботковый

ВЕРХНИЙ РЕФЛЕКС ЛАНДАУ ФОРМИРУЕТСЯ К (МЕС.)

А 4
Б 6
В 8
Г 2

ЗАХВАТЫВАТЬ, А ПОТОМ УДЕРЖИВАТЬ В РУКЕ ИГРУШКУ РЕБЕНОК НАЧИНАЕТ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

А 4-5
Б 11-12
В 7-8
Г 1-2

КОМПЛЕКС ОЖИВЛЕНИЯ ПРИ ВИДЕ МАТЕРИ И ДРУГИХ БЛИЗКИХ ЛЮДЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В (МЕС.)

А 2-3
Б 1
В 4-5

Г 6

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

А ладонно-ротовой
Б хоботковый
В верхний хватательный
Г поисковый

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

А хоботковый
Б поисковый
В тонический
Г хватательный

К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 10 МЕСЯЦЕВ ОТНОСИТСЯ

А способность произносить отдельные слова-обозначения
Б гуление
В способность произносить простые предложения
Г лепет

К СТОЙКОМУ ПОЖИЗНЕННОМУ БЕЗУСЛОВНОМУ РЕФЛЕКСУ ОТНОСИТСЯ

А коньюктивальный
Б хоботковый
В хватательный
Г сосательный

К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ ОРАЛЬНЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ АВТОМАТИЗМОВ ОТНОСИТСЯ РЕФЛЕКС

А поисковый
Б роговичный
В опоры
Г орбикулопальпебральный

К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 4 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

А поворот со спины на живот

Б кратковременное удержание головы, лежа на животе
В способность садиться
Г способность ползать

К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 8 МЕСЯЦЕВ ОТНОСИТСЯ

А способность вставать и стоять с поддержкой
Б способность сидеть с упором под спину
В способность самостоятельно ходить
Г атетезоподобные движения

К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 5 МЕСЯЦЕВ ОТНОСИТСЯ

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

К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 1 МЕСЯЦ ОТНОСИТСЯ

А эмоциональный плач
Б отсутствие вокализаций
В гуление
Г лепет

К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 3 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

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

К КАТЕГОРИИ СТОЙКИХ ПОЖИЗНЕННЫХ АВТОМАТИЗМОВ ОТНОСИТСЯ РЕФЛЕКС

А коньюнктивальный
Б опоры
В сосательный
Г поисковый

ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА 11 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ

А стоять без опоры, делать первые шаги
Б ставить кубики, снимать и надевать кольца пирамиды
В самостоятельно есть ложкой
Г самостоятельно расстегивать пуговицы

ПОКАЗАТЕЛЬ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 12 МЕСЯЦЕВ

А начинает самостоятельно ходить
Б приседает, наклоняется
В перешагивает через препятствие
Г самостоятельно ест ложкой

К СТОЙКОМУ ПОЖИЗНЕННОМУ БЕЗУСЛОВНОМУ РЕФЛЕКСУ ОТНОСИТСЯ

А роговичный
Б хоботковый
В сосательный
Г хватательный

К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 2 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

А улыбка в ответ на речь
Б громкий смех
В «комплекс оживления» в ответ на общение
Г длительное гуление

К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 3 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

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

К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 2 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ

А прослеживание взором за движущимся предметом
Б кратковременная фиксация взора
В узнавание матери
Г способность отличать своих от чужих

К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 1 МЕСЯЦ ОТНОСИТСЯ

А длительное прослеживание взором за предметами
Б рассматривание предметов и лиц
В отсутствие фиксации и прослеживания взором
Г появление прослеживания взором за движущимся предметом

К ГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ МИЕЛОЭНЦЕФАЛЬНЫХ ПОЗОТОНИЧЕСКИХ ОТНОСИТСЯ РЕФЛЕКС

А ладонно-ротовой
Б орбикулопальпебральный
В роговичный
Г опоры

РЕБЕНОК УДЕРЖИВАЕТ ГОЛОВУ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ С МЕСЯЦЕВ

А 3,0
Б 4,0
В 1,5
Г 5,0

ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В
А месяц
Б 6 месяцев
В 12 месяцев
Г 3 месяца

НЕВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛНОГО РАЗГИБАНИЯ НОГИ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ, В ТО ВРЕМЯ КАК ОНА СОГНУТА ПОД ПРЯМЫМ УГЛОМ В ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ РЕФЛЕКСА

А Кернига
Б Галанта
В Брудзинского средний
Г верхний Ландау

УРОВЕНЬ РАЗВИТИЯ РЕЧИ К 3-Х МЕСЯЧНОМУ ВОЗРАСТУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А гулением
Б произношением слов
В лепетом
Г вскрикиванием на выдохе

МОТОРНАЯ РЕЧЬ У ДЕТЕЙ ПОЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В МЕСЯЦАХ)

А 10-12
Б 12-14

В 18-24
Г 8-9

ПРИ ОЦЕНКЕ БЕЗУСЛОВНЫХ РЕФЛЕКСОВ РЕБЕНКА УЧИТЫВАЕТСЯ

А симметричность
Б степень реакции
В динамичность
Г начало появления

У РЕБЕНКА ПОСЛЕ 5 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ДОЛЖЕН ОТСУТСТВОВАТЬ РЕФЛЕКС

А Моро
Б Ландау
В Брудзинского
Г Кернига

КГРУППЕ ТРАНЗИТОРНЫХ МИЕЛОЭНЦЕФАЛЬНЫХ ПОЗОТОНИЧЕСКИХ ОТНОСИТСЯ РЕФЛЕКС

А симметричный шейный тонический
Б поисковый
В орбикулопальпебральный
Г симметричный нижний хватательный

СЕНСОРНАЯ РЕЧЬ ПОЯВЛЯЕТСЯ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ (В МЕСЯЦАХ)

А 7-8
Б 3-4
В 11-12
Г 9-10

ПРИ ОЦЕНКЕ БЕЗУСЛОВНЫХ РЕФЛЕКСОВ РЕБЕНКА УЧИТЫВАЕТСЯ

А их соответствие возрасту ребенка
Б время появления
В связь со временем суток
Г скорость угасания

МУКОВИСЦИДОЗ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЁНКА МОЖЕТ ПРОЯВИТЬСЯ

А мекониевым илеусом
Б бочкообразной деформацией грудной клетки
В пневмофиброзом
Г циррозом печени

РЕШАЮЩИМ В ДИАГНОСТИКЕ МУКОВИСЦИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А повышение концентрации электролитов пота
Б деформирующий бронхит
В хронический синусит
Г наличие синегнойной палочки в мокроте

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОГУТ ПРОЯВИТЬСЯ

А в любом возрасте
Б на первом году жизни
В сразу осле рождения
Г в детском возрасте

ПОРАЖЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРИ

А муковисцидозе
Б колите
В кишечной инфекции
Г скарлатине

СИНДРОМ ВРОЖДЕННОЙ ЦИЛИАРНОЙ ДИСКИНЕЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А хроническим бронхитом и синуситом
Б приступами отдышки
В выраженной эозинофилией
Г кровохарканьем

МЕКОНИЕВЫЙ ИЛЕУС НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

А муковисцидозе
Б перфорации кишки
В кишечной непроходимости
Г некротическом энтероколите

ПРИ ВЫСЕВЕ В МОКРОТЕ БОЛЬНОГО МУКОВИСЦИДОЗОМ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКИ МОЖЕТ БЫТЬ НАЗНАЧЕН

А цефтазидим
Б оксациллин
В цефазолин
Г тетрациклин

КАРИОТИП СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

А 45Х0

Б B 47XXY
В C 47XYY
Г D 47XY + 18p

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА МВТР (ТРАНСМЕМБРАННОГО РЕГУЛЯТОРА МУКОВИСЦИДОЗА) В РОССИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А del F 508
Б N1303K
В W1282 X
Г 2143 del T

К НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ ДИАГНОЗ ХРОМОСОМНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ФАКТОРАМ ОТНОСЯТ

А определение кариотипа и полового хроматина
Б микробиологическое исследование
В генеалогически анамнез
Г биохимические исследования

ПРИ СОСТАВЛЕНИЕ РОДОСЛОВНОЙ ПРОБАНДОМ НАЗЫВАЮТ

А ребенка, на которого составляется родословная
Б бабушку или дедушку ребенка
В маму или папу ребенка
Г родных брата или сестру ребенка

ПРИ НЕОНАТАЛЬНОМ СКРИНИНГЕ У НОВОРОЖДЕННОГО ВЫЯВЛЯЮТ

А галактоземию
Б синдром Дауна
В синдром Нунан
Г врожденную тирозинемию

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МУКОВИСЦИДОЗА ПРОВОДИТСЯ _____ ПРОБА

А потовая
Б дексаметазоновая
В клонидиновая
Г инсулиновая

СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА ЧАЩЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В _____ ВОЗРАСТЕ

А школьном
Б грудном
В раннем

Г дошкольном

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОЙ ФОРМЫ МУКОВИСЦИДОЗА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ ФЕРМЕНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ФОРМЕ

А капсул с микросферами
Б растворов
В внутривенных инъекций
Г таблеток

ХРОНИЧЕСКАЯ КОЛОНИЗАЦИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ СИНЕГНОЙНОЙ

А муковисцидоза
Б бронхиальной астмы
В гипоплазии легких
Г хронического бронхита

КРИТЕРИЯМИ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ

А стойкие умеренные и выраженные нарушения функции дыхательной, иммунной, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, определяющие необходимость социальной защиты ребёнка
Б стойкие умеренные и выраженные нарушения функции дыхательной системы, определяющие необходимость социальной защиты ребёнка
В нарушения функций дыхательной, иммунной, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, не определяющие необходимость социальной защиты ребёнка
Г стойкие умеренные и выраженные нарушения функции дыхательной, иммунной систем, определяющие необходимость социальной защиты ребёнка

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ «КЛЕНОВОГО СИРОПА» ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ

А лейцина, изолейцина, валина
Б гидроксипролина, пролина
В фенилаланина, тирозина, пролина
Г гистидина

ФАКТОРОМ РИСКА ПОТЕРИ СЛУХА ДЛЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

А наличие ближайших родственников с нарушением слуха с детства
Б масса тела при рождении <2500 г
В гипербилирубинемия до 220 мкмоль/л
Г оценка по Апгар 6/6

ПРИ СКРИНИНГЕ НА МУКОВИСЦИДОЗ АНАЛИЗ КРОВИ НА ИММУНОРЕАКТИВНЫЙ ТРИПСИН ДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ ПРОВОДЯТ НА ____ ДЕНЬ ЖИЗНИ

А 4-5
Б 14-21
В 21-28
Г 7-8

НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

А муковисцидоза
Б тиреотоксикоза
В врожденного порока сердца
Г атрезии пищевода

В КАЧЕСТВЕ МУКОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ПРИМЕНЯЮТ

А дорназу-альфа
Б фитоингаляции
В щелочные ингаляции
Г бромгексин

БОЛЕЗНЬ БРУТОНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А рецидивирующими гнойно-бактериальными инфекциями
Б аллергическими состояниями
В рецидивирующими грибковыми инфекциями
Г рецидивирующими вирусными инфекциями

СИНДРОМ КРИГЛЕРА-НАЙЯРА ОТНОСИТСЯ К _____ ЖЕЛТУХАМ

А наследственным печёночным
Б приобретённым механическим
В наследственным механическим
Г наследственным надпечёночным

НАСЛЕДСТВЕННОЙ НЕФРОПАТИЕЙ С ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ГЕМАТУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

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

ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ _____ ТИП ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

А смешанный
Б рестриктивный

В констриктивный
Г обструктивный

НАСЛЕДСТВЕННЫЙ НЕФРИТ ЧАЩЕ СОЧЕТАЕТСЯ С (СО)

А тугоухостью и нарушением зрения
Б мочекаменной болезнью
В снижением роста
Г искривлением конечностей

НАИБОЛЕЕ РАННИМ СИМПТОМОМ БОЛЕЗНИ ГОШЕ 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ

А спленомегалия
Б оссалгия
В длительный кашель
Г задержка нервно-психического развития

В ОСНОВЕ БОЛЕЗНИ ДАУНА ЛЕЖИТ

А трисомия 21-й пары хромосом
Б наличие кольцевидной хромосомы 18 пары
В отсутствие Х-хромосомы
Г делеция плеча 5-й пары хромосомы

СНИЖЕНИЕ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А муковисцидоза
Б сахарного диабета
В дисахаридазной недостаточности
Г экссудативной энтеропатии

БОЛЕЗНЬ ДАУНА ОТНОСИТСЯ К ХРОМОСОМНОЙ АБЕРРАЦИИ

А трисомия 21
Б трисомия 18
В трисомия 13
Г кариотип 47 ххy

НОРМАЛЬНЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ПОТОВОЙ ПРОБЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ (ММОЛЬ/Л)

А 40-60
Б 80-100
В 100-150
Г 150-200

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МУКОВИСЦИДОЗА РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

А потовый тест с определением хлора
Б копрологический анализ
В наличие обструктивного синдрома
Г анамнез

СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А непрямой гипербилирубинемией
Б ретикулоцитозом
В прямой гипербилирубинемией
Г повышением уровня трансаминаз

ФЕНИЛКЕТОНУРИЯ ПЕРЕДАЕТСЯ ПО ТИПУ НАСЛЕДОВАНИЯ

А аутосомно-рецессивному
Б рецессивному, сцепленному с Х-хромосомой
В доминантному, сцепленному с Х-хромосомой
Г аутосомно-доминантному

К ПРИЗНАКАМ ТЯЖЕСТИ МУКОВИСЦИДОЗА ПРИ ЛЕГКОМ ТЕЧЕНИИ (КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ОРЛОВУ А.В., 2013) ОТНОСЯТ ОБЪЕМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫХОДА ЗА 1 СЕКУНДУ (%)

А более 80
Б более 60
В менее 50
Г более 10

В ОСНОВА СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ЛЕЖИТ

А отсутствие Х хромосомы
Б делеция плеча 5 пары хромосомы
В лишняя Х
Г кольцевидная хромосома 18 пары

ТРИСОМИЯ ПО 13 ПАРЕ ХРОМОСОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТ СИНДРОМ

А Патау
Б Эдвардса
В Дауна
Г Шерешевского-Тернера

БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ ВКЛЮЧАЕТ

А антибиотики, муколитики, ферменты
Б ферменты, противокашлевые средства
В муколитики, глюкокортикоиды
Г ферменты, витамины

ТРИСОМИЯ ПО 21 ПАРЕ ХРОМОСОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТ СИНДРОМ

А Дауна
Б Эдвардса
В Шерешевского-Тернера
Г Патау

ЖЕЛТУХА ПРИ ГАЛАКТОЗЕМИИ И МУКОВИСЦИДОЗЕ НОСИТ ХАРАКТЕР

А паренхиматозной
Б механической
В гемолитической
Г конъюгационной

К ОСНОВЕ СИНДРОМА «КОШАЧЬЕГО КРИКА» ЛЕЖИТ

А делеция плеча 5 пары хромосомы
Б кольцевидная хромосома 18 пары
В лишняя Х-хромосома
Г отсутствие Х хромосомы

К ПРИЗНАКАМ ТЯЖЕСТИ МУКОВИСЦИДОЗА ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ (КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ОРЛОВУ А.В., 2013) ОТНОСЯТ ОБЪЕМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА 1 СЕКУНДУ (%)

А менее 50
Б менее 100
В более 80
Г более 70

К ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ФЕНИЛКЕТОНУРИИ ОТНОСЯТСЯ

А проба с треххлористым железом
Б исследование крови на церулоплазмин
В проба на ацетон
Г исследование белковых фракций

К ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ФЕНИЛКЕТОНУРИИ ОТНОСИТСЯ

А проба с треххлористым железом

Б проба на ацетон
В исследование крови на церулоплазмин
Г исследование белковых фракций

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ С ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ ИЗ РАЦИОНА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ ПРОДУКТЫ

А животного происхождения с высоким содержанием белка
Б богатые простыми углеводами
В богатые сложными углеводами
Г глютеноседержащие

ПРИ ПАРАЛИЧЕ ДЮШЕНА – ЭРБА ПОВРЕЖДАЮТСЯ СПИННОМОЗГОВЫЕ КОРЕШКИ ИЛИ НЕРВЫ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ СЕГМЕНТАРНОМУ УРОВНЮ

А C5-C6
Б C1-C4
В C5-Th1
Г C1-Th1

АФФЕКТИВНО-РЕСПИРАТОРНЫЙ ПРИСТУП ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

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

МИЕЛИНИЗАЦИЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН ПИРАМИДНОГО ПУТИ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ ___ МЕСЯЦЕВ

А 24
Б 6
В 18
Г 12

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

А головокружения и обмороки
Б тахикардию
В повышенный аппетит
Г атонические запоры

К ПЕРЕЧНЮ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ОТНОСИТСЯ

А электрокардиография
Б рентгенография органов грудной клетки
В ангиография сосудов конечностей
Г компьютерная томография головного мозга

МЫШЕЧНЫЙ ТОНУС РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК НАПРЯЖЕНИЕ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ, ОПРЕДЕЛЯЮЩЕЕСЯ

А постоянно
Б только при динамометрии
В транзиторно
Г только пальпаторно

РЕБЕНКУ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ НАЗНАЧЕНИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ ВРАЧА

А невролога
Б кардиохирурга
В гинеколога
Г ортопеда

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ВАГОИНСУЛЯРНЫХ КРИЗОВ ОТНОСЯТ

А головную боль, головокружение, потемнение в глазах
Б выраженный озноб
В сухость во рту
Г повышение артериального давления

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

А брадикардия, понижение артериального давления
Б бледность и сухость кожи, экзофтальм
В атонические запоры, редкое обильное мочеиспускание
Г тахикардия, повышение артериального давления

РЕБЕНОК С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ, КРОМЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА, ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ

А врачом-неврологом
Б врачом-фтизиатром
В врачом-хирургом
Г врачом-инфекционистом

РАЗВИТИЕ НЕРВНЫХ ПУТЕЙ И ОКОНЧАНИЙ ПРОИСХОДИТ

А центростремительно
Б центробежно
В в подростковом возрасте
Г в грудном возрасте

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

А повышение артериального давления
Б спастические запоры
В красный дермографизм
Г гипергидроз ладоней и стоп

ОСОБЕННОСТЬ РАСПОЛОЖЕНИЯ НИЖНЕГО КОНЦА СПИННОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ПРИ

А выполнении спинномозговой пункции
Б оценке состава ликвора
В оценке моторики ребенка
Г оценке безусловных рефлексов

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ПАРАСИМПАТИЧЕСКОГО ВЛИЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

А артериальную гипотензию
Б гипомоторный мочевой пузырь
В сухие кожные покровы
Г белый дермографизм

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ВАГОИНСУЛЯРНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО КРИЗА ОТНОСЯТ

А брадикардию
Б сердцебиение
В чувство страха
Г учащение стула

ПРИ НАЛИЧИИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПАРАЛИЧА ДЕЖЕРИНА –КЛЮМПКЕ ПОВРЕЖДАЮТСЯ СПИННОМОЗГОВЫЕ КОРЕШКИ, СЕГМЕНТОВ СПИННОГО МОЗГА

А C7-Th1
Б C1-Th1
В C1-C4
Г C5-C6

МЫШЕЧНАЯ ГИПОТОНИЯ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

А гипоксически-ишемических поражений головного мозга
Б столбняка
В поражения головного мозга при билирубиновой энцефалопатии
Г энцефалита

ПАЦИЕНТАМ С ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ НЕОБХОДИМО РЕГУЛЯРНО ПРОВОДИТЬ

А мониторирование АД
Б электоэнцефалографию во сне
В электрокардиографию
Г МРТ головного мозга

РЕБЕНОК С СИНДРОМОМ ПОВЫШЕННОЙ НЕРВНО-РЕФЛЕКТОРНОЙ ВОЗБУДИМОСТИ (ЛЕГКАЯ ФОРМА ПОРАЖЕНИЯ ЦНС) НУЖДАЕТСЯ В ПРОВЕДЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

А электроэнцефалографии (ЭЭГ)
Б магнитно-резонансной томографии головного мозга
В компьютерной томографии головного мозга
Г УЗИ сосудов головного мозга

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

А редкие обильные мочеиспускания
Б артериальную гипотензию
В мраморность кожных покровов
Г спастические запоры

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

А атонические запоры
Б артериальную гипотонию
В гипергидроз ладоней, стоп
Г красный дермографизм

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

А тахикардию
Б гипергидроз
В красный дермографизм

Г склонность к обморокам

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

А белый дермографизм
Б Спастические запоры
В плохую переносимость транспорта
Г мигренеподобные головные боли

ПРИ ОСМОТРЕ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ У РЕБЕНКА 7 СУТОК ЖИЗНИ СОСТАВИЛА 20 В МИНУТУ. КАКОВА ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО?

А брадипноэ
Б тахипноэ
В нормальная
Г апноэ

В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ ДЛЯ ВОСПОЛНЕНИЯ ОЦК ИСПОЛЬЗУЮТ

А натрия хлорида изотонический раствор
Б глюкозы раствор 5%
В альбумин 5%
Г рингера раствор

ЧАСТОЕ РАЗВИТИЕ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНО

А исходным дефицитом сурфактанта
Б меньшим числом альвеол
В гиповолемией
Г меньшим диаметром альвеол, чем у взрослых

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ПРИ ОТЕЧНОЙ ФОРМЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ ЭРИТРОЦИТАРНУЮ МАССУ

А 0 (I) Rh-отрицательную
Б группы крови ребенка Rh-положительную
В группы крови ребенка Rh-отрицательную
Г 0 (I) Rh-положительную

К НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОМУ ОСЛОЖНЕНИЮ СИНДРОМА МЕКОНИЕВОЙ АСПИРАЦИИ ОТНОСИТСЯ

А персистирующая лёгочная гипертензия

Б септический шок
В почечная недостаточность
Г сердечная недостаточность

ПРИ ПОЯВЛЕНИИ РВОТЫ «ФОНТАНОМ» У РЕБЕНКА ТРЕХНЕДЕЛЬНОГО ВОЗРАСТА, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО ДУМАТЬ О

А пилоростенозе
Б кишечной инфекции
В пилороспазме
Г адреногенитальном синдроме

ЖЕЛТУХА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ИСЧЕЗАЕТ К КОНЦУ___ ЖИЗНИ

А 2 недели
Б 3 недели
В 2 месяца
Г 1 месяца

МАКСИМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ОТМЕЧАЕТСЯ К ___ ДНЮ ЖИЗНИ

А 3-5
Б 8-10
В 1-2
Г 6-7

К ПРОЯВЛЕНИЯМ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ОТНОСЯТ

А гепатоспленомегалию, анемию, желтуху
Б диспептический синдром
В менингеальные симптомы
Г геморрагический синдром, тромбоцитопению

ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

А ДВС-синдроме
Б диабетической эмбриофетопатии
В врожденном гипотиреозе
Г тяжелой гипербилирубинемии

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ НОВОРОЖДЕННОГО ЖЕНЩИНАМ С УГРОЗОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ВВОДИТЬ

А дексаметазон

Б гидрокортизон
В тиреоидин
Г преднизолон

ОТЧЕТНОЙ ФОРМОЙ, ДАЮЩЕЙ ОСНОВНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О НОВОРОЖДЕННЫХ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

А история развития новорожденного
Б вкладыш N3
В форма N1 «Отчет лечебно-профилактических учреждений»
Г свидетельство о перинатальной смерти

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

А физиологической желтухе
Б атрезии желчевыводящих путей
В семейном прогрессирующем внутрипеченочном холестазе
Г синдроме сгущения желчи

РАННИЙ СЕПСИС НОВОРОЖДЕННОГО МАНИФЕСТИРУЕТ

А в первые 72 часа жизни ребенка
Б в первую неделю жизни ребенка
В в первые 3 месяца жизни
Г с момента рождения ребенка

МАССА МЫШЦ ОТНОСИТЕЛЬНО МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПО СРАВНЕНИЮ СО ВЗРОСЛЫМИ (%)

А меньше и составляет 23
Б такая же и составляет 50
В меньше и составляет 44
Г больше и составляет 44

К ФУНКЦИЯМ ОТДЕЛЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА ОТНОСИТСЯ

А медицинский уход за новорожденными
Б лечение врожденных инфекций
В хирургическая коррекция врожденных пороков развития
Г выхаживание новорожденных с экстремально низкой массой тела

ПРИ ВНЕЗАПНОМ ПОЯВЛЕНИИ У РЕБЕНКА ТРЕХНЕДЕЛЬНОГО ВОЗРАСТА РВОТЫ ФОНТАНОМ НУЖНО ДУМАТЬ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

А о пилоростенозе
Б об адреногенитальном синдроме
В о кишечной инфекции
Г о пилороспазме

СТАНОВЛЕНИЕ НОРМАЛЬНОГО СОСТАВА КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ (ФАЗА ТРАНСФОРМАЦИИ МИКРОФЛОРЫ) У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТЕ (НЕДЕЛЯ)

А 2-4
Б 6-8
В 1-2
Г 4-6

ТРАНЗИТОРНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ МЕТАБОЛИЗМА НОВОРОЖДЕННОГО ЯЛЯЮТСЯ

А метаболический ацидоз, гипогликемия, катаболическая направленность обмена
Б метаболический ацидоз, гипогликемия
В катаболическая направленность обмена, метаболический алкалоз, гипергликемия
Г гипергликемия, алкалоз

ОСОБЕННОСТЬ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

А сниженной функциональной активности тромбоцитов
Б повышенной функциональной активности тромбоцитов
В высокой активности витамин-К-зависимых факторов (II, VII, IX, X)
Г повышенной активности плазменных факторов (V, VIII, XI, XII)

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТРАНЗИТОРНЫМ СОСТОЯНИЕМ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ СЧИТАЕТСЯ

А желтуха
Б пиодермия
В адипонекроз
Г склерема

ГИПОНАТРЕМИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

А врожденной гиперплазии коры надпочечников
Б внутривенного введения больших объемов жидкости
В парентеральной терапии диуретиками
Г снижения секреции антидиуретического гормона

РЕТИНОПАТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ (РЕТРОЛЕНТАЛЬНАЯ ФИБРОПЛАЗИЯ) СОПРОВОЖДАЕТСЯ ИЗМЕНЕНИЯМИ В

А сетчатке и стекловидном теле
Б мышцах, регулирующих движение глазного яблока
В мышцах лица и шеи
Г костной ткани черепа

АСИММЕТРИЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ РЕБЕНКА, РАЗОГНУТОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ОДНОЙ ИЗ РУК, ОНА НАХОДИТСЯ ВДОЛЬ ТУЛОВИЩА, С РОТИРОВАНИЕМ ВНУТРЬ В ПЛЕЧЕ И ПРОНИРОВАНИЕМ В ПРЕДПЛЕЧЬЕ, С ФИКСАЦИЕЙ КИСТИ В ЛАДОННОМ СГИБАНИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А акушерского пареза
Б эмбриональной позы
В менингеального синдрома
Г мышечной гипотонии

ВЕРХУШКА ЛЕГКОГО НОВОРОЖДЕННОГО ПРОЕЦИРУЕТСЯ НА УРОВНЕ

А 1 ребра
Б 2 ребра
В 2 см выше ключицы
Г 1 см выше ключицы

ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СВОБОДНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО УСТАНОВИЛОСЬ РЕГУЛЯРНОЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ. СРАЗУ ВСЛЕД ЗА ЭТИМ СЛЕДУЕТ

А оценить частоту сердечных сокращений
Б начать ингаляцию кислорода через лицевую маску
В удалить содержимое желудка
Г оценить цвет кожных покровов

ПОД НОВОРОЖДЕННЫМ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПОНИМАЮТ МЛАДЕНЦА, РОДИВШЕГОСЯ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ (В ГРАММАХ)

А 1000
Б 2000
В 2500
Г 1500

СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ В ПОКОЕ ЗА 1 МИНУТУ У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ

А 140
Б 170
В 110
Г 90

ДИАГНОЗ «ВНУТРИУТРОБНАЯ ПНЕВМОНИЯ» ПРАВОМОЧЕН ТОЛЬКО ПРИ ПОЯВЛЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ ___ ЖИЗНИ РЕБЕНКА

А первых трех суток
Б первой недели
В первых двух часов
Г первых суток

У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АСФИКСИЮ В РОДАХ, САМЫМ ЧАСТЫМ ВАРИАНТОМ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС ЯВЛЯЕТСЯ

А отекмозга
Б субдуральное кровоизлияние
В менингоэнцефалит
Г перивентрикулярная лейкомаляция

МАССА ГОЛОВНОГО МОЗГА НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ОТНОСИТЕЛЬНО МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ ___ %

А 10
Б 25
В 2
Г 5

ЭТИОЛОГИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ ПРИЧИНОЙ РАННЕГО СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

А стрептококк группы в (Streptococcus agalactiae)
Б золотистый стафилококк (Staphylococcus aureus)
В энтеробактер (Enterobacter)
Г гемофильная палочка (Haemophilus influenza)

КИРПИЧНЫЙ ЦВЕТ МОЧИ У НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ НА РАЗВИТИЕ

А мочекислого инфаркта почек
Б транзиторной гипербилирубинемии
В полового криза
Г токсической эритемы

РАЗВИТИЕ ЯДЕРНОЙ ЖЕЛТУХИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ ПРИ УРОВНЕ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА, СОСТАВЛЯЮЩЕГО (МКМОЛЬ/Л)

А 340 и более
Б 250-300
В 170-249

Г 150-169

ДЛЯ ОЦЕНКИ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

А проба на тракцию
Б проба Лебедева
В клино-статическая проба
Г проба Руфье

У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АСФИКСИЮ В РОДАХ, ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ

А лейкоцитоза
Б тромбоцитопении
В лейкопении
Г полицитемии

ПОД НОВОРОЖДЕННЫМ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПОНИМАЮТ МЛАДЕНЦА, РОДИВШЕГОСЯ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ (В ГРАММАХ)

А 2500
Б 1500
В 2000
Г 3000

ДИАГНОЗ «АНЕМИЯ» СТАВИТСЯ НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ НА ПЕРВОЙ НЕДЕЛЕ ЖИЗНИ, ЕСЛИ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ (Г/Л)

А 150
Б 130
В 140
Г 170

КРИТЕРИЕМ ГИПОГЛИКЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ СЧИТАЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)

А 3,5
Б 3,9
В 29
Г 2,6

ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОКСИИ НОВОРОЖДЕННЫЙ ИМЕЕТ ОЦЕНКУ ПО ШКАЛЕ АПГАР НА ПЕРВОЙ МИНУТЕ (БАЛЛ)

А менее 3
Б 8-10
В 4-5

Г 5-7

ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

А повышенное разрушение эритроцитов
Б резус-конфликт по группе крови
В аномалия строения гемоглобина
Г аномалия строения эритроцитов

ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЕНКА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ПРОВОДИТСЯ В

А первые дни жизни
Б в возрасте одного года
В 3 месяца
Г 6 месяцев

КОНЪЮГАЦИОННАЯ ЖЕЛТУХА ПОЯВЛЯЕТСЯ У НОВОРОЖДЕННОГО НА ___ СУТКИ ЖИЗНИ

А 3
Б 6
В 1
Г 5

ЧРЕЗМЕРНО КРУПНЫМ СЧИТАЕТСЯ РЕБЕНОК С МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ БОЛЕЕ (В ГРАММАХ)

А 4500
Б 3500
В 5000
Г 4000

У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЖЕЛЕЗО ВСАСЫВАЕТСЯ НА УРОВНЕ

А верхних отделов тонкой кишки
Б желудка
В толстой кишки
Г тощей кишки

ПОСЛЕ ОТСАСЫВАНИЯ СЛИЗИ ИЗ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, НОСОВЫХ ХОДОВ И ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО НЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ДЫХАНИЯ. ВАШЕ СЛЕДУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ

А начать искусственную вентиляцию легких
Б оценить частоту сердечных сокращений

В ввести зонд в желудок и отсосать его содержимое
Г оценить цвет кожных покровов

У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЧАСТОТА ПУЛЬСА В МИНУТУ СОСТАВЛЯЕТ

А 140-160
Б 100-120
В 60-80
Г 80-100

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

А снижение протромбинового комплекса
Б повышенный фибринолиз
В тромбоцитопения
Г уменьшение в крови уровня глобулинов (VIII, IX, X факторов)

ПОД НОВОРОЖДЕННЫМ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПОНИМАЮТ МЛАДЕНЦА, РОДИВШЕГОСЯ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ (В ГРАММАХ)

А 1500
Б 1000
В 2500
Г 2000

У БОЛЬШИНСТВА НОВОРОЖДЕННЫХ МЕКОНИЙ ОТХОДИТ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ (ДЕНЬ)

А 1-2
Б 4-5
В 5-6
Г 3-4

ЗАСЕЛЕНИЕ КИШЕЧНИКА НОВОРОЖДЕННОГО МИКРОФЛОРОЙ (ФАЗА ТРАНЗИТОРНОГО ДИСБАКТЕРИОЗА) ПРОИСХОДИТ К ВОЗРАСТУ

А 1 неделя
Б 1-2 дня
В 1 месяц
Г 2-4 дня

ПУШКОВЫЕ ВОЛОСЫ У ЗРЕЛОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА К РОЖДЕНИЮ

А остаются на плечах и спине
Б покрывают все тело

В должны исчезнуть полностью
Г остаются только на лице

ПОЗДНЯЯ АНЕМИЯ НЕДОНОШЕННЫХ РАЗВИВАЕТСЯ

А после 3 месяцев
Б на 2 месяце
В на 2 году
Г на 2 неделе

МАЛЫЙ РОДНИЧОК ПРИ РОЖДЕНИИ ОТКРЫТ У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ___ % СЛУЧАЕВ

А 20-25
Б 25-50
В 75-100
Г 50-75

У НОВОРОЖДЕННЫХ ЛУЧШЕ ДРУГИХ РАЗВИТА ___ ФУНКЦИЯ КОЖИ

А резорбтивная
Б выделительная
В бактерицидная
Г терморегулирующая

ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ КРОВИ В СТУЛЕ НОВОРОЖДЕННОГО МОГУТ БЫТЬ СЛЕДУЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

А гемофилии
Б трещины ануса
В геморрагической болезни новорожденных
Г заглатывания материнской крови во время родов

ОЛИГУРИЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПЕРВЫХ СУТОК ЖИЗНИ СЧИТАЕТСЯ ДИУРЕЗ МЕНЕЕ (МЛ/КГ/ЧАС)

А 0,5
Б 1,5
В 3,0
Г 20

ИЗМЕНЕНИЕ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА МОЧИ 3-4-ДНЕВНОГО НОВОРОЖДЕННОГО СВЯЗАНО С УВЕЛИЧЕНИЕМ ЭКСКРЕЦИИ

А мочевой кислоты
Б хлоридов

В фосфатов
Г молочного сахара

СРЕДНЕЕ ЗНАЧЕНИЕ МАССО-РОСТОВОГО ИНДЕКСА ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

А 55-64
Б 45-54
В 25-54
Г 35-44

МОЧЕКИСЛЫЙ ИНФАРКТ ПОЧЕК У НОВОРОЖДЕННОГО РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

А отложения кристаллов мочевой кислоты в канальцах и собирательных трубках
Б протеинурии и повреждения канальцев и собирательных трубок
В отложения кристаллов мочевой кислоты в гломерулах
Г чрезмерной экскреции мочевой кислоты в результате некроза канальцев

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СПИННОГО МОЗГА В РОДАХ ЯВЛЯЕТСЯ ОТДЕЛ

А шейный
Б грудной
В поясничный
Г крестцовый

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ОДНОГО КУРСА ДЕКСАМЕТАЗОНА ПРИ БРОНХОЛЁГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ СОСТАВЛЯЕТ (ДЕНЬ)

А 10-14
Б 7-8
В 30-40
Г 3-4

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А гемолитическая болезнь новорожденных
Б дефицит витамина В12
В физиологическая анемия младенцев
Г атрезия желчевыводящих путей

МОЧЕОТДЕЛЕНИЕ У НОВОРОЖДЕННОГО 10-ТИ СУТОК ЖИЗНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А полиурией и гипоизостенурией
Б физиологической анурией
В олигурией и оксалурией

Г альбуминурией и поллакиурией

К СИМПТОМАМ БИЛИРУБИНОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

А появление симптомов угнетения
Б резкое возбуждение
В повышение мышечного тонуса
Г ригидность затылочных мышц

ЗРЕЛОСТЬ РЕБЕНКА СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ ПО ШКАЛЕ

А Dubowitz
Б Downes
В Silverman
Г Parkin

АПНОЭ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ СВЯЗАНО С

А незаконченной дифференцировкой дыхательного центра
Б слабостью сокращения диафрагмы
В гипоксией дыхательного центра
Г недостатком выработки сурфактанта альвеолоцитами

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТЕРЯ МАССЫ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А развитием в первые трое суток жизни
Б восстановлением исходной массы тела к 30 дню жизни
В меньшей потерей массы при искусственном вскармливании
Г восстановлением исходной массы тела к 14 дню жизни

У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

А повышен тонус мышц-сгибателей
Б повышен тонус мышц-разгибателей
В снижен тонус мышц-разгибателей
Г снижен тонус мышц-сгибателей

ЧАСТОМУ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ У НОВОРОЖДЕННЫХ СПОСОБСТВУЕТ НЕДОРАЗВИТИЕ

А эластической ткани
Б легочного сурфактанта
В легочного кровотока
Г реснитчатого эпителия

КРИТИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ БИЛИРУБИНА ДЛЯ ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО, УГРОЖАЮЩИЙ РАЗВИТИЕМ ЯДЕРНОЙ ЖЕЛТУХИ, СОСТАВЛЯЕТ ____ МКМОЛЬ/Л

А 450-550
Б 100-150
В 270-360
Г 60-80

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА

А выделения мекония
Б докармливания в первые дни жизни
В удаления сыровидной смазки
Г кормления грудью

ВЯЛЫЕ ПУЗЫРИ НА КОЖЕ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

А пузырчатке новорожденного
Б неонатальном пустулярном меланозе
В врожденном буллезном эпидермолизе
Г врождённом везикулопустулезе

РИСК РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ СНИЖАЕТ

А Дексаметазон
Б Гексопреналин
В Фенотерол
Г Верапамил

САМЫМ ЧАСТЫМ ВАРИАНТОМ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АСФИКСИЮ В РОДАХ, ЯВЛЯЕТСЯ

А транзиторная ишемия миокарда
Б инфаркт миокарда
В пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
Г фиброэластоз

ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ СТАНОВЛЕНИЮ ЛАКТАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПОГАЛАКТИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

А прикладывание к груди в течение первого часа после рождения
Б соматическая и гинекологическая патология матери
В эмоциональная поддержка грудного вскармливания отцом ребенка
Г качество оказания медицинской помощи матери, плоду, новорожденному

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ АНТИ-RS-ВИРУСНЫХ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ПРОВОДИТСЯ НОВОРОЖДЕННЫМ

А со сроком гестации менее чем 35 недель
Б с пороками развития нервной системы
В с пороками развития желудочно-кишечного тракта
Г с проявлениями внутриутробной инфекции

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИ КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПОЯВЛЯЮТСЯ

А к 3-5 дню жизни
Б на 2-й неделе жизни
В сразу после рождения
Г на 2-ой день жизни

ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

А метод спонтанного дыхания с постоянным положительным давлением в дыхательных путях
Б искусственная вентиляция лёгких мешком Амбу
В продлённый вдох
Г подача кислорода через головной колпак

ВНУТРИУТРОБНАЯ ГИПОТРОФИЯ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ВЕЛИЧИНЕ МАССО-РОСТОВОГО ИНДЕКСА НИЖЕ

А 60
Б 50
В 80
Г 70

ПУПОЧНАЯ РАНКА НОВОРОЖДЕННОГО В НОРМЕ ПОЛНОСТЬЮ ЭПИТЕЛИЗИРУЕТСЯ ___ ЖИЗНИ

А к концу 2 недели
Б на 2 месяце
В на 3 месяце
Г к концу 1 месяца

РЕБЕНКОМ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА СЧИТАЕТСЯ НОВОРОЖДЕННЫЙ С МАССОЙ (В ГРАММАХ)

А 1500-2500
Б 1000-1500
В менее 1000

Г 2500-3000

НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ НА НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В СЛУЧАЕ ОТСУТСТВИЯ СВЕДЕНИЙ О НЕМ СОГЛАСНО ПРИКАЗА МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ПРОВОДИТСЯ ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ ДО (МЕС.)

А 1
Б 2
В 6
Г 12

ОСНОВНОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ В ОТДЕЛЕНИЯХ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ ЧЕРЕЗ

А руки персонала
Б белье
В продукты питания
Г предметы ухода

ПРИ АПНОЭ НЕДОНОШЕННЫХ НАЗНАЧАЮТ

А кофеин
Б аминофиллин
В этимизол
Г преднизолон

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ОБУСЛОВЛЕНА

А дефицитом витамина К
Б несовместимостью по эритроцитарным антигенам
В дефицитом коагуляционного звена гемостаза
Г несовместимостью по тромбоцитарным антигенам

ПУЛЬС У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ УДАРОВ В МИНУТУ

А 140-160
Б 160-180
В 80-100
Г 100-120

ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ВЕНОЗНЫЙ (АРАНЦИЕВ) ПРОТОК ОПТИМАЛЬНО В ТЕЧЕНИЕ ___ ПОСЛЕ РОДОВ

А 5-75 часов
Б 3 минут
В 7 суток

Г 5 суток

ПОКАЗАНИЕМ К ПЕРЕЛИВАНИЮ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ МАССЫ РЕБЁНКУ В ВОЗРАСТЕ 10 СУТОК ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ (Г/Л)

А 80
Б 100
В 90
Г 70

ДЕТИ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ ЧАСТО РОЖДАЮТСЯ

А недоношенными или с звур
Б доношенными
В с избыточной массой тела для срока гестации
Г переношенными

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННЫХ СОСТАВЛЯЕТ (%)

А 3-6
Б 8-10
В 5-8
Г 1-2

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

А 3-6
Б 8-10
В 1-2
Г 5-9

ПРИ ОСМОТРЕ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У РЕБЕНКА 5 СУТОК ЖИЗНИ СОСТАВИЛА 100 В МИНУТУ. КАКОВА ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННОГО?

А брадикардия
Б тахикардия
В нормальная
Г аритмия

ТРАНЗИТОРНАЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ, СВЯЗАННАЯ С ГИПЕРИНСУЛИНИЗМОМ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ДЕТЕЙ

А от матерей с сахарным диабетом

Б с гемолитической болезнью новорожденных
В с синдромом видемана-беквита
Г от матерей с тиреотоксикозом

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЖЕТЛУХА НОВОРОЖДЕННЫХ ПОЯВЛЯЕТСЯ НА _____ ДЕНЬ ЖИЗНИ

А 2-3
Б 5-7
В 10
Г 1

СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НЕДОНОШЕННЫХ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ

А сильвермана
Б дементьевой
В глазго
Г апгар

КЛОНИКО-ТОНИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ СОПРОВОЖДАЮТСЯ

А увеличением потребности мозга в кислороде
Б повышением артериального давления
В повышением внутричерепного давления
Г резким увеличением метаболизма глюкозы

ДОНОШЕНЫМ СЧИТАЕТСЯ НОВОРОЖДЕННЫЙ, РОДИВШИЙСЯ НА СРОКЕ ГЕСТАЦИИ (В НЕДЕЛЯХ)

А 37-42
Б 22-37
В 28-37
Г 36-40

ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА «БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ» У ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПРАВОМОЧНА В ВОЗРАСТЕ НЕ РАНЕЕ ____ ЖИЗНИ

А 28 суток
Б 56 суток
В 1 года
Г 6 месяцев

ОПТИМАЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ВОЗДУХА В ПАЛАТАХ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РОДИЛЬНОГО ДОМА СОСТАВЛЯЕТ (С°)

А 22-24
Б 25-30
В 18-20
Г 31-36

ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ НОВОРОЖДЕННЫЙ ДЫШИТ, НО ЧАСТОТА СЕРЕДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ 80 УДАРОВ В МИНУТУ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМО

А начать искусственную вентиляцию легких
Б ввести атропин под язык
В внутрисердечно ввести адреналин
Г начать непрямой массаж сердца

КРИТИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ СТИГМАТИЗАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ ____ СТИГМ

А 5-6
Б 1-2
В 2-3
Г 3-4

НЕЗРЕЛОСТЬ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ

А календарного срока и клинических признаков зрелости
Б степени выраженности общего отечного синдрома
В календарного срока и массы тела при рождении
Г календарного срока и признаков внутриутробной гипотрофии

ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В МИНУТУ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА СОСТВЛЯЕТ

А 40-60
Б 20-40
В 80-100
Г 60-80

ДВИЖЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО
РЕБЕНКА

А хаотичные
Б целенаправленные
В безусловные
Г координированные

К ОСОБЕННОСТЯМ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТ

А снижение активности плазменных витамин-К-зависимых факторов
Б снижение количества тромбоцитов
В замедление времени свертывания
Г удлинение времени кровотечения

ПРИЗНАКОМ НЕЗРЕЛОСТИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

А выраженное лануго
Б шелушение кожи
В увеличение размеров большого родничка
Г наличие «монголоидных» пятен

ЗРЕЛОСТЬ НОВОРОЖДЕННОГО ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО

А степени морфофункционального развития
Б сроку гестации и массе тела новорожденного
В соматометрическим показателям новорожденного
Г сроку гестации и длине тела новорожденного

СТАНОВЛЕНИЕ НОРМАЛЬНОГО СОСТАВА КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОИСХОДИТ БЫСТРЕЕ ПРИ

А грудном вскармливании
Б смешанном вскармливании
В введении прикормов
Г искусственном вскармливании

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ПО АВО-СИСТЕМЕ ИСПОЛЬЗУЮТ ЭРИТРОЦИТАРНУЮ МАССУ

А 0(I) и плазму АВ(IV)
Б 0(I) и плазму группы крови ребенка
В группы крови ребенка и плазму АВ(IV)е
Г 0(I) и плазму 0(I)

КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ НОВОРОЖДЕННОГО?

А наличие локальной инфильтрации подкожно-жировой клетчатки
Б быстрое распространение процесса на близлежащие ткани
В болезненность при пальпации
Г субфебрильная лихорадка

ПРИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ НАИБОЛЕЕ

ЭФФЕКТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ

А макролиды
Б цефалоспорины
В аминогликозиды
Г полусинтетические пенициллины

СООТНОШЕНИЕ ДЫХАНИЯ И ПУЛЬСА У НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ

А 1:3
Б 1:2
В 1:4
Г 1:2,5

ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ ДЛИТСЯ ДО _____ НЕДЕЛЬ ЖИЗНИ

А 4
Б 2
В 3
Г 6

НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ

А галактоземии
Б СПИДа
В врождённой краснухи
Г сахарного диабета

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЕМКОСТЬ ЖЕЛУДКА НОВОРОЖДЕННОГО В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ МЛ

7-10
50-70
100-110
20-30

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛТУХ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ НЕПРЯМОЙ ФРАКЦИИ БИЛИРУБИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

А фототерапия
Б фенобарбитал
В гепатопротектор
Г инфузионная терапия

ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ У РЕБЕНКА, РОДИВШЕГОСЯ С ЭЛЕМЕНТАМИ СЫПИ НА КОЖЕ ПЯТНИСТО-ПАПУЛЕЗНОГО ХАРАКТЕРА, БУДЕТ

А внутриутробная инфекция
Б переношенность
В монголоидные пятна
Г токсическая эритема новорожденных

О МЫШЕЧНОЙ ГИПОТОНИИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

А может говорить «поза лягушки»
Б могут говорить прижатые к телу руки
В может говорить «поза борца»
Г могут говорить прижатые к телу ноги

О СНИЖЕННОМ МЫШЕЧНОМ ТОНУСЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

А отсутствие подтягивания при пробе на тракцию
Б неучастие руки или ноги новорожденногов общей двигательной реакции
В свисание руки или ноги новорожденного
Г вялость мышц

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ АСПИРАЦИОННОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

А внутриутробная гипоксия
Б хромосомные аномалии развития плода
В инфекционные заболевания матери
Г гемолитическая болезнь новорожденного

КОНЪЮНКТИВИТ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ _____ ИНФЕКЦИИ

А хламидийной
Б микоплазменной
В герпетический
Г токсоплазменной

У НОВОРОЖДЁННОГО, ИНФИЦИРОВАННОГО ХЛАМИДИЯМИ,ВОЗБУДИТЕЛЬ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

А со слизистой оболочки задней стенки глотки
Б со слизистой оболочки носа
В с паховой складки
Г наружного слухового прохода

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ УБЫЛИ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОИСХОДИТ К _____ ДНЮ ЖИЗНИ

А 7-10
Б 5-7
В 10-14
Г 14-21

РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ 25 ДНЕЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ВЫСТАВЛЕН ДИАГНОЗ «АНЕМИЯ» ПРИ ГЕМОГЛОБИНЕ МЕНЕЕ (Г/Л)

А 120
Б 130
В 140
Г 160

К ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ КОЖИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСИТСЯ

А везикулопустулез
Б токсическая эритема
В неонатальный пустулярный меланоз
Г буллезный эпидермолиз

ДЛЯ БРОНХОЛЁГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ

А прогрессирующей эмфиземы лёгких
Б респираторного ацидоза
В гипотрофии правого сердца
Г артериальной гипотензии

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПОЗДНЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А осложнение острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ).
Б внутриутробное инфицирование
В аспирация в родах
Г осложнение респираторного дистресс-синдрома (РДС)

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЗАГЛОЧЕННОЙ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ

А тест Апта
Б исследование коагулограммы
В пенный тест
Г уреазный тест

К ПРИЗНАКАМ НЕДОНОШЕННОСТИ ОТНОСЯТ

А обильный пушок на коже
Б четкие складки на поверхности стопы
В легкое нагрубание грудных желез
Г наличие мочи желтого цвета, прокрашивающей пеленку

ПЕРВЫМ ПРИЗНАКОМ БИЛИРУБИНОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А появление симптомов угнетения ЦНС
Б повышение мышечного тонуса
В ригидность затылочных мышц
Г резкое возбуждение

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ЖАЛОБОЙ ПРИ ГНОЙНОМ МАСТИТЕ У НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА ЯВЛЯЕТСЯ

А отёк и гиперемия в области грудной железы
Б беспокойство
В увеличение подмышечных лимфоузлов на стороне поражения
Г подъем температуры тела

ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ УРОВНЯ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА

А адреногенитального синдрома
Б фенилкетонурии
В муковисцидоза
Г врожденного гипотиреоза

ОСНОВНЫМ В ЛЕЧЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С ИНТРАНАТАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛАПОЗВОНОЧНИКА В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А иммобилизация головы и шеи
Б дегидратация
В физиотерапия
Г репозиция смещенных шейных позвонков

ПО ГЕСТАЦИОННОМУ ВОЗРАСТУ НЕДОНОШЕННЫМИ СЧИТАЮТСЯ ДЕТИ, РОДИВШИЕСЯ В СРОК ДО (НЕДЕЛЯ)

А 37
Б 39
В 40
Г 38

СИНДРОМ ПОЛИЦИТЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОБУСЛОВЛЕН

А метаболическими нарушениями
Б гиповолемией
В гемодинамическими расстройствами
Г усиленным эритропоэзом

К ТРАНЗИТОРНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТСЯ

А олигурия, протеинурия и мочекислый инфаркт
Б мочекислый инфаркт и метаболический ацидоз
В протеинурия и лейкоцитурия
Г олигурия и мочекислый инфаркт

НОВОРОЖДЕННЫЙ РЕБЁНОК, РОДИВШИЙСЯ ОТ СТРЕМИТЕЛЬНЫХ РОДОВ, С ОБВИТИЕМ ПУПОВИНЫ ВОКРУГ ШЕИ ИМЕЕТ РИСК РАЗВИТИЯ

А патологии ЦНС
Б анемии
В врожденных пороков развития органов
Г аллергических заболеваний

КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «АНЕМИЯ» У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ НА 1 НЕДЕЛЕ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ (В Г/Л)

А 145
Б 116
В 130
Г 170

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА НОВОРОЖДЕННЫХ ИСЧЕЗАЕТ К ЖИЗНИ

А 7-10 дню
Б 3 -4 неделе
В 4-5 дню
Г 5-6 неделе

ПРИЧИНОЙ НАРУШЕНИЯ СТАНОВЛЕНИЯ БИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

А отсутствие грудного вскармливания с первых часов жизни
Б анте- и интранатальная гипоксия

В отсасывание слизи из желудка сразу после рождения
Г проведение реанимационных мероприятий в родильном зале

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ СО СТОРОНЫ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

А фенилкетонурия
Б гемолитическая болезнь новорожденного
В оперативное родоразрешение
Г недоношенность

СТЕПЕНЬ ЗРЕЛОСТИ НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ

А Балларда
Б Даунса
В Дементьевой
Г Сильвермана

ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ ТЯЖЕЛОЙ АСФИКСИИ У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ АПГАР НА ПЕРВОЙ МИНУТЕ_____ (В БАЛЛАХ)

А 3 и менее
Б более 8
В 4-5
Г 5-7

ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПРЯМОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

А вирусные гепатиты
Б лактазную недостаточность
В муковисцидоз
Г гемолитическую болезнь новорожденных

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА

А потери воды через кожу
Б кормления грудью
В удаления сыровидной смазки
Г докармливания в первые дни жизни

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТРАНЗИТОРНЫМ СОСТОЯНИЕМ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ СЧИТАЕТСЯ

А эритема

Б склередема
В адипонекроз
Г пузырчатка

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА

А потери воды через лёгкие при дыхании
Б кормления грудью
В удаления сыровидной смазки
Г докармливания в первые дни жизни

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТРАНЗИТОРНЫМ СОСТОЯНИЕМ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ СЧИТАЕТСЯ

А шелушение
Б эпидермолиз
В везикулопустулез
Г склередема

ДВИЖЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

А спонтанные
Б осознанные
В координированные
Г целенаправленные

ОСОБЕННОСТЬ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

А низкой активности витамин-К-зависимых факторов (II,VII,IX,X)
Б повышенной функциональной активности тромбоцитов
В повышенной активности плазменных факторов
Г высокой активности витамин-К-зависимых факторов (II,VII,IX,X)

ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА ВНУТРИУТРОБНУЮ ИНФЕКЦИЮ У НОВОРОЖДЁННОГО НА 5 СУТКИ ЖИЗНИ, ЯВЛЯЕТСЯ

А увеличение IgM
Б лимфоцитоз (50%)
В снижение IgG
Г лейкоцитоз (10 000 в мм3)

У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ

А омфалит

Б везикулопустулёз
В пемфигус
Г псевдофурункулёз

У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ

А везикулопустулёз
Б болезнь Риттера
В пемфигус
Г псевдофурункулёз

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ВРОЖДЁННОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А наличие антител в составе IgM
Б клиническая картина микроцефалии
В наличие гепатомегалии
Г наличие антител в составе IgG

ИЗОЛИРОВАННЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИИ ЭНЦЕФАЛИТ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТ

А вирус простого герпеса первого типа
Б стрептококк группы В
В вирус Коксаки
Г вирус простого герпеса второго типа

НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ ОТ МАТЕРЕЙ-НОСИТЕЛЕЙ HBS-АНТИГЕНА С ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА

А впервые часы жизни
Б при выписке из родильного дома
В на 2-3 сутки жизни
Г в возрасте 1 месяца жизни

ГРУППУ РИСКА ПО ПНЕВМОЦИСТОЗУ СОСТАВЛЯЮТ ДЕТИ

А недоношенные
Б переношенные
В перенесшие инструментальные вмешательства
Г незрелые

ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ СМЕНА ИНКУБАТОРА ДОЛЖНА ПРОИЗВОДИТЬСЯ 1 РАЗ В (В ДНЯХ)

А 3
Б 14
В 10
Г 7

ПРОФИЛАКТИКУ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ОТДЕЛЕНИЯХ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ НАИБОЛЕЕ ПОЛНО ОБЕСПЕЧИВАЕТ

А правильная обработка рук персоналом
Б соблюдение цикличности заполнения палат
В адекватная текущая обработка палат
Г регулярная смена халатов персонала

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ «СИНДРОМА ОТМЕНЫ» У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ-НАРКОМАНОК ПОЯВЛЯЮТСЯ ОБЫЧНО

А в возрасте 24-48 часов
Б в возрасте 7 дней
В сразу после рождения
Г в возрасте 72-96 часов

ЗАБОР КРОВИ ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА ПРОВОДЯТ

А на 4-й день жизни.
Б перед выпиской
В на 7-й день жизни
Г на 5-й день жизни

ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ВВОДЯТСЯ С ЦЕЛЬЮ

А профилактики респираторного дистресс-синдрома
Б стимуляции сократительной деятельности матки
В снижения сократительной деятельности матки
Г предупреждения преждевременного излития околоплодных вод

К НАИБОЛЕЕ ОПАСНОМУ ИСТОЧНИКУ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ ОТНОСЯТ БОЛЬНЫХ

А ОРВИ сотрудников
Б ОРВИ беременных или родильниц
В детей со стертыми формами заболевания
Г детей в инкубационном периоде

У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЁНКА ДВИЖЕНИЯ ИМЕЮТ ____ ХАРАКТЕР

А атетозоподобный
Б координированный
В безусловный
Г целенаправленный

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА

А катаболической направленности обмена веществ
Б неправильного кормления грудью
В удаления сыровидной смазки
Г докармливания в первые дни жизни

ЖЕЛТУШНОСТЬ КОЖИ И СКЛЕР ВОЗНИКАЮТ ВСЛЕДСТВИЕ

А усиленного гемолиза эритроцитов
Б хронической надпочечниковой недостаточности
В заболеваний почек
Г дефицита витамина А

НАИБОЛЕЕ АКТИВНОЕ УЧАСТИЕ В РЕГУЛЯЦИИ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА ПРИНИМАЮТ

А паращитовидные железы
Б половые железы
В органы пищеварения
Г орган дыхания

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДОЗА ВИТАМИНА D У РЕБЕНКА ПЕРВЫХ 6 МЕСЯЦЕВ НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ (В МЕ/СУТ)

А 1000
Б 800
В 400
Г 600

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДОЗА ВИТАМИНА D У РЕБЕНКА 6-12 МЕСЯЦЕВ НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ (В МЕ/СУТ)

А 1000
Б 800
В 400
Г 600

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДОЗА ВИТАМИНА D У РЕБЕНКА ПЕРВЫХ 6 МЕСЯЦЕВ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ (В МЕ/СУТ)

А 1000
Б 400
В 600
Г 800

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДОЗА ВИТАМИНА D У РЕБЕНКА 6-12 МЕСЯЦЕВ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ (В МЕ/СУТ)

А 1000
Б 800
В 600
Г 400

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДОЗА ВИТАМИНА D У РЕБЕНКА ПЕРВЫХ 6 МЕСЯЦЕВ НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, ПРОЖИВАЮЩЕГО НА СЕВЕРЕ РОССИИ, СОСТАВЛЯЕТ (В МЕ/СУТ)

А 1000
Б 800
В 600
Г 400

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДОЗА ВИТАМИНА D У РЕБЕНКА 6-12 МЕСЯЦЕВ НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, ПРОЖИВАЮЩЕГО НА СЕВЕРЕ РОССИИ, СОСТАВЛЯЕТ (В МЕ/СУТ)

А 1500
Б 1000
В 800
Г 400

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДОЗА ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ 6 МЕСЯЦЕВ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА СЕВЕРЕ РОССИИ, СОСТАВЛЯЕТ (В МЕ/СУТ)

А 1000
Б 400
В 800
Г 600

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДОЗА ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ 6-12 МЕСЯЦЕВ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА СЕВЕРЕ РОССИИ, СОСТАВЛЯЕТ (В МЕ/СУТ)

А 1500
Б 1000
В 800
Г 600

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТЕОПЕНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, ИСПОЛЬЗУЮТСЯ _____ СМЕСИ, СОДЕРЖАЩИЕ ПОВЫШЕННОЕ КОЛИЧЕСТВО ФОСФОРА И КАЛЬЦИЯ

А специализированные
Б адаптированные
В неадаптированные
Г кисломолочные

ШЕЙНЫЙ ЛОРДОЗ ФОРМИРУЕТСЯ, КОГДА РЕБЕНОК НАЧИНАЕТ

А держать головку
Б ползать
В ходить
Г сидеть

РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В СПОСОБНОСТИ РЕБЕНКА РАЗВИВАТЬ ИГРОВЫЕ НАВЫКИ ИМЕЕТ

А рука
Б кисть
В социальная адаптация
Г развитие когнитивных способностей

ДЛЯ ГЕРПЕС-ВИРУСНОГО КЕРАТОКОНЪЮКТИВИТА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

А герпетических высыпаний на веках
Б кровянистого отделяемого
В признаков инфекционно-токсического шока
Г фарингита

НОСИТЕЛЬ ДИКОГО ПОЛИОВИРУСА, ПРИ ЕГО ВЫЯВЛЕНИИ, ПОДЛЕЖИТ _____ ИММУНИЗАЦИИ ВАКЦИНОЙ _____ С ИНТЕРВАЛОМ МЕЖДУ ПРИВИВКАМИ 1 МЕСЯЦ

А трехкратной, живой оральной полиомиелитной
Б двухкратной, живой оральной полиомиелитной
В четырехкратной; инактивированной
Г однократной; инактивированной

В ОЧАГЕ, ГДЕ ВЫЯВЛЕН НОСИТЕЛЬ ДИКОГО ПОЛИОВИРУСА, ПРОВОДЯТ МЕРОПРИЯТИЯ В ОТНОШЕНИИ ВСЕХ ЛИЦ, ИМЕВШИХ С НИМ КОНТАКТ, ВКЛЮЧАЮЩИЕ ЕЖЕДНЕВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ ____ ДНЕЙ, ЛАБОРАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ФЕКАЛИЙ _____

А 20; однократно
Б 60; двукратно
В 30; двукратно
Г 10; трёхкратно

САМЫМ ЧАСТЫМ ИНФЕКЦИОННЫМ АГЕНТОМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

А пневмококк
Б стафилококк
В энтерококк
Г микоплазма

РЕФЛЕКС ПОЛЗАНИЯ (ПО БАУЭРУ) У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА УГАСАЕТ К ____ МЕСЯЦАМ ЖИЗНИ

А 4
Б 6
В 12
Г 2

У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЗАПОРАМИ КИСЛОМОЛОЧНЫЕ ПРОДУКТЫ МОГУТ БЫТЬ ВВЕДЕНЫ В ПИТАНИЕ С _____ МЕСЯЦЕВ

А 8
Б 6
В 10
Г 4

ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ПРИСТУПНОМ ПЕРИОДЕ ПРИМЕНЯЮТ

А сальметерол
Б специфическую гипосенсибилизацию
В монтелукаст
Г омализумаб

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ИНФЕКЦИОННОМ МИОКАРДИТЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВОЗРАСТАЕТ УРОВЕНЬ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КЛАССА

А IgG
Б IgA
В IgM
Г IgE

ПРИ ОСТРОМ ЭПИГЛОТТИТЕ ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ДОЛЖНО БЫТЬ ВЫПОЛНЕНО НЕ ПОЗДНЕЕ ____ ОТ МОМЕНТА УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА

А 1 часа
Б 30 минут
В 24 часов
Г 3 часов

МОТОРНАЯ ПЛОТНОСТЬ УРОКА ФИЗКУЛЬТУРЫ В ШКОЛЕ СЧИТАЕТСЯ ДОСТАТОЧНОЙ, ЕСЛИ ОНА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

А 60-70
Б 90-100
В 40
Г 30

БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ РЕБЁНКА ОТРАЖАЕТ

А степень созревания различных органов и систем
Б число прожитых ребёнком лет
В процесс становления личности
Г уровень нервно-психического развития

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ ПАЦИЕНТУ С МОМЕНТА ОБРАЩЕНИЯ К ВРАЧУ-ПЕДИАТРУ УЧАСТКОВОМУ ДОЛЖЕН БЫТЬ УСТАНОВЛЕН НЕ ПОЗДНЕЕ (В ДНЯХ)

А 10
Б 2
В 14
Г 3

У ДЕТЕЙ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПИТАНИЯ МЯСНОЕ ПЮРЕ ВВОДИТСЯ В РАЦИОН В ВОЗРАСТЕ (В МЕСЯЦАХ)

А 5,5-6
Б 6,5-7
В 4-5
Г 7,5-8

У ДЕТЕЙ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПИТАНИЯ ОПТИМАЛЬНЫМ КОЛИЧЕСТВОМ ЖИРА В РАЦИОНЕ ЯВЛЯЕТСЯ (Г/КГ/СУТ)

А 6-6,5
Б 7-7,5
В 3,7-4
Г 8-9

ЗАГУСТИТЕЛЬ СОДЕРЖИТСЯ В СМЕСИ

А нутрилак АР
Б нутрилак Пептиди СЦТ
В малютка
Г НАН кисломолочный

ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ОТЕКЕ ГОРТАНИ, СТЕНОЗЕ 2 СТЕПЕНИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕДЕНИЕ

А отвлекающей, гипосенсибилизирующей терапии
Б средней трахеостомии
В нижней трахеостомии
Г верхней трахеостомии

ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ОТЕКЕ ГОРТАНИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО

А парентеральное введение глюкокортикостероидов
Б парентеральное введение лазикса
В применение антибиотиков
Г назначение противокашлевых средств

К БЫСТРОМУ БРОНХОДИЛАТИРУЮЩЕМУ ЭФФЕКТУ ПРИВОДИТ СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИПРАТРОПИЯ БРОМИДА И

А В2-агонистов
Б кромоглициевой кислоты
В эпинефрина
Г м-холинолитиков

ПРОЧНАЯ ОПОРА НА НОГИ ПРИ СТОЯНИИ С ПОДДЕРЖКОЙ У РЕБЁНКА ПОЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В МЕСЯЦАХ)

А 5,5
Б 6
В 6,5
Г 7

ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИВЕННЫМ ИММУНОГЛОБУЛИНОМ ПРИ БОЛЕЗНИ КАВАСАКИ В ЦЕЛЯХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ КОРОНАРНЫХ АНЕВРИЗМ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ НА ____ НЕДЕЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

А 1-2
Б 5
В 3-4

Г 6

ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ

А пупка
Б нижних конечностей
В лица
Г верхних конечностей

В ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ИССЛЕДОВАНИЕ

А рентгенологическое
Б лабораторное
В иммунологическое
Г бактериологическое

ДИАСКИНТЕСТ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ РЕКОМБИНАНТНЫЙ БЕЛОК, СОДЕРЖАЩИЙ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ АНТИГЕНЫ

А ESAT-6 и CFP-10
Б ESAT-10, CFP-6 и TB-7
В ESAT-10 и CFP-6
Г ESAT-6, CFP-10 и TB-7

ПРИ ГИПЕРФОСФАТУРИИ В РАЦИОНЕ РЕБЕНКА ОГРАНИЧИВАЮТ

А молоко, творог
Б мясо
В черную смородину
Г горох

К ПОКАЗАТЕЛЮ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА 7 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ОТНОСИТСЯ УМЕНИЕ

А перекладывать игрушку из руки в руку
Б захватывать мелкие предметы
В стучать игрушкой об игрушку
Г ставить кубик на кубик

К ПОКАЗАТЕЛЮ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА В ВОЗРАСТЕ 4 ЛЕТ ОТНОСИТСЯ УМЕНИЕ

А делать кувырок вперёд
Б выполнять одновременно два вида упражнений

В стоять на одной ноге без поддержки
Г бегать по дорожке, имеющей угол наклона

РЕБЕНОК САДИТСЯ САМОСТОЯТЕЛЬНО ИЗ ЛЮБЫХ ПОЛОЖЕНИЙ И СИДИТ УВЕРЕННО С ВОЗРАСТА (В МЕСЯЦАХ)

А 8,5
Б 10
В 9
Г 9,5

ПРИ АДЕНОВИРУСНОМ КОНЪЮКТИВИТЕ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СЛЕЗНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИМЕНЯЮТ

А натуральную слезу
Б сульфацетамид
В таурин
Г диклофенак

ПРИ АДЕНОВИРУСНОМ КОНЪЮКТИВИТЕ ПРИ ПОМУТНЕНИЯХ РОГОВИЦЫ ПРИМЕНЯЮТ

А дексаметазон
Б солкосерил
В натуральную слезу
Г баларпан

ПРИ АДЕНОВИРУСНОМ КОНЪЮКТИВИТЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТ

А офтальмоферон
Б таурин
В дексаметазон
Г фурациллин

ПРИ АДЕНОВИРУСНОМ КОНЪЮКТИВИТЕ В КАЧЕСТВЕ АНТИСЕПТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВТОРИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИМЕНЯЮТ

А пиклосидин
Б хлоргексидин
В фурациллин
Г мирамистин

ПРИ АДЕНОВИРУСНОМ КОНЪЮКТИВИТЕ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СЛЕЗНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИМЕНЯЮТ

А офтолик

Б сульфацетамид
В диклофенак
Г таурин

ПРИ АДЕНОВИРУСНОМ КОНЪЮКТИВИТЕ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СЛЕЗНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИМЕНЯЮТ

А офтагель
Б диклофенак
В таурин
Г сульфацетамид

ОДНИМ ИЗ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОВЕДЕНИЮ ВНУТРИКОЖНЫХ ПРОБ ЯВЛЯЕТСЯ

А карантин по детским инфекциям в детских коллективах
Б туберкулезное инфицирование
В туберкулез в прошлом
Г предшествующая положительная реакция на туберкулин

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

А хронического калькулезного холецистита
Б хронического активного гепатита
В хронического гастрита
Г дуоденита

В ДИАГНОСТИКЕ СТЕПЕНИ ЭЗОФАГИТА НАИБОЛЬШЕЙ ИНФОРМАТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ

А фиброэзофагогастродуоденоскопия
Б обзорная рентгенограмма брюшной полости
В суточный ph-мониторинг
Г рентгеноконтрастное исследование пищевода с барием

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕВОЧЕК НАИБОЛЕЕ ТРУДНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

А апоплексией яичника
Б гастритом
В копростазом
Г кишечной инфекцией

ФУНКЦИЕЙ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧРЕЖДЕНИЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ РАБОТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А выявление лиц с высоким риском заболевания туберкулезом

Б диспансерное наблюдение детей с нарастанием туберкулиновой чувствительности
В работа в очагах туберкулезной инфекции
Г диспансерное наблюдение детей с гиперпробой на туберкулин

ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ САГИТТАЛЬНОГО ДИАМЕТРА МЕЖДУ ГРУДИНОЙ И ПОЗВОНОЧНИКОМ РАЗВИВАЕТСЯ _____ ДЕФОРМАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

А бочкообразная
Б ладьевидная
В паралитическая
Г воронкообразная

БОЛЬНЫМ ГРИБКОВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ ИЗ ПИТАНИЯ

А кефир
Б лимонад
В молоко
Г фруктовую воду

К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМАМ ПРИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ФОРМЕ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ОТНОСЯТ

А вздутие кишечника и диарею
Б запоры и трещины ануса
В дисфункцию билиарного тракта
Г экзокринную недостаточность поджелудочной железы

РЕБЕНОК СОВЕРШАЕТ ЕДИНИЧНЫЕ РЕДКИЕ АТЕТОИДНЫЕ ДВИЖЕНИЯ ПАЛЬЦАМИ В ВОЗРАСТЕ (В НЕДЕЛЯХ)

А 1
Б 4
В 2
Г 3

ВО ВРЕМЯ ВОЗДУШНОЙ ВАННЫ РЕБЕНКА СЛЕДУЕТ

А периодически переворачивать
Б укрывать
В обмахивать
Г давать воду

ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ДОЛЖНЫ ПРИМЕНЯТЬСЯ

А адреномиметики
Б глюкокортикостероиды

В теофиллины
Г ингибиторы лейкотриеновых рецепторов

ЛАБОРАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОБРАЗЦОВ КРОВИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ СКРИНИНГЕ НА НАСЛЕДСТВЕННЫЕ БОЛЕЗНИ ПРОВОДИТСЯ В

А медико-генетической консультации
Б женской консультации
В перинатальном центре
Г поликлинике по месту жительства

НОСИТЕЛИ ДИКОГО ПОЛИОВИРУСА, ПОСЕЩАЮЩИЕ ОРГАНИЗОВАННЫЕ КОЛЛЕКТИВЫ ДЕТЕЙ ИЛИ ОТНОСЯЩИЕСЯ К ДЕКРЕТИРОВАННОМУ КОНТИНГЕНТУ, НЕ ДОПУСКАЮТСЯ В КОЛЛЕКТИВЫ ДЕТЕЙ И К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДО ПОЛУЧЕНИЯ

А отрицательного результата лабораторных исследований на дикий полиовирус
Б трехкратной вакцинации инактивированной полиомиелитной вакциной
В двух отрицательных результатов лабораторных исследований на дикий полиовирус
Г двухкратной вакцинации живой оральной полиомиелитной вакциной

ПРИ ВВЕДЕНИИ ЭПИНЕФРИНА ПРОИСХОДИТ

А повышение артериального давления
Б урежение сердечных сокращений
В увеличение кровоточивости
Г расширение сосудов кожи, слизистых

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А асфиксия новорожденных
Б наличие внутриутробной инфекции
В родовая травма
Г гемолитическая болезнь новорожденных

К ГРУППЕ РИСКА ПО ВРОЖДЁННЫМ АНОМАЛИЯМ ПОЧЕК ОТНОСЯТСЯ НОВОРОЖДЁННЫЕ С

А патологией тазовой области
Б экстремально низкой массой тела при рождении
В перинатальной энцефалопатией
Г внутриутробным инфицированием

МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ КРИВОЙ УРОКА ФИЗКУЛЬТУРЫ ИСКЛЮЧАЕТ

А подсчет времени задержки дыхания на вдохе
Б подсчет пульса за 10-секундные отрезки времени в течение урока
В отметку на графике частоты пульса каждой части урока
Г графическое изображение физиологической кривой урока

ДЛЯ ПОДОСТРОГО ДИССЕМИНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ РАССЕИВАНИИ МИКОБАКТЕРИЙ, ХАРАКТЕРНА ДИССЕМИНАЦИЯ

А субтотальная крупноочаговая с преимущественной локализацией очаговых теней в верхних и средних отделах легких
Б равномерная по всем полям мелкоочаговая
В субтотальная или тотальная полиморфная и наличие толстостенных каверн
Г субтотальная или тотальная полиморфная

СКЛОННОСТЬ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ К СРЫГИВАНИЯМ ОБУСЛОВЛЕНА _____ ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

А горизонтальным расположением желудка, высоким тонусом пилорического
Б вертикальным расположением желудка, высоким тонусом пилорического
В спазмом сфинктера кардиального
Г низким тонусом пилорического

ДО ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ ГНОЙНОМ МЕНИНГИТЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

А цефотаксим
Б эритромицин
В цафалексин
Г клиндамицин

ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ БЛИЗОРУКОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А понижение зрения вдаль
Б понижение сумеречного зрения
В понижение зрения вблизи
Г ограничение полей зрения

ЗАМЕДЛЯЕТ ПАССАЖ ХИМУСА ПО ТОНКОЙ КИШКЕ

А лоперамид
Б дротаверин
В домперидон
Г мебеверин

НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В ФАЗЕ ОБОСТРЕНИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРИМЕНЕНИИ

А топических глюкокортикостероидов
Б нестероидных противовоспалительных кремов и мазей
В средств, улучшающих микроциркуляцию и трофику кожи
Г фунгицидных препаратов и регенерирующих средств

НАИБОЛЕЕ ТЯЖЁЛОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ОРВИ У НОВОРОЖДЁННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

А бронхиолит
Б бронхит
В трахеит
Г ларингит

ПРИЕМ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ БЕЗ ЦИАНОКОБАЛАМИНА ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ

А мальабсорбции витамина В12
Б врожденном дефиците фолиевой кислоты
В болезни Менкеса
Г энтеропатическом акродерматите

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ГИПЕРОСМОЛЯРНАЯ КОМА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А гипертонусом мышц
Б полиурией
В артериальной гипертензией
Г гипотермией

ЕСЛИ РЕБЁНОК 8 МЕСЯЦЕВ НЕ ВЫПОЛНЯЕТ УПРАЖНЕНИЕ «ПРИСАЖИВАНИЕ ИЗ ПОЛОЖЕНИЯ НА СПИНЕ, ДЕРЖАСЬ ЗА КОЛЬЦА», ТО МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ У НЕГО СЛАБОСТЬ МЫШЦ

А рук
Б ног
В живота
Г спины

СМЕСИ НА ОСНОВЕ КОЗЬЕГО МОЛОКА ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ

А питания здоровых детей
Б лечения детей с аллергией к белкам коровьего молока
В профилактики аллергии к белкам коровьего молока
Г для профилактики пищевой аллергии

НАИБОЛЕЕ СУЩЕСТВЕННЫМ ПАРАМЕТРОМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ ГЕМОЛИТИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЁННЫХ ПО СИСТЕМЕ АВО, СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

А обнаружение иммунных антител анти-А и анти-В в крови матери
Б снижение осмотической резистентности эритроцитов ребёнка
В положительную прямую пробу Кумбса
Г наличие у матери группы крови О, а у ребёнка – А (II) или В (III)

КО II КЛАССУ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТ

А β-блокаторы
Б препараты, удлиняющие реполяризацию
В блокаторы натриевых каналов
Г блокаторы медленных кальциевых каналов

В ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПОСЛЕ ОСТРОГО ТУБУЛО-ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА ВХОДИТ

А определение скорости клубочковой фильтрации
Б урография
В цистография
Г исследование мочи по Нечипоренко

БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ И КОРМЯЩИМ МАТЕРЯМ НАЗНАЧАЮТ

А специальную группу (индивидуальный метод)
Б подготовительную группу
В специальную группу (групповой метод)
Г основную

ПРИ НЕВРИТЕ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ВЕДУЩИМ ЭЛЕМЕНТОМ ПАССИВНОЙ ГИМНАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А исходное положение лёжа на боку (на непораженной стороне)
Б лейкопластырное натяжение со здоровой стороны на пораженную
В исходное положение лежа
Г лейкопластырное натяжение с пораженной стороны на здоровую

ОБИЛЬНОЕ СЛЮНОТЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ СВЯЗАНО С

А незрелостью центральных механизмов регуляции слюноотделения и заглатывания слюны
Б введением прикорма
В увеличением объема секреции слюны с 4-5 месяцев
Г прорезыванием зубов

К ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ ОТНОСИТСЯ ВВЕДЕНИЕ

А Диазепама
Б Фуросемида
В Преднизолона
Г Метамизола натрия

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ОБОСНОВАНИЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ВИТАМИНА К ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

А дефицит протромбина и проконвертина
Б дефицит I, XII Факторов
В дефицит I, II, III факторов
Г дефицит X, XII факторов

УРОВЕНЬ РАЗВИТИЯ РЕЧИ К 3-Х МЕСЯЧНОМУ ВОЗРАСТУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРОИЗНЕСЕНИЕМ ПРОСТЫХ

А звуков
Б слогов
В ловосочетаний
Г слов

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СНА В РЕЖИМЕ ДНЯ ДЕТЕЙ СРЕДНИХ ГРУПП ДЕТСКОГО САДА СОСТАВЛЯЕТ (ЧАС)

А 12-12,5
Б 10-9
В 14-13
Г 11-10

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ЛИМФОЦИТОЗ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

А 4-5 лет
Б первых 3 дней
В младших школьников
Г старших школьников

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФРАКРАСНЫМИ ЛУЧАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

А склонность к нагноению
Б гипертоническая болезнь
В спаечный процесс
Г контрактура

ВАКЦИНАЦИЮ И РЕВАКЦИНАЦИЮ БЦЖ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

А специально обученная медсестра
Б постовая медсестра
В врач-педиатр
Г фтизиопедиатр

ПРИ КОНТАКТЕ С ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЬНЫМИ В СЕМЬЕ, ДЕТСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

А прививают против туберкулеза по окончании срока карантина
Б прививку против туберкулеза откладывают на 2 нед
В прививку против туберкулеза откладывают на 1 мес.
Г прививают БЦЖ-М, не дожидаясь окончания срока карантина

ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПРЯМОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

А атрезию желчевыводящих путей
Б целиакию
В желтуху Ариаса
Г болезнь Вискотта-Олдрича

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НЕУКРОТИМОЙ РВОТЫ ПРИМЕНЯЮТ

А метоклопрамид
Б висмута трикалия дицитрат
В домперидон
Г омепразол

ПОКАЗАНИЕМ К УФ-ЭРИТЕМОТЕРАПИИ ВЫСТУПАЕТ

А аллергический дерматит
Б спазмофилия
В синдром отмены при гормональной терапии
Г острая пневмония, период реконвалесценции

ВЫРАЖЕННАЯ ПОТЛИВОСТЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ НАЧАЛЬНОГО ПЕРИОДА

А рахита
Б аллергии
В гипотрофии
Г анемии

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛАКУНАРНОЙ АНГИНЫ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ МОЖНО НАЗНАЧИТЬ

А Джозамицин
Б Амоксициллин + Клавулановая кислота
В Цефтибутен
Г Амоксициллин

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАДЕРЖКИ УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ

А Гопантеновая кислота
Б Галоперидол
В Диазепам
Г Имипрамин

ПРИ СЕПТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ СКАРЛАТИНЫ К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ относят

А некротическую ангину
Б лакунарный тонзиллит
В нормальные размеры печени и селезенки
Г субфебрильную температуру тела

ВРОЖДЕННЫЙ ПИЛОРОСТЕНОЗ ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ (МЕС.)

А 1-1,5
Б 2-3
В до 1
Г до б

ПРИ РЕЦИДИВЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НАЗНАЧАЕТСЯ ДИЕТА N ПО ПЕВЗНЕРУ

А 1
Б 4
В 15
Г 5

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ СОСТАВЛЯЕТ

А до 18 лет
Б 5 лет
В 1 год
Г 3 года

СРЕДНИЙ УРОВЕНЬ ПРИЗНАКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СРЕДНЕЙ ВЕЛИЧИНОЙ И НАЗЫВАЕТСЯ

А модой

Б коэффициентом вариации
В средним квадратическим отклонением
Г коэффициентом корреляции

ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А положительное изменение в гигиенической культуре, стиле жизни
Б увеличение уровня иммунизации Детского населения, снижение инфекционной заболеваемости
В овладение научной информацией по вопросам профилактики заболеваний
Г улучшение потенциала и баланса здоровья, оздоровление населения

ВАКЦИНУ БЦЖ, БЦЖ-М вводят

А на границе верхней и средней трети наружной поверхности левого плеча
Б на границе верхней и средней трети правого плеча
В на границе средней и нижней трети наружной поверхности левого плеча
Г в среднюю треть внутренней поверхности правого плеча

К СИМПТОМАМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В ОБЛАСТИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ОТНОСЯТ

А гиперемию и расчесы кожных покровов наружных половых органов
Б выделения с неприятным «рыбьим» запахом
В кровяные выделения из половых путей
Г гноевидные выделения из половых путей

ВРАЧ-ПЕДИАТР УЧАСТКОВЫЙ ПРИ ОФОРМЛЕНИИ СПРАВКИ, ВЫДАВАЕМОЙ РЕБЁНКУ В ДЕТСКИЙ КОЛЛЕКТИВ, ОТМЕЧАЕТ

А фамилию, имя, год рождения; сроки и причину отсутствия в детском коллективе; отсутствие педикулёза и чесотки; отсутствие контактов с инфекционными больными за последние 21 день
Б сроки и причину отсутствия в детском коллективе; номер педиатрического участка; фамилию, имя, год рождения; отсутствие контактов с инфекционными больными за последние 21 день
В сроки и причину отсутствия в детском коллективе; отсутствие педикулёза и чесотки; фамилию, имя, год рождения
Г номер педиатрического участка; отсутствие педикулёза и чесотки; фамилию, имя, год рождения; отсутствие контактов с инфекционными больными за последние 21 день

ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ БЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ ПОРОКА СЕРДЦА, СНИМАЮТ С ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЧЕРЕЗ (ГОД)

А 5
Б 10

В 1
Г 2

В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЮТ

А препараты сурфактанта
Б антибиотикотерапию
В оксигенотерапию
Г кортикостероидную терапию

ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ ПРИБАВКА РОСТА РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 10-12 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

А 1-1,5
Б 2,5
В 3
Г 2

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ КАРТИНЫ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А умеренный лейкоцитоз (нейтрофильный сдвиг формулы влево)
Б лейкопения (сдвиг лейкоцитарной формулы вправо)
В ускорение СОЭ (без изменения количества лейкоцито
Г гиперлейкоцитоз (сдвиг Лейкоцитарной формулы влево)

КАК ПРОВОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕЖДУ ПИЕЛОЭКТАЗИЕЙ И ГИДРОНЕФРОТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИЕЙ ПОЧКИ?

А ультразвуковым тестом с лазиксом
Б экскреторной урографией
В микционной цистографией
Г радиоизотопным исследованием

ЛИМФАТИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ МАКСИМАЛЬНО ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

А с 2 до 3 лет
Б до 1 года
В с 1 года до 2 лет
Г с 3 до 4 лет

В НОРМЕ МЕСТНАЯ ПРИВИВОЧНАЯ РЕАКЦИЯ ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ ИЛИ РЕВАКЦИНАЦИИ БЦЖ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ

А рубчика

Б келоидного рубца
В гиперемии любого размера
Г язвы более 12 мм

ОЦЕНКУ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ НУЖНО ПРОВОДИТЬ ОДИН РАЗ В (МЕС.)

А 1
Б 3
В 6
Г 12

АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ НАЗЫВАЮТ

А хроническое аллергическое воспаление слизистой оболочки носа у пациентов с сенсибилизацией к экзогенным неинфекционным аллергенам
Б симптом системного заболевания соединительной ткани
В острый инфекционный процесс
Г хронический инфекционный процесс

РЕБЕНКА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ВРАЧ-ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ В ПЕРВОМ ПОЛУГОДИИ 1 РАЗ В

А 2 недели
Б месяц
В 2 месяца
Г 3 месяца

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИНОГОРОДНИМ ОФОРМЛЯЕТСЯ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ, ЗАВЕРЯЕТСЯ ГЕРБОВОЙ ПЕЧАТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, А ТАКЖЕ ВИЗИРУЕТСЯ

А главным врачом (или его заместителем)
Б представителями профессиональной медицинской организации
В представителями органов социальной защиты
Г представителем ФОМС

СОЗРЕВАНИЕ ЛЁГОЧНОЙ ТКАНИ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К

А 5-8 годам
Б рождению ребенка
В 3-6 месяцам
Г 1 году

У ИНФИЦИРОВАННОГО МБТ РЕБЕНКА ПРИ ПОСТАНОВКЕ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л НА МЕСТЕ ПАПУЛЫ В ДАЛЬНЕЙШЕМ НЕРЕДКО ФОРМИРУЕТСЯ

А участок гиперпигментации
Б лимфангит
В участок депигментации
Г звездчатый белесоватый рубчик

ВРОЖДЕННАЯ ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА ВЫЯВЛЯЕТСЯ НА НЕДЕЛЕ ГЕСТАЦИИ

А 18-20
Б 30-32
В 21-22
Г 12-14

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ИСКЛЮЧАЕТ

А показатель заболеваемости
Б динамику степени ограничений способности в различных категориях жизнедеятельности
В достигнутые результаты выполнения программ медицинской психолого-педагогической и социальной реабилитации
Г динамику степени нарушения функций и структур организма

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ МОЖЕТ длится

А 11-21 день
Б 14-20 дней
В 7-10 дней
Г 7-15 дней

ХРОНИЧЕСКИ ТЕКУЩИЙ ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А длительным течением с периодами обострения и ремиссии
Б заболеванием в раннем детском возрасте
В сочетанием с неспецифическим бронхолегочным воспалением
Г поражением не только лимфоузлов различных групп, но также лёгких, почек, печени

МИЕЛИНИЗАЦИЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН В ОСНОВНОМ ЗАВЕРШАЕТСЯ К (ГОД)

А 3-5
Б 7-10
В 1-3
Г 10-15

ДОПУСТИМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РЕБЕНКОМ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ СОСТАВЛЯЕТ (ЧАС.)

А 12

Б 3
В 6
Г 24

ТИП РЕАКЦИЙ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЙСЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ

А гипертермический
Б анафилактический
В цитотоксический
Г иммунокомплексный

ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ХАРАКТЕРНЫ

А гипонатриемия, гипокалиемия, метаболический алкалоз
Б рвота «фонтаном» неизмененным молоком, объем рвотных масс не превышает объем кормления
В гипернатриемия, гиперкалиемия, метаболический ацидоз
Г срыгивания, появляющиеся на второй неделе жизни

ЭНУРЕЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А непроизвольное мочеиспускание во время сна
Б учащение мочеиспускания
В задержка мочеиспускания
Г произвольное мочеиспускание во время бодрствования

ЖИЗНЕННЫЙ ИНДЕКС СЛУЖИТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

А функционирования системы внешнего дыхания
Б пропорциональности телосложения
В пропорциональности развития грудной клетки
Г уровня физического развития

ДЛЯ ПРОБЫ ПО ЗИМНИЦКОМУ МОЧА СОБИРАЕТСЯ (ЧАС)

А каждые 3
Б каждые б
В в течение 12
Г в течение 3

ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ УРОВЕНЬ МОЧЕВИНЫ ОЦЕНИВАЮТ

А 2 раза в год
Б 2 раза в месяц
В 1 раз в год

Г 1 раз в месяц

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО СУЖЕНИЯ ЗАДНЕПРОХОДНОГО ОТВЕРСТИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А пальцевое ректальное исследование
Б рентгеноконтрастный
В ректороманоскопия
Г колоноскопия

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗА ГОРТАНИ I СТЕПЕНИ ПРИМЕНЯЮТ

А Будесонид
Б Эпинефрин
В Преднизолон
Г Сальбутамол

ПРИ ВРОЖДЁННОМ ПИЛОРОСТЕНОЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

А снижение тургора и объёма подкожно жирового слоя
Б учащённое мочеиспускание
В жидкий стул
Г приступообразный крик

ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ОТТОКА ЖЕЛЧИ ИСПОЛЬЗУЮТ ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ В ИСХОДНОМ ПОЛОЖЕНИИ

А лежа на левом боку
Б коленно-кистевом
В стоя
Г лежа на правом боку

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ВНУТРИКОЖНОМ ВВЕДЕНИИ ВАКЦИНЫ БЦЖ СОСТАВЛЯЕТ ИММУНИТЕТА ПРИ

А 5-7лет
Б 6-8 недель
В более 10 лет
Г 2-3 года

ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ФОТОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А синдром «бронзового ребенка»
Б рвота фонтаном
В учащение стула
Г набухание грудных желез

ВОРОТНИК ШАНЦА НЕОБХОДИМ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

А шейного
Б пояснично-крестцового
В грудного
Г поясничного

ПРИЧИНОЙ ОБРАЗОВАНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

А нарушение развития мезенхимальной ткани
Б чрезмерные физические нагрузки
В повышение внутрибрюшного давления
Г слабость апоневроза наружной косой мышцы живота

ПРИЧИНОЙ ЗАТРУДНЕННОГО ДЫХАНИЯ ПЕРИОДИЧЕСКИ С ПРИСТУПАМИ УДУШЬЯ У ПАЦИЕНТА С ОХРИПЛЫМ ГОЛОСОМ И ПЕРИОДИЧЕСКОЙ АФОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А фиксированное инородное тело гортани
Б инородное тело главного бронха
В баллотирующее инородное тело трахеи
Г инородное тело сегментарного бронха

НОРМА СУТОЧНОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

А соответствии функциональным Возможностям неравномерно развивающихся систем организма
Б выполнении контрольных нормативов скоростно-силовых тестов
В учёте критических периодов развития организма
Г организованных формах занятий физическими упражнениями

ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

А HBsAg
Б анти-HAV IgG
В HBcAg
Г анти-HAV IgM

ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ (МЕС.)

А 12-24
Б 3-6
В 9-11
Г 24-36

В СОСТАВ ВАКЦИНЫ БЦЖ ВХОДЯТ

А живые ослабленные микобактерии
Б видоспецифичные для МБТ белки ESAT-6 и CFP-10
В убитые микобактерии человеческого и бычьего видов
Г живые вирулентные микобактерии бычьего вида

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А блок на уровне воротной вены
Б перенесенный гепатит
В цирроз печени
Г блок на уровне печеночных вен

ОСНОВНЫМ РАЗДЕЛОМ РАБОТЫ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А динамическое наблюдение за здоровьем детей в возрасте от рождения до 7 лет
Б подготовка детей к поступлению в дошкольное учреждение и школу
В осуществление восстановительного лечения
Г организация диспансерных осмотров детей врачами-специалистами и лабораторно-диагностических исследований

К СОМАТОМЕТРИИ ОТНОСИТСЯ

А измерение параметров человеческого тела
Б изучение осанки
В оценка физического развития
Г исследование органов и систем

БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НАЗЫВАЮТ

А заболевание дыхательной системы, в основе которого лежит хроническое воспаление слизистой оболочки бронхов, которое сопровождается вариабельной обструкцией и бронхиальной гиперреактивностью
Б хроническое инфекционное воспаление слизистой оболочки бронхов
В хроническое обструктивное заболевание с нарушением реологических свойств мокроты и задержкой физического развития
Г хроническое заболевание Дыхательной системы характеризующееся прогрессирующей необратимой обструкцией бронхов

КРИПТОРХИЗМ РАССМАТРИВАЮТ КАК

А неопущение яичек в мошонку
Б сращение крайней плоти
В недоразвитие наружных половых органов

Г гипогонадизм

ДЛЯ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ МАТЕРЯМИ И НЕ ИМЕЮЩИХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ВАКЦИНАЦИИ, ПРИМЕНЯЕТСЯ ВАКЦИНА

А БЦЖ-М в дозе 0,025 мг
Б БЦЖ в дозе 0,05 мг
В БЦЖ в дозе 0,025 мг
Г БЦЖ-М в дозе 0,05 мг

К ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТАМ ЛЕЧЕБНЫХ ГРЯЗЕЙ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ИХ ТЕРМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА (ТЕПЛОЁМКОСТЬ И ТЕПЛОПРОВОДНОСТЬ), ОТНОСЯТ

А минеральные соли
Б воду
В органические вещества
Г кристаллический скелет

АМБУЛАТОРНО ПРИ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ I СТЕПЕНИ ИНГАЛЯЦИЯ СУСПЕНЗИИ БУДЕСОНИДА ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ КОМПРЕССОРНЫЙ НЕБУЛАЙЗЕР В РАЗОВОЙ ДОЗЕ (МГ)

А 0,5
Б 2
В 1
Г 5

ОСОБЕННОСТЬЮ КЛИНИКИ РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А развитие бронхообструктивного синдрома
Б наличие конъюнктивита
В увеличение всех групп лимфоузлов
Г появление кишечного синдрома

ВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

А здоровым новорожденным детям на 3-7 день жизни
Б здоровым детям в возрасте 6-7 лет
В 15-17 лет
Г детям с 1 года до 14 лет

СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ВЫДЕЛЯЕМОЙ МОЧИ ОТ СУТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА ПРИНЯТОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

А 2/3-3/4

Б 1/3-1/6
В 1/3-1/5
Г 1/3-1/2

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ, АССОЦИИРОВАННОМ С ХЕЛИКОБАКТЕРОМ ПИЛОРИЧЕСКИМ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

А эрозивный антральный гастрит
Б базальная секреция с pH выше 2,5
В B12-дефицитная анемия
Г локализация процесса в теле желудка

ДЛЯ РАСЧЁТА ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СРЕДНЕГОДОВОЙ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

А зарегистрированных впервые в данном году
Б социально-значимых, зарегистрированных в данном году
В инфекционных, зарегистрированных впервые в жизни
Г выявленных впервые в жизни

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СНА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В 7-10 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (ЧАС)

А 11-10
Б 8-8,5
В 12
Г 9-9,5

РЕБЕНКА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ВРАЧ-ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ В ВТОРОМ ПОЛУГОДИИ 1 РАЗ В

А месяц
Б 2 недели
В 3 месяца
Г 2 месяца

СРОКИ ПОЯВЛЕНИЯ СЕНСОРНОЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ (МЕС.)

А 7-8
Б 9-10
В 3-4
Г 11-12

ХАЛАЗИЯ КАРДИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А рвотой и срыгиваниями

Б олигурией
В гипертермией и болями в желудке
Г жидким стулом

ПАССИВНЫМ МЕТОДОМ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А физиотерапия
Б механотерапия
В гидрокинезиотерапия
Г трудотерапия

КЛАССИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТРИАДА КАТАРАКТЫ, ПОРОКА СЕРДЦА, ГЛУХОТЫ СООТВЕТСТВУЕТ ВРОЖДЕННОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ В ВИДЕ

А краснухи
Б листериоза
В сифилиса
Г токсоплазмоза

ОТЛИЧИЕ ВАКЦИНЫ БЦЖ ОТ БЦЖ-М СОСТОИТ В

А количестве живых микробных тел в одной дозе препарата
Б условиях хранения и транспортировки
В способе ее введения
Г ее приготовлении

ОТЛИЧИЕ ВАКЦИНЫ БЦЖ ОТ БЦЖ-М СОСТОИТ В

А количестве живых микробных тел в одной дозе препарата
Б способе ее введения
В ее приготовлении
Г условиях хранения и транспортировки

ОБЩИМ ПРИНЦИПОМ ШКОЛ ПРОБЛЕМНО-ЦЕЛЕВОГО ОБУЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А создание партнерства «врач-пациент-родители
Б оказание самостоятельной медицинской помощи
В получение среднего медицинского образования родителями детей
Г самостоятельное изучение литературы родителями пациентов

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КУРС УРОСЕПТИКОВ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ПРОВОДИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ (ДЕНЬ)

А 7
Б 10
В 14

Г 5

В ОСНОВЕ ОСТЕОХОНДРОПАТИИ ЛЕЖИТ

А дисфункция роста
Б неправильное внутриутробное развитие
В внутриутробная инфекция
Г дисфункция созревания

К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТНОСИТСЯ

А продольная суборбитальная складка
Б отягощенный аллергоанамнез
В наличие микровезикул на лице и разгибательных поверхностях конечностей
Г наличие зудящихся папул, расположенных линейно, попарно

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ ПЕРВОЕ ДЕЙСТВИЕ ВРАЧА ПРЕДПОЛАГАЕТ

А исключить любую энтеральную нагрузку
Б выполнить лапароцентез
В сделать клизму
Г назначить антибиотики

ВРЕМЕННЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А дисбактериоз
Б недоношенность III степени
В острое инфекционное заболевание
Г синдром дыхательных расстройств

ПОВЕРХНОСТНАЯ МОТИВАЦИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ТРУДОВОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА

А выбранное с целью получить материальное или социальное вознаграждение или избежать наказания
Б когда источник мотивации действительно влияет на поведение
В которое выбирается ради него самого
Г которое наблюдают окружающие

ОБИЛЬНОЕ СЛЮНОТЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ НАЧИНАЕТСЯ С ВОЗРАСТА (МЕС.)

А 4-5
Б 8-9
В 2-3

Г 6-7

ГНОЙНЫЙ МЕНИНГИТ НЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

А энтеровирусной инфекции
Б стафилококковом сепсисе
В брюшном тифе
Г сальмонеллезе

ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ МЫШЕЧНОЙ СИЛЫ КИСТЕЙ РУК ИСПОЛЬЗУЮТ

А динамометр
Б фигмоманометр
В тонометр
Г пикфлоуметр

МАЛЬЧИК 7 ЛЕТ, ВЯЛЫЙ, БЛЕДНЫЙ, РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ОТЕКИ. ЧТО, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ДОЛЖЕН ВЫЯСНИТЬ УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ-ПЕДИАТР?

А сколько мочи ребенок выделил за сутки
Б был ли контакт с больным корью
В что ребенок ел накануне
Г какие детские инфекции перенес в раннем возрасте

РЕБЁНОК УДЕРЖИВАЕТ ГОЛОВУ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ С (МЕС.)

А 1.5
Б 4
В 5
Г 3

ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ НАГРУБАНИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ У НОВОРОЖДЕННЫХ

А лечения не требуется
Б назначается антибиотикотерапия
В выполняется выдавливание секрета
Г накладываются полу-спиртовые компрессы

ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А промежность и половые органы
Б конечности
В грудная клетка
Г лицо

ВРЕМЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ (ЧСС) И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД) У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ ПРИ ПРОБЕ МАРТИНЕ НЕ ДОЛЖНО ПРЕВЫШАТЬ (МИН.)

А 3
Б 5
В 9
Г 7

ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ ПЕРВИЧНУЮ ВАКЦИНАЦИЮ ВАКЦИНОЙ БЦЖ (БЦЖ-М) ПРОВОДЯТ НА

А 3-7 день жизни
Б 60 день жизни после осмотра педиатра
В 3-7 день жизни, после пробы Манту.
Г 30 день жизни, перед пробой Манту

КИШЕЧНИК НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ РОЖДЕНИИ

А стерилен
Б содержит патогенную микрофлору
В содержит преимущественно бифидофлору
Г содержит условно-патогенная микрофлору

ЗАДАЧИ ЗАВЕДУЮЩЕГО ОТДЕЛЕНИЕМ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ В ВОПРОСАХ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ИСКЛЮЧАЮТ

А контроль деятельности страховой компании
Б преемственность в работе участковой педиатрической службы детской поликлиники и детских образовательных учреждений
В передачу ведомостей (спискодетей с впервые выявленными и хроническими заболеваниями
Г контакт с заведующими педиатрическими участками

ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА МОЖЕТ ПРОЯВИТЬСЯ

А при внутриутробном развитии, рождении, в процессе дальнейшего роста и развития, в течение последующей жизни
Б при ведении нездорового образа жизни
В при поступлении в детское образовательное учреждение, при дальнейшем обучении и поступлении на работу
Г в процессе жизнедеятельности детей, подростков и взрослых

ФОРМИРОВАНИЕ СТРУКТУР ФИКСАЦИИ ПОЧЕК ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К (ГОД)

А 5-7
Б 2-3
В 8-10
Г 1-1,5

ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ПОЧЕЧНЫХ ОТЕКОВ

А появляются в первую очередь на лице
Б появляются в первую очередь на ногах
В появляются только вечером
Г твердые

ПОРЯДОК МЕДИЦИНСКОГО ОТБОРА И НАПРАВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДЕЙСТВУЮЩИМ ПРИКАЗОМ

А Министерства здравоохранения и социального развития (МЗ СР РФ) N256
Б Министерства здравоохранения и социального развития (МЗ СР РФ) N 624н
В Министерства здравоохранения (МЗ РФ) N1346Н
Г Министерства здравоохранения (МЗ РФ) №1175Н

ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ВАКЦИНАЦИЯ И РЕВАКЦИНАЦИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

А специфической профилактикой туберкулеза
Б мероприятием, которое иногда предупреждает туберкулез
В мероприятием, снижающим риск инфицирования МБТ
Г неспецифической профилактикой туберкулеза

ЗАРАЖЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА МИКОБАКТЕРИЯМИ ТУБЕРКУЛЁЗА ЧАЩЕ ПРОИСХОДИТ _____ ПУТЕМ

А аэрогенным
Б контактным
В алиментарным
Г внутриутробным

ДИАГНОЗ «ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ» СТАНОВИТСЯ НЕСОМНЕННЫМ ПРИ СНИЖЕНИИ

А продолжительности жизни эритроцитов
Б уровня железа сыворотки
В гипербилирубинемии
Г уровня фолата

НИТРОЗОВАЗОДИЛАТАТОРЫ (ПРЕПАРАТЫ НИТРОГЛИЦЕРИНА УМЕНЬШАЮТ ПОТРЕБНОСТЬ МИОКАРДА В КИСЛОРОДЕ, ПОТОМУ ЧТО

А уменьшают преднагрузку на сердце
Б увеличивают постнагрузку на сердце
В вызывают уменьшение частоты сердечных сокращений
Г оказывают прямое угнетающее действие на сократимость миокарда

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ШИГЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А бактериологический
Б копрологический
В вирусологический
Г гематологический

ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕТЯМ, ПЕРЕНЕСШИМ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ВОЗМОЖНО ЧЕРЕЗ

А 2-3 месяца
Б 5-6 месяцев
В 1 год
Г 1,5 года

РУБЛЕНАЯ РАНА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ГОЛОВЫ В ВИДЕ ПОЛУМЕСЯЦА ОБРАЗУЕТСЯ ПРИ

А погружении лезвия топора под острым углом
Б действии носка или пятки топора
В действии обуха топора
Г погружении всего клина топора

ВТОРОЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А осмотр врачом-педиатром
Б лабораторное обследование
В инструментальное обследование
Г осмотр узкими специалистами

НЕОБХОДИМЫЕ ДАННЫЕ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ (МСЭ) РЕБЕНКА С АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ ИСКЛЮЧАЮТ

А данные биопсии печени
Б рентгенограмму кисти (определение «костного возраста»)
В неонатальный скрининг дефицита 21-гидроксилазы (уровень 17-гидроксипрогестерона)
Г суточное мониторирование ритма и артериального давления

СИМПТОМОМ МЕНИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А рвота на фоне головной боли
Б уртикарная сыпь

В западение родничка
Г невнятная речь

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

А гемолитический стрептококк (Streptococcus agalactiae)
Б гемофильная палочка (Haemophilus influenzae)
В пневмококк (Streptococcus pneumoniae)
Г кишечная палочка (Escherichia coli)

РЕВАКЦИНАЦИЯ БЦЖ ПРОВОДИТСЯ

А здоровым детям в возрасте 6-7 лет
Б здоровым новорожденным детям на 3-7 День жизни
В детям с 1 года до 14 лет
Г подросткам 15-17 лет

РАСТЯЖЕНИЮ СПАЕК ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПЛЕВРИТЕ У ДЕТЕЙ СПОСОБСТВУЮТ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ

А динамические с подъёмом руки на больной стороне
Б статические
В динамические с подъёмом руки на здоровой стороне
Г динамические дренажные с подъёмом руки на больной стороне

СРОКИ ПОЯВЛЕНИЯ МОТОРНОЙ (АКТИВНОЙ) РЕЧИ (МЕС.)

А 10-12
Б 18-24
В 12-14
Г 8-9

ПОД ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПОНИМАЮТ

А клиническую форму первичного туберкулеза
Б состояние инфицирования МБТ без проявлений болезни
В состояние, когда у больного есть подозрение на туберкулез, но он еще не обследован
Г состояние, когда диагностируется гиперергическая реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л

ЭКГ ПЕРВЫЙ РАЗ ПРОВОДИТСЯ ЗДОРОВОМУ РЕБЁНКУ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

А 12
Б 6
В 3
Г 9

ПРИЧИНОЙ ЗАТРУДНЕННОГО, ПЕРИОДИЧЕСКИ С ПРИСТУПАМИ УДУШЬЯ ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОХРИПЛЫМ ГОЛОСОМ И ПЕРИОДИЧЕСКОЙ АФОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО

А фиксированное гортани
Б фиксированное трахеи
В сегментарного бронха
Г баллотирующее трахеи

К СИМПТОМАМ, НЕ СООТВЕТСТВУЮЩИМ КЛИНИКЕ ОТЁКА ЛЁГКИХ ОТНОСЯТ

А тоны сердца усилены, пульс ритмичный
Б кашель с отделением пенистой мокроты
В влажные разнокалиберные хрипы в лёгких
Г бледность, цианоз кожи, холодный пот

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ С ЯВЛЕНИЯМИ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА В УСЛОВИЯХ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НА УЧАСТКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А Левомицетина сукцинат
Б Цефотаксим
В Бензилпенициллин
Г Амоксициллин

В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ КОЛИЧЕСТВО КОЕК ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОТ РАСЧЕТНОГО КОЛИЧЕСТВА КОЕК ПОСЛЕРОДОВОГО ОТДЕЛЕНИЯ И ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ (В %)

А 110
Б 90
В 100
Г 120

СИНЕ-БАГРОВЫЙ ЦВЕТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ КРОВОПОДТЕКОВ ДАВНОСТЬЮ (СУТКИ)

А 1-3
Б 10-12
В 7-8
Г 4-6

ДИАПАЗОН СВЕТОВОГО ПОТОКА, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ В ФИЗИОТЕРАПИИ, СОСТАВЛЯЕТ

А 10-100 НМ
Б 180 нм-400 мкм

В 0,5-1,0 нм
Г 100-150 НМ

РЕВАКЦИНАЦИЮ БЦЖ ДЕЛАЮТ ЗДОРОВЫМ ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ

А 6-7 лет, имеющим отрицательную реакцию на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л
Б 6-7 лет, имеющим положительную или сомнительную реакцию на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л
В 7 лет и 14 лет, имеющим отрицательную реакцию на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л
Г 6-7 лет, имеющим отрицательную реакцию на пробу с препаратом «Диаскинтест»

ПРИКОРМ В ВИДЕ ОВОЩНОГО ПЮРЕ ВВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В МЕС.)

А 4-6
Б 7,5-8
В 3,5-4
Г 6-7

ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ БЛЕДНОЙ ПОГАНКОЙ НЕ ХАРАКТЕРНА

А гипертермия
Б диарея
В рвота
Г тошнота

ОБЩИЙ РЕЗЕРВУАР ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ЛЮДЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ ПОКАЗАТЕЛЬ

А инфицированности МБТ
Б смертности от туберкулеза
В заболеваемости туберкулезом
Г распространенности туберкулеза

ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ВАКЦИНАЦИИ И РЕВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А вакцина БЦЖ
Б альт-туберкулин Коха
В стандартный туберкулин БЦЖ
Г вакцина ППД-Л

ВАКЦИНАЦИЯ БЦЖ

А способствует продукции специфических антител в первые 7 лет после прививки
Б формирует пожизненный иммунитет против туберкулеза
В исключает возможность развития вакцин-ассоциированного туберкулеза

Г проводится инактивированной вакциной

СТИМУЛИРУЮЩЕЙ СЕКРЕТОРНУЮ, МОТОРНУЮ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ЯВЛЯЕТСЯ НАГРУЗКА

А умеренная, не вызывающая утомление
Б длительная, интенсивная
В вызывающая утомление
Г кратковременная, интенсивная

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ИСКЛЮЧАЕТ

А профессиональную ориентацию, обучение и трудоустройство
Б протезирование и ортезирование
В восстановительную терапию, санаторно-курортное лечение
Г реконструктивную хирургию

ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РОДОВОМ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ ВКЛЮЧАЕТ

А вытяжение по Блаунту
Б одномоментую закрытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией
В открытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией
Г гипсовую иммобилизацию кокситной повязкой

ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРНЫ ДЛИТЕЛЬНО СОХРАНЯЮЩИЕСЯ ХРИПЫ

А крупно- и среднепузырчатые влажные
Б локальные мелкопузырчатые
В рассеянные сухие свистящие
Г рассеянные мелкопузырчатые влажные

КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ТРАКТУЮТСЯ КАК АНЕМИЯ?

А снижение уровня гемоглобина и эритроцитов
Б снижение уровня гемоглобина и ретикулоцитов
В снижение уровня гемоглобина и цветового показателя
Г снижение числа эритроцитов и ретикулоцитов

ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТАНОВКЕ ДЫХАНИЯ НЕПРАВИЛЬНО

А укладывать больного на правый бок
Б проводить искусственное дыхание «рот в рот» или «рот в нос»
В укладывать больного на спину, запрокинув назад голову

Г поднимать и выдвигать вперед подбородок

ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ УГАРНЫМ ГАЗОМ МЕТОДОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А гипербарическая оксигенация
Б гемосорбция
В ингаляции кислородно-воздушной смеси
Г заменное переливание крови

ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ВПЕРВЫЕ НАЗНАЧАЮТ ЭКГ В (МЕС.)

А 12
Б 6
В 1
Г 3

ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ У ДЕВОЧЕК ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 3-8
Б 12-16
В 1-3
Г 8-12

ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ КОНТРОЛЬНЫЕ ВЗВЕШИВАНИЯ

А 1 раз в сутки
Б 1 раз в месяц
В 1 раз в неделю
Г каждые 6 часов

В НОРМЕ МАКСИМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА БОЛЬШОГО РОДНИЧКА СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

А 3х3
Б 1,5х1,5
В 2×2
Г 2,5×2,5

ВТОРОЙ ДОРОДОВОЙ ПАТРОНАЖ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ (НЕДЕЛЯ)

А 31-32
Б 27-28
В 20-24
Г 25-26

С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПРОВОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ МЕНИНГИТЕ?

А грипп с явлениями нейротоксикоза
Б острый пиелонефрит
В острый бронхит
Г скарлатина

НИЗКАЯ ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ АПГАР МОЖЕТ БЫТЬ НЕ СВЯЗАНА С АСФИКСИЕЙ ПРИ

А медикаментозной депрессии
Б преждевременных родах
В запоздалых родах
Г наложении акушерских щипцов

ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 1 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

А 17-18,4
Б 15-16,9
В 18,5-19,4
Г 19,5-22,9

К МЕРОПРИЯТИЯМ ПЕРВИЧНОЙ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОТНОСИТСЯ

А естественное вскармливание
Б введение прикорма с 3 месяцев
В соблюдение беременной женщиной рациональной диеты
Г введение прикорма после 6 месяцев

НЕОБХОДИМО ОСМОТРЕТЬ НА ДОМУ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

А ребенка 3 месяцев с температурой 38°С, сыпью, рвотой, судорогами
Б ребенка 3 лет с температурой 38,5°С, сыпью и контактом по скарлатине
В ребенка 5 лет с температурой 38°С
Г ребенка новорожденного (первичный патронаж)

ДЕТЕЙ, НЕ ПРИВИТЫХ БЦЖ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ, ПОСЛЕ СНЯТИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ

А прививают вакциной БЦЖ-М
Б прививают вакциной БЦЖ только детей из групп риска
В прививают вакциной БЦЖ
Г не прививают против туберкулеза

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОВОДИТСЯ

А дексаметазоном
Б метилпреднизолоном
В мометазоном
Г будесонидом

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЕГКИХ ФОРМ БАКТЕРИАЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ДОМУ ПРЕИМУЩЕСТВО ОТДАЕТСЯ

А бактериофагам
Б антибиотикам
В ферментам
Г противовирусным препаратам

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

А в том случае, если была проведена 3-х этапная химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
Б в том случае, если была проведена 2-х этапная химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
В только после проведения диагностики ВИЧ-инфекции путем определения ДНК/РНК ВИЧ
Г только после проведения диагностики ВИЧ-инфекции путем определения антител к ВИЧ

ПРИ РЕМИССИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА УЗИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРОВОДЯТ 1 РАЗ В (МЕС.)

А 1
Б 6
В 24
Г 3

ПРИ ПАХИПЛЕВРИТЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

А обызвествление плевры
Б индурация в плевральной полости
В туберкулезное воспаление в плевральном мешке
Г гнойное воспаление плевры

АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ, БЦЖ-М ЯВЛЯЕТСЯ

А ВИЧ-инфекция у ребенка
Б внутриутробная инфекция
В гнойно-септическое заболевание

Г гемолитическая болезнь новорожденных

ОПТИМАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ ХРАНЕНИЯ ВАКЦИНЫ БЦЖ ЯВЛЯЕТСЯ °С

А 4-8
Б 10-25
В 0-4
Г -4-0

МОРСКИЕ КУПАНИЯ ДОЗИРУЮТСЯ ПО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ

А температуры воздуха и воды
Б рекомендуемой холодовой нагрузки с учётом температуры воздуха
В температуры воды только
Г рекомендуемой холодовой нагрузки с учетом температуры воды

УГНЕТЕНИЯ ГИПОТАЛАМО-ГИПОФ ИЗАРНО-НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ НЕ ПРОИСХОДИТ ПРИ ПРИЕМЕ ПРЕДНИЗОЛОНА В ДОЗЕ. МГ/СУТКИ

А 5
Б 20
В 40
Г 10

СИМПТОМ ПОСТОЯННОГО КАПЕЛЬНОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ СОХРАНЕННОМ КТЕ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

А эктопии устья добавочного мочеточника в уретру у девочек
Б клапана задней уретры
В нейрогенной дисфункции мочевого пузыря
Г тотальной эписпадии

ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ПРОВЕДЕНИИ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРВЫЕ ДВОЕ СУТОК ЖИЗНИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОРИЕНТИРУЮТСЯ НА

А почасовой прирост билирубина
Б тяжелую анемию с рождения
В появление желтухи в первые часы жизни
Г абсолютные цифры билирубина в пуповинной крови

ПОЛЛАКИУРИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А учащение мочеиспусканий
Б боль при мочеиспускании
В урежение мочеиспусканий

Г увеличение диуреза

ЦЕЛЬЮ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

А удаление из организма излишков свободного билирубина
Б повышение содержания железа
В снижение содержания железа
Г удаление из организма излишков связанного билирубина

ПОКАЗАТЕЛИ ОКРУЖНОСТИ ГОЛОВЫ И ГРУДИ СРАВНИВАЮТСЯ К (МЕС.)

А 3-4
Б 4-6
В 1-2
Г 6-8

ВРАЧ-ЭНДОКРИНОЛОГ ВПЕРВЫЕ УЧАСТВУЕТ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В (ГОД)

А 10
Б 12
В 16
Г 14-15

В ТЕРАПИЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВКЛЮЧАЮТСЯ АНТИБИОТИКИ ПРИ НАЛИЧИИ

А интоксикации
Б одышки
В приступа удушья
Г кашля

ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 2 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

А 15-16,9
Б 19,5-22,9
В 18,5-19,4
Г 17-18.4

НИЖНИЙ КРАЙ ПЕЧЕНИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПО СРЕДИННОЙ ЛИНИИ НАХОДИТСЯ В ПРЕДЕЛАХ_____РАССТОЯНИЯ ОТ МЕЧЕВИДНОГО ОТРОСТКА ДО ПУПКА

А верхней трети
Б середины
В нижней трети

Г верхней четверти

ОБСЛЕДОВАНИЮ НА ТУБЕРКУЛЕЗ ПОДЛЕЖАТ ДЕТИ, ОБРАТИВШИЕСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ С ЖАЛОБАМИ НА

А кашель более 3-х недель, лихорадку более 2-х недель
Б боль в грудной клетке, гипертермию в течение 7-и дней
В субфебрилитет в течение недели, потерю массы тела, жидкий стул
Г кашель, гипертермию в течение 3-х дней

ПРИКАЗ МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514 «О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ» НАПРАВЛЕН НА ВЫЯВЛЕНИЕ

А патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития
Б детей и подростков с нарушениями толерантности к глюкозе
В детей с педикулезом и чесоткой
Г тубинфицированных детей и подростков

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩАЯСЯ ПРИСТУПАМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ И НОЧНЫМИ, ЗАТРУДНЕННОГО ДЫХАНИЯ, ПОВТОРЯЮЩИМИСЯ ЧАЩЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ, КОТОРЫЕ КУПИРУЮТСЯ ПОВТОРНЫМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БРОНХОЛИТИКОВ И ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ, РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК

А среднетяжелая персистирующая
Б тяжелая персистирующая
В легкая персистирующая
Г легкая интермиттирующая

ПОД ПАРАУМБИЛИКАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ ПОНИМАЮТ ДЕФЕКТ

А апоневроза в околопупочной области
Б мягких тканей около пупка
В апоневроза в области пупка
Г мышц около пупка

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СНА В РЕЖИМЕ ДНЯ ДЕТЕЙ СТАРШИХ ГРУПП ДЕТСКОГО САДА СОСТАВЛЯЕТ (ЧАС)

А 11,5
Б 13
В 12
Г 10

НЕОБХОДИМЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЕСТЕСТВЕННОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ИММУНИТЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

А инфицирование МБТ
Б превентивное лечение
В вакцинация и ревакцинация БЦЖ
Г регулярная туберкулинодиагностика

СРЕДНЯЯ ЕЖЕГОДНАЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ СОСТАВЛЯЕТ (КГ)

А 4-5
Б 2-3
В 6-7
Г 8-9

СРЕДНИЙ МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК МОЖЕТ ВЫДАВАТЬ ЕДИНОЛИЧНО ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ДО_____ДНЕЙ

А 10
Б 7
В 3
Г 15

КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ПРИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЯХ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ОПРЕДЕЛЯЕТ

А срок внутриутробного поражения
Б состояние реактивности организма плода
В путь проникновения инфекции
Г токсичность возбудителя

СТРОЕНИЕ СПИННОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ПРИБЛИЖАЕТСЯ К ТАКОВОМУ У ВЗРОСЛЫХ К (ГОД)

А 3
Б 15
В 10
Г 5

ЗВУЧАНИЕ I И II ТОНОВ НА ОСНОВАНИИ СЕРДЦА ВЫРАВНИВАЕТСЯ К ВОЗРАСТУ (ГОД)

А 12
Б 10
В 8
Г 5

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

А быстрее, чем у взрослых
Б опорожнения кишечника редкие
В медленнее, чем у взрослых
Г быстрее при искусственном вскармливании

ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ И С ИСХОДОМ В ХРОНИЧЕСКУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В ТЕЧЕНИЕ 1 КВАРТАЛА ПОСЛЕ АТАКИ ВРАЧ-ПЕДИАТР И ВРАЧ-РЕВМАТОЛОГ ОСМАТРИВАЮТ

А ежемесячно
Б еженедельно
В ежедневно
Г 1 раз

ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ДЕТЕЙ ФОС ПРИМЕНЯЮТ

А Атропин
Б Налорфин
В Протамин сульфат
Г Бемегрид

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЕ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ

А температура тела 37,3°С
Б отсутствие активных движений мимической мускулатуры
В симптом хвостека
Г подострый период

БОЛЬНОЙ РЕБЕНОК В ПОЛИКЛИНИКЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНО ОСМАТРИВАЕТСЯ В

А фильтре поликлиники
Б кабинете инфекциониста
В процедурном кабинете
Г кабинете участкового врача

ЧАСТОТА ТРАНЗИТОРНОЙ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ СВЯЗАНА С

А большим содержанием лактозы в молоке
Б преобладанием в кишечной микрофлоре бифидобактерий
В наличием в кишечной микрофлоре аэробной флоры
Г повышенным осмотическим давлением в кишечнике

ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А рвота «фонтаном»
Б запор
В олигоурия
Г рвота «кофейной гущей»

НАЗНАЧЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ У ДЕТЕЙ ПОВЫШАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ

А гипернатриемии и гипокалиемии
Б гипонатриемии и гипокалиемии
В гипернатриемии и гиперкалиемии
Г гипонатриемии и гиперкалиемии

ПЕРВЫЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ У ПЛОДА ВОЗНИКАЮТ НА (НЕДЕЛЯ)

А 14-15
Б 16-20
В 10-13
Г 21-28

ДЕТИ, РОЖДЕННЫЕ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ МАТЕРЯМИ, НЕ ПРИВИТЫЕ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ, ИММУНИЗИРУЮТСЯ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА В ВОЗРАСТЕ ДО 18 МЕСЯЦЕВ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ

А двух отр. результатов обследования на ДНК/РНК ВИЧ
Б трех отр. результатов обследования на ДНК/РНК ВИЧ
В одного отр. результата обследования на ДНК/РНК ВИЧ
Г отр. результата диагностики ВИЧ-инфекции путем определения антител к ВИЧ

НА ОСНОВАНИИ РЕКОМЕНДАЦИЙ FDA (FEDERAL DRUG ADMINISTRATION) К КАТЕГОРИИ X (ДОКАЗАНО ТЕРАТОГЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТОВ ЭТОЙ ГРУППЫ, ИХ ПРИЕМ ПРОТИВОПОКАЗАН ДО И ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ) ОТНОСЯТ

А стрептомицин
Б антидепрессанты
В препараты железа
Г фторхинолоны

ОСНОВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ – КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ (ФОРМА N 030/У) ХРАНИТСЯ У

А врачей детских поликлиник
Б представителя страховой компании
В врача-логопеда
Г статистика лечебно-профилактического учреждения

ПЕРИОД ВТОРОГО УСКОРЕНИЯ РОСТА (ВТОРОГО ВЫТЯЖЕНИЯ) У МАЛЬЧИКОВ НАБЛЮДАЕТСЯ В (В ГОДАХ)

А 13-16
Б 8-10
В 6-8
Г 11-12

ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 6 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ

А сидеть с упором под спину
Б стоять с поддержкой
В ползать
Г ходить с поддержкой

НЕОБХОДИМОСТЬ РЕВАКЦИНАЦИИ БЦЖ ОБУСЛОВЛЕНА

А угасанием противотуберкулезного иммунитета после вакцинации БЦЖ
Б отсутствием поствакцинального знака
В иммунной супрессией
Г наличием контакта с больным туберкулезом

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СНА В РЕЖИМЕ ДНЯ ДЕТЕЙ ПОДГОТОВИТЕЛЬНОЙ ГРУППЫ ДЕТСКОГО САДА СОСТАВЛЯЕТ (ЧАС)

А 11,5
Б 13
В 10
Г 12-12,5

ДЕТИ, РОЖДЕННЫЕ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ МАТЕРЯМИ, НЕ ПРИВИТЫЕ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ, ИММУНИЗИРУЮТСЯ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 18 МЕСЯЦЕВ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ

А отр. результата диагностики ВИЧ-инфекции путем определения антител к ВИЧ
Б одного отр. результата обследования на ДНК/РНК ВИЧ
В трех отр. результатов обследования на ДНК/РНК ВИЧ
Г двух отр. результатов обследования на ДНК/РНК ВИЧ

ОСНОВНЫМ ОБЪЕКТИВНЫМ СИМПТОМОМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ

А мышечного дефанса
Б Щеткина
В Филатова

Г «рубашки»

ВОЗМОЖНОЕ КОЛИЧЕСТВО РАЗРЯДОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ

А не ограничено при сохранении фибрилляции желудочков
Б 1
В 3-4
Г 2

ПЕРИОД ПЕРВОГО УСКОРЕНИЯ РОСТА (ПЕРВОГО ВЫТЯЖЕНИЯ) У ДЕВОЧЕК НАБЛЮДАЕТСЯ В (В ГОДАХ)

А 6-8
Б 2-3
В 9-10
Г 4-6

ИНВАЛИДНОСТЬ ДЕТЯМ УСТАНАВЛИВАЕТ И УТВЕРЖДАЕТ

А медико-социальная экспертная комиссия
Б главный врач поликлиники
В военно-медицинская комиссия
Г клинико- экспертная комиссия

ПРИ СУХОМ, НАВЯЗЧИВОМ, «КОКЛЮШЕПОДОБНОМ» КАШЛЕ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ

А Бутамират
Б Алтея лекарственного травы экстракт
В Амброксол
Г Фенспирид

ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ВО ВТОРОЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ВРАЧОМ-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В (МЕС.)

А 6
Б 1
В 3
Г 12

СИНДРОМОМ ДИЗУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А расстройство акта мочеиспускания
Б увеличение количества выделенной мочи
В нарушение концентрационной функции почек
Г уменьшение количества выделенной мочи

К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ГОЛОДАНИЯ РЕБЕНКА НЕ ОТНОСИТСЯ

А появление геморрагической сыпи
Б беспокойство
В уплощение или падение весовой кривой
Г редкое мочеиспускание

В ПОЛИКЛИНИКЕ УЧЕТ ДЕТЕЙ, ПОДЛЕЖАЩИХ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ, ПРОВОДИТСЯ ПО

А переписи детского населения
Б форме N112/у
В посещению в поликлинике
Г форме N063/у

ДЛЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ФАРМАКОДИНАМИКОЙ И/ИЛИ ТОКСИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

А наиболее частая встречаемость
Б редкая встречаемость
В отсроченное проявление
Г отсутствие зависимости от дозы препарата

ОБЯЗАННОСТИ ВРАЧА-ПЕДИАТРА ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ИСКЛЮЧАЮТ

А закупку медицинских препаратов
Б составление плана оздоровительных мероприятий детям с хронической патологией
В медицинское сопровождение детей с хронической патологией в детских образовательных учреждениях
Г рекомендации преподавателю в «листке здоровья» и защита интересов больного ребенка

ПРИ ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ВО ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ УПРАЖНЕНИЙ ЗАПРЕЩЕНЫ

А наклоны туловища вперед
Б боковые наклоны туловища
В наклоны туловища назад
Г повороты вправо-влево

ОЦЕНКУ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ НУЖНО ПРОВОДИТЬ ОДИН РАЗ В (МЕС.)

А 1
Б 6
В 12
Г 3

У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 6 МЕС. ПРИМЕНЯЮТСЯ ЛЕЧЕБНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ

А рефлекторные
Б идеомоторные
В активные
Г пассивные

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДОЗОЙ ВИТАМИНА D ДЛЯ ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 4 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ (МЕ)

А 400-500
Б 900-1000
В 100-200
Г 700-800

БРОНХОГЕННЫЕ КИСТЫ СРЕДОСТЕНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В

А верхнем отделе центрального средостения
Б нижнем отделе центрального средостения
В нижнем отделе переднего средостения
Г заднем средостении

ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ПРИ ПОСТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А уменьшение дыхательной недостаточности
Б профилактика ателектазов
В уменьшение интенсивности кашля
Г рассасывание экссудата

К СИНДРОМУ ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСИТСЯ

А лейкоцитурия
Б никтурия
В энурез
Г гематурия

ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ В ВЫБОРЕ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И СРОКОВ АКТИВИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СТАЦИОНАРЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А глубина и обширность поражения миокарда

Б возраст больного
В предынфарктная физическая активность больного
Г желание больного

СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРИППА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А противовирусные (Озельтамивир)
Б сульфаниламидные препараты
В антибиотики (Цефотаксим)
Г ацетилсалициловая кислота

90% ВСЕХ СЛУЧАЕВ АСЕПТИЧЕСКОГО МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ И 50% У СТАРШИХ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ ВЫЗЫВАЕТ

А энтеровирус
Б Haemophilus influenzae тип В
В вирус эпидемического паротита
Г вирус клещевого энцефалита

МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ СЕЛЬСКОГО ВРАЧЕБНОГО УЧАСТКА ЯВЛЯЕТСЯ

А фельдшерско-акушерский пункт
Б центральная районная больница
В поликлиника
Г диспансер

К ЛЬГОТНОЙ ГРУППЕ НАСЕЛЕНИЯ, ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ КОТОРОЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ОТПУСКАЮТСЯ БЕСПЛАТНО, ОТНОСИТСЯ РЕБЕНОК_____ ЛЕТ

А инвалид в возрасте до 18
Б от 5 до 7
В инвалид в возрасте лишь до 14
Г от 7 до 10

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ МЕСТНОЙ ПРОЦЕДУРЫ ПЕЛОИДОТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЕТ (МИН)

А 15-30
Б 30-60
В 60-90
Г 5-10

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИЗНЕННОЙ ЕМКОСТИ ЛЕГКИХ ИСПОЛЬЗУЮТ

А спирометр

Б пикфлоуметр
В динамометр
Г флаттер

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ БЦЖ – ИНФЕКЦИИ ПРИ ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

А врожденный иммунодефицит
Б неправильная техника прививки
В родовая черепно-мозговая травма
Г острое инфекционное заболевание

ОПТИМАЛЬНЫМИ СРОКАМИ НАЧАЛА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ

А первые сутки
Б вторые-пятые сутки
В вторая неделя
Г третья неделя

К ПРИРОДНЫМ ФАКТОРАМ КУРОРТОВ ОТНОСЯТ

А минеральные воды, грязи
Б количество осадков
В циркуляцию и влажность воздуха
Г атмосферное давление

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАЗРЫВА УРЕТРЫ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

А восходящую (ретроградную) уретрографию
Б экскреторную урографию
В микционную цистографию
Г урофлоуметрию

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

А 2000
Б 3000
В 1000
Г 5000

ЛЕЧЕНИЕ НЕПРЯМОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ ВКЛЮЧАЕТ

А фототерапию
Б раствор альбумина

В инфузионную терапию
Г урсодезоксихолевую кислоту

ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЙ ИММУНИТЕТ ПРИ ВНУТРИКОЖНОМ ВВЕДЕНИИ ВАКЦИНЫ БЦЖ СОХРАНЯЕТСЯ

А 5-7 лет
Б 1 год
В 10 лет
Г 20 лет

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, СЕРДЦА, ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ, НЕЙРОСОНОГРАФИЮ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ДЕТИ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

А 1
Б 2 и 6
В 7 и 12
Г 9 и 18

ВАКЦИНА БЦЖ СОДЕРЖИТ

А живые ослабленные микобактерии бычьего вида
Б убитые микобактерии бычьего и человеческого видов
В живые ослабленные микобактерии человеческого вида
Г убитые микобактерии бычьего вида

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

А Кернига
Б верхний Ландау
В Брудзинского средний
Г Галанта

НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ФОСФОРА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ (ММОЛЬ/Л)

А 1,1-1,4
Б 0,2-0,7
В 3,0-3,3
Г 2,2-2,7

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЮ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 15
Б 13
В 11
Г 12

СИМПТОМОМ ЭКСИКОЗА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

А западение большого родничка
Б влажный кашель
В полиурия
Г шелушение кожных покровов

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

А 1000
Б 3000
В 500
Г 2000

КОНТРОЛИРУЕТ ПРОХОЖДЕНИЕ МЕДОСМОТРА СОТРУДНИКАМИ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

А врач
Б медсестра
В заведующий
Г завхоз

СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА F В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА ОБЫЧНО СОСТАВЛЯЕТ (%)

А 60
Б 80
В 100
Г 40

ВОЗРАСТНОЙ ГРУППОЙ РИСКА, В КОТОРОЙ ПЕРВИЧНОЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ МБТ ПОЧТИ НЕИЗБЕЖНО ПЕРЕХОДИТ В ЗАБОЛЕВАНИЕ, ЯВЛЯЮТСЯ

А дети раннего возраста
Б подростки
В школьники
Г дети младшего школьного возраста

КАКОЙ ИЗ ПРИЗНАКОВ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ КРИТЕРИЕМ ТЯЖЕСТИ ПРИ КОКЛЮШЕ?

А лихорадка
Б общий цианоз
В частота спазматического кашля за сутки
Г длительность по времени репризы

КО ВТОРОЙ ГРУППЕ ЗАКАЛИВАНИЯ ОТНОСЯТ ДЕТЕЙ

А с функциональными отклонениями в состоянии здоровья
Б с хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации
В после длительного заболевания
Г здоровых, ранее закаливаемых

МЕСТО ОБСТРУКЦИИ ПРИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКЕ МОЧИ РАСПОЛАГАЕТСЯ

А по ходу уретры
Б в области устья мочеточника
В в пельвиоуретеральном сегменте
Г в лоханке

К ВОЗБУДИТЕЛЯМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ОТНОСИТСЯ

А вирус Эпштейна – Барра
Б аденовирус
В стафилококк
Г стрептококк

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

А напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность
Б симптом Щеткина-Блюмберга и рвота
В напряжение мышц брюшной стенки и рвота
Г локальная боль и рвота

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ТОНКО-ТОНКОКИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А возрастная дискоординация перистальтики
Б респираторно-вирусная инфекция
В изменение или нарушение режима питания
Г диспепсия

ОСМОТРЫ ВРАЧА-АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА И ДЕТСКОГО ВРАЧА-УРОЛОГА-АНДРОЛОГА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 15

Б 18
В 13
Г 11

НОВОРОЖДЕННЫЕ С РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ В ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

А II
Б III
В I
Г IV

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ МОГУТ БЫТЬ ПРОВЕДЕНЫ ДО ИЛИ ПОСЛЕ БЦЖ, БЦЖ-М С ИНТЕРВАЛОМ НЕ МЕНЕЕ

А 1 мес
Б 2 мес.
В 3 мес.
Г 2 нед.

ПРИ КОМПРЕССИОННОМ ПЕРЕЛОМЕ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ ОСЕВУЮ НАГРУЗКУ СЛЕДУЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ В ПОЛОЖЕНИИ БОЛЬНОГО

А лежа
Б сидя
В стоя
Г при разгибании позвоночника

К ХАРАКТЕРИСТИКАМ ИЗМЕНЕНИЙ ЯЗЫКА ПРИ СКАРЛАТИНЕ ОТНОСЯТ

А сосочковый со 2-3 дня
Б «географический»
В коричнево-черный налет
Г «лакированный»

РАННЕЙ ДИАГНОСТИКОЙ РАКА У ЖЕНЩИНЫ ЗАНИМАЮТСЯ В КАБИНЕТЕ

А смотровом
Б санитарного просвещения
В диспансеризации
Г процедурном

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ОТНОСЯТСЯ К ДОКУМЕНТАМ ХАРАКТЕРА

А обязательного
Б ознакомительного

В рекомендательного
Г законодательного

ОСМОТР ПСИХИАТРА ПОДРОСТКОВОГО В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 16
Б 13
В 12
Г 11

К СИМПТОМУ, НЕ ХАРАКТЕРНОМУ ДЛЯ УКУСА ПЧЕЛ, ОС ОТНОСЯТ

А геморрагическую сыпь
Б локальный лимфаденит
В лихорадку
Г отек мягких тканей

ЭМБРИОГЕНЕЗ ДЛИТСЯ С __ ПО __ ДЕНЬ БЕРЕМЕННОСТИ

А 6; 75
Б 7; 12
В 1; 15
Г 15; 37

ПОД ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕЙ ПОНИМАЮТ

А дефект апоневроза в области пупочного кольца
Б опухолевидное образование в области пупка
В дефект мягких тканей в области пупка
Г дефект апоневроза выше пупка

МОЧЕВЫМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЮТСЯ

А количественные и качественные изменения мочи при заболеваниях
Б изменения окраски и прозрачности мочи
В расстройства акта мочеиспускания
Г клинические признаки нарушения выведения мочи

ЭТИОПАТОГЕНЕЗОМ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

А порок развития грудинно-ключично-сосцевидной мышцы
Б воспалительная теория
В неправильное положения плода
Г травма при родах

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ПРОДОЛЖАЕТСЯ

А в течение трех лет
Б в течение одного года
В в течение пяти лет
Г до перевода во взрослую сеть здравоохранения

ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ДЛЯ ДРЕНАЖНОЙ ГИМНАСТИКИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ НИЖНЕЙ ДОЛИ ЛЕГКОГО

А лежа на спине
Б лежа на животе с опущенным головным концом
В стоя
Г сидя

ПРИЗНАКАМИ РЕЗАНОЙ РАНЫ ЯВЛЯЮТСЯ

А преобладание длины раны над глубиной; ровно пересеченные луковицы волос;щелевидность и зияние раны
Б неравномерная глубина; осаднения по краям раны
В остроугольный и П-образные концы раны
Г преобладание глубины раны над длиной; ровные края

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ КОНТРОЛИРУЮТ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЧЕРЕЗ (НЕДЕЛЯ)

А 4
Б 3
В 2
Г 8

ТОПИЧЕСКИЕ ИНГИБИТОРЫ КАЛЬЦИНЕВРИНА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ, МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ, НАНОСЯ НА КОЖУ

А любой области, включая лицо
Б туловища
В области естественных складок
Г конечностей

ЧАСТОТА НАБЛЮДЕНИЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ГАСТРОДУОДЕНИТОМ НА ВТОРОМ ГОДУ НАБЛЮДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ ОДИН РАЗ В (МЕС.)

А 6
Б 3

В 1
Г 12

ПРИ ОСТАНОВКЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ У РЕБЕНКА НЕ СЛЕДУЕТ

А класть ребенка на мягкую поверхность
Б класть ребенка на твердую поверхность
В зафиксировать время остановки кровообращения
Г вызывать реанимационную бригаду

ПОКАЗАТЕЛИ ПУЛЬСОКСИМЕТРИИ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УГАРНЫМ ГАЗОМ

А завышаются
Б не меняются
В значительно снижаются
Г незначительно снижаются

ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

А 30
Б 10
В 50
Г 20

НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКА РЕШАЕТСЯ ЗАДАЧА

А восстановления самообслуживания
Б оценки социального статуса больного
В подготовки к производственной деятельности
Г определения статуса трудоспособности

К ПОКАЗАТЕЛЯМ СТАТИСТИКИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДАВООХРАНЕНИЯ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ

А нагрузки врача-терапевта на приеме в поликлинике
Б общей заболеваемости
В инвалидности
Г младенческой смертности

У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРОТИВОПОКАЗАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В КАЧЕСТВЕ ЖАРОПОНИЖАЮЩЕГО ПРЕПАРАТА

А ацетилсалициловой кислоты
Б парацетамола в свечах
В парацетамола в сиропе

Г ибупрофена

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

А 2-х
Б 4-х
В 12-го
Г 1-го

ПОЗИТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А рождаемость
Б заболеваемость
В смертность
Г инвалидность

В КОНСЕРВАТИВНУЮ ТЕРАПИЮ КОНЪЮГАЦИОННЫХ ЖЕЛТУХ ВХОДИТ

А фототерапия
Б физиотерапия
В противовирусная терапия
Г цитостатики

ВАКЦИНА БЦЖ ВВОДИТСЯ СТРОГО

А внутрикожно
Б внутрь
В внутримышечно
Г подкожно

ПРОВЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИСКЛЮЧАЕТ

А протезирование и ортезирование
Б технические средства реабилитации для профессионального обучения (переобучения) или труда
В профессиональное обучение
Г профессиональную ориентацию

ПО КАКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ОЦЕНИВАЕТСЯ КОСТНЫЙ ВОЗРАСТ РЕБЕНКА

А сроки появления точек окостенения
Б уровень Са и Р в крови
В физиологические изгибы позвоночника
Г уровень развития мышечной силы

ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЛОР-врач ОСМАТРИВАЕТ

А 2 раза в год
Б 1 раз в год
В 1 раз в месяц
Г 4 раза в год

ТРУДОВОЕ ПОВЕДЕНИЕ, ВЫБРАННОЕ С ЦЕЛЬЮ ПОЛУЧИТЬ МАТЕРИАЛЬНОЕ ИЛИ СОЦИАЛЬНОЕ ВОЗНАГРАЖДЕНИЕ ИЛИ ИЗБЕЖАТЬ НАКАЗАНИЯ, ХАРАКТЕРИЗУЕТ

А поверхностную мотивацию
Б организационный тип социально значимого поведения
В карьерное продвижение
Г глубинную мотивацию

К ФЕРМЕНТАТИВНЫМ МИКРОСФЕРИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ ПАНКРЕАТИНА ОТНОСИТСЯ

А Креон
Б Мезим
В Панзинорм
Г Фестал

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СНА В РЕЖИМЕ ДНЯ ДЕТЕЙ МЛАДШИХ ГРУПП ДЕТСКОГО САДА СОСТАВЛЯЕТ (ЧАС)

А 12-12,5
Б 9-10,5
В 14-13
Г 11-10

ДОЗА ВАКЦИНЫ БЦЖ ДЛЯ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА СОСТАВЛЯЕТ __ МГ

А 0,05
Б 1,0
В 0,025
Г 0,5

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ДИАФРАГМАЛЬНУЮ ГРЫЖУ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

А поликистозом легких
Б опухолью грудной полости
В лобарной эмфиземой
Г пневмонией

ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А ото-рино-ликворея
Б очаговая неврологическая симптоматика
В потеря сознания
Г многократная рвота

ДЛЯ ТЕСТА PW170 ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ

А частота сердечных сокращений
Б ударный объем сердца
В частота дыхания
Г артериальное давление

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЖЕЛУДОЧНОЙ ЯЗВЕ КОНТРОЛИРУЮТ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЧЕРЕЗ (НЕДЕЛЯ)

А 8
Б 4
В 2
Г 3

ЛЮДИ С ЛАТЕНТНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

А не имеют клинических, лабораторных и рентгенологических признаков туберкулеза при наличии сенсибилизации к МБТ
Б не имеют клинических, лабораторных и рентгенологических признаков туберкулеза при отсутствии сенсибилизации к МБТ
В обычно предъявляют жалобы в связи с наличием туберкулезной интоксикации
Г не имеют клинических признаков туберкулеза, но представляют эпидемическую опасность, т.к. эпизодически выделяют МБТ

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А ПЕРЕДАЕТСЯ ПУТЕМ

А фекально-оральным
Б вертикальным
В половым
Г трансмиссивным

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ПРИ ЛЕГКОЙ ФОРМЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СОСТАВЛЯЕТ (МЕС.)

А 1-1,5
Б 4-6
В 2-3
Г 0,5

ЛОМКОСТЬ И БУГРИСТОСТЬ НОГТЕВОЙ ПЛАСТИНЫ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ АЛИМЕНТАРНОМ ДЕФИЦИТЕ

А белка
Б хрома
В витамина А
Г железа

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ И ПРОВЕДЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ВОЗЛАГАЕТСЯ НА

А врача-педиатра
Б старшую медицинскую сестру
В врача-физиотерапевта
Г заведующего отделением организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях

НИКТУРИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А преобладание ночного диуреза над дневным
Б преобладание дневного диуреза над ночным
В нарушение концентрационной функции почек
Г снижение фильтрационной функции почек

ПУСКОВЫМ МЕХАНИЗМОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

А нарушение пищевого режима ребенка
Б подвижный образ жизни
В травма брюшной полости
Г перенесенная кишечная инфекция

К СИМПТОМУ, НЕ ХАРАКТЕРНОМУ ДЛЯ ГИПЕРТЕРМИИ, ОТНОСЯТ

А полиурию
Б озноб
В тахикардию
Г потливость

ПРИ КОРИ К РАННИМ ГЛАЗНЫМ СИМПТОМАМ ОТНОСИТСЯ

А катаральный конъюктивит и светобоязнь
Б хореоретинит
В иридоциклит
Г птоз и косоглазие

ШКАЛА ROSS ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НЕ ВКЛЮЧАЕТ

А объем мочи за одно мочеиспускание
Б продолжительность кормления
В частоту дыхания
Г объем питания за одно кормление

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНО

А снижение сывороточного железа
Б увеличение сывороточного железа
В наличие микроцитарной анемии
Г наличие гипохромной анемии

ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ 12 МЕСЯЦЕВ ПРОВОДЯТ ВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ

А кори, краснухи, эпидемического паротита
Б туберкулеза
В дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита
Г Гепатита С

РАВНОМЕРНЫЙ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ МАССЫ И РОСТА НАЗЫВАЕТСЯ

А гипостатурой
Б кахексией
В паратрофией
Г гипотрофией

СТРОЕНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ ПРИБЛИЖАЕТСЯ К ХАРАКТЕРИСТИКАМ ВЗРОСЛОГО К (ГОД)

А 12
Б 15
В 7
Г 3

К АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, В РЕЗУЛЬТАТЕ КОТОРЫХ РАЗВИВАЕТСЯ СИНДРОМ СРЫГИВАНИЯ, ОТНОСЯТ

А слабый мышечный слой пищевода
Б длинный и тонкий пищевод
В зону повышенного давления над нижним пищеводным сфинктером 1,5-2 см
Г угол Гиса, который становится менее 90 градусов при наполнении желудка

ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩЕГО РЕБЕНКА В САНАТОРИЙ ИСКЛЮЧАЕТСЯ

А справка о материальном обеспечении
Б путевка в санаторий
В справка об отсутствии педикулеза и контакта с инфекционными больными
Г выписка из истории развития ребенка

КАКИМ СРОКОМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

А первыми 1-2 сутками
Б первыми двумя неделями
В первыми 7 сутками
Г первым месяцем

ОСТРОТА КЛИНИКИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЗАВИСИТ ОТ

А длины аганглионарной зоны
Б качества ухода за ребенком
В возраста ребенка
Г срока гестации при рождении

НЕОБХОДИМЫМИ ДАННЫМИ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ (МСЭ) РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А пикфлуометрия
Б рентгенограмма кисти
В ультразвуковое исследование почек
Г бактериологический посев кала

ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

А образ жизни семьи
Б наследственность
В деятельность органов здравоохранения
Г состояние окружающей среды

САМЫЙ ОПАСНЫЙ С ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ОЧАГ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ФОРМИРУЕТ БОЛЬНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ С

А выделением МБТ с наличием в его окружении детей
Б факультативным выделением МБТ
В прекратившимся в результате лечения выделением МБТ
Г выделением МБТ с наличием в его окружении только взрослых

У ДЕТЕЙ С ЖАРОПОНИЖАЮЩЕЙ ЦЕЛЬЮ ПРИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (ОРВИ) НЕЛЬЗЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

А Нимесулид
Б комбинированные препараты Парацетамол + Ибупрофен
В Ибупрофен
Г Парацетамол

ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ВТОРИЧНОГО

А вовлечением в патологический процесс лимфатической системы
Б преимущественным поражением верхних отделов легких
В наклонностью к формированию деструкции легочной ткани и бронхогенному распространению МБТ
Г сниженной чувствительностью к туберкулину и наклонностью к прогрессированию

ПРИКОРМ В ВИДЕ КАШИ ВВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В МЕС.)

А 4-6
Б 7,5-8
В 6-7
Г 3,5-4

ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛИТА НЕ ПРОВОДИТСЯ

А посев крови на стерильность
Б мазок из зева для микроскопии
В стрептотест
Г посев материала из зева на флору

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ГЕНУИННЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ПРОВОДИТСЯ

А до перевода ребенка под наблюдение взрослой поликлиники
Б в течение 3 лет
В в течение одного года
Г в течение 5 лет

ЛЕЧЕНИЕ ГАЛАКТОЗЕМИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

А диете с исключением продуктов, содержащих галактозу и глюкозу
Б назначении панкреатических ферментов
В диете с исключением продуктов, содержащих животный белок
Г диете с исключением продуктов, содержащих фенилаланин

ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ БЛАНКА ЛЬГОТНОГО РЕЦЕПТА ВРАЧ-ПЕДИАТР ОТМЕЧАЕТ ФАМИЛИЮ, ИМЯ, ВОЗРАСТ БОЛЬНОГО И

А код льготной категории гражданина, его адрес, шифр диагноза по МКБ Х
Б код льготной категории гражданина, стоимость лекарственного препарата
В его адрес, код льготной категории гражданина, стоимость лекарственного препарата
Г шифр диагноза по МКБ Х, стоимость лекарственного препарата

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ (ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКИЕ) ОСМОТРЫ ПОДРОСТКОВ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В ГОД

А подросткам на территориях с неудовлетворительной эпид. ситуацией
Б ВИЧ- инфицированным подросткам
В подросткам, состоящим на диспансерном учете в наркологических и психиатрических учреждениях
Г всем подросткам на всей территории РФ

КАКОЙ СЕПСИС НОВОРОЖДЕННОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПО «ВХОДНЫМ ВОРОТАМ»

А пупочный
Б кишечный
В кожный
Г отогенный

ПОКАЗАНИЕМ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (ОРВИ) ЯВЛЯЕТСЯ

А наличие осложнений
Б анемия легкой степени
В фарингит
Г цефалгия

СУБДУРАЛЬНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ ЧАЩЕ ДРУГИХ ПРОИСХОДЯТ У

А доношенных с большой массой тела
Б доношенных со средними массо-ростовыми показателями
В переношенных с внутриутробной гипотрофией
Г доношенных с внутриутробной гипотрофией

РЕЗУЛЬТАТ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л ПАПУЛА ДИАМЕТРОМ 14 ММ С ВЕЗИКУЛОЙ РАСЦЕНИВАЮТ КАК

А гиперергическую реакцию, которая свидетельствует об инфицировании МБТ или заболевании туберкулезом
Б поствакцинную аллергию к туберкулину

В положительную нормергическую реакцию, которая свидетельствует об инфицировании МБТ или заболевании туберкулезом
Г отрицательную реакцию, которая свидетельствует об инфицировании МБТ или заболевании туберкулезом

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ВАКЦИНИОВАННЫМИ И РЕВАКЦИНИРОВАННЫМИ ДЕТЬМИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

А участковый врач-педиатр и медицинская сестра
Б любой фтизиатр и врач-педиатр
В участковая медицинская сестра и фтизиатр
Г участковый врач-педиатр и участковый фтизиатр

К ОСНОВНОЙ ПРИЧИНЕ ВЫСОКОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ БИЛИРУБИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОТНОСЯТ

А запаздывание созревания глюкоронилтрансферазы
Б внепеченочную обструкцию желчевыводящих путей
В внутрипеченочную обструкцию желчевыводящих путей
Г нарушение захвата билирубина печеночной клеткой

ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРОБУ

А PW170
Б Мартине-Кушелевского
В клино-ортостатическую
Г Розенталя

ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ УРОВЕНЬ КРЕАТИНИНА ОЦЕНИВАЮТ

А 2 раза в год
Б 1 раз в месяц
В 2 раза в месяц
Г 1 раз в год

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА С ПОВТОРЯЮЩИМИСЯ ПРИСТУПАМИ ВЕСНОЙ ОБУСЛОВЛЕНА СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ К АЛЛЕРГЕНАМ

А пыльцевым
Б грибковым
В эпидермальным
Г пищевым

ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НОВОРОЖДЕННОГО ИШЕМИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

А сердечно- сосудистых нарушений
Б инфекционных заболеваний у матери
В присоединением кишечной инфекции
Г нарушений асептических правил кормления ребенка

ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ЖЕЛТУХИ АРИАСА

А увеличение фракции непрямого билирубина в крови
Б ахоличный стул
В наличие гепато- и спленомегалии
Г увеличение фракции прямого билирубина в крови

ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО ПРИ ГНОЙНОМ ОМФАЛИТЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

А госпитализация в стационар
Б обработка пупочной ранки спиртом
В обработка пупочной ранки раствором перекиси водорода
Г активное наблюдение по месту жительства

К ОСОБЕННОСТЯМ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОТНОСЯТ

А частые гнойные, септические осложнения
Б частые аллергические осложнения
В геморрагическую сыпь
Г более выраженный токсический синдром

НЕЙРОТОКСИКОЗ ПРИ ГРИППЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А головной болью, фебрильными судорогами
Б вялостью, снижением аппетита
В носовыми кровотечениями
Г болью в мышцах, артралгией

К КАРДИАЛЬНЫМ ПРИЧИНАМ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ОТНОСЯТ

А перегрузку давлением или объемом
Б острую декомпенсацию хронической сердечной недостаточности
В нарушения сердечного ритма
Г тяжелые врожденные пороки сердца

В СТАДИЮ УРЕМИИ ХПН (ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ) ОТМЕЧАЕТСЯ

А психоз

Б полиурия
В гипокалиемия
Г бактериурия

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ РЕВАКЦИНАЦИИ БЦЖ ЯВЛЯЕТСЯ _____ РЕАКЦИЯ НА ПРОБУ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л

А отрицательная
Б гиперергическая
В положительная
Г сомнительная

ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛЕЗИСТЫХ ОРГАНОВ ПРИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А субмаксиллитом
Б тиреоидитом
В орхитом
Г панкреатитом

ПРОГРАММА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ ДО 18 ЛЕТ ИСКЛЛЮЧАЕТ

А технические средства реабилитации для профессионального обучения
Б дошкольное воспитание и обучение
В психолого-педагогическую коррекционную работу
Г технические средства реабилитации для обучения

ИШЕМИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

А заметной трансфузии крови через пупочной вену
Б присоединения кишечной инфекции
В внутриутробной инфицирования плода
Г инфекционных заболеваний у матери

ИШЕМИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

А заменной трансфузии крови через пупочную вену
Б внутриутробного инфицирования плода
В присоединения кишечной инфекции
Г инфекционных заболеваний у матери

ЧИСЛО МОЧЕИСПУСКАНИЙ ЗА СУТКИ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ДНЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ

А 0-2
Б 8-10
В 15-20
Г 4-5

ЧТО ДОЛЖЕН, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ВЫЯСНИТЬ ВРАЧ, ЕСЛИ У МАЛЬЧИКА 6 ЛЕТ НАБЛЮДАЮТСЯ: ВЯЛОСТЬ, БЛЕДНОСТЬ, РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ОТЕКИ?

А сколько мочи выделяет ребенок
Б какие инфекционные заболевания перенес ребенок
В снижен ли аппетит
Г был ли контакт с больным корью

ИСТОЧНИКОМ ИНФРАКРАСНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А комбинированный облучатель
Б тубусный облучатель носоглотки
В ртутно-кварцевая лампа маячного типа
Г увиолевая лампа

ЗАПОДОЗРИТЬ У РЕБЕНКА ТЕТАНИЮ МОЖНО ПО

А беспокойству, вздрагиванию
Б адинамии
В плохому аппетиту
Г анемии

НЕПРЕРЫВНАЯ ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ИНГИБИТОРАМИ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПОКАЗАНА

А при сопутствующем эрозивно-язвенном рефлюкс-эзофагите
Б при нарушениях моторики желудочно- кишечного тракта
В для преодоления устойчивости Helikoter pylori к антибиотикам
Г для профилактики и лечения антибиотикоассоциированной диареи

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

А 2500
Б 2700
В 2600
Г 2800

ФОРМЫ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ИСКЛЮЧАЮТ

А Изолированную

Б Стертую
В Простую
Г сольтеряющую

ДЛЯ ФОРМ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНЫ

А памятки
Б беседы
В лекции
Г игры

К СИМПТОМУ, НЕ ХАРАКТЕРНОМУ ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ УГАРНЫМ ГАЗОМ ОТНОСЯТ

А гемолиз эритроцитов
Б тахикардию, артериальную гипертензию
В нарушение дыхания
Г потерю сознания

УГНЕТАЮЩЕЙ СЕКРЕТОРНУЮ, МОТОРНУЮ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА ЯВЛЯЕТСЯ НАГРУЗКА

А интенсивная, длительная
Б кратковременная, неинтенсивная
В умеренная
Г не вызывающая утомления

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ С ИЗМЕНЕНИЕМ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ

А вегетативной нервной
Б пищеварительной
В внешнего дыхания
Г центральной нервной

ПЕРИОД ПЕРВОГО УСКОРЕНИЯ РОСТА (ПЕРВОГО ВЫТЯЖЕНИЯ) У МАЛЬЧИКОВ НАБЛЮДАЕТСЯ В (В ГОДАХ)

А 4-6
Б 6-9
В 2-3
Г 11-12

МЕРОПРИЯТИЕ, КОТОРОЕ НЕ ПРОВОДИТСЯ ПРИ УКУСЕ ЗМЕИ

А наложение жгута на поражённую поверхность
Б отсасывание яда из ранок

В обработка ранок йодом и наложение асептической повязки
Г создание физического покоя

К СЕДАТИВНЫМ ТРАВАМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ФИТОТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ

А Шалфей
Б Женьшень
В Лимонник
Г аралия

ОБЩАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА ПРИ АНЕМИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СОСТАВЛЯЕТ (МЕС.)

А 3
Б 2
В 4
Г 1

ОСНОВНЫМ ПУТЁМ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ

А фекально-оральный
Б парентеральный
В трансмиссивный
Г воздушно-капельный

ПРИ СРЕДИННОЙ КИСТЕ ШЕИ ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

А нагноение
Б сдавление органов шеи
В появление болевого синдрома
Г кровотечение

ОПТИМАЛЬНЫЙ РАЗМЕР РУБЧИКА ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ И РЕВАКЦИНАЦИИ БЦЖ СОСТАВЛЯЕТ ММ

А 5-8
Б 3-5
В 1-3
Г 8-10

СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАНЫЕ ПЕРЕМЫЧКИ МЕЖДУ КРАЯМИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ РАН

А ушибленных
Б резаных
В рубленых
Г колотых

ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ ПЕРЕДАЧИ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А водный
Б контактный
В трансмиссивный
Г парентеральный

ЧИСЛО ДЕТЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ ОТ 16.04.2012 Г. N 366Н СОСТАВЛЯЕТ

А 800-1000
Б 1100
В 1200-1500
Г 700

ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПЛАЦЕНТА ИМЕЕТ МАССУ (В ГРАММАХ)

А 500-600
Б 900-1000
В 1000-1200
Г 800-900

НЕГАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А смертность
Б физическое развитие
В индекс здоровья
Г рождаемость

КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ ПЕРЕДАЮТСЯ ПУТЕМ

А фекально-оральным
Б трансмиссивным
В перкутанным
Г половым

РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ГАСТРОДУОДЕНИТОМ ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ ДИЕТУ N

А 5
Б 9
В 8
Г 2

НАИМЕНЬШУЮ АКТИВНОСТЬ К РОЖДЕНИЮ РЕБЕНКА ИМЕЕТ ФЕРМЕНТ

А лактаза
Б мальтаза
В изомальтаза
Г сахараза

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А наличие второго ребенка в семье
Б невозможность проведения терапевтических мероприятий на дому
В развитие обезвоживания с потерей массы тела 10%
Г появление неврологической симптоматики (судороги, потеря сознания, бред)

ОБЯЗАННОСТИ ВРАЧА-ПЕДИАТРА ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ИСКЛЮЧАЮТ

А контроль деятельности страховой компании
Б составление списков детей и подростков, требующих дообследования
составление списков детей и подростков с впервые выявленными отклонениями в
В состоянии здоровья
Г составление списков детей и подростков с впервые выявленными хроническими заболеваниями

ОСМОТР ДЕТСКОГО ЭНДОКРИНОЛОГА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 16
Б 12
В 11
Г 13

РЕБЁНКУ ПЕРЕД НАПРАВЛЕНИЕМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО

А санировать очаги инфекции
Б посетить врача-логопеда
В проконсультироваться у врача-психолога
Г приобрести путевку

ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЗАВИСИТ ОТ

А количества свободного времени и характера его использования
Б организации физического воспитания, длительности ночного сна
В рационального питания

Г воспитания гигиенических навыков

ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

А тромбоцитопенической пурпуре
Б гемолитической анемии
В железодефицитной анемии
Г геморрагическом васкулите

К СИНДРОМУ ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСИТСЯ

А Бактериурия
Б Энурез
В Никтурия
Г гематурия

ПОЗИТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А физическое развитие
Б инвалидность
В заболеваемость
Г смертность

ОБЩЕПРИЗНАННЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А врожденный порок сердца
Б гастрошизис
В многоводие
Г атрезия кишечника

ОСМОТРЫ ВРАЧА-АКУШЕРА- ГИНЕКОЛОГА И ДЕТСКОГО ВРАЧА-УРОЛОГА-АНДРОЛОГА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 16
Б 13
В 18
Г 11

СРЕДНИЙ УРОВЕНЬ ПРИЗНАКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СРЕДНЕЙ ВЕЛИЧИНОЙ И НАЗЫВАЕТСЯ

А медианой
Б средним квадратическим отклонением
В коэффициентом вариации
Г коэффициентом корреляции

ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗАНЯТИЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ НА ОТКРЫТОМ ВОЗДУХЕ УЧИТЫВАЮТ

А уровень загрязнения атмосферного воздуха
Б только относительную влажность воздуха
В время года
Г температуру тела ребёнка

У РЕБЕНКА ЧЕТЫРЕХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ДОЛЖЕН ОТСУТСТВОВАТЬ РЕФЛЕКС

А Хватательный
Б Ландау
В Кернига
Брудзинского

НЕГАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А Заболеваемость
Б Рождаемость
В физическое развитие
Г индекс здоровья

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ
ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

А чувство нехватки воздуха
Б тахикардию
В белый дермографизм
Г склонность к гипертермии

НЕГАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А травматизм
Б физическое развитие
В рождаемость
Г индекс здоровья

БЛЕДНОСТЬ КОЖИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

А отеке
Б эмоциональном возбуждении
В физической нагрузке
Г повышении температуры воздуха

НЕЙТРОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (НЕЙТРОФИЛЕЗ) У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

А лечении кортикостероидами
Б железодефицитной анемии
В лечении цитостатиками
Г вирусных инфекциях

ОСМОТР ПСИХИАТРА ПОДРОСТКОВОГО В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 17
Б 12
В 13
Г 11

НЕГАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А инвалидность
Б рождаемость
В физическое развитие
Г индекс здоровья

НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ САНИТАРНОЙ ПРОПАГАНДЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А специфическая профилактика детских инфекций
Б профилактика инфекционно-аллергических заболеваний
В близорукость
Г профилактика детского травматизма

К ПЕРВИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ

А стресс
Б артериальную
В гипертензиюсахарный диабет
Г гиперхолестеринемию

ОСМОТР ПСИХИАТРА ПОДРОСТКОВОГО В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 14
Б 12
В 13
Г 11

МЫШЕЧНАЯ КОНТРАКТУРА ПРИВОДИТ К

А спастическому сокращению мышц
Б полной утрате движений в суставе
В гипертонусу мышц
Г увеличению объема пассивных движений в суставе

К СИНДРОМУ ПИЕЛОНЕФРИТА относится

А лихорадка
Б энурез
В никтурия
Г гематурия

СРЕДНИЙ УРОВЕНЬ ПРИЗНАКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СРЕДНЕЙ ВЕЛИЧИНОЙ И НАЗЫВАЕТСЯ

А средним арифметическим
Б коэффициентом корреляции
В коэффициентом вариации
Г средним квадратическим отклонением

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

А преобладание лимфоцитов
Б преобладание нейтрофилов
В количество лейкоцитов не более 10х109/л
Г преобладание моноцитов

ОСМОТР ДЕТСКОГО ЭНДОКРИНОЛОГА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 17
Б 12
В 13
Г 11

ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЗАВИСИТ ОТ

А типа телосложения
Б длительности ночного сна
В физиометрических показателей
Г соматометрических показателей

ЗАВЕРШЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА ЗАКАНЧИВАЕТСЯ

А 8

Б 5
В 12
Г 2

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ НОВОРОЖДЕННЫХ СОСТОИТ В

А Нанесении множественных разрезов-насечек
Б Иссечении пораженного участка
В Нанесении разреза, соответствующего длине пораженного участка
Г крестообразном разрезе на пораженном участке

В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ИНТРАНАТАЛЬНАЯ ОХРАНА ПЛОДА И СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ ВО ВРЕМЯ РОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ ЭТАПОМ

А третьим
Б пятым
В первым
Г вторым

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА ЯВЛЯЕТСЯ

А стрептококк
Б клебсиелла
В candida
Г стафилококк

КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО АНТЕНАТАЛЬНОЙ ОХРАНЕ ПЛОДА И СОХРАНЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ЯВЛЯЕТСЯ ЭТАПО

А вторым
Б пятым
В шестым
Г первым

«МАЛЫЙ» КРАСНУШНЫЙ СИНДРОМ (ТРИАДА ГРЕГГА) ВКЛЮЧАЕТ

А глухоту, катаракту, пороки сердца
Б гепатит, пневмонию, нефрит
В микроцефалию, пороки сердца, гепатит
Г микроцефалию, гепатоспленомегалию, миокардит

ПОКАЗАНИЕМ К ВВЕДЕНИЮ БИКАРБОНАТА НАТРИЯ ПРИ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ЯВЛЯЕТСЯ РН <

А 7,0
Б 7,3
В 8,0
Г 7,5

ЭЛЕКТРОЛИТНЫЕ НАРУШЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНЫ ПРИ

А энтероколите
Б флегмоне
В деструктивной пневмонии
Г гнойном менингите

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В СТАЦИОНАР БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО

А тяжести заболевания
Б желанию родителей
В этическим нормам
Г лабораторным критериям

ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ЭТИОЛОГИИ ПНЕВМОНИИ У РЕДКО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ ГОДА ИГРАЕТ

А пневмококк
Б стафилококк
В клебсиелла
Г стрептококк

Профилактические прививки после перенесенной инфекции мочевыводящих путей можно проводить при клинико- лабораторной нормализации через

А 1 месяц
Б 12 месяцев
В 6 месяцев
Г 3 месяца

АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

А запущенность опухолевого процесса
Б наличие сопутствующих заболеваний
В возраст ребенка
Г отягощенный аллергический анамнез

ПРЕПАРАТ УМИФЕНОВИР (АРБИДОЛ)

А активен в отношении вирусов гриппа А и В, включая штаммы резистентные к римантадину и осельтамивиру
Б может назначаться новорождённым и детям всех возрастных групп
В применяется только для лечения гриппа
Г применяется для лечения гриппа и инфекций, вызванных другими респираторными вирусами

РАЗВИТИЕ ГИПЕРТЕРМИИ С ОЗНОБОМ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТИПИЧНО ДЛЯ ПНЕВМОНИИ

А пневмококковой
Б пневмоцистной
В микоплазменной
Г стафилококковой

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ПЛОХО ВЫПОЛНЯЮТ ФУНКЦИЮ

А барьерную
Б кроветворную
В иммунную
Г ретикулярную

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ФОРСИРОВАННОГО ДИУРЕЗА У РЕБЁНКА, КОТОРЫЙ ПО ОШИБКЕ ВЫПИЛ 150 МЛ ВОДКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

А фуросемид
Б реополиглюкин
В гидроглортиазид
Г индапамид

ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ЛЕВОТИРОКСИНА СЛЕДУЕТ

А временно отменить препарат
Б назначить фуросемид в больших дозах
В назначить клофибрат
Г назначить фенитоин

ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ

А дыхание Куссмауля
Б полиурию
В артериальную гипертензию
Г гипертермию

РАЗВИТИЕ ПИОТОРАКСА В ПЕРВЫЕ 2-3 ДНЯ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПНЕВМОНИИ

А стафилококковой
Б пневмококковой
В пневмоцистной
Г микоплазменной

Исскуственное вскармливание детей грудного возраста осложненного атопического дерматита с сенсибилизацией к белку коровьего молока целесообразно проводить

А смеси на основе аминокислот
Б адаптированные смеси на основе коровьего молока
В смеси на основе очищенных белков
Г соевые смеси

ПРИ «БЕЛОЙ» ФОРМЕ ЛИХОРАДКИ У РЕБЕНКА НАБЛЮДАЮТ

А онемение конечностей
Б жажду
В брадипноэ
Г гиперемию щек

Артериальную гипотензию может вызывать:

А надпочечниковая недостаточность
Б холестаз
В заболевания мочевыделительной системы
Г бронхиальная астма

ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПИЛОРОСПАЗМА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИВРАТНИКА

А физиологический спазм
Б порок развития
В недостаточное смыкание
Г рубцовые изменения

ПАТОЛОГИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ, КОТОРОЕ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ ЭНУРЕЗОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

А нейрогенная дисфункция мочевого пузыря
Б гломерулонефрит
В стеноз уретры
Г интерстициальный нефрит

БОЛЬНОЙ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ ОПАСЕН ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ

А до 5 дня после последних высыпаний
Б весь период инкубации
В весь период болезни
Г в первые 3-5 дней болезни

К ПОКАЗАТЕЛЯМ КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ

А охвата патронажем детей первого года жизни
Б динамики первичной заболеваемости детского населения
В выполнения индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов
Г динамики общей заболеваемости детского населения

БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ И КОРМЯЩИМ МАТЕРЯМ НАЗНАЧАЮТ

А специальную группу (индивидуальный метод)
Б специальную группу (групповой метод)
В подготовительную группу
Г основную

ПРИ НЕВРИТЕ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ВЕДУЩИМ ЭЛЕМЕНТОМ ПАССИВНОЙ ГИМНАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А исходное положение лёжа на боку (на непораженной стороне)
Б лейкопластырное натяжение с пораженной стороны на здоровую
В исходное положение лежа
Г лейкопластырное натяжение со здоровой
Д стороны на пораженную

ОБИЛЬНОЕ СЛЮНОТЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ СВЯЗАНО С

А незрелостью центральных механизмов регуляции слюноотделения и заглатывания слюны
Б прорезыванием зубов
В увелечениеувеличением объёма секреции слюны с 4-5 месяцев
Г введением прикорма

КРИТИЧЕСКИЙ ПЕРИОД РАЗВИТИЯ ПЛОДА СОСТАВЛЯЕТ (НЕДЕЛЯ)

А 3-12
Б 28-32
В 14-20
Г 22-26

К ОСНОВНОМУ КЛИНИЧЕСКОМУ СИМПТОМУ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АНАЭРОБНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

А обильные бели с неприятным запахом
Б зуд наружных половых органов
В тазовую боль
Г диспареунию

У ПЛОДА НАИБОЛЕЕ ОКСИГЕНИРОВАННУЮ КРОВЬ ПОЛУЧАЕТ

А печень
Б сердце
В лёгкие
Г головной мозг

ДЕВУШКАМ-ПОДРОСТКАМ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ МЕТОД КОНТРАЦЕПЦИИ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЙ СОЧЕТАНИЕ

А презерватива и интракутанной релизинг-системы
Б внутриматочной спирали и шеечной мембраны
В орального гормонального контрацептива и календарного метода
Г спермицида и мини-пили

ОБРАЗОВАНИЕ СУРФАКТАНТА ПРОИСХОДИТ С __ НЕДЕЛИ ГЕСТАЦИИ

А 20-24
Б 36-38
В 16-20
Г 39-40

К ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ У РЕБЕНКА МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ НАЗНАЧЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВИТАМИНА

А А
Б С
В В1
Г В2

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ТРЕТЬЕГО ДОРОДОВОГО ПАТРОНАЖА ВРАЧОМ-ПЕДИАТРОМ УЧАСТКОВЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

А тяжелая экстрагенитальная патология у беременной женщины
Б острый пиелонефрит за 1 год до беременности
В анемия легкой степени в 18 недель
Г физиологическое течение беременности

ФОРМИРОВАНИЕ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ЗАКАНЧИВАЕТСЯ

А в период внутриутробного развития
Б после первого кормления
В в период новорожденности
Г в раннем возрасте

ДОКАЗАН СМЫСЛ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ __кислоты

А фолиевой
Б никотиновой
В соляной
Г аскорбиновой

НАЧАЛО ЗАКЛАДКИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРОИСХОДИТ НА __ НЕДЕЛЕ ЭМБРИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

А 1-2
Б 10-12
В 6-7
Г 3-4

РАННИЕ ФЕТОПАТИИ ФОРМИРУЮТСЯ С __ НЕДЕЛИ ГЕСТАЦИИ

А 11-12
Б 14-16
В 18-20
Г 8-10

КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ИНТРАНАТАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ ПЛОДА, В ОСНОВНОМ, ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В

А акушерском отделении родильного дома
Б поликлинике для детского населения
В женской консультации
Г отделении новорожденных родильного дома

ЗАКЛАДКА НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ НА __ НЕДЕЛЕ ГЕСТАЦИИ

А 1-2
Б 7-8
В 5-6
Г 3-4

В ПРОЦЕССЕ ОСТЕОГЕНЕЗА ВЫДЕЛЯЮТ __СТАДИИ/СТАДИЙ

А 3

Б 2
В 5
Г 6

МЕТОДОМ КОНТРАЦЕПЦИИ И ЗАЩИТЫ ОТ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, КОТОРЫЙ НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ ПОДРОСТКАМ, ЯВЛЯЕТСЯ

А презерватив
Б определение базальной температуры
В внутриматочная спираль
Г спермицид

УВЕЛИЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ HF КРОВОТОКЕ МАТЕРИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

А фетоматеринской трансфузии
Б фетоплацентарной недостаточности
В хронической внутриутробной гипоксии
Г острой гипоксии

В ПРОЦЕССЕ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА НАИБОЛЬШАЯ ИНТЕНСИВНОСТЬ ДЕЛЕНИЯ НЕРВНЫХ КЛЕТОК ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИХОДИТСЯ НА НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ

А 10-18
Б 2-5
В 15-25
Г 5-12

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИСЕПТИКОВ И АНТИБИОТИКОВ ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАГИНИТОВ У ДЕВОЧЕК ПРОВОДИТСЯ В ВИДЕ

А интравагинальных кремов и свечей
Б влагалищных ванночек
В сидячих ванночек
Г интравагинальных таблеток

ОЧАГИ КРОВЕТВОРЕНИЯ В ПЕЧЕНИ ИСЧЕЗАЮТ К

А периоду новорожденности
Б 3 неделям внутриутробной жизни
В 1 месяцу после рождения
Г 3 месяцам внутриутробной жизни

АКТИВНОЕ ФОРМИРОВАНИЕ АЛЬВЕОЛ ВНУТРИУТРОБНО ПРОИСХОДИТ НА МЕСЯЦЕ ГЕСТАЦИИ

А 6
Б 5
В 8
Г 4

К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ (ВОЗ) ОТНОСЯТ

А патологическое отделяемое из цервикального канала
Б болезненные тракции за шейку матки
В болезненную пальпацию придатков матки
Г боли внизу живота у сексуально активных подростков

ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ПОРАЖЕНИЯ ПЛОДА ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (ЦМВИ) ЯВЛЯЕТСЯ

А возникновение первичной ЦМВИ во время беременности
Б применение гормональной терапии у беременной
В реактивация латентной инфекции
Г персистенция других герпесвирусных инфекций

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИЧИНОЙ БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, НЕ ЖИВУЩИХ ПОЛОВОЙ ЖИЗНЬЮ, ЯВЛЯЕТСЯ

А невоспалительные заболевания придатков матки
Б гиперпластические процессы эндометрия
В миома матки
Г внутренний эндометриоз

К КОНЦУ ПЕРИОДА ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ СКОРОСТЬ РОСТА ПЛОДА

А уменьшается
Б увеличивается в 1,5 раза
В увеличивается в 2 раза
Г не изменяется

ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПРИЧИН МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У СЕКСУАЛЬНО АКТИВНОЙ ДЕВОЧКИ-ПОДРОСТКА, ПЕРВЫМ ДЕЛОМ, НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

А беременность
Б субмукозную миому матки
В коагулопатию
Г аденомиоз

ОБИЛЬНЫЕ ГНОЕВИДНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ С ПРИМЕСЬЮ КРОВИ ИЗ ВЛАГАЛИЩА У ПЯТИЛЕТНЕГО РЕБЕНКА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

А инородного тела во влагалище
Б аномалий развития внутренних половых органов
В кандидозного вульвовагинита
Г вульвовагинита на фоне красного плоского лишая

ПЕРВЫЙ ДОРОДОВОЙ ПАТРОНАЖ ПРОВОДИТСЯ

А сразу после взятия на учет беременной в женской консультации
Б при сроке беременности 20 недель
В при сроке беременности 16 недель
Г при сроке беременности 24 недели

ОСНОВНЫМ ОРГАНОМ СИНТЕЗА ЛИМФОЦИТОВ У ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ

А тимус
Б почечный эпителий
В костный мозг
Г селезенка

ОКСИГЕНИРОВАННАЯ В ПЛАЦЕНТЕ КРОВЬ ПОСТУПАЕТ К ПЛОДУ ЧЕРЕЗ

А пупочную вену
Б пупочную артерию
В венозный проток
Г артериальный проток

ПРОГРЕССИРУЮЩИЕ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ БОЛИ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА У НЕМЕНСТРУИРУЮЩЕЙ, ХОРОШО СФОРМИРОВАННОЙ ДЕВУШКИ 14 ЛЕТ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

А порока развития половых органов с нарушением оттока менструальной крови
Б хронического воспаления яичников с развитием пельвиоперитонита
В истинной опухоли яичника
Г перекрута кисты яичника

ПРИ СИНЕХИЯХ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ ВЫСОТОЙ 0,2-0,5 ММ ТРЕБУЕТСЯ

А наблюдение
Б хирургическое лечение
В сочетание консервативного и хирургического лечения
Г консервативное лечение

ОСОБЕННОСТЯМИ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИТИТА У ДЕВОЧЕК И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А комбинация препаратов для приёма внутрь с интравагинальными антимикотическими средствами
Б использование только системных антимикотических средств
В применение сидячих ванночек с раствором пищевой соды, отварами целебных травяных средств
Г использование только местных антимикотических средств

КРИПТОГЕННЫЙ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ У ДЕВОЧЕК ВЫЗЫВАЕТСЯ

А восходящей инфекцией с половых путей
Б перекрутом кисты яичника
В апоплексией яичника
Г тазово расположенным червеобразным отростком

ПРИЧИНОЙ МИКРОЦЕФАЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А внутриутробное недоразвитие головного мозга
Б водянка головного мозга
В рахит
Г травма черепа

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А Флуконазол
Б Албендазол
В Амфотерицин
Г Тербинафин

ВНУТРИУТРОБНО ОТ МАТЕРИ ПЛОДУ ПЕРЕДАЮТСЯ ИММУНОГЛОБУЛИНЫ КЛАССА

А G
Б E
В M
Г A

ТРЕТИЙ ДОРОДОВОЙ ПАТРОНАЖ ПРОВОДИТСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

А в индивидуальные сроки при наличии патологии
Б всем беременным на 36-й неделе
В всем беременным на 32-й неделе
Г всем беременным на 34-й неделе

ОБРАБОТКА НОВОРОЖДЕННОГО АКУШЕРКОЙ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ В ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ

А вторичная обработка пуповины, первичная обработка кожи, взвешивание
Б взвешивание, первичная обработка кожи, вторичная обработка пуповины
В первичная обработка кожи, вторичная обработка пуповины
Г взвешивание, вторичная обработка пуповины, первичная обработка кожи

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ВЛАГАЛИЩА ПЕРВОНАЧАЛЬНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ ДЕЙСТВИЯ СВОДЯТСЯ К

А удалению из влагалища инородного тела при проведении вагиноскопии
Б антисептиков
В назначению антибактериальных препаратов широкого спектра действия
Г промыванию влагалища растворами
Д назначению антибактериальных препаратов с учетом чувствительности микроорганизмов

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЛАКТОСТАЗА ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А нарушение техники вскармливания
Б недоедание
В стресс
Г физическая нагрузка

ПЕРИНАТАЛЬНЫМ НАЗЫВАЮТ ПЕРИОД С

А 22 недели внутриутробного развития до 7-го дня жизни
Б 28 недели внутриутробного развития до 1 месяца жизни
В момента оплодотворения до родов
Г момента рождения до 7-го дня жизни

БОЛЬНЫЕ С ОСТРЫМ ВУЛЬВИТОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ ЖАЛУЮТСЯ НА

А жжение в области вульвы при мочеиспускании
Б наличие тошноты и рвоты
В наличие жидкого стула
Г повышение температуры тела до 39-40°

СРЕДИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФОРМ РАБОТЫ, ПРОВОДИМОЙ С ВРАЧАМИ РОДИЛЬНЫХ ДОМОВ, НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А совместный разбор диагностических и лечебных ошибок
Б научно-практическая конференция
В летальная комиссия
Г консультация больных с сотрудниками кафедры

ФОРМИРОВАНИЯ АЦИНУСОВ ВО ВНУТРИУТРОБНОМ ПЕРИОДЕ РАЗВИТИЯ НАЧИНАЕТСЯ НА _ НЕДЕЛЕ ГЕСТАЦИИ

А 24
Б 28
В 36
Г 16

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

А Мегалобласты
Б Гемоцитобласты
В Мегакариоциты
Г Блуждающие клетки

ЭМБРИОПАТИИ ФОРМИРУЮТСЯ ДО НЕДЕЛИ ГЕСТАЦИИ

А 10
Б 14
В 22
Г 28

К МИНИМАЛЬНЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ (ВОЗ) ОТНОСЯТ

А боли внизу живота у сексуально активных подростков
Б стойкую фебрильную лихорадку
В лабораторное подтверждение цервикальной инфекции
Г повышение температуры тела выше 38°С

ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ЗАДАЧЕЙ ПРИ ВЕДЕНИИ ДЕВОЧЕК С ВУЛЬВОВАГИНИТАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

А выявление и ликвидация факторов, способствующих развитию вульвовагинита
Б применение мазевых аппликаций на наружные половые органы с анестезирующими, регенерирующими, противовоспалительными веществами, антибиотиками
В санация влагалища с использованием антисептиков
Г системная антибактериальная терапия с учётом чувствительности выделенной микрофлоры к антимикробным препаратам

ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПОЧЕК ИЗ ТАЗА В ВЕРХНИЕ ОТДЕЛЫ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ПРОИСХОДИТ

А в антенатальный период
Б к 1 году жизни
В к 1 месяцу жизни
Г в интранатальный период

ПРИЧИНОЙ АТРЕЗИИ КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

А нарушение эмбриогенеза кишечной трубки на стадии солидного шнура
Б нарушение иннервации кишечной стенки
В нарушение вращения кишечника
Г кистофиброз поджелудочной железы

КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ИНТРАНАТАЛЬНОЙ ОХРАНЕ ПЛОДА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В

А акушерском отделении родильного дома
Б отделении новорожденных родильного дома
В поликлинике для взрослого населения
Г детской поликлинике

С 16 ДО 75 ДЕНЬ БЕРЕМЕННОСТИ ВОЗМОЖНО ФОРМИРОВАНИЕ ПАТОЛОГИИ ПЛОДА, КОТОРАЯ ВЫРАЖАЕТСЯ В ВИДЕ

А эмбриопатии
Б бластопатии
В гомопатии
Г фетопатии

ПОЯВЛЕНИЕ ВНЕЗАПНЫХ БОЛЕЙ ВНИЗУ ЖИВОТА ВО ВТОРУЮ ФАЗУ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У МЕНСТРУИРУЮЩЕЙ НЕ ЖИВУЩЕЙ ПОЛОВОЙ ЖИЗНЬЮ ДЕВОЧКИ-ПОДРОСТКА, ЧАЩЕ ВСЕГО СВЯЗАНО С

А кровоизлиянием в кисту желтого тела яичника
Б дисменореей
В воспалительными заболеваниями придатков матки
Г варикозным расширением вен малого таза

УСКОРЕНИЮ СОЗРЕВАНИЯ ЛЕГКИХ ПЛОДА СПОСОБСТВУЕТ

А дексаметазон
Б партусистен
В гинипрал
Г изоптин

ПЕРИОД БЛАСТОГЕНЕЗА ДЛИТСЯ С __ ПО __ ДЕНЬ БЕРЕМЕННОСТИ

А 1; 15
Б 7; 12
В 15; 37
Г 16; 75

ПРИ НАЛИЧИИ УВЕЛИЧЕННОГО ЯИЧНИКА И ОСТРЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ БОЛЕЙ У ДЕВОЧКИ ПЕРИОДА ДЕТСТВА НЕОБХОДИМО, ПЕРВЫМ ДЕЛОМ, ИСКЛЮЧИТЬ

А перекрут придатков матки
Б оофорит
В аппендикулярно-генитальный синдром
Г опухоль яичника

НАИБОЛЬШАЯ ИНТЕНСИВНОСТЬ ДЕЛЕНИЯ НЕРВНЫХ КЛЕТОК ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИХОДИТСЯ НА __ НЕДЕЛЮ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

А 10-18
Б 15-25
В 2-5
Г 5-12

ПРИ ТОТАЛЬНЫХ СИНЕХИЯХ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ У ДЕВОЧЕК ТРЕБУЕТСЯ

А инструментальное их разведение
Б сидячие ванночки с отварами целебных трав
В наблюдение
Г местное назначение эстрогенсодержащих мазей

ПРЕДВЕСТНИКОМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ ЯВЛЯЮТСЯ

А групповые инфекционные заболевания (более 3-х детей одновременно)
Б выявленные у новорожденных врожденные инфекции любой локализации
В перебои с подачей горячей или холодной воды
Г случаи инфекционного заболевания с тяжелым течением (сепсис, менингит и т.д.)

ПЕРВЫЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ У ПЛОДА ВОЗНИКАЮТ НА (В НЕДЕЛЯХ)

А 13-14
Б 21-23
В 11-12
Г 26-28

ПЕРВЫЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ У ПЛОДА ВОЗНИКАЮТ НА (В НЕДЕЛЯХ)

А 13-14
Б 21-23
В 11-12
Г 26-28

РАЗВИТИЕ НЕРВНЫХ ПУТЕЙ И ОКОНЧАНИЙ ПРОИСХОДИТ В

А в цефало-каудальном направлении
Б дистально-проксимальном направлении
В грудном возрасте
Г подростковом возрасте

ВО ВНУТРИУТРОБНОМ РАЗВИТИИ НАИБОЛЕЕ ПОЗДНЯЯ АКТИВНОСТЬ ФОРМИРУЕТСЯ У ФЕРМЕНТА

А лактазы
Б изомальтазы
В сахаразы
Г мальтазы

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ВСТРЕЧАЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕ В ВИДЕ

А вторичной бактериальной инфекции
Б поражения центральной нервной системы
В герпесвирусной инфекции
Г кандидоза

АНТИТЕЛА ВЫРАБАТЫВАЮТСЯ

А плазмоцитами
Б эритроцитами
В базофилами
Г эозинофилами

К ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСИТСЯ

А кожный зуд
Б лихенификация на сгибательных поверхностях
В кератоконус
Г периорбитальная гиперпигментация

ВЕРНОЙ ТАКТИКОЙ ВРАЧА-ПЕДИАТРА ПРИ ОБОСТРЕНИИ У РЕБЕНКА ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА РАСПРОСТРАНЕННОГО АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С ПРИСОЕДИНЕНИЕМ ВТОРИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А госпитализация в стационар
Б направление на консультацию к врачу-аллергологу
В направление на консультацию к врачу-дерматологу
Г направление на консультацию к врачу-инфекционисту

ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО

А определение специфических антител класса IgE к пищевым аллергенам в крови
Б определение общего IgE
В копрологическое исследование
Г эндоскопическое исследование

МАКСИМАЛЬНОЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ ОКАЗЫВАЕТ

А Беклометазон
Б Кромоглициевая кислота
В Азеластин
Г Лоратадин

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕЗОННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ ПРИМЕНЯЮТ

А интраназальные глюкокортикостероиды
Б системные глюкокортикостероиды
В антигистаминные препараты 1 поколения
Г антилейкотриеновые препараты

К БЫТОВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ ОТНОСИТСЯ

А домашняя пыль
Б белок коровьего молока
В пыльца полыни
Г пыльца березы

К СИМПТОМАМ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ОТНОСИТСЯ

А ринорея
Б наличие рецидивирующих носовых кровотечений
В осиплость голоса
Г наличие отделяемого из носа гнойного характера

ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПОСТОЯННЫМИ СИМПТОМАМИ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ЧИХАНИЕ, ЗУД В ОБЛАСТИ НОСА, ОБИЛЬНОЕ ПРОЗРАЧНОЕ ВОДЯНИСТОЕ ОТДЕЛЯЕМОЕ ИЗ НОСА, ЗАТРУДНЕНИЕ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

А аллергический ринит
Б острый ринит
В острый синусит
Г аденоидит

В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ

А пищевая
Б пыльцевая
В бытовая
Г эпидермальная

ПРОДУКТОМ, ЧАСТО СТАНОВЯЩИМСЯ ПРИЧИНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

А рыба
Б конина
В кролик
Г индейка

К СПЕЦИАЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ, НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ ДО 6 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ, ОТНОСЯТ

А элиминационно-провокационные пробы
Б определение pH кала
В копрологию
Г определение углеводов кала

ВЫЯВЛЕНИЕ ЭОЗИНОФИЛОВ ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ МАЗКОВ-ОТПЕЧАТКОВ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ

А аллергического ринита
Б острого респираторного заболевания
В полипа
Г вазомоторного ринита

В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ РАЗВИТИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ АЛЛЕРГЕНЫ

А пищевые
Б пыльцевые
В эпидермальные
Г бытовые

К ТЯЖЕЛЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА ОТНОСЯТ

А анафилактический шок
Б аллергический васкулит
В крапивницу
Г атопический дерматит

ДЕТСКАЯ ФОРМА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ВЫСТАВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

А 2-11 лет
Б 1-2 года
В 12-16 лет
Г 1-12 месяцев

ПЛАЗМАТИЧЕСКИЕ КЛЕТКИ, НЕПОСРЕДСТВЕННО СИНТЕЗИРУЮЩИЕ АНТИТЕЛА, ФОРМИРУЮТСЯ ИЗ

А В-лимфоцитов
Б Т-лимфоцитов
В Нейтрофилов
Г макрофагов

НА ОЧАГИ ВЫРАЖЕННОЙ ЛИХЕНИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ТОПИЧЕСКИЕ КОРТИКОСТЕРОИДЫ В ВИДЕ

А мази
Б лосьоны
В эмульсии
Г крема

ОЦЕНКУ ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРОВОДЯТ ПО

А шкале SCORAD
Б шкале GINA
В шкале ROSS
Г опроснику ISAAC

ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИЕЙ АЛЛЕРГОДИАГНОСТИКИ IGE-ОПОСРЕДОВАННЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРИК-ТЕСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А папула более 3 мм
Б след от укола
В папула 1-2 мм
Г гиперемия

ПРИ КРАПИВНИЦЕ СЫПЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА

А любых участках тела
Б конечностях
В лице
Г туловище

ПОЛНОСТЬЮ КЛИНИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ИНТРАНАЗАЛЬНЫХ ГЛЮКОКРТИКОСТЕРОИДОВ (ГКС) ОБЫЧНО РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

А 3-4 дня
Б 1-2 часа
В 1 месяц
Г 3 недели

ДЕТЯМ СТАРШЕ 6 ЛЕТ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЗУДА ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ ЦЕТИРИЗИН НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗИРОВКЕ ___ МГ В СУТКИ

А 10
Б 15
В 20
Г 5

ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ПРОЦЕССЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПЛОЩАДЬ ПОРАЖЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ ___% ОТ КОЖНОГО ПОКРОВА

А 10-50
Б 85-100
В 1-10
Г 50-80

ПРИЧИНОЙ ПОЛЛИНОЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ ____ АЛЛЕРГЕНЫ

А пыльцевые
Б эпидермальные
В грибковые
Г пищевые

ПРИ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЕ БЕЗ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИХ ОТЕКОВ ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ

А антигистаминным препаратом второго поколения
Б инфузионная терапия с целью дезинтоксикации
В антигистаминный препарат первого поколения
Г Преднизолон 1-2мг/кг в сутки коротким курсом

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ

А антибактериальные препараты
Б антиагреганты
В антигистаминные препараты
Г антикоагулянты

В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ КРАПИВНИЦЕ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

А антигистаминные препараты 2 поколения
Б кромоны
В антигистаминные препараты 1 поколения
Г сорбенты

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ О ВОЗМОЖНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ, ОТНОСЯТ

А обострение атопического дерматита после приема определенного продукта
Б обильный, зловонный, светлый стул 2 и более раз
В частый, жидкий стул с кислым запахом
Г стул по типу «болотной тины»

ДЕБЮТ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В 60-70% СЛУЧАЕВ ПРИХОДИТСЯ НА

А 1 год жизни
Б школьный возраст
В дошкольный возраст
Г 2-3 год жизни

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЫ ПЕРВОЙ ЛИНИЕЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ

А антигистаминные препараты 2 поколения
Б антигистаминные препараты 1 поколения
В местные глюкокортикостероиды
Г системные глюкокортикостероиды

ЭЛИМИНАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ С КЛЕЩЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ ВКЛЮЧАЮТ

А регулярную стирку постельного белья
Б применение натуральной одежды из шерсти
В увлажнение воздуха до 70%
Г уменьшение частоты приема гигиенических ванн

ДЛЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ИСКЛЮЧАЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ

А мазей с кальципотриолом
Б увлажняющих средств лечебной косметики
В местных глюкокортикостероидов
Г местных нестероидных противовоспалительных средств

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ АЛЛЕРГЕНЫ

А пищевые
Б бытовые
В пыльцевые
Г лекарственные

ДЛЯ ТЕРАПИИ НЕОСЛОЖНЕННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

А интраназальные антибактериальные препараты
Б антилейкотриеновые препараты
В антигистаминные средства
Г интраназальные глюкокортикостероиды

К ТОПИЧЕСКИМ ИНГИБИТОРАМ КАЛЬЦИНЕВРИНА, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, ОТНОСИТСЯ

А пимекролимус
Б мометазон
В флутиказон
Г декспантенол

ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (ЭОЗИНОФИЛИЯ) У ДЕТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

А аллергических заболеваниях
Б гемолитических анемиях
В бактериальных инфекциях
Г антибактериальной терапии

ПРОДУКТОМ, ЧАСТО СТАНОВЯЩИМСЯ ПРИЧИНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

А арахис
Б картофель
В топинамбур
Г огурцы

КЛЕТОЧНЫЙ КОМПОНЕНТ ИММУННОГО ОТВЕТА ОБЕСПЕЧИВАЕТ

А мононуклеарный фагоцит
Б клетка-киллер
В гранулоцит
Г нейтрофил

К КОМПОНЕНТАМ ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА ОТНОСИТСЯ

А цитокин белок острой фазы
Б фактор некроза опухоли
В нейтрофил

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ ОБУСЛОВЛЕН

А хроническим аллергическим воспалением слизистой оболочки носа
Б системным заболеванием соединительной ткани
В хроническим инфекционным процессом слизистой оболочки носа
Г острым инфекционным процессом

К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТНОСЯТ

А сухость кожи
Б типичную морфологию и локализацию кожных высыпаний при осмотре
В зуд кожных покровов
Г лихенификацию и расчесы в области сгибов конечностей

УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (Г/Л)

А 180-240
Б 120-140
В 100-120
Г 140-170

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭОЗИНОФИЛИЯ У ДЕТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

А первых 10-12 дней
Б первых 3-5 дней
В младших школьников
Г старших школьников

МАКСИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В МОЧЕ У МАЛЬЧИКА СООТВЕТСТВУЕТ НОРМЕ

А не более 3-4 в поле зрения
Б 5-8 в поле зрения
В 12-15 в поле зрения
Г в большом количестве

КОЛИЧЕСТВО БЛАСТНЫХ КЛЕТОК В МИЕЛОГРАММЕ ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

А 1-5
Б 20
В 15
Г 5-10

ПРОТЕИНУРИЯ НОВОРОЖДЁННЫХ СЧИТАЕТСЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ, ЕСЛИ СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА В МОЧЕ ПРЕВЫШАЕТ (Г/Л)

А 0,33
Б 3,3
В 0,03
Г 1,3

В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ОБИЛЬНОЙ КРОВОПОТЕРИ В КРОВИ ВЫЯВЛЯЮТ

А нейтрофильный лейкоцитоз, тромбоцитоз, гиперкоагуляцию
Б гиперрегенераторную анемию, лейкопению, гпокоагуляцию
В нормоцитарную, нормохромную анемию, активацию фибринолиза
Г нормоцитарную, нормохромную анемию, гипокоагуляцию

У ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА КОЛИЧЕСТВО ФЕТАЛЬНОГО ГЕМОГЛОБИНА СОСТАВЛЯЕТ (%)

А 60-80
Б 40-50
В 5-15
Г 20-30

ЛЕЙКОЦИТОЗОМ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА СЧИТАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ЛЕЙКОЦИТОВ СВЫШЕ ___ *109/Л

А 10
Б 11
В 9
Г 8

У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ АППАРАТНЫМ МЕТОДОМ БЕЛОК В НОРМЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ ДО (Г/Л)

А 0,1
Б 0,3
В 0,2
Г 0,5

СОДЕРЖАНИЕ НАТРИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (ММОЛЬ/Л)

А 135-145
Б 145-160
В 100-120
Г 120-140

УРОВЕНЬ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (%)

А 4-6
Б 8-10
В 12-15
Г 6-8

УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ (ММОЛЬ/Л)

А 2,5 – 2,8
Б 2,8 – 3,2
В 1,2 – 2,0
Г 2,0 – 2,2

СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА А В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ РЕБЁНКА СОСТАВЛЯЕТ (%)

А 40
Б 60
В 80
Г 20

КОНЦЕНТРАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ ПОЧЕК ОЦЕНИВАЕТСЯ ПРОБОЙ

А Зимницкого
Б Реберга-Тареева
В Нечипоренко
Г Сулковича

ОБЫЧНО КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ ПРЕВЫШАЕТ 18-20*109/Л У НОВОРОЖДЁННОГО НА ___ ДЕНЬ ЖИЗНИ

А 1-5
Б 5-10
В 10-14
Г 15-20

С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ КАЛЬЦИУРИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

А определение суточной экскреции кальция с мочой

Б проба Макклюра-Олдрича
В проба Швахмана
Г анализ мочи по Нечипоренко

В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ СОСТОЯНИЕ ЛЕЙКОПОЭЗА ОПРЕДЕЛЯЕТ

А абсолютное число отдельных групп лейкоцитов
Б процентное количество отдельных групп лейкоцитов
В абсолютное количество нейтрофилов
Г общее количество лейкоцитов

В НОРМЕ 60% ЛИМФОЦИТОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ (В ГОДАХ)

А 0,5-2
Б 40-60
В 4-6
Г 11-15

КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ ___*109/Л

А 6-12
Б 4-5
В 16-20
Г 13-15

УРОВЕНЬ ОБЩЕГО КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЕТЕЙ СТАРШЕ МЕСЯЦА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ ____ ММОЛЬ/Л

А 2,5-2,85
Б 2,0-2,4
В 2,95-3,0
Г 1,3-2,0

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНОЦИТОЗ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

А первых 10-12 дней
Б первых 3 дней
В первых 3 месяцев
Г старше 10-12 лет

У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ПРИ КАЧЕСТВЕННОМ АНАЛИЗЕ БЕЛОК В НОРМЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ ДО (Г/Л)

А 0,033
Б 0,066

В 0,99
Г 0,33

НЕЙТРОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (НЕЙТРОФИЛЁЗ) У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

А бактериальных инфекциях
Б лечении цитостатиками
В железодефицитной анемии
Г вирусных инфекциях

В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 1 ГОДА КОЛИЧЕСТВО МОНОЦИТОВ СОСТАВЛЯЕТ (%)

А 0-8
Б 11-15
В 9-10
Г 16-25

НОРМАЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ГЕМОГЛОБИНА ДЛЯ ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЁННОГО ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ ___ Г/Л

А 200
Б 80
В 130
Г 100

С ЦЕЛЬЮ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОСАДКА МОЧИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МЕТОД

А Нечипоренко
Б Сулковича
В Швахмана
Г Зимницкого

У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРИ МИКРОСКОПИИ ОСАДКА РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ СОЛИ

А могут быть в незначительном количестве
Б могут быть в значительном количестве
В свидетельствуют о нарушении обмена
Г являются организованным осадком

ПРОБА ПО ЗИМНИЦКОМУ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ

А концентрационную функцию почек
Б фильтрационную функцию почек
В количество лейкоцитов в моче

Г количество эритроцитов в моче

УВЕЛИЧЕНИЕ НЕИЗМЕНЁННЫХ (НЕПЕРЕВАРЕННЫХ) МЫШЕЧНЫХ ВОЛОКОН В КОПРОГРАММЕ НАЗЫВАЕТСЯ

А креатореей
Б стеатореей
В миореей
Г амилореей

НЕЙТРОПЕНИЕЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА СЧИТАЕТСЯ СНИЖЕНИЕАБСОЛЮТНОГО КОЛИЧЕСТВА НЕЙТРОФИЛОВ НИЖЕ ___*109/Л

А 1,5
Б 2,0
В 3,0
Г 0,7

МИНИМАЛЬНОЕ ЧИСЛО ЛЕЙКОЦИТОВ В КРОВИ ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА СТАРШЕ 1 ГОДА, НИЖЕ КОТОРОГО ГОВОРЯТ О ЛЕЙКОПЕНИИ, СОСТАВЛЯЕТ ___*109/Л

А 4,0
Б 3,0
В 5,0
Г 6,0

ПО ПРОБЕ НЕЧИПОРЕНКО ГЕМАТУРИЕЙ СЧИТАЕТСЯ ЧИСЛО ЭРИТРОЦИТОВ В 1 МЛ ОСАДКА МОЧИ БОЛЕЕ

А 1000
Б 500
В 100
Г 200

СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ РЕБЁНКА В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ (Г/Л)

А 145-225
Б 135-165
В 240-280
Г 100-130

ГЕМАТУРИЕЙ СЧИТАЕТСЯ НАЛИЧИЕ В РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ЭРИТРОЦИТОВ БОЛЕЕ (В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ)

А 2-3

Б 0-1
В 1-2
Г 3-5

ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОТЕИНУРИЕЙ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ПОТЕРЮ БЕЛКА ЗА СУТКИ (В МБОЛЕЕ

А 100
Б 30
В 20
Г 50

ЛЕЙКОЦИТОЗОМ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕ 1 ГОДА СЧИТАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ЛЕЙКОЦИТОВ СВЫШЕ ___*109/Л

А 12
Б 9
В 10
Г 11

СОДЕРЖАНИЕМ ЭРИТРОЦИТОВ В КРОВИ РЕБЁНКА СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ ___*1012/Л

А 5,0-6,5
Б 6,5-10,0
В 3,5-4,5
Г 4,5-5,0

ЦВЕТ УТРЕННЕЙ ПОРЦИИ МОЧИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ

А соломенно-желтый
Б тёмно-желтый
В абсолютно бесцветный
Г светло-коричневый

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОТЕИНУРИЯ У ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ПОТЕРЕ БЕКА ЗА СУТКИ БОЛЕЕ (М

А 100
Б 10
В 50
Г 30

ДЛЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ

А характерен нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом «влево»

Б характерно преобладание моноцитов
В характерен нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом «вправо»
Г характерно преобладание лимфоцитов

СООТНОШЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ В НОРМЕ

А 2:1
Б 1:2
В 1:5
Г 3:1

ГЕМАТУРИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕМ В РАЗОВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ЭРИТРОЦИТОВ БОЛЕЕ (В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ)

А 3
Б 1
В 2
Г 0

У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРИ МИКРОСКОПИИ ОСАДКА РАЗОВОЙ ПОРЦИИ ПРАВИЛЬНО СОБРАННОЙ МОЧИ БАКТЕРИУРИЯ

А допускается в незначительном количестве
Б абсолютно не допустима даже в незначительном количестве
В допускается в значительном количестве
Г всегда свидетельствует о воспалении в мочевой системе

У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПОКАЗАТЕЛЬ РН МОЧИ МОЖЕТ КОЛЕБАТЬСЯ В ПРЕДЕЛАХ

А 5-7
Б 8-10
В 3-4
Г 1-2

БИОХИМИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ КРОВИ, КОТОРЫЙ ГОВОРИТ О МЫШЕЧНОМ РАСПАДЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

А креатинфосфокиназа
Б билирубин
В мочевина
Г холестерин

КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ОТ 1 ГОДА ДО 10 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ ___*109/Л

А 5-10

Б 16-30
В 3-4
Г 11-15

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

А 3-6
Б 10-12
В 20-22
Г 13-15

КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ У ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА СОСТАВЛЯЕТ ___*103

А 150-300
Б 50-100
В 310-450
Г 110-140

ПЕРВЫЙ ПЕРЕКРЕСТ В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

А 4-5 дней
Б 5-6 месяцев
В 2-3 месяца
Г 10-11 дней

КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ ___*109

А 10-30
Б 7-10
В 4-5
Г 5-7

СОДЕРЖАНИЕ ОБЩЕГО КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ 2-12 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (ММОЛЬ/Л)

А 2.2-2.7
Б 3.5-4.0
В 1.5-2.0
Г 2.9-3.5

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

А характерно преобладание лимфоцитов

Б характерно преобладание нейтрофилов
В характерен моноцитоз
Г характерна лейкопения

У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 МЕСЯЦА ГИПЕРКАЛИЕМИЯ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ КАЛИЯ ВЫШЕ (ММОЛЬ/Л)

А 5,8-6,0
Б 5,2-5,5
В 4,9-5,1
Г 3,9-4,3

МАКСИМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ КОЛИЧЕСТВА НЕЙТРОФИЛОВ ОБЫЧНО ПРИХОДИТСЯ НА ___ ДЕНЬ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ

А 1-4
Б 9-11
В 7-9
Г 5-7

КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 МЕС СОСТАВЛЯЕТ ___*109/Л

А 150-300
Б 310-350
В 100-120
Г 400-500

ПРИМЕРОМ НЕГЕМОВОГО ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ СЧИТАЮТ

А ферритин
Б цитохромы
В гемоглобин
Г миоглобин

УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ (Г/Л)

А 120-140
Б 140-160
В 100-110
Г 110-115

БИОХИМИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ КРОВИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ОЦЕНКИИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПО ПОДДЕРЖАНИЮ ГОМЕОСТАЗА, ЯВЛЯЕТСЯ

А уровень мочевины

Б активность трансаминаз
В протромбин
Г общий билирубин

ПЕРВЫЙ «ПЕРЕКРЕСТ» ЧИСЛА НЕЙТРОФИЛОВ И ЛИМФОЦИТОВ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТЕ ___ ДЕНЬ ЖИЗНИ

А 4-5
Б 10-12
В 7-9
Г 1-3

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ РЕТИКУЛОЦИТОВ В КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А острой кровопотери
Б апластической анемии
В острого лейкоза
Г иммунной тромбоцитопении

В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 1 ГОДА КОЛИЧЕСТВО ЭОЗИНОФИЛОВ СОСТАВЛЯЕТ (%)

А 0-5
Б 11-15
В 16-20
Г 6-10

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ ЗИМНИЦКОГО В КАЖДОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

А относительную плотность мочи
Б реакцию мочи
В количество клеточных элементов
Г биохимические показатели

ВТОРОЙ «ПЕРЕКРЕСТ» НЕЙТРОФИЛОВ И ЛИМФОЦИТОВ НАСТУПАЕТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 4-5
Б 6-7
В 8-9
Г 2-3

ВТОРОЙ ПЕРЕКРЕСТ В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

А 4-5 лет

Б 6-8 месяцев
В 1-2 лет
Г 4-5 месяцев

КОЛИЧЕСТВО АЛЬБУМИНА В МОЧЕ 80 МГ/Л ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А микроальбуминурии
Б альбуминурии
В низкомолекулярной протеинурии
Г низкоселективной протеинурии

НАПРЯЖЕНИЕ CO2 В АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (ММ РТ.СТ.)

А 30-35
Б 10-25
В 45-55
Г 25-30

СУТОЧНЫЕ КОЛЕБАНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЮТ

А 1005-1025
Б 1005-1015
В 1001-1010
Г 1001-1005

ДОПУСТИМОЕ КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В АНАЛИЗЕ МОЧИ У ДЕВОЧЕК СОСТАВЛЯЕТ

А не более 5-8 в поле зрения
Б 12-20 в поле зрения
В 25-50 в поле зрения
Г до четверти поля зрения

ПРИ ВОДОДЕФИЦИТНОМ ТИПЕ ЭКСИКОЗА В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ

А гипернатриемия
Б гипокалиемия
В гипонатриемия
Г гиперкальцемия

ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ МАРКЕРОМ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ЯВЛЯЕТСЯ

А белок крови
Б глюкоза крови

В гематокрит
Г электролиты крови

СОДЕРЖАНИЕ КАЛИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА СОСТАВЛЯЕТ ___ ММОЛЬ/Л

А 3,5-5,5
Б 3,0-3,5
В 10,0-11,5
Г 6,0-7,0

ДЛЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ ХАРКТЕРНО

А количество лейкоцитов более 10*109/л
Б преобладание моноцитов
В количество лейкоцитов не более 10*109/л
Г преобладание лимфоцитов

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

А количество лейкоцитов не более 12*109/л
Б преобладание нейтрофилов
В преобладание моноцитов
Г количество лейкоцитов не более 10*109/л

НЕЙТРОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (НЕЙТРОФИЛЕЗ) У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

А сепсисе
Б вирусных гепатитах
В системной красной волчанке
Г лечении цитостатиками

В МОЧЕ ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА В ПЕРВЫЕ ТРИ МЕСЯЦА ЖИЗНИ НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

А уробилиноген
Б урозеин
В уроэретрин
Г билирубин

НОРМА БЕЛКА В МОЧЕ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО МЕТОДА С ПИРОГАЛЛОЛОВЫМ КРАСНЫМ СОСТАВЛЯЕТ НЕ БОЛЕЕ (Г/Л)

А 0,1

Б 0,5
В 0,3
Г 0,4

ПРИ ОЦЕНКЕ ПРОБЫ ПО НЕЧИПОРЕНКО РЕФЕРЕНСНЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ПОТЕРИ ЛЕЙКОЦИТОВ В 1 МЛ ОСАДКА МОЧИ СЧИТАЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО (КЛЕТ.)

А 0-2000
Б 0-5000
В 0-3000
Г 0-1000

ПРИ ОЦЕНКЕ ПРОБЫ ПО НЕЧИПОРЕНКО РЕФЕРЕНСНЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ПОТЕРИ ЭРИТРОЦИТОВ В 1 МЛ ОСАДКА МОЧИ СЧИТАЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО (КЛЕТ.)

А 0-1000
Б 0-3000
В 0-500
Г 0-2000

ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОБЫ ПО ЗИМНИЦКОМУ ПАЦИЕНТ В ТЕЧЕНИЕ СУТОК СОБИРАЕТ МОЧИ (В ЧАСАХ)

А каждые 3
Б каждые 6
В в течение 3
Г в течение 12

ЛЕЙКОПЕНИЕЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕ 1 ГОДА СЧИТАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ЛЕЙКОЦИТОВ МЕНЕЕ ___ *109/Л

А 6,0
Б 4,0
В 3,0
Г 5,0

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ КОРОТКОЦЕПОЧЕЧНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В ПРОСВЕТЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЗАЛЮЧАЕТСЯ В

А поддержании оптимального значения РН
Б синтезе бил полетина и фолиевой кислоты
В в просвете кишки
Г обеспечении утилизации непереваренных компонентов
Д энергетическом обеспечении полостной микрофлоры в просвете кишки

ИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ВЫСТЛАНА ЭПИТЕЛИЕМ

А однослойным многоядерным мерцательным
Б переходным поверхностным
В однослойным кубическим
Г однослойным призматическим железистым

В РАСЩЕПЛЕНИИ ПЕПТИДОВ В ТОНКОЙ КИШКЕ ПРИНИМАЕТ УЧАСТИЕ КИШЕЧНЫЙ ФЕРМЕНТ

А трипептидаза
Б химотрипсин
В карбоксипептидаза
Г амилаза

ЦВЕТ КОЖИ В ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ЗАВИСИТ ОТ

А глубины залегания подкожных сосудов
Б количества коллагеновых фибрилл в Волокнах
В количества эластина
Г количества билирубина

УЧАСТКОМ ЛЁГОЧНОЙ ДОЛИ, ВЕНТИЛИРУЕМЫМ ОДНИМ БРОНХОМ ТРЕТЬЕГО ПОРЯДКА, ЯВЛЯЕТСЯ

А сегмент
Б Доля
В ацинус
Г бронхиола

В РАСЩЕПЛЕНИИ ЖИРОВ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ УЧАСТВУЕТ

А липаза
Б амилаза
В энтерокиназа
Г трипсиноген

ПРАВОЕ ЛЁГКОЕ ИМЕЕТ ДОЛЮ ДОЛИ

А 3
Б 1
В 8
Г 4

НАИБОЛЬШУЮ РОЛЬ В РАСЩЕПЛЕНИИ ЖИРОВ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

А играет поджелудочная железа

Б играют слюнные железы
В играет желудочный сок
Г играет тонкая кишка

АМИЛАЗА СЛЮНЫ, ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ГРУДНОГО МОЛОКА РАСЩЕПЛЯЕТ ПОЛИСАХАРИДЫ ДО

А мальтозы
Б фруктозы
В глюкозы
Г сахарозы

ЖЕЛУДКЕ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ РАСЩЕПЛЯЮТСЯ

А белки до полилептидов
Б белки до три- и дипептидов
В жиры до ди- и моноглицеридов
Г углеводы до дисахаридов

ИЗ ДОЛЕВЫХ БРОНХОВ НАИБОЛЕЕ КРУПНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

А нижнедолевой справа
Б верхнедолевой справа
В верхнедолевой слева
Г среднедолевой справа

ПРОДУКТЫ РАСЩЕПЛЕНИЯ БЕЛКОВ, КОТОРЫЕ ВСАСЫВАЮТСЯ В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОМ ТРАКТЕ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ, ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ

А свободные аминокислоты
Б полипептиды
В олигопептиды
Г макромолекулы белка

ПЛЕВРА СОСТОИТ ИЗ ЛИСТКОВ

А париетального и висцерального
Б верхнего и нижнего
В наружного и внутреннего
Г дифрагмального и верхушечного

НА ЗАДНЮЮ ПОВЕРХНОСТЬ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СПРАВА ПРОЕЦИРУЮТСЯ ДОЛИ ЛЁГКОГО

А верхняя, нижняя
Б верхняя, средняя, нижняя

В средняя, нижняя
Г верхняя, средняя

НЕЙТРАЛИЗАЦИЯ КИСЛОГО СОДЕРЖИМОГО ЖЕЛУДКА ПРОИСХОДИТ В

А проксимальных отделах тонкой кишки
Б луковице двенадцатиперстной кишки
В дистальных отделах тонкой кишки
Г пилорическом отделе желудка

ФЕРМЕНТОМ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА ВЫСТУПАЕТ

А пепсиноген I
Б лактаза
В амилаза
Г трипсиноген

ЗАЩИТУ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ОБЕСПЕЧИВАЕТ ИММУНОГЛОБУЛИН КЛАССА

А A
Б M
В G
Г D

ПОД ВНУТРЕННИМ ЭПИКАНТОМ ПОНИМАЮТ

А кожную складку, прикрывающую внутренний угол глазной щели
Б сросшиеся брови
В увеличение длины ресниц у внешнего угла глазной щели
Г заворот века

БЕЛКОМ, ТРАНСПОРТИРУЮЩИМ ЖЕЛЕЗО ИЗ КРОВИ В КОСТНЫЙ МОЗГ, ЯВЛЯЕТСЯ

А трансферрин
Б миоглобин
В ферритин
Г гемосидерин

С ВОЗРАСТОМ У ДЕТЕЙ ПРОИСХОДИТ ТОНКОЙ КИШКИ

А увеличение площади функциональной поверхности
Б увеличение относительной длины
В уменьшение общей длины
Г уменьшение площади функциональной поверхности

ВСАСЫВАНИЕ СОСТАВНЫХ ЧАСТЕЙ ПИЩИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ ПРОИСХОДИТ В

А проксимальном отделе тонкой кишки
Б восходящем отделе ободочной кишки
В горизонтальной части двенадцатиперстной кишке
Г дистальном отделе тонкой кишки

ПРОДУКТЫ РАСЩЕПЛЕНИЯ ЖИРОВ, КОТОРЫЕ ВСАСЫВАЮТСЯ В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОМ ТРАКТЕ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ, В ОСНОВНОМ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ

А жирные кислоты
Б фосфолипиды
В нейтральные жиры
Г триглицериды

МЕДЬ, КОБАЛЬТ И НИКЕЛЬ КАК МИКРОЭЛЕМЕНТЫ УЧАСТВУЮТ В

А процессе кроветворения в организме
Б процессе синтеза костной ткани
В создании постоянного осмотического давления
Г поддержании холестеринового обмена

ПРАВОЕ ЛЁГКОЕ СОСТОИТ ИЗ СЕГМЕНТОВ

А 10
Б 11
В 3
Г 9

ГЛАВНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОСТОЯННАЯ ТЕМПЕРАТУРА

А крови
Б кожи в аксиллярных впадинах
В кожи на тыльной поверхности больших пальцев стоп
Г кожи в области сердечного толчка

КОРОТКО-И СРЕДНЕЦЕПОЧЕЧНЫЕ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ ВСАСЫВАЮТСЯ

А без эмульгирования
Б подвергаясь реакции коньюгации
В подвергаясь ресинтезу в энтероцитах
Г с эмульгированием

БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ КОРОТКОЦЕПОЧЕЧНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ, ОБРАЗОВАННЫХ В ТОЛСТОЙ КИШКЕ

А используется для синтеза глюкозы в толстой кишке
Б выводится с калом
В используется для синтеза секреторных иммуноглобулинов
Г всасывается в кишечнике

БОЛЬШАЯ ЧАСТЬЖЕЛЕЗА ВСАСЫВАЕТСЯ В ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ В

А двенадцатиперстной кишке
Б толстой кишке
В прямой кишке
Г желудке

В РАСЩЕПЛЕНИИ ПОЛИСАХАРИДОВ УЧАСТВУЕТ

А амилаза
Б эластаза
В лактаза
Г мальтаза

ОСНОВНОЙ, ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РОЛЬЮ БЕЛКОВ КАК ПИТАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ ЯВЛЯЕТСЯ

А пластическая
Б каталитическая
В энергетическая
Г вкусовая

КРОВЕТВОРНЫМ ОРГАНОМ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А красный костный мозг
Б надкостница
В хрящ
Г желтый костный мозг

НА ВСАСЫВАНИЕ ВИТАМИНА В12 ВЛИЯЕТ

А соляная кислота
Б амилаза
В гастрин
Г липаза

РАСШИРЕНИЕ БРОНХОВ ПРИ ВДОХЕ ОБУСЛОВЛЕНО ВЛИЯНИЕМ НЕРВОВ

А симпатических
Б парасимпатических

В межреберных
Г возвратных

ЦЕНТР ДЫХАНИЯ РАСПОЛОЖЕН В

А продолговатом мозге
Б среднем мозге
В мозжечке
Г мосту

КИШЕЧНЫМИ ЖЕЛЕЗАМИ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ФЕРМЕНТ

А лактаза
Б трипсин
В пепсин
Г липаза

РЕЗЕРВНОЙ ЗОНОЙ УСВОЕНИЯ СОСТАВНЫХ ЧАСТЕЙ ПИЩИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ ВЫСТУПАЕТ КИШКА

А подвздошная
Б ободочная
В слепая
Г тощая

ЗАПАС ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ ОПРЕДЕЛЯЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ

А ферритин
Б гемоглобин
В гематокрит
Г трансферрин

БЫСТРЕЕ ЭВАКУИРУЕТСЯ ИЗ ЖЕЛУДКА ПИЩА

А жидкая
Б очень густая
В плохо пережеванная
Г жирная

ЭМУЛЬГИРОВАНИЮ ЖИРОВ, ПОСТУПИВШИХ В ТОНКУЮ КИШКУ

А способствуют свободные жирные кислоты и моноглицериды
Б способствуют бикарбонаты панкреатического сока
В способствуют бикарбонаты кишечного сока
Г способствует просветная микрофлора тонкой кишки

ТРАХЕЯ ДЕЛИТСЯ НА ПРАВЫЙ И ЛЕВЫЙ БРОНХ НА УРОВНЕ ГРУДНОГО ПОЗВОНКА

А IV
Б VI
В VII
Г X

ПЕРЕВАРИВАЕМЫЕ ПИЩЕВЫЕ ВОЛОКНА В ТОЛСТОЙ КИШКЕ

А расщепляются микрофлорой кишечника до короткоцепочечных жирных кислот
Б выходят с калом в неизмененном виде
В служат пластическим и энергетическим
Г субстратом для микрофлоры кишечника
Д расщепляются микрофлорой кишечника до моносахаридов

ВИЛОЧКОВАЯ ЖЕЛЕЗА ТОПОГРАФИЧЕСКИ РАСПОЛОЖЕНА

А в переднем средостении между грудиной и плечеголовными венами
Б в переднем нижнем средостении между грудиной и перикардом
В в заднем средостении
Г на шее спереди и по бокам трахеи

НАРУЖНЫЙ СФИНКТЕР МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ РАСПОЛОЖЕН

А мочеполовой диафрагме
Б основании мочевого пузыря
В мышце, поднимающей задний проход
Г сухожильном центре промежности

РАСЩЕПЛЕНИЕ БЕЛКОВ И ПЕПТИДОВ В ТОНКОЙ КИШКЕ ПРОИСХОДИТ С УЧАСТИЕМ ФЕРМЕНТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А трипсина
Б липазы
В амилазы
Г пепсина

СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ПОЛОСТИ НОСА ДЕЛИТСЯ НА ОБЛАСТИ

А обонятельную и дыхательную
Б обонятельную и слезную
В дыхательную и слезную
Г дыхательную и газообменную

К ЦЕНТРАЛЬНЫМ ОРГАНАМ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСИТСЯ

А тимус
Б селезенка
В лимфоузлы
Г миндалины

КОНЕЧНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ РАСЩЕПЛЕНИЯ УГЛЕВОДОВ В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОМ ТРАКТЕ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕ

А моносахаридов
Б трисахаридов
В дисахаридов
Г олигосахаридов

В СЛЮНЕ СОДЕРЖИТСЯ ФЕРМЕНТ

А амилаза
Б протеаза
В лактаза
Г мальтаза

КОНЕЧНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ РАСЩЕПЛЕНИЯ ЖИРОВ В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОМ ТРАКТЕ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

А моноглицериды
Б диглицериды
В фосфолипиды
Г триглицериды

ПРОДУКТЫ РАСЩЕПЛЕНИЯ УГЛЕВОДОВ, КОТОРЫЕ ВСАСЫВАЮТСЯ В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОМ ТРАКТЕ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ, ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ

А моносахариды
Б дисахариды
В трисахариды
Г олигосахариды

КОНЕЧНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ ПРОТЕОЛИЗА В ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

А свободные аминокислоты
Б олигопептиды
В ди- и трипептиды
Г полипептиды

У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ КОРОТКО-И СРЕДНЕЦЕПОЧЕЧНЫЕ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ ВСАСЫВАЮТСЯ

А только в тонкой кишке
Б только в желудке
В в толстой кишке
Г в антральном отделе желудка

СРЕДНЯЯ ДОЛЯ ПРАВОГО ЛЁГКОГО ОБРАЗОВАНА СЕГМЕНТАМИ

А латеральным (IV) и медиальным (V)
Б латеральным базальным (IX) и медиальным базальным (VII)
В медиальным базальным (VII) и передним базальным (VIII)
Г задним (II) и передним (III)

ЖИРЫ РАСЩЕПЛЯЕТ ФЕРМЕНТ

А панкреатическая липаза
Б лактаза
В сахараза
Г панкреатическая эластаза

ВОДИТЕЛЬ ДВИГАТЕЛЬНОГО РИТМА ЖЕЛУДКА РАСПОЛАГАЕТСЯ В ОБЛАСТИ

А верхней части тела по большой кривизне
Б антрального отдела желудка
В кардиального отдела желудка
Г верхней части тела по малой кривизне

НОРМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А коническая
Б килевидная
В плоская
Г воронкообразная

ИЗМЕНЕНИЕМ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ, КОТОРОЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ У НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА ПРИ ОХЛАЖДЕНИИ ДО 32°С, ЯВЛЯЕТСЯ

А метаболический ацидоз
Б дыхательный алкалоз
В метаболический алкалоз
Г дыхательный ацидоз

НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ БИОЛОГИЧЕСКОЕ СОЗРЕВАНИЕ ОРГАНИЗМА РЕБЁНКА, ЯВЛЯЕТСЯ

А костный возраст
Б степень развития вторичных половых признаков
В длина тела
Г число постоянных зубов

КРИТЕРИИ КИСЕЛЯ - ДЖОНСОНА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ В ДИАГНОСТИКЕ

А острой ревматической лихорадки
Б системной красной волчанки
В ювенильного идиопатического артрита
Г саркоидоза лимфатических узлов

ДЕТИ , ПЕРЕНЕСШИЕ ОСТРУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ БЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ ПОРОКА СЕРДЦА , ПОДЛЕЖАТ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ (В ГОДАХ)

А 5
Б 10
В 1
Г 3

КРАТНОСТЬ ОСМОТРОВ РЕБЕНКА , ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРЫЙ НЕРЕВМАТИЧЕСКИЙ КАРДИТ , ВРАЧОМ - КАРДИОРЕВМАТОЛОГОМ В НЕАКТИВНОЙ ФАЗЕ НА ВТОРОМ ГОДУ НАБЛЮДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В

А 6 месяцев
Б месяц
В неделю
Г 3 месяца

ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ В ВИДЕ ИНДУРАЦИИ И АТРОФИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

А склеродермии
Б ювенильном дерматомиозите
В болезни Шенлейна – Геноха
Г ювенильном артрите

ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А амилоидозом
Б дисметаболической нефропатией
В интерстициальным нефритом
Г пиелонефритом

ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ДЛЯ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА ЯВЛЯЮТСЯ

А некроз кожи и локальные отеки
Б дефицит пульса и снижение артериального давления
В анулярная эритема и ревматические узелки
Г малая хорея и утренняя скованность

ПОСЛЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА С ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ ПЕРЕВОДЯТ НА ВТОРОЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ

А санаторий
Б поликлинику
В диагностический центр
Г туберкулезный диспансер

ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ОТМЕЧАЕТСЯ

А лейкопения, тромбоцитопения
Б лейкоцитоз , тромбоцитопения
В тромбоцитопения , эозинофилия
Г тромбоцитоз , лимфомоноцитоз

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

А 2-3 недели
Б 5 месяцев
В 6 недель
Г 3-4 дня

К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ОТНОСЯТ

А кардит
Б лихорадку
В ускорение СОЭ
Г лейкоцитоз

ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ РЕВМАТИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

А кардит
Б артралгия
В лихорадка
Г очаговая инфекция

ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ В ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО ВКЛЮЧАЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

А антител к двуспиральной ДНК
Б ревматоидного фактора
В креатинфосфокиназы
Г антинейтрофильных цитоплазматических антител

РАЗВИТИЕ ЛЕЙКОПЕНИИ И ТРОМБОПЕНИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А системной красной волчанки
Б острой ревматической лихорадки
В системной склеродермии
Г ювенильного идиопатического артрита

ГЕННО - ИНЖЕНЕРНЫМ БИОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ ПРИ ТЯЖЕЛОМ , КРИЗОВОМ ТЕЧЕНИИ С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК , ЯВЛЯЕТСЯ

А Ритуксимаб
Б Абатацепт
В Тоцилизумаб
Г Адалимумаб

БИЦИЛЛИНОПРОФИЛАКТИКА ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ С

А хронической ревматической болезнью сердца
Б хроническим тонзиллитом
В пневмонией
Г гломерулонефритом

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ АРТРИТА ПРИ ОТРОЙ РЕМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А летучесть болей
Б утренняя скованность суставов
В длительное течение артрита
Г поражение мелких суставов

В СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

А гранулемы Ашоффа – Талалаева
Б клетки Березовского – Штернберга
В клетки Гоше
Г волчаночные клетки

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЮТСЯ

А системные глюкокортикостероиды
Б спазмолитики и миорелаксанты
В антигистаминные препараты
Г нестероидные противовоспалительные препараты

РАЗВИТИЕ АЛОПЕЦИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

А системной красной волчанке
Б острой ревматической лихорадке
В ювенильном идиопатическом артрите
Г ювенильном дерматомиозите

К ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ОТНОСЯТ

А антинуклеарный фактор (АНФ) и антитела (АТ) к двуспиральной ДНК
Б повышение титров антистрептолиизин - О (АСЛО) и антистрептогиалуронидазы (АС
В положительная реакция Райта и Хеддельсона
Г ревматоидный фактор и сиаловые кислоты

ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ КРИТЕРИЕВ ОСТРОЙ РЕМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А кардит
Б артралгия
В полимиозит
Г перитонит

В КАЧЕСТВЕ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА НАЗНАЧАЮТ

А метотрексат
Б циклофосфамид
В меркаптопурин
Г азатиоприн

ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ПОВЕРХНОСТНОЙ И ОБРАТИМОЙ СТАДИЕЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ЯВЛЯЕТСЯ

А мукоидное набухание
Б склероз
В фибриноидное изменение
Г гранулематоз

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА ДИКЛОФЕНАК НАТРИЯ ПРИМЕНЯЮТ В ДОЗЕ . МАССЫ ТЕЛА В СУТКИ МГ / КГ

А 2-3
Б 20-30
В 0,02-0,03
Г 0,2-0,3

ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ

А генерализованное поражение мышц
Б синдром Рейно
В нефропатия
Г нейропатия

ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИМЕНЯЮТ

А противовоспалительные препараты
Б сердечные гликозиды
В антибиотики
Г диуретики

ФИКСИРОВАННАЯ ЭРИТЕМА НА СКУЛОВЫХ ДУГАХ С ТЕНДЕНЦИЕЙ К РАСПРОСТРАНЕНИЮ НА НАЗОЛАБИАЛЬНЫЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ СКЛАДКИ ЧАЩЕ

А системной красной волчанке
Б системной склеродермии
В узловатой эритеме
Г ювенильном дерматомиозите

ОСНОВНЫМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ

А иммунными комплексами
Б вирусами
В бактериальными токсинами
Г микротромбами

К << МАЛОМУ » ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ КРИТЕРИЮ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ОТНОСЯТ

А артралгию
Б кардит
В подкожные ревматические узелки
Г хорею

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

А малая хорея
Б увеличение с - реактивного белка (срб)
В лихорадка
Г удлинение интервала R - R на ЭКГ

ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО КОЖА И

А суставы , почки , кишечник
Б сердце , почки , кишечник
В лёгкие , ЦНС , кишечник
Г суставы , лёгкие , кишечник

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ВКЛЮЧАЕТ

А бициллинопрофилактику
Б назначение кардиометаболической терапии
В применение антигистаминных препаратов
Г витаминотерапию

В ОСНОВНЫЕ (БОЛЬШИЕ) ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ВХОДИТ

А хорея
Б мигрирующая эритема
В лихорадка
Г перемежающаяся хромота

К МАЛЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ - ДЖОНСУ - НЕСТЕРОВУ ОТНОСИТСЯ

А артралгия
Б полиартрит
В анулярная эритема
Г кардит

ФОТОСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ , ФИКСИРОВАННАЯ ЭРИТЕМА НА СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ , СЕРОЗИТ , НЕФРИТ ОТНОСЯТСЯ К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ

А системной красной волчанки
Б системной склеродермии
В острой ревматической лихорадки
Г ювенильного идиопатического артрита

ОТСУТСТВИЕ ПУЛЬСА НА ОДНОЙ РУКЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ БОЛЕЗНИ

А Такаясу
Б Хашимото
В Вегенера
Г Кавасаки

К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ - ДЖОНСУ - НЕСТЕРОВУ ОТНОСЯТ

А полиартрит
Б увеличение QT на ЭКГ
В снижение зубца Т на ЭКГ
Г повышение титра антистрептолизина О (АСЛО)

ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А гемолитический стрептококк группы А
Б вирус Коксаки В
В золотистый стафилококк
Г гемофильная палочка

К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ ОТНОСЯТ

А перемежающуюся , летучую , эритематозную сыпь
Б артрит , ассоциированный с энтезитами
В постоянную , обильную папулезную сыпь
Г псориаз у родственников первой линии

ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ СЫПИ

А вокруг носа и на щеках (в форме бабочки)
Б на сгибательных поверхностях конечностей, в локтевых и поколенных ямках , на кистях
В на лице вокруг естественных отверстий (периоральная и периорбитальная область)
Г в области крупных суставов

<< БОЛЬШИМ » ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А кольцевидная эритема
Б артралгия
В повышенный титр противострептококковых антител
Г удлинение интервала Р - Q на ЭКГ

ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А мышечная слабость
Б деструктивная артропатия
В геморрагическая сыпь
Г асимметрический полирадикулоневрит

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

А кардит
Б лихорадка
В увеличение С - реактивного белка (СРБ)
Г артралгия

<< БОЛЬШИМ » ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А кардит
Б лихорадка
В удлинение интервала Р - Q на ЭКГ
Г перенесенная стрептококковая инфекция

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

А полиартрит
Б увеличение
В реактивного белка (СРБ) с увеличение скорости оседания эритроцитов (ОЗ)
Г артралгия

ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ УЗЛОВАТОЙ ЭРИТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

А симметрично расположенных плотных, болезненных узлов в подкожной клетчатке вишнёво - красного цвета
Б экссудативно - геморрагических кожных элементов
В безболезненных очагов уплотнения в подкожной клетчатке нормального цвета
Г кожных буллезных элементов

НАРУШЕНИЕ ГЛОТАНИЯ И ФОНАЦИИ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ОБУСЛОВЛЕНО ПОРАЖЕНИЕМ

А мышц глотки и гортани
Б ядер IX и X пар черепно - мозговых нервов
В ядер XI и XII пар черепно - мозговых нервов
Г ствола головного мозга

ОСЛОЖНЕНИЕМ РЕВМАТОИДНОГО УВЕИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А потеря зрения
Б близорукость
В атрофия зрительного нерва
Г наличие отделяемого из конъюнктивальной области

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А циклофосфамид
Б азатиопри
В метотрексат
Г циклоспорин

ХОРЕЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ И

А системной красной волч
Б ювенильного спондилоартрита
В ювенильной системной склеродермии
Г панникулита Вебера – Крисчена

АТИПИЧНЫЙ БОРОДАВЧАТЫЙ ЭНДОКАРДИТ ЛИБМАНА - САКСА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

А системной красной волчанке
Б смешанном заболевании соединительной ткани
В острой ревматической лихорадке
Г болезни Шегрена

ПОД ФАКТОРАМИ РИСКА ПОНИМАЮТ ФАКТОРЫ

А потенциально опасные для здоровья
Б вызывающие физическое и/или эмоциональное напряжение
В вредные и опасные производственные
Г повышающие опасность травматизма

ЗАКАЛИВАНИЕ ОБЛИВАНИЕМ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОРЗ ПРОДОЛЖАЮТ

А с обливания водой индифферентной температуры
Б с обливания водой температуры, достигнутой до болезни
В сначала только в летний период, когда повысится естественная закаленность
Г с обтирания, а затем обливания

СУТОЧНАЯ ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ДОЛЖНА СООТВЕТСВОВАТЬ

А функциональным возможностям неравномерно развивающихся систем организма
Б группе здоровья
В физической подготовленности
Г биологическому возрасту

ЦЕЛЬ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СОСТОИТ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ

А хронических заболеваний
Б гибели детей
В несчастных случаев
Г острых заболеваний

БЕЗОПАСНАЯ НЕПРЕРЫВНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЙ ЗА КОМПЬЮТЕРОМ ЗАВИСИТ ОТ

А состояния здоровья, возраста ребенка, характера занятий
Б состояния здоровья, пола ребенка, стоимости компьютера
В возраста ребенка, размера экрана, вида обучения
Г состояния здоровья, психологического климата на уроке, мотивации

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СНА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В 15-17 ЛЕТ СОСТОВЛЯЕТ (ЧАС)

А 9-8
Б 10
В 11
Г 12

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗНАЧИТЕЛЬНОГО УТОМЛЕНИЯ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

А контраст между фоном и символами на экране, размеры знаков на мониторе, стабильность изображения, цветовое решение
Б кегель шрифтов, контраст между фоном и знаками, размер монитора, расположение клавиатуры
В контраст между фоном и экраном, длина строки, высота заглавной буквы, разрешение экрана, электромагнитное излучение
Г размеры знаков на экране, четкость и ясность изображения, голубой экран и белые буквы

ПРЯМЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ НА УРОВНЕ СОЦИАЛЬНОЙ ОБЩНОСТИ ВЫСТУПАЕТ

А общественное поведение в отношении поддержания здоровья
Б применение населением теоретических гигиенических знаний
В неинфекционная заболеваемость населения за последние 5 лет
Г проекты по гигиеническому воспитанию в масштабах города, района, области

СПОСОБНОСТЬЮ ПРОТИВОСТОЯТЬ УТОМЛЕНИЮ В КОЙ-ЛИБО ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А выносливость
Б ловкость
В адаптивность
Г гибкость

К ПРИНЦИПАМ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ОТНОСЯТ

А актуальность, доступность, систематичность, дифференцированный подход
Б многоуровневый подход (индивидуальный, групповой, популяционный)
В вовлечение широких масс населения, тренинги
Г изменение поведения отдельных групп населения

ВАЛЕОЛОГИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАУКОЙ О

А здоровье и здоровом образе жизни
Б естественных факторах природы
В профилактике заболеваний
Г лечении заболеваний с помощью движения

ОБТИРАНИЕ ВОДОЙ, КАК ЗАКАЛИВАЮЩУЮ ПРОЦЕДУРУ, СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ТЕМПЕРАТУРЫ ВОДЫ

А индифферентной
Б прохладной
В горячей
Г теплой

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СНА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В 11-14 ЛЕТ СОСТАВУЛЯЕТ (ЧАС)

А 10-9
Б 9-8
В 11
Г 12

ПРЕИМУЩЕСТВОМ МАССОВЫХ ФОРМ РАБОТЫ ПО ГИГИЕНИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

А большой охват населения
Б использование дифференцированного подхода
В большие затраты времени специалиста
Г задействование дистанционных технологий

КАКОЙ ФАКТОР СПОСОБСТВУЕТ УЛУЧШЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ?

А оптимальные условия проживания и обучения
Б низкокалорийное питание
В интенсивные занятия спортом высоких достижений
Г высококалорийное питание

ДНЕВНОЙ СОН У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ПРЕКРАЩАЕТСЯ ПОСЛЕ (ГОД)

А 6-7
Б 2-3
В 4-5
Г 8-10

СОГЛАСНО ДАННЫМ ВОЗ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРОМ, ВЛИЯЮЩИМ НА ЗДОРОВЬЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

А образ жизни
Б наследственность
В внешняя среда
Г здравоохранение

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ САУНЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ВОЗМОЖНО

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

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ НАПРАВЛЕНО НА ФОРМИРОВАНИЕ

А позитивного в отношении здоровья стиля жизни индивидуума, группы лиц, общества в целом
Б умений и навыков, позитивных в отношении здоровья
В позитивной в отношении здоровья системы взглядов
Г позитивного в отношении здоровья общественного мнения

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ И ОБРАЗОВАНИЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ПРОЦЕССЕ

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

КАКОЙ ФАКТОР РЕЖИМА ДНЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНО ВЛИЯЕТ НА РОСТ ДЕТЕЙ?

А адекватная физическая подвижность, достаточность сна
Б включение в досуг детей посещение спортивных секций
В прогулки на свежем воздухе не менее 2 часов
Г четкое соблюдение режима питания

К ПОСЛЕДСТВИЯМ ГИПОКИНЕЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ОТНОСЯТ

А снижение функциональных возможностей организма
Б снижение количества локомоций
В повышение функциональных возможностей систем организма
Г изменение качественного состава локомоций

ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗАКАЛИВАНИЯ РЕБЕНКА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

А состояние здоровья ребенка, характер перенесенного заболевания
Б температура тела, наличие термоасимметрии, длительность заболевания
В частоту и длительность заболеваний за предыдущий год, средневзвешенную температуру тела
Г удельную теплоотдачу, температуру воздействия фактора, время года

АНКЕТИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ

А уровень знаний о профилактике заболеваний
Б качество оказания медицинской помощи
В состояние здоровья
Г уровень здоровья

МАССОВОЙ ФОРМОЙ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А использование масс-медиа
Б инструктаж медработником
В дистанционное консультирование
Г урок здоровья в школе

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

А количестве противоэпидемических мероприятий, числе травм, несчастных случаев и отравлений
Б количестве направлений детей в санатории-профилактории
В деятельности организации здравоохранения по социально-правовым вопросам
Г проведенных профилактических прививках за год, уровне инфекционной заболеваемости

ПРЕИМУЩЕСТВОМ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ФОРМ РАБОТЫ ПО ГИГИЕНИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

А использование индивидуального подхода
Б большой охват населения
В использование дифференцированного подхода
Г небольшие затраты времени специалиста

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ВАННЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ (МИН.)

А 5-7
Б 8-10
В 2-3
Г 10-15

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ ПОДРАЗУМЕВАЕТ

А предупреждение формирования болезни
Б создание условий для повышения уровня здоровья
В устранение факторов риска, которые могут привести к возникновению болезни
Г предупреждение обострений болезни и реабилитацию больных

ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЗАВИСИТ ОТ

А функциональных возможностей органов и систем
Б физиометрических показателей
В соматометрических показателей
Г варианта физического развития

НОРМА СУТОЧНОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ВОСПОЛНЯЕТСЯ ПРИ

А удовлетворении биологической потребности организма в движениях
Б индивидуальных формах занятий физическими упражнениями
В организованных формах занятий физическими упражнениями
Г выполнении контрольных нормативов скоростно-силовых тестов

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ МАССАЖА ЯВЛЯЕТСЯ

А лихорадка
Б кривошея
В дисплазия тазобедренных суставов
Г паховая грыжа

ПРОЯВЛЕНИЕ ГИПОКИНЕЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

А снижении количества локомоций
Б снижении резистентности организма
В снижении функциональных возможностей органов и систем
Г изменении качественного состава локомоций

ПРОВЕДЕНИЕ «УРОКА ЗДОРОВЬЯ» В ОРГАНИЗОВАННОМ ДЕТСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМОЙ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОСВЕЩЕНИЯ

А групповой
Б массовой
В популяционной
Г индивидуальной

ПАССИВНОЕ ЗАКАЛИВАНИЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ

А правильное использование теплозащитных свойств одежды и регулирование температуры воздуха в помещениях
Б применение низкотемпературного воздействия
В специальное воздействие смены температур
Г применение высокотемпературного воздействия

КАКИЕ ГРУППЫ ФАКТОРОВ ВЛИЯЮТ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА?

А эндогенные и экзогенные
Б психолого-педагогическое
В географические и медико-биологические
Г социально-экономические

МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА УСТРАНЕНИЕ ИЛИ КОМПЕНСАЦИЮ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ВОССТАНОВЛЕНИЕ УТРАЧЕННЫХ ФУНКЦИЙ, ОТНОСЯТСЯ К ПРОФИЛАКТИКЕ

А третичной
Б первичной
В индивидуальной
Г вторичной

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ ДО 3 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ЧИСТКИ ЗУБОВ ЗУБНУЮ ЩЕТКУ

А очень мягкую
Б мягкую
В жесткую
Г средней жесткости

В СОДЕРЖАНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ВХОДИТ

А совокупность медицинских знаний, предназначенных для усвоения и практического применения
Б программы, проекты в масштабах города, района, области
В способ применения средств гигиенического воспитания
Г способ управления познавательной и практической деятельностью популяции

К ПЕРВИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ

А злоупотребление алкоголем
Б сахарный диабет
В гиперхолестеринемию
Г артериальную гипертензию

КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ УТОМЛЕНИЯ ПРИ РАБОТЕ ЗА КОМПЬЮТЕРОМ ВКЛЮЧАЕТ

А соблюдение регламентов работы, проветривание кабинета, проведение физкультминуток
Б регламентирование времени работы за компьютером, проведение гимнастики для глаз, правильное рассаживание учащихся
В регламентирование времени перерывов, проветривание помещения, влажную уборку класса
Г ориентацию компьютерного класса на север, проветривание помещения, соблюдение нормативной площади помещения

ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАПРАВЛЕНА НА

А предупреждение инвалидности
Б уменьшение влияния неблагоприятных средовых факторов
В здорового ребенка
Г более ранние сроки созревания функций организма

СУТОЧНАЯ ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ДОШКОЛЬНИКА ВОСПОЛНЯЕТСЯ ВО ВРЕМЯ

А подвижных игр на воздухе
Б утренней гимнастики
В занятий плаванием
Г занятий в спортивных секциях

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НОЧНОГО СНА ДЛЯ ПЕРВОКЛАССНИКОВ СОСТАВЛЯЕТ (ЧАС)

А 10-11
Б 12-13
В 6-7
Г 8-9

СПЕЦИАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЗАКАЛИВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А частичные и общие воздушные ванны (летом- свето-воздушные ванны)
Б поддержание температуры воздуха в помещении в пределах нормы
В сон детей в помещениях с открытыми фрамугами
Г воздействие пульсирующего микроклимата за счет перепадов температур

КАКИЕ СУЩЕСТВУЮТ УРОВНИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ?

А популяционный, групповой, семейный
Б межличностный, общественный
В сообщества, индивидуума
Г государственный, личностный

НОРМА СУТОЧНОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СПОСОБСТВУЕТ

А своевременному и гармоничному развитию индивидуума
Б организации спортивных праздников
В выполнению контрольных нормативов скоростно-силовых тестов
Г формированию мотивации к занятиям физической культурой

ОБЛИВАНИЕ ВОДОЙ, КАК ЗАКАЛИВАЮЩУЮ ПРОЦЕДУРУ, СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ВОДЫ ТЕМПЕРАТУРЫ (ГРАДУС ЦЕЛЬСИЯ)

А до 36
Б до 33
В от 40-43
Г 18-20

РАБОТАЮЩИЙ КОМПЬТЕР ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ ИЗЛУЧЕНИЯ

А электромагнитного
Б ионизирующего
В статического
Г рентгеновского

К ЗАКАЛИВАЮЩИМ И ПОВЫШАЮЩИМ ИММУНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ОРГАНИЗМА ФАКТОРАМ ОТНОСЯТ

А оптимальную двигательную активность, воздушные и водные процедуры, ультрафиолетовое облучение
Б посещение солярия, двигательную активность, водные процедуры, пребывание на свежем воздухе
В высокую двигательную активность, наличие места для организации дневного сна на воздухе, прием адаптогенов
Г правильное питание, употребление биодобавок, посещение сауны и купание в проруби, рефлексотерапия

СИСТЕМА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ЗАКАЛИВАНИЮ ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ВКЛЮЧАЕТ

А умывание прохладной водой, широкую аэрацию помещений, правильную организацию прогулок
Б посещение бассейна и сауны, проведение прогулок на открытом воздухе по
В в одежде, соответствующей погодным условиям
Г умывание водой комнатной температуры, сквозное проветривание помещений, групповую изоляцию
Д прогулки на свежем воздухе, проветривание помещений два раза в день, облегченную одежду

ДИСКУССИЯ КАК ФОРМА ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ

А способствует формированию позитивных установок в отношении здоровья
Б учет вести агитацию
В охватывает большие массы людей
Г отрабатывает гигиенические умения и навыки

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ НАПРАВЛЕНО НА

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

КАКОВА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ УРОВНЕЙ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ У НАСЕЛЕНИЯ?

А знания, убеждения, навыки, умения
Б умения, убеждения, навыки, знания
В знания, умения, убеждения, навыки
Г знания, убеждения, умения, навыки

СВЕТОВОЗДУШНЫЕ ВАННЫ, КАК ЗАКАЛИВАЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ, ПРОВОДЯТСЯ В

А утренние часы, с постепенным увеличением их продолжительности, когда ребенок находится в движении
Б утренние часы, с постоянной продолжительностью, когда ребенок находится в состоянии покоя
В дневные часы, с постоянной продолжительностью, когда ребенок находится в движении
Г вечерние часы, с постепенным увеличением их продолжительности, когда ребенок находится в состоянии покоя

ГИПЕРКИНЕЗИЯ НАПРАВЛЕНА НА АДАПТАЦИЮ ОРГАНИЗМА

А высокому уровню двигательной активности
Б к началу обучения в школе
В урокам физкультуры
Г низкому уровню двигательной активности

ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННЫМ РУКОВОДСТВОМ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

А воспитание
Б тренировка
В социализация
Г обучение

К МЕРАМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ

А оздоровление окружающей среды
Б противорецидивное лечение
В санаторно-курортное лечение
Г физиотерапию

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ УСВОЕНИЯ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А выступление в роли обучающего (ведущего)
Б использование наглядных пособий
В обсуждение в группах
Г обучение практикой действия

СИСТЕМУ МЕР ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ БОЛЕЗНЕЙ, СОХРАНЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ И ПРОДЛЕНИЮ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА ИЗУЧАЕТ МЕДИЦИНА

А профилактическая
Б нетрадиционная
В социальная
Г клиническая

К АКТИВНЫМ МЕТОДАМ МЕДИЦИНСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ОТНОСЯТ

А занятия по обучению гигиене в группе детского сада
Б проведение выставок средств гигиены
В телевизионную рекламу
Г издание научно-популярной литературы

К ПРИНЦИПАМ ЗАКАЛИВАНИЯ НЕ ОТНОСЯТ

А проведение процедур в определенное время дня

Б систематичность и сочетание общего и местного закаливания
В постепенность и безопасность
Г позитивный настрой ребенка

СОЦИОПАТИЧЕСКОЙ СЧИТАЮТ СЕМЬЮ

А с ребенком-инвалидом, нуждающимся в социальном обеспечении
Б в которой один или оба родителя страдают алкоголизмом, наркоманией или находится в заключении
В один из членов которой болен туберкулезом или другим хроническим заболеванием
Г с низким материальным достатком, нуждающуюся в социальной поддержке

ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ ЗАКАЛИВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А постепенность, систематичность и последовательность проведения процедур
Б проведение комплексной оценки состояния здоровья ребенка перед началом закаливания
В проведение закаливания только в теплое время года в одежде, соответствующей погодным условиям
Г начало закаливания должно приходиться на период высокой естественной закаленности

К ПАССИВНЫМ ФОРМАМ МЕДИЦИНСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ОТНОСЯТ

А телевизионную рекламу
Б беседу с родителями ребенка на приеме
В проведение «урока здоровья» в школе
Г занятия по обучению гигиене в группе детского сада

НЕДОСТАТКОМ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ФОРМЫ РАБОТЫ ПО ГИГИЕНИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

А небольшой охват населения
Б отсутствие обратной связи
В использование дифференцированного подхода
Г большой охват населения

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ДЕТЯМ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ЧИСТКИ ЗУБОВ ЗУБНУЮ ЩЕТКУ

А мягкую
Б средней жесткости
В очень мягкую
Г жесткую

ТЕМПЕРАТУРА ВОДЫ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ВАННЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУС ЦЕЛЬСИЯ)

А 36,5-37,0
Б 34,0-35,0
В 35,5-36,0
Г 37,5-38,0

К ПЕРВОЙ ГРУППЕ ЗАКАЛИВАНИЯ ОТНОСЯТСЯ ДЕТИ

А здоровые, ранее закаливаемые
Б имеющие хронические заболевания в стадии декомпенсации
В после длительного заболевания
Г имеющие функциональные отклонения в состоянии здоровья

ЦЕЛЬ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ СОСТОИТ В

А положительных изменениях в стиле жизни, приводящих к улучшению потенциала и баланса здоровья
Б расширении кругозора по медико-генетическим вопросам
В формировании адекватных убеждений в отношении здоровья
Г обучении распознаванию первых признаков инфекционных и неинфекционных заболеваний

ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ РАБОТЫ ДЕТСКОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А пропаганда здорового образа жизни
Б выявление острых заболеваний
В диагностика факторов риска
Г выявление хронических заболеваний

ЛУЧШИМ ОТДЫХОМ ДЛЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

А сон
Б игра
В прогулка
Г зарядка

К ТРЕТЬЕЙ ГРУППЕ ЗАКАЛИВАНИЯ ОТНОСЯТ ДЕТЕЙ

А с хроническими заболеваниями в стадии компенсации
Б с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации
В здоровых, впервые приступающих к закаливанию
Г здоровых, ранее закаливаемых

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТ ЗДОРОВЬЕ, КАК СОСТОЯНИЕ

А которому свойственно не только отсутствие болезней или физических дефектов, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие
Б отсутствие болезней в стадии декомпенсации или физических дефектов и субъективных ощущений нездоровья, душевное спокойствие и социальное благополучие
В способности биосистемы к самоорганизации через механизмы гомеостаза, адаптации, реактивности, резистентности с привлечением высших ступеней организации личности психических и духовных качеств
Г характеризующееся отсутствием у человека органических нарушений и субъективных ощущений нездоровья; базовая человеческая ценность для полноценной жизни, удовлетворения духовных и материальных потребностей индивида

ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ СОЛНЕЧНОГО УДАРА ЛЕТОМ РЕБЕНКУ

А необходимо избегать длительного пребывания под прямыми солнечными лучами
Б необходимо давать много жидкости в жаркие дни
В не следует выходить на улицу
Г следует большую часть времени проводить у водоемов

В ПОНЯТИЕ «ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ» ВХОДЯТ

А диета, лечебные столы, режим, витаминизация
Б рекомендации по вакцинации против гриппа и профилактика
В рекомендации по занятиям профессиональным спортом, режим, витаминизация
Г профилактика и лечение педикулеза

В ВОЗРАСТЕ 11-14 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЛОЖИТЬСЯ СПАТЬ НЕ ПОЗДНЕЕ (ЧАС)

А 22
Б 21
В 23
Г 20

В ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ НАПРАВЛЯЮТ ДЕТЕЙ

А здоровых
Б инвалидов
В реконвалесцента острого заболевания
Г с хроническим заболеванием

ЗАНЯТИЯ ЗА КОМПЬЮТЕРОМ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ

А напряжение зрительного анализатора
Б нарушение слуха и обоняния
В обострение хронических заболеваний
Г повышение работоспособности

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ОБУЧАЮШИМИСЯ ВКЛЮЧАЕТ

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

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ НАПРАВЛЕНО НА ФОРМИРОВАНИЕ

А умений и навыков
Б системы взглядов
В мотивации на здоровый образ жизни
Г общественного мнения

К ДИНАМИЧЕСКОМУ СТЕРЕОТИПУ ПОВЕДЕНИЯ В ВЫПОЛНЕНИИ КОМПЛЕКСА ГИГИЕНИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ОТНОСЯТ

А навыки
Б умения
В знания
Г убеждения

К ЗАДАЧАМ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ОТНОСЯТ

А формирование системы взглядов и стереотипа
Б поведения в отношении здоровья
В обследование детей перед поступлением в детские дошкольные учреждения и школы
Г осуществление профилактического наблюдения за часто болеющими детьми
Д обучение основам формирования здорового образа жизни детей взятых на диспансерный учет

В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

А обучение родителей и детей о вредных и опасных для здоровья факторах и привычках
Б консультирование врачами-специалистами
В аттестации лиц, деятельность которых связана с обслуживанием детского населения
Г проведение социологических исследований

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ЗАКАЛЕННОСТИ ОРГАНИЗМА ПРОВОДЯТ

А исследование сосудистой реакции на охлаждение
Б изучение заболеваемости
В расчет индекса здоровья
Г определение температуры тела ребенка

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

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

С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕУТОМЛЕНИЯ В РЕЖИМЕ ДНЯ УЧАЩИХСЯ СТАРШИХ КЛАССОВ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРЕДУСМОТРЕН НОЧНОЙ СОН НЕ МЕНЕЕ (ЧАС)

А 8
Б 5
В 7
Г 6

ОЦЕНКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ПЕДИАТРОМ ПРОВОДИТСЯ ПО ШКАЛЕ ФАКТОРОВ, ДЕЙСТВУЮЩИХ В СИСТЕМЕ

А «мать-плод»
Б «беременность-семья»
В «семья-ребенок»
Г «мать-отец»

ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА

А предупреждение осложнений возникшего заболевания
Б восстановление функциональной целостности
В предупреждение возникновения заболеваний
Г функциональную реабилитацию заболеваний

ПОД УСТРАНЕНИЕМ ФАКТОРОВ РИСКА ПОНИМАЮТ

А первичную профилактику заболеваний
Б эпидемиологическое обследование детского населения
В третичную профилактику заболеваний
Г вторичную профилактику заболеваний

ОБЪЕКТОМ ВАЛЕОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А практически здоровый человек
Б человек с девиантным поведением
В человек с избыточным весом
Г больной человек

ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ?

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

К ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ФОРМЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ОТНОСЯТ

А консультирование
Б лекцию
В семинар
Г вечер вопросов

ГИПОКИНЕЗИЯ НАПРАВЛЕНА НА АДАПТАЦИЮ ОРГАНИЗМА К

А низкому уровню двигательной активности
Б высокому уровню двигательной активности
В ` началу обучения в школе
Г урокам физкультуры

ЗАКАЛИВАЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ЛУЧШЕ ВСЕГО НАЧИНАТЬ

А летом
Б осенью
В зимой
Г весной

САМЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ВОСПИТАНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А личный пример поведения
Б беседа на разные темы
В самовоспитание
Г нравоучительная речь

ПОСЛЕДСТВИЕМ ГИПЕРКИНЕЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А снижение резистентности организма
Б уменьшение количества локомоций
В увеличение количества локомоций выше нормируемой
Г улучшение морфо-функционального состояния

ДЛЯ СРЕДСТВ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ НЕ ХАРАКТЕРЕНЫ

А практические занятия
Б плакаты
В памятки
Г буклеты

НАИБОЛЕЕ ДОСТУПНЫМИ ПРОЦЕДУРАМИ ЗАКАЛИВАНИЯ В ДЕТСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ ЯВЛЯЮТСЯ

А обтирание и обливание
Б «морские прогулки», «солевая дорожка»
В плавание в бассейне, сауна
Г контрастный душ, купание в проруби

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРОВОДЯТ

А вне зависимости от наличия случаев инфекционных болезней
Б при множественных случаях инфекционных заболеваний
В в зависимости от эпидемической ситуации в регионе
Г при единичных случаях инфекционных заболеваний

ДЛЯ ГРУППОВЫХ ФОРМ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ХАРАКТЕРНО

А общение между специалистом и группой лиц, на которую направлен воспитательный процесс
Б опосредованное общение между консультантом и подростком
В дистанционное общение группы специалистов со школьной аудиторией
Г вечера вопросов и ответов по гигиенической тематике

БРОСАНИЕ, КАТАНИЕ, МЕТАНИЕ МЯЧЕЙ СПОСОБСТВУЮТ РАЗВИТИЮ У ДЕТЕЙ

А глазомера, согласованности движений, ритмичности
Б выразительности и плавности движений, выносливости
В выносливости, быстроты движений, силы
Г гибкости, мышечной силы, прыгучести

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРОВОДИТЬ В ФОРМЕ

А урока здоровья
Б семинара
В лекции
Г беседы

С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕУТОМЛЕНИЯ В РЕЖИМЕ ДНЯ УЧАЩИХСЯ 1 КЛАССОВ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРЕДУСМОТРЕН НОЧНОЙ СОН НЕ МЕНЕЕ (ЧАС)

А 10
Б 7
В 8
Г 9

ПРЯМЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ НА УРОВНЕ ИНДИВИДУУМА ВЫСТУПАЕТ

А поведение в отношении здоровья
Б уровень знаний о здоровье
В соблюдение правил гигиены
Г снижение неинфекционной заболеваемости

ОБТИРАНИЕ ВОДОЙ, КАК ЗАКАЛИВАЮЩУЮ ПРОЦЕДУРУ, СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

А верхних и нижних конечностей, от периферии к центру
Б туловища, от центра к периферии
В нижних конечностей, от периферии к центру
Г верхних конечностей, от периферии к центру

ЗУБНУЮ ПАСТУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ДЕТЕЙ, НАЧИНАЯ С (ГОД)

А 1,5-2
Б 4
В 3
Г 5

ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А общение между специалистом и персоной, на которою направлен воспитательный процесс
Б дистанционное общение консультанта с несколькими индивидуумами
В лекторий на базе школы по гигиенической тематике
Г работа классного руководителя в диспут-клубе

ПРОВЕДЕНИЕ БЕСЕДЫ С ПАЦИЕНТОМ И ЕГО РОДИТЕЛЯМИ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ
ПРИЕМЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМОЙ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ

А индивидуальной
Б групповой
В популяционной
Г массовой

КТО ПРОВОДИТ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНУЮ РАБОТУ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ?

А медицинский персонал
Б сотрудники Центров медицинской профилактики
В сотрудники Центров здоровья
Г сотрудники Роспотребнадзора

ДЛЯ ЗАКАЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ИСПОЛЬЗУЮТ

А воздушные ванны, солнечные ванны, водные процедуры
Б окунание в прорубь, походы в горы
В прогулки на свежем воздухе, ходьбу пешком, плавание
Г «моржевание», солярий, бег босиком по снегу

ВИДОМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ПРИВЛЕЧЕНИЯ К АКТИВНОМУ УЧАСТИЮ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

А санитарное просвещение
Б первичная профилактика
В профилактическая работа
Г пропаганда здорового образа жизни

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИСКЛЮЧАЕТ ПРОВЕДЕНИЕ

А медико-социальной реабилитации
Б санитарно-гигиенического воспитания
В диспансерных медицинских осмотров
Г группового консультирования

ВЫРАБОТКА СПОСОБНОСТИ ПРАВИЛЬНО ВЫПОЛНЯТЬ МЕДИЦИНСКИЕ, ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А умениями
Б убеждениями
В знаниями
Г навыками

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ В ФОРМЕ

А игры
Б беседы
В лекции
Г урока

ПРИ ГРУППОВЫХ ФОРМАХ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

А практическое занятие
Б районное мероприятие
В радиопередачу
Г «телефон доверия»

МАССАЖ РЕБЕНКУ НАЧИНАЮТ С

А поглаживания и растирания
Б вибрации
В покалачивания
Г разминания

К МЕТОДАМ РАБОТЫ ШКОЛ ПРОБЛЕМНО-ЦЕЛЕВОГО ОБУЧЕНИЯ ОТНОСЯТ

А мониторинг в амбулаторных условиях
Б получение среднего медицинского образования родителями детей
В обучение родителей в общеобразовательных школах
Г самостоятельное изучение литературы родителями пациентов

К ПЕРВИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ

А гиподинамию
Б артериальную гипертензию
В сахарный диабет
Г гиперхолестеринемию

КО ВТОРОЙ ГРУППЕ ЗАКАЛИВАНИЯ ОТНОСЯТ ДЕТЕЙ

А здоровых, впервые приступающих к закаливанию
Б с хроническими заболеваниями в стадии компенсации
В с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации
Г здоровых, ранее закаливаемых

ПОД ФАКТОРАМИ РИСКА ПОНИМАЮТ ФАКТОРЫ

А повышающие вероятность развития заболеваний
Б повышающие опасность травматизма
В вызывающие физическое и/или эмоциональное напряжение
Г вредные и опасные производственные

К ТРЕТЬЕЙ ГРУППЕ ЗАКАЛИВАНИЯ ОТНОСЯТ ДЕТЕЙ

А после длительного заболевания
Б здоровых, ранее закаливаемых
В здоровых, впервые приступивших к закаливанию
Г с функциональными отклонениями в состоянии здоровья

В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

А обучение сотрудников образовательных учреждений методам, направленным на борьбу с вредными привычками у обучающихся
Б аттестация лиц, деятельность которых связана с обслуживанием детского населения
В проведение социологических опросов
Г консультирование врачами-специалистами

КПЕРВИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ

А курение
Б гиперхолестеринемию
В артериальную гипертензию
Г сахарный диабет

ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЗАВИСИТ ОТ

А доступности спортивных сооружений для детей и подростков
Б выполнения контрольных нормативов скоростно-силовых тестов
В рганизации физического воспитания, длительности ночного сна
Г воспитания гигиенических навыков

ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЗАВИСИТ ОТ

А организации физического воспитания
Б воспитания гигиенических навыков
В выполнения контрольных нормативов скоростно-силовых тестов
Г организации физического воспитания, длительности ночного сна

ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЗАВИСИТ ОТ

А возрастно-половых особенностей организма
Б соматометрических показателей
В физиометрических показателей
Г варианта физического развития

ДОЗА ПРЕДНИЗАЛОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ ___ МГ\КГ

А 1,0
Б 2,0
В 5,0
Г 0,5

ДВИГАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

А ирригографией (скопией)
Б ректороманоскопией
В фиброгастроскопией
Г колоноскопией

ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ПОСЕВ КАЛА ПРОВОДЯТ 1 РАЗ В (МЕС.)

А 3
Б 4
В 1
Г 6

ДЛЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ПРИМЕНЯЮТ

А Метронидазол
Б Хлорамфеникол
В Амоксициллин + Клавулановая кислота
Г Цефоперазон

В ДИЕТОТЕРАПИИ ЦЕЛИАКИИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

А пшено
Б овес
В рожь
Г ячмень

ХАРАКТЕР СТУЛА ПРИ КОЛИТЕ

А скудный, с каловым запахом, с большим количеством мутной слизи, прожилками крови
Б обильный, жидкий, с большим количеством мутной слизи, зелени, крови
В жидкий, пенистый, не переваренный с патологическими примесями
Г скудный, зловонный со слизью, зеленью, кровью

ЛАКТОЗА, НЕУТИЛИЗИРОВАННАЯ МИКРОФЛОРОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ, СПОСОБСТВУЕТ

А повышению осмотического давления в кишечнике
Б абсорбции воды из кишечника
В снижению осмотического давления в кишечнике
Г замедлению моторики кишечника

В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

А рис
Б пшеницу

В ячмень
Г овес

ХАРАКТЕРНЫМИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ

А микроабсцессы, контактная кровоточивость
Б афтоидные язвы на фоне неизмененной слизистой
В лимфангиэктазы, отсутствие сосудистого рисунка
Г локальные поражения слизистой оболочки толстой кишки по типу «булыжной мостовой»

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ КОЛОНОСКОПИИ ЯВЛЯЮТСЯ

А повторные кровотечения из прямой кишки
Б простые запоры
В спастические запоры
Г боли по ходу толстой кишки

ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ ДИЕТОТЕРАПИИ ЦЕЛИАКИИ В СТАДИИ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ _____ ПОСЛЕ ПРЕДЫДУЩЕГО ОБСЛЕДОВАНИЯ (МЕС.)

А 12-18
Б 1-2
В 3-6
Г 24-36

БЕЗГЛЮТЕНОВАЯ ДИЕТА ПРИ ЦЕЛИАКИИ НАЗНАЧАЕТСЯ

А пожизненно
Б в активный период заболевания
В до наступления периода полной ремиссии
Г в течение двух лет периода ремиссии

ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В КОПРОГРАММЕ УКАЗЫВАЕТ НА

А воспалительный процесс в толстом кишечнике
Б этиологию острой кишечной инфекции
В тяжесть поражения кишечника
Г дисбактериоз

У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ПРИ ЦЕЛИАКИИ В АКТИВНОМ ПЕРИОДЕ ИСПОЛЬЗУЮТ СМЕСИ

А на основе белковых гидролизатов
Б кисломолочные
В на основе белков сои

Г гипоаллергенные

ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (ЭОЗИНОФИЛИЯ) У ДЕТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

А глистных инвазиях
Б бактериальных инфекциях
В антибактериальной терапии
Г гормональной терапии

ПРИЦЕЛЬНАЯ БИОПСИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОБЯЗАТЕЛЬНА ПРИ

А язвенном колите и болезни Крона
Б спастическом запоре
В проктосигмоидите и обнаружении геморроидальных узлов
Г дизентерии

ПРИЧИНОЙ НЕДОСТАТОЧНОГО РАЗВИТИЯ ПОДКОЖНОГО ЖИРОВОГО СЛОЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А синдром мальабсорбции
Б избыточное употребление углеводов
В острая респираторная инфекция
Г гипотиреоз

К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ОТНОСИТСЯ

А пенетрация
Б холестаз
В хронический запор
Г рефлюксная болезнь

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ЦЕЛИАКИЯ» ПРОВОДИТСЯ БИОПСИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КИШКИ

А тощей
Б повздошной
В ободочной
Г прямой

ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРЕН ПАРАПРОКТИТ?

А болезнь Крона
Б проктосигмоидит
В неспецифический язвенный колит
Г постинфекционный колит

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

А исследование кала на содержание углеводов
Б потовая проба (содержание натрия и хлора в поте)
В исследование крови на антитела к глиадину
Г анализ кала на дисбактериоз

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЦЕЛИАКИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

А антител к тканевой трансглутаминазе
Б антител к сахаромицетам
В фекального кальпротектина
Г антител к цитоплазме нейтрофилов

В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕЛИАКИИ РЕШАЮЩИМ В ОБСЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А гастродуоденоскопия с биопсией тонкой кишки
Б копрологическое исследование
В колоноскопия с биопсией толстой кишки
Г колоноскопия с биопсией толстой кишки

ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЮТСЯ

А параректальные свищи
Б атрофические изменения слизистой тонкого кишечника
В склеротические изменения внутрипеченочных желчных протоков
Г аплазия и склероз протоков поджелудочной железы

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ВНЕКИШЕЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЮТСЯ

А узловатая эритема, артриты
Б амилоидоз, гломерулонефрит
В полирадикулоневрит, панкреатит
Г артериальная гипертензия, эписклерит

НАИБОЛЬШЕЕ СХОДСТВО КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ У ДЕТЕЙ ИМЕЕТ С

А болезнью Крона
Б желчекаменной болезнью
В хроническим гастритом
Г энтеробиозом

МАНИФЕСТАЦИЯ ЦЕЛИАКИИ ОБЫЧНО ПРОИСХОДИТ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ В РАЦИОН ПИТАНИЯ РЕБЕНКА

А глютенсодержащих продуктов
Б молока и молочных продуктов
В высокобелковых продуктов, содержащих фенилаланин
Г фруктовых и овощных пюре и соков

ПРИ ЦЕЛИАКИИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

А Лоперамида
Б препаратов кальция
В липазы
Г адсорбентов

ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНОЙ ЗАТЯЖНОЙ ДИАРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

А нарушение микробиоценоза кишечника
Б аппендикулярный инфильтрат
В анемия
Г рецидив острой кишечной инфекции

В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

А кукурузную кашу
Б ячменную кашу
В ржаной хлеб
Г пшеничный хлеб

ДИЕТА ПРИ ЦЕЛИАКИИ НАЗНАЧАЕТСЯ

А пожизненно
Б от 6 месяцев до 1 года
В до пубертатного периода
Г на 1-2 месяца

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДУОДЕНИТА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ ДАННЫЕ

А эндоскопии
Б рентгеноскопии
В рентгенографии
Г копрологии

Клинические проявления целиакии манифестируют после введения в рацион ребенка _____ каши

А овсяной

Б рисовой
В кукурузной
Г гречневой

В ОСНОВЕ ЦЕЛИАКИИ ЛЕЖИТ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ

А белков злаков
Б белков животного происхождения
В белков молока
Г углеводов злаков

ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ С СИНДРОМОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ РАЗВИВАЕТСЯ

А гипотрофия
Б паратрофия
В гипостатура
Г нанизм

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ВЫЯВЛЯЕТ

А ирригография (скопия)
Б фиброгастроскопия
В ректороманоскопия
Г рентгенография брюшной полости

СЛАБИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ПРИМЕНЯЮТ ПРИ

А хронических запорах
Б непроходимости кишечника
В инвагинации
Г хроническом панкреатите

КОЛИЧЕСТВО ВОДЫ ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ КИШЕЧНИКА (ОЧИСТИТЕЛЬНАЯ КЛИЗМ В ВОЗРАСТЕ 6-9 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

А 100-120
Б 1000
В до 50
Г 500

ДЛЯ ПРИГОТОВЛЕНИЯ ПИЩИ ПРИ ЦЕЛИАКИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

А кукурузную муку
Б овсяные хлопья
В пшеничную муку
Г ржаную муку

К ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ЭФФЕКТАМ ПИЩЕВЫХ ВОЛОКОН ОТНОСЯТ

А стимуляцию перистальтики кишечника
Б снижение скорости пассажа кишечного содержимого
В пробиотическое действие
Г образование гормонов и витаминов

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПОЛИПЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

А колоноскопию
Б ректороманоскопию
В копрологию
Г эзофагогастродуоденоскопию

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

А в местных гастроэнтерологических санаториях при полной ремиссии
Б на курортах Черноморского побережья Кавказа при полной ремиссии
В на курортах Черноморского побережья Кавказа при частичной ремиссии
Г в местных гастроэнтерологических санаториях при частичной ремиссии

БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА РЕКОМЕНДОВАНЫ КУРОРТЫ

А бальнеологические
Б климатические
В горно-климатические
Г грязевые

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ

А прокинетиков
Б ноотропов
В витаминов
Г антацидов

ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ СОСТОИТ В

А профилактике
Б лечении
В диагностике
Г реабилитации

ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ПОМОЩЬ НА ДОМУ ДЕТЯМ ОКАЗЫВАЕТ ВРАЧ

А педиатр
Б инфекционист
В эпидемиолог
Г иммунолог

ИНФОРМАЦИЮ О ТЕХНОЛОГИИ ПРИГОТОВЛЕНИЯ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ, ПРАВИЛАХ ВВЕДЕНИЯ ДОКОРМА И ПРИКОРМА РОДИТЕЛИ МОГУТ ПОЛУЧИТЬ

А в кабинете здорового ребенка
Б в отделении медицинской профилактики
В на приеме у дежурного врача-педиатра
Г на молочно-раздаточном пункте

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ФОРМА N025/У), ХРАНИТСЯ

А в регистратуре
Б у главного врача
В в кабинете лечащего врача
Г у пациента

К ОБЯЗАННОСТЯМ ВРАЧА-ПЕДИАТРА ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОТНОСЯТ

А передачу списочного состава детей
Б участие в образовательном процессе школы
В организацию и проведение спортивных мероприятий
Г организацию и участие в профориентационной работе школы

ВРАЧ-ПЕДИАТР УЧАСТКОВЫЙ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ДИФТЕРИЮ У РЕБЕНКА ДОЛЖЕН

А осуществить экстренную госпитализацию больного
Б лечить больного амбулаторно
В провести бактериологическое обследование
Г вести противодифтерийную сыворотку

ПУНКТЫ ПРИМЕРНОЙ СХЕМЫ ЭПИКРИЗА НА РЕБЕНКА III ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ ВКЛЮЧАЮТ

А результаты осмотров узких специалистов
Б табель успеваемости в школе
В доход родителей ежемесячно
Г данные страхового полиса

КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДОЛЖНЫ ПОСЕЩАТЬ ДЛЯ

А проведения контрольного кормления
Б выдачи справок об эпидемиологической обстановке по месту жительству
В выдачи справок о состоянии здоровья ребенка
Г получения направлений на различные виды исследований

В КАБИНЕТЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА РАБОТАЕТ

А медицинская сестра, прошедшая подготовку по профилактической работе с детьми и санитарно-просветительной работе с населением
Б врач-педиатр участковый, прошедший подготовку по санитарно-просветительной работе с населением
В патронажная медсестра, осуществляющая санитарно-просветительную работу с населением
Г врач-акушер, прошедший подготовку по профилактической работе с детьми и санитарно-просветительной работе с населением

В ОСНАЩЕНИЕ КАБИНЕТА ВРАЧА-ПЕДИАТРА ВХОДИТ

А ростомер
Б электрокардиограф
В микроскоп
Г аппарат УЗИ

КРИТЕРИЕМ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО ЯВЛЯЕТСЯ ____ % ОХВАТ ПАТРОНАЖЕМ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

А 100
Б 90
В 92
Г 95

ДИАГНОЗ И ВСЕ ПОСЛЕДУЮЩИЕ РАЗДЕЛЫ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ФОРМА N025У), ЗАПОЛНЯЮТСЯ

А лечащим врачом
Б медицинской сестрой
В медицинским регистратором
Г заведующим отделением

ИЗ НАПРАВЛЕНИЯ РЕБЕНКА НА СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИСКЛЮЧАЮТ

А данные плановой диспансеризации
Б сведения о прививках

В возраст ребенка
Г сведения о перенесенных заболеваниях

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ФОРМА N025/У) ОФОРМЛЯЕТСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ НА ПАЦИЕНТА

А при первичном обращении
Б при каждом обращении
В один раз в пять лет
Г один раз в год

В ОБЯЗАННОСТИ ЗАВЕДУЮЩЕГО ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ОТДЕЛЕНИЕМ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ВХОДИТ

А контроль обоснованности выдачи больничных листов нетрудоспособности
Б профилактический осмотр школьников
В диспансеризация детей с хроническими заболеваниями
Г осмотр детей перед вакцинацией

ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО ПРИ НАЛИЧИИ ЖЕЛТУХИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

А исключение патологического типа желтухи
Б назначение дополнительного питья
В назначение желчегонных препаратов
Г назначение гепатопротекторов

ДЕТИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НАБЛЮДАЮТСЯ ВРАЧОМ НА ДОМУ В СЛУЧАЕ ОСТРОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

А ежедневно до выздоровления
Б через день до выздоровления
В через день до улучшения
Г ежедневно до улучшения

ВРАЧ ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДОЛЖЕН ОЗНАКОМИТЬ РОДИТЕЛЕЙ С РЕЗУЛЬТАТАМИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА И ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НАРУШЕНИЙ НАПРАВИТЬ НА ПРИЕМ К

А врачу-педиатру участковому
Б врачу-специалисту
В специалисту страховой компании
Г главному врачу детской поликлиники

ВОПРОС О НЕОБХОДИМОСТИ ОСМОТРА РЕБЕНКА НА ДОМУ ВРАЧОМ-СПЕЦИАЛИСТОМ РЕШАЕТ

А врач-педиатр участковый
Б главный врач поликлиники
В заместитель главного врача поликлиники
Г заведующий педиатрическим отделением

ЗАПИСИ В МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЕ ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ФОРМА N025/У), ВЕДУТСЯ НА ЯЗЫКЕ

А русском
Б английском
В любом
Г региона

ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ БРИГАДА ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ ФОРМИРУЕТСЯ ИЗ ЧИСЛА СОТРУДНИКОВ

А детской поликлиники по месту нахождения образовательного учреждения
Б краевой больницы
В диспансеров города
Г областной больницы

ТАКТИКОЙ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ПРИ ОДНОКРАТНОМ КРАТКОВРЕМЕННОМ АФФЕКТИВНО-РЕСПИРАТОРНОМ ПРИСТУПЕ У РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

А проведение амбулаторного обследования, консультация невролога
Б экстренная госпитализация в неврологическое отделение
В плановая госпитализация в соматическое отделение
Г экстренная госпитализация в инфекционное отделение

КОЛИЧЕСТВО ДЕТЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ПО НОРМАТИВАМ СОСТАВЛЯЕТ

А 800
Б 400
В 500
Г 600

ПРИ ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА РАБОТЫ ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ЧИСЛА ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ В ВОЗРАСТЕ 3 МЕСЯЦЕВ, ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ (В %)

А 80
Б 100
В 50

Г 40

ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК БОЛЕЕ 15 ДНЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

А врачебная комиссия
Б заведующий отделением
В главный врач
Г комиссия по трудовым спорам

ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СО ЗДОРОВЫМИ ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА В СОСТАВЕ ДЕТСКОГО АМБУЛАТОРНОГО ЦЕНТРА ОРГАНИЗУЕТСЯ

А кабинет здорового ребенка
Б центр здоровья
В кабинет «Здоровое детство»
Г отделение медицинской профилактики

ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ РЕБЕНКА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ, КОТОРЫЙ СОДЕРЖИТ ИСТОРИЮ ЕГО РАЗВИТИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ УЧЕТНАЯ ФОРМА

А N112
Б N030
В N036
Г N039

ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ

А развитием первичной медико-санитарной помощи
Б изменением номенклатуры специальностей медработников
В закупкой недостающих медикаментов за рубежом
Г финансированием научно-исследовательского сектора

ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ В ЦЕЛЯХ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СООТВЕТСТВИЯ УЧАЩЕГОСЯ ТРЕБОВАНИЯМ К ОБУЧЕНИЮ ПРОВОДЯТСЯ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ДЕТЕЙ

А предварительные
Б периодические
В целевые
Г профилактические

НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ БЕСЕД ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО С РОДИТЕЛЯМИ НА ПЕРВОМ ПАТРОНАЖЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А правила рационального вскармливания
Б специфическая профилактика детских инфекций
В гигиеническая гимнастика
Г профилактика детского травматизма

В КАБИНЕТЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ПОСТОЯННО РАБОТАЕТ

А медицинская сестра или фельдшер
Б медицинский регистратор
В врач-педиатр или медицинская сестра
Г врач-педиатр участковый

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ФОРМА N025/У), ЗАПОЛНЯЕТСЯ

А медицинским регистратором
Б врачом-статистиком
В врачом-терапевтом
Г медицинской сестрой

ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЛИХОРАДЯЩЕГО БОЛЬНОГО В ПОЛИКЛИНИКЕ ДОЛЖНА БЫТЬ ОКАЗАНА В

А боксе
Б кабинете участкового врача
В кабинете врача-специалиста
Г кабинете заведующего педиатрическим отделением

ПЕРЕД НАПРАВЛЕНИЕМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО ОФОРМИТЬ ДОКУМЕНТЫ

А санаторно-курортную карту
Б этапный эпикриз
В историю болезни
Г справку с места жительства

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТОЙ ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО ЯВЛЯЕТСЯ

А патронаж
Б организация стационара на дому
В направление на медико-социальную экспертизу
Г направление в дневной стационар

ЧАСТНОПРАКТИКУЮЩИЙ ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО ПРОДЛИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ДО (ДНЕЙ)

А 15
Б 7
В 20
Г 5

НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ ВРАЧА-ПЕДИАТРА С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А профилактика детского травматизма
Б соблюдение режима дня
В профилактика рахита и анемии
Г близорукость

ПОСЛЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИИ НЕОБХОДИМО ПОСЛАТЬ ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ (ЧАС)

А 12
Б 6
В 3
Г 4

В ПОЛИКЛИНИКЕ УЧЕТ ДЕТЕЙ, ПОДЛЕЖАЩИХ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ, НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ

А переписи детского населения
Б форме N063/у
В посещений в поликлинике
Г форме N112/у

ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СРОКОВ ПРЕБЫВАНИЯ НА ЛИСТКЕ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ ВРАЧ-ПЕДИАТР УЧАСТКОВЫЙ РУКОВОДСТВУЕТСЯ

А состоянием ребенка
Б самочувствием ребенка
В сроками временной нетрудоспособности по просьбе мамы
Г ориентировочными сроками временной нетрудоспособности при различных заболеваниях

ОБСЛЕДОВАНИЕ КОНТИНГЕНТА ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПРОВОДИТСЯ В

А учреждениях первичной медико-санитарной помощи
Б СЭС
В по месту работы
Г школе, ВУЗе

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

А развития и воспитания здорового ребенка
Б профилактических осмотров детей
В методов диагностики инфекционных заболеваний
Г лечения неинфекционных заболеваний

ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ Ф 058/У СОСТАВЛЯЕТСЯ НА

А необычную реакцию на прививку
Б оперативное вмешательство
В любое обращение в поликлинику
Г первичный патронаж новорожденного

НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ САНИТАРНОЙ ПРОПАГАНДЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А профилактика острых респираторных заболеваний
Б навыки личной гигиены
В профилактика нарушений осанки
Г правила ухода за ребенком

НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ OFF L BEL ВРАЧОМ- ПЕДИАТРОМ УЧАСТКОВЫМ БЕЗ РЕШЕНИЯ КОНСИЛИУМА

А не разрешено
Б разрешено при наличии согласия ребенка старше 12 лет
В разрешено по медицинским показаниям
Г разрешено при наличии информированного согласия законного представителя

МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ В ДЕТСКИХ ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПРОВОДЯТСЯ

А ежегодно
Б ежемесячно
В ежеквартально
Г еженедельно

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ВРАЧА-ПЕДИАТРА С ПОДРОСТКАМИ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМА О

А вреде табакокурения, алкоголя, психотропных и наркотических веществ
Б профилактике детского травматизма
В близорукости
Г значении аллергических и инфекционно-аллергических заболеваний

ПРИ ПЕРВОМ ПАТРОНАЖЕ К НОВОРОЖДЕННОМУ РЕБЕНКУ ВРАЧ-ПЕДИАТР УЧАСТКОВЫЙ ИЗ ОБМЕННОЙ КАРТЫ РОДИЛЬНОГО ДОМА (ФОРМА N113/У) ПОЛУЧАЕТ СВЕДЕНИЯ О ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПРОТИВ

А туберкулеза и гепатита В
Б полиомиелита
В краснухи
Г коклюша

КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДОЛЖЕН БЫТЬ ОБЕСПЕЧЕН НАГЛЯДНЫМИ ПОСОБИЯМИ

А средств ухода за новорожденными грудного возраста
Б лекарственных препаратов для детей различного возраста
В оказания сердечно-легочной реанимации
Г средств ухода за больными детьми различного возраста

ПРИ ВЫПИСКЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА РЕБЕНКУ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ВРАЧ-ПЕДИАТР УЧАСТКОВЫЙ ИСПОЛЬЗУЕТ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК ФОРМЫ

А 148-1/у-04(л)
Б 148-1/у-06(л)
В 107-1/у
Г 148-1/у-88

НЕПОСРЕДСТВЕННУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬ ВЫДАЧИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ НЕСЕТ

А врач-педиатр участковый
Б заместитель главного врача по лечебной работе
В заместитель главного врача по клинико-экспертной работе
Г заведующая педиатрическим отделением

В ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ РАБОТУ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ВХОДИТ

А посещение новорожденных совместно с врачом-педиатром участковым
Б оценка нервно-психического развития
В проведение специфической постнатальной профилактики рахита
Г проведение расчета питания и коррекция его детям раннего возраста

МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ПРОВОДЯТСЯ НА ОСНОВЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ

А 2 1 2011 N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»
Б 24.07.1998 N 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»

В 2 12.2012 N273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»
Г 30.03.1999 N 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»

ПЕРВИЧНЫЙ ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОВОДИТСЯ

А врачом-педиатром и медицинской сестрой
Б врачом-терапевтом
В детским врачом-невропатологом и медицинской сестрой
Г врачом-педиатром и детским врачом-невропатологом

ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ НЕ УЧИТЫВАЮТ

А возраст членов семьи
Б бытовые условия семьи
В материальное состояние семьи
Г медико-биологические характеристики семьи

ДЕТИ, СТРАДАЮЩИЕ СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ПОДЛЕЖАТ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ

А до передачи во взрослую поликлинику
Б 3 года
В 5 лет
Г 10 лет

ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА «ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ» ВРАЧ-ПЕДИАТР УЧАСТКОВЫЙ ОБЯЗАН УТОЧНИТЬ МЕНЮ ЗА ПРЕДЫДУЩИЕ СУТКИ, ОБСЛЕДОВАТЬ БОЛЬНОГО НА ПАТОГЕННУЮ КИШЕЧНУЮ ФЛОРУ, ВИРУСЫ, КОПРОЛОГИЮ И ЗАПОЛНИТЬ

А ф. N°058/у
Б ф. N°030/у
В ф. N°063/Y
Г ф. N°088/Y

РЕШЕНИЕ ВОПРОСА О СНЯТИИ РЕБЕНКА С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА ИЛИ ОФОРМЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

А по решению врачебной комиссии
Б врачом узким специалистом, которым был установлен диагноз
В врачом-педиатром, на участке которого проживает семья пациента
Г главным врачом детской поликлиники

ФОРМА N°058/У ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А экстренное извещение об инфекционном заболевании

Б историю развития ребёнка
В журнал учёта профилактических прививок
Г медицинскую карту ребёнка

ЧАСТОТА ОСМОТРА ВРАЧОМ-ПЕДИАТРОМ ДЕТЕЙ, ОТНЕСЁННЫХ К ПОДГОТОВИТЕЛЬНОЙ ГРУППЕ ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ, СОСТАВЛЯЕТ ОДИН РАЗ В (МЕС.)

А 6
Б 12
В 3
Г 9

ТАКТИКА ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО ПРИ ДИАГНОСТИКЕ БРОНХИОЛИТА У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

А госпитализации в стационар
Б организации домашнего стационара
В лечении амбулаторно бронхолитиками
Г лечении амбулаторно антибиотиками

РЕБЕНКУ-ИНВАЛИДУ, СТРАДАЮЩЕМУ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ЭПИЛЕПСИИ, ДЕПАКИН ХРОНО ВЫПИСЫВАЕТСЯ НА РЕЦЕПТУРНОМ БЛАНКЕ ФОРМЫ

А 148-1/у-06(л)
Б 107 -1/у
В 106-2/у-08
Г 148-1/у-88

ВРАЧ-ПЕДИАТР УЧАСТКОВЫЙ ПРОВОДИТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОДИН РАЗ В

А Месяц
Б Квартал
В Неделю
Г Полгода

ПРОВЕДЕНИЕ ЗАНЯТИЙ В «ШКОЛЕ МОЛОДЫХ РОДИТЕЛЕЙ» ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В КАБИНЕТЕ

А здорового ребенка
Б центра здоровья
В врача-педиатра участкового
Г «Здоровое детство»

КРИТЕРИЕМ СНЯТИЯ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА В ТЕЧЕНИЕ (МЕС.)

А 12
Б 6
В 3
Г 9

ОДНИМ ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А проведение лечебно-профилактической работы в детских образовательных учреждениях (ДОУ) и школах
Б оказание неотложной психиатрической помощи
В проведение санитарно-эпидемиологического надзора
Г оформление инвалидности детям

ПРАВИЛЬНАЯ ТАКТИКА УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У РЕБЕНКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

А срочной госпитализации в нефрологическое отделение
Б назначении антибактериальной терапии
В проведении повторного анализа мочи
Г направлении на консультацию к врачу-нефрологу

РОДИТЕЛИ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ, ЧТО УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА СЛЕДУЕТ ВЫЗЫВАТЬ НА ДОМ

А в случае острого инфекционного заболевания или подозрения на него
Б с целью провести туберкулинодиагностику или вакцинацию
В для получения справки о возможности занятий ребенка в спортивной секции
Г для проведения профилактического осмотра

ВРАЧ-ПЕДИАТР УЧАСТКОВЫЙ ПРОВОДИТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ____РЕБЕНКА

А физического развития
Б школьной зрелости
В физической подготовленности
Г психофизиологической готовности

ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ЕЖЕГОДНОЙ ИММУНОДИАГНОСТИКИ ДОЛЖНО БЫТЬ ПОЛУЧЕНО

А письменное добровольное информированное согласие законных представителей ребенка
Б письменное добровольное информированное согласие родственников ребенка
В письменное информированное согласие учителей школ/ воспитателей детских садов
Г устное добровольное информированное согласие законных представителей ребенка

НА ПРИЕМ ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО ОБРАТИЛСЯ МАЛЬЧИК 7 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА ТАХИКАРДИЮ. ПРИ ОСМОТРЕ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫЙ СОКРАЩЕНИЙ 180 В МИНУТУ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

А ЭКГ
Б СМАД
В рентгенографию органов грудной клетки
Г ЭХО КГ

ВРАЧ-ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ РЕБЕНКА В ДЕТСКОМ ДОШКОЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ (ДДУ)

А при поступлении в ДДУ
Б сразу после постановки реакции Манту
В после каникул
Г после прогулки детей ясельной группы

ОБУЧАЮЩИМСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ ПОЛИКЛИНИКИ ОКАЗЫВАЕТСЯ ПОМОЩЬ

А первичная медико-санитарная
Б скорая специализированная
В высокотехнологичная специализированная
Г паллиативная медицинская

ИЗ ОБЯЗАННОСТЕЙ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ИСКЛЮЧЕНА РАБОТА

А по отбору детей на санаторно-курортное лечение
Б профилактическая по воспитанию здорового ребенка
В санитарно-просветительная с населением
Г по оказанию медицинской помощи по назначению врача

ПЕРВИЧНЫЙ ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОВОДЯТ

А в первые 3 дня после выписки из родильного дома
Б в возрасте 2 месяцев
В на 10 день жизни
Г в возрасте одного месяца

СОГЛАСНО РОССИЙСКИМ КРИТЕРИЯМ ДЕТИ ОТ 1 ГОДА ДО 3 ЛЕТ ВКЛЮЧАЮТСЯ В ГРУППУ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ПРИ ЧАСТОТЕ ЭПИЗОДОВ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ОРЗ) _____И БОЛЕЕ РАЗ В ГОД

А 6
Б 4

В 2
Г 8

АДАПТИВНЫМИ СОМАТОМЕТРИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ МАЛЬЧИКОВ ВЫСТУПАЮТ

А длина тела 52 ± 2 см, масса тела 3560 ± 420 г
Б длина тела 55 ± 1 см, масса тела 3860 ± 120 г
В длина тела 47 ± 2 см, масса тела 2860 ± 220 г
Г длина тела 60 ± 2 см, масса тела 3960 ± 150 г

В КОНТРОЛЬНОЙ КАРТЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ (ФОРМА N° 030/У) ВРАЧ-ПЕДИАТР ОТМЕЧАЕТ

А даты посещения и следующей явки ребёнка на приём
Б посещаемость занятий в общеобразовательной школе
В успеваемость в общеобразовательной школе
Г уровень заработной платы родителей

НА ПРИЕМЕ У ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО ДЕВОЧКА 12 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА ТОШНОТУ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ГОЛОВНУЮ БОЛЬ. В АНАМНЕЗЕ ТРАВМА ГОЛОВЫ НА УРОКЕ ФИЗКУЛЬТУРЫ С ПОТЕРЕЙ СОЗНАНИЯ. ПОСТАВЬТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

А черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга
Б вегето-сосудистая дистония, артериальная гипотензия
В гипогликемическое состояние
Г хронический гастрит в период обострения

КРАТНОСТЬ ОСМОТРОВ ВРАЧОМ-ПЕДИАТРОМ ДЕТЕЙ С ДИСФУНКЦИЕЙ БИЛИАРНОГО ТРАКТА НА ПЕРВОМ ГОДУ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ

А 1 раз в 3 месяца
Б 1 раз в год
В 2 раза в год
Г 1 раз в месяц

КОНЕЧНОЙ ЦЕЛЬЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

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

К ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ОТНОСИТСЯ

А назначение соответствующего возрасту режима и рационального питания здоровым детям
Б своевременное информирование о выявлении инфекционного заболевания или подозрении на него
В направление детей на лечение в стационар
Г отбор и учет детей, нуждающихся в санаторном и курортном лечении

К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ НА КУРОРТЫ И В МЕСТНЫЕ САНАТОРИИ ОТНОСЯТСЯ

А врожденные пороки сердца, недостаточность кровообращения (НК) I
Б все заболевания в острой стадии, хронические заболевания в стадии обострения и осложненные острогнойными процессами
В злокачественные новообразования
Г острые и инфекционные заболевания до окончания срока изоляции

УЧЕТНЫМИ ФОРМАМИ ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЮТСЯ

А 063/у и 112/у
Б 026/у - 2000 и 112/
В 063/у и 058/у
Г 063/у и 026/у – 2000

ОБЯЗАННОСТЬЮ ВРАЧА - ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО ЯВЛЯЕТСЯ

А осмотр детей перед вакцинацией
Б лечение детей в дневном стационаре
В контроль за работой молочной кухни
Г контроль за питанием детей в школе

ЗАКЛЮЧЕНИЕ О КАТЕГОРИИ ГОДНОСТИ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ ВЫНОСИТСЯ В (ГОД)

А 16
Б 17
В 14-15
Г 12

РЕБЕНКУ ПЕРЕД НАПРАВЛЕНИЕМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО

А санировать очаги инфекции
Б сделать ЭКГ и получить заключение кардиолога
В получить заключение психолога
Г приобрести путевку

ВЫДЕЛЕНИЕ ГРУПП РИСКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОВОДИТСЯ УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ С ЦЕЛЬЮ

А профилактики развития патологических состояний
Б отбора детей, нуждающихся в консультации заведующего отделением
В разработки плана диспансеризации
Г лечения выявленных состояний

ПЕРВЫЙ ВРАЧЕБНЫЙ ПАТРОНАЖ ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

А не позднее 3 суток после выписки из роддома
Б на 3 сутки после выписки из роддома
В не позднее 5 суток после выписки из роддома
Г в первые сутки после выписки из роддома

НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А специфическая профилактика детских инфекционных заболеваний
Б профилактика нарушений осанки
В формирование навыков личной гигиены
Г профилактика острых респираторных заболеваний

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ОТНОШЕНИИ

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

НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ БЕСЕД ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО С РОДИТЕЛЯМИ НА ПЕРВОМ ПАТРОНАЖЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А правила ухода за ребенком
Б профилактика рахита и анемии
В методы закаливания
Г навыки личной гигиены

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ВРАЧА-ПЕДИАТРА С ПОДРОСТКАМИ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМА О

А профилактике заболеваний, передающихся половым путем
Б профилактике нарушений осанки
В навыках личной гигиены

Г профилактике острых детских инфекций

ПУНКТЫ ПРИМЕРНОЙ СХЕМЫ ЭПИКРИЗА НА РЕБЕНКА III ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ ВКЛЮЧАЮТ

А время нахождения на диспансерном учете
Б количество несовершеннолетних детей в семье
В доход родителей ежемесячно
Г табель успеваемости в школе

НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А профилактика рахита, хронических расстройств питания, анемии
Б профилактика детского травматизма
В близорукость
Г профилактика инфекционно-аллергических заболеваний

НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ ВРАЧА-ПЕДИАТРА С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А формирование навыков личной гигиены
Б профилактика аллергических заболеваний
В профилактика нарушений осанки
Г правила ухода за ребенком

К СТРУКТУРНЫМ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯМ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ОТНОСИТСЯ

А лечебно-профилактическое отделение
Б малая операционная
В отделение скорой помощи
Г хирургическое отделение

К ФУНКЦИЯМ ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО ОТНОСИТСЯ ЭКСПЕРТИЗА

А временной нетрудоспособности
Б качества медицинской помощи
В медико-социальная
Г психиатрическая

ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК РЕБЕНКУ, ПЕРЕНЕСШЕМУ ОСТРОЕ РЕСПИРАТОРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, МОЖНО РАЗРЕШИТЬ ПОСЛЕ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ НЕ РАНЕЕ, ЧЕМ ЧЕРЕЗ (В МЕС)

А 1
Б 2

В 3
Г 4

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ ГИМНАСТИКОЙ И МАССАЖ ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ С

А полутора месяцев
Б рождения
В трех месяцев
Г шести месяцев

ПРИ НАЛИЧИИ У 7-ЛЕТНЕГО МАЛЬЧИКА ВЯЛОСТИ, БЛЕДНОСТИ, РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОТЕКОВ ВРАЧ-ПЕДИАТР УЧАСТКОВЫЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДОЛЖЕН ВЫЯСНИТЬ

А суточный диурез
Б наличие контакта с инфекционными больными
В погрешности в диете
Г перенесенные в раннем возрасте детские инфекции

ПРИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОДЛЕЖАТ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

А пациенты с осложненным течением ОРВИ, требующие неотложной помощи и постоянного наблюдения
Б все пациенты с наличием любых бактериальных осложнений
В пациенты, которым показана антибактериальная терапия
Г все дети младше 3х лет

РЕБЕНОК С ПРИЗНАКАМИ ОРВИ ПРИ ПОСЕЩЕНИИ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ПЕРВОНАЧАЛЬНО ДОЛЖЕН БЫТЬ ОСМОТРЕН В

А фильтре поликлиники
Б процедурном кабинете
В кабинете инфекциониста
Г кабинете участкового врача

ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ ФОРМЫ РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЛЬГОТНОЙ КАТЕГОРИИ ГРАЖДАН ВРАЧ-ПЕДИАТР УКАЗЫВАЕТ ФАМИЛИЮ И ИМЯ ПАЦИЕНТА, ДАТУ РОЖДЕНИЯ И

А код льготной категории гражданина, его адрес, шифр диагноза по МКБ Х
Б код льготной категории гражданина, стоимость лекарственного препарата
В его адрес, код льготной категории гражданина, стоимость лекарственного препарата
Г шифр диагноза по МКБ Х, стоимость лекарственного препарата

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ (ФОРМА N° 030/У) ДОЛЖНА ХРАНИТЬСЯ У

А врача-педиатра участкового
Б дома у пациента/родителей (законных представителей) ребенка
В врача-статистика лечебно-профилактического учреждения
Г представителя страховой компании

ВТОРОЙ ДОРОДОВОЙ ПАТРОНАЖ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ (В НЕДЕЛЯХ)

А 30-32
Б 20-24
В 27-28
Г 25-26

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ В СЛУЧАЕ ТОТАЛЬНОГО ЗАТЕМНЕНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ СРЕДОСТЕНИЯ В ПОРАЖЕННУЮ СТОРОНУ ЯВЛЯЕТСЯ

А ателектаз легкого
Б абсцесс лёгкого
В тотальная эмпиема плевры
Г плашевидный плеврит

ТЕРАПИЕЙ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОЦИСТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А назначение антипротозойных препаратов
Б антибиотикотерапия
В симптоматическая терапия
Г комбинация антибиотика и сульфаниламидного препарата

ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНОГО С ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СНИЖАЕТСЯ

А жизненная емкость легких
Б резерв дыхания
В минутный объем дыхания
Г индекс Тиффно

ПРИ ОСТРОМ ВИРУСНОМ БРОНХИТЕ АУСКУЛЬТАТИВНО В ЛЕГКИХ

А выслушиваются распространенные влажные хрипы
Б выслушивают пуэрильное дыхание
В выслушиваются локальные влажные хрипы
Г выслушивается крепитация

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ «ОСТРАЯ ПНЕВМОНИЯ» У РЕБЕНКА, ЯВЛЯЕТСЯ

А рентгенограмма грудной клетки
Б биохимический анализ крови
В общий анализ крови
Г бронхоскопия

К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ОСТРОГО БРОНХИТА ОТНОСЯТ ХРИПЫ

А рассеянные сухие, крупно- и среднепузырчатые
Б рассеянные мелкопузырчатые
В локальные мелкопузырчатые влажные
Г локальные сухие

ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АТЕЛЕКТАЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А обтурация средних и мелких бронхов
Б воспалительное поражение альвеол
В изменение интерстициальной ткани легких
Г десквамация эпителия трахеи и бронхов

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ У РЕБЕНКА РАЦИОНАЛЬНЫМ БУДЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

А Амоксициллина
Б Левофлоксацина
В Тетрациклина
Г Гентамицина

ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДИАГНОЗ «ПНЕВМОНИЯ» ПОДТВЕРЖДАЕТ

А наличие инфильтративных теней
Б расширение корней лёгких
В усиление лёгочного рисунка
Г уплощение купола диафрагмы

СТАФИЛОКОККОВАЯ ДЕСТРУКТИВНАЯ ПНЕВМОНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А выраженной интоксикацией
Б лимфомоноцитозом с атипичными мононуклеарами
В отсутствием кашля
Г сухими хрипами

ФАКТОРОМ РИСКА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

А искусственная вентиляция легких в анамнезе
Б раннее искусственное вскармливание
В атопический дерматит
Г предшествующая вакцинация

ОСНОВНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 6 ЛЕТ ЯВЛЯЮТСЯ

А Streptococcus pneumoni , H emophilus influenz e
Б Mycopl sm pneumoni , Legionell pneumophil
В St philococcus ureus, Streptococcus pneumoni
Г Chl mydophil pneumoni , Mycopl sm pneumoni

МЕТОДОМ СПИРОМЕТРИИ МОЖНО ИЗМЕРИТЬ

А жизненную ёмкость лёгких
Б аэродинамическое сопротивление дыхательных путей
В функциональную остаточную ёмкость
Г внутригрудной объём газа

ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ I СТЕПЕНИ КЛИНИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

А одышки при физической нагрузке
Б одышки в спокойном положении
В втяжения межреберных промежутков
Г раздувания крыльев носа

УСИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

А пневмонии
Б плеврите
В пневмотораксе
Г эмфиземе

ТЕРМИН «ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ» ОТРАЖАЕТ

А условия, в которых произошло инфицирование
Б отсутствие необходимости в госпитализации больного
В тяжесть состояния больного
Г выраженность изменений на рентгенограмме

В ОСНОВЕ ЭКЗОГЕННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО АЛЬВЕОЛИТА ЛЕЖИТ

А аллергическое воспаление лёгочного интерстиция
Б хроническая обструктивная болезнь лёгких
В острое вирусное заболевание респираторного отдела дыхательной системы
Г инфекционно-воспалительное заболевание лёгких

ТОКСИЧЕСКИЙ ФИБРОЗИРУЮЩИЙ АЛЬВЕОЛИТ ВЫЗЫВАЕТСЯ

А химическими соединениями
Б вирусами
В аллергенами
Г бактериями

ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ПРИЗНАКОМ В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА «ГРИБКОВОЕ ПОРАЖЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ» ЯВЛЯЕТСЯ

А обнаружение отдельных клеток грибов в мокроте
Б наличие клиники бронхита
В указание в анамнезе о проживании в районе расположения заводов биотехнологического производства
Г длительный прием антибиотиков

К ЛЁГОЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПНЕВМОНИИ ОТНОСИТСЯ ЛЁГКОГО

А абсцесс
Б киста
В гипоплазия
Г опухоль

ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 МЕСЯЦЕВ ДО 5 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

А пневмококк
Б стафилококк
В стрептококк
Г энтерококк

«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ СЧИТАЮТ

А наличие инфильтративных изменений в легких на рентгенограмме
Б повышение температуры, влажный кашель, интоксикацию
В выявление разнокалиберных влажных хрипов при аускультации
Г выявление воспалительных изменений в общем анализе крови (лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, повышение СОЭ)

ОСНОВНЫМИ ФИЗИКАЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ ХРИПЫ

А локальные мелкопузырчатые или крепитирующие
Б рассеянные сухие свистящие
В рассеянные мелкопузырчатые влажные
Г локальные сухие свистящие

УСУГУБЛЕНИЮ КОНСТРИКЦИИ ЛЁГОЧНЫХ СОСУДОВ СПОСОБСТВУЕТ

А гипоксемия
Б гиперкапния
В ацидоз
Г полицитемия

ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ДВИГАТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

А занятия в группе ЛФК и дыхательную гимнастику
Б занятия в подготовительной группе через 1 месяц после приступа
В освобождение от физической нагрузки
Г занятия в основной группе через 3 месяца после приступа

ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ

А антибактериальных
Б противовирусных
В противогрибковых
Г мукоактивных

ПОЯВЛЕНИЕ ЗОНЫ ОГРАНИЧЕННОГО ПНЕВМОСКЛЕРОЗА ВОЗМОЖНО ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ПНЕВМОНИИ С

А сегментарной; ателектазом
Б очагово-сливной; деструкцией
В интерстициальной; дыхательной недостаточностью
Г долевой (лобарной); синпневмоническим плевритом

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЧЕТКО ОЧЕРЧЕННЫХ ТОНКОСТЕННЫХ ВОЗДУШНЫХ ПОЛОСТЕЙ НА ФОНЕ НЕИЗМЕНЕННОЙ ПАРЕНХИМЫ СООТВЕТСТВУЮТ

А буллезной форме бактериальной деструкции легких
Б пневмотораксу
В абсцессу легкого
Г пиопневмотораксу

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ БРОНХИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А вирусная инфекция
Б бактериальная инфекция
В аллергическая реакция
Г грибковая инфекция

К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

А притупление перкуторного звука
Б коробочный звук при перкуссии
В рассеянные мелкопузырчатые хрипы
Г локальные разнокалиберные влажные хрипы

ПРИ ВЛАЖНОМ КАШЛЕ С ТРУДНО ОТХОДЯЩЕЙ МОКРОТОЙ ДЕТЯМ СТАРШЕ 5 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

А муколитики
Б ненаркотические противокашлевые средства центрального действия
В противокашлевые средства периферического действия
Г наркотические противокашлевые средства центрального действия

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ ТИП ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

А цитомегаловирусной инфекции
Б муковисцидоза
В пневмококковой инфекции
Г хламидиоза

К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

А дыхательную недостаточность
Б надпочечниковую недостаточность
В кишечный токсикоз
Г судорожный синдром

К ИНФОРМАТИВНОМУ ПОКАЗАТЕЛЮ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ ОТНОСИТСЯ

А минутный объем дыхания
Б жизненная емкость лёгких
В функциональная остаточная емкость
Г общая емкость лёгких

СПАСТИЧЕСКОМУ СОКРАЩЕНИЮ НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕНЫ

А мелкие бронхи
Б респираторные бронхиолы
В крупные бронхи
Г терминальные бронхиолы

СИМПТОМАМИ ЭКЗОГЕННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО АЛЬВЕОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ

А фебрильная температура, слабость, приступообразный кашель, дистанционные хрипы
Б катаральный синдром верхних дыхательных путей, субфебрильная температура, влажный кашель
В синдром бронхиальной обструкции, нормальная температура, одышка, кожная пятнистая сыпь
Г субфебрильная температура, дисфония, боль в грудной клетке, сухой кашель

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЕХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

А Chl mydi tr chom tis
Б St philococcus ureus
В Mycopl sm pneumoni
Г Escherichi coli

ПОКАЗАНИЕМ К ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

А прогрессирующая дыхательная недостаточность
Б хроническая колонизация синегнойной палочки
В выраженная деформация грудной клетки и позвоночника
Г синдром приобретенного иммунодефицита

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

А макролиды
Б цефалоспорины 1-2 поколений
В полусинтетические пенициллины
Г аминогликозиды

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ ПНЕВМОКОККОМ, В КАЧЕСТВЕ ПРЕПАРАТА ПЕРВОЙ ЛИНИИ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЮТ

А Амоксициллин
Б Метронидазол
В Фуразолидон
Г Натамицин

ДЛЯ МИКОПЛАЗМЕННОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРНО ВЫЯВЛЕНИЕ

А асимметрии хрипов в лёгких
Б нормальной температуры тела
В грубого «лающего» кашля
Г притупления перкуторного звука

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ РЕБЁНКА С ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А наличие осложнений пневмонии
Б возраст до 3 лет
В отягощенный аллергологический анамнез
Г потребность в проведении антибактериальной терапии

ВЕДУШИМ СИНДРОМОМ БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А дыхательная недостаточность
Б интоксикация
В сосудистая недостаточность
Г катаральный синдром

ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬЮ БРОНХОВ НАЗЫВАЮТ

А неадекватно сильную бронхоконстрикторную реакцию на специфические и неспецифические триггеры
Б повышенную восприимчивость нижних дыхательных путей к инфекционным возбудителям
В изменение реологических свойств мокроты
Г склонность к неадекватному образованию слизи бокаловидными клетками слизистой оболочки бронхов

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ У 11-ЛЕТНЕЙ ДЕВОЧКИ С ЭОЗИНОФИЛИЕЙ ДО 54%, ПРИСТУПАМИ ОДЫШКИ, КАШЛЯ И НЕЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ТЕРАПИИ БРОНХОЛИТИКАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

А пневмоцистная пневмония
Б узелковый артериит
В карциноидный синдром
Г идиопатический фиброзирующий альвеолит

ПНЕВМОНИЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРОТЕКАЕТ ПО ТИПУ

А интерстициальной
Б очаговой
В полисегментарной
Г очагово-сливной

К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ БРОНХИОЛИТА ОТНОСЯТ ХРИПЫ

А рассеянные мелкопузырчатые
Б локальные сухие
В рассеянные сухие
Г локальные мелкопузырчатые

ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А золотистый стафилококк
Б chl midi tr chom tis
В гемофильная палочка
Г пневмококк

ПРИ ОСТРОМ ПРОСТОМ БРОНХИТЕ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ХРИПЫ В ЛЕГКИХ

А диффузные разнокалиберные
Б диффузные сухие, свистящие
В локальные крепитирующие
Г диффузные мелкопузырчатые

ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ОТХОЖДЕНИЯ МОКРОТЫ ПРИ ПНЕВМОНИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

А вибрационный массаж
Б витамин С
В ультрафиолетовое облучение
Г антибиотик

ПОЯВЛЕНИЕ ЗОН ЛЕГОЧНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ВОЗМОЖНО НА ФОНЕ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ

А очагово-сливной
Б сегментарной
В очаговой
Г интерстициальной

ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А стафилококк
Б клебсиелла
В стрептококк
Г протей

ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЁГКИХ КРЕПИТАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ

А пневмонии
Б туберкулёза
В бронхита
Г плеврита

ПРИ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ МЕТИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТНЫМ СТАФИЛОКОККОМ, ПРИМЕНЯЮТ

А ванкомицин
Б цефазолин
В джозамицин
Г гентамицин

ПРИ БРОНХИТЕ, ВЫЗВАННОМ МИКОПЛАЗМОЙ, РЕБЕНКУ В КАЧЕСТВЕ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ НАЗНАЧАЕТСЯ ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ

А макролидов
Б аминопенициллинов
В цефалоспоринов 2 поколения
Г аминогликозидов

ДЛЯ ОСТРОГО ПРОСТОГО БРОНХИТА ХАРАТЕРЕН ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК

А лёгочный
Б укороченный лёгочный
В притупленный
Г коробочный

ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ХЛАМИДИЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ АЗИТРОМИЦИН ВНУТРЬ НАЗНАЧАЕТСЯ В ДЕНЬ

А 5 мг/кг 1 раз
Б 25 мг/кг 2 раза
В 10 мг/кг 1 раз
Г 20 мг/кг 2 раза

ДЛЯ КАКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ ЛЁГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ХАРАКТЕРНО СМЕЩЕНИЕ СРЕДОСТЕНИЯ В СТОРОНУ ПОРАЖЕНИЯ?

А ателектаз лёгкого
Б метапневмонический плеврит
В гидропневмоторакс
Г лобарная эмфизема

ПРИ ПНЕВМОНИИ С ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО АТИПИЧНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ СТАРТОВЫМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ ВЫСТУПАЕТ

А кларитромицин
Б цефатоксим
В амоксициллин
Г ципрофлоксацин

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ ВОЗМОЖНА ПРИ

А респираторном микоплазмозе
Б пневмококковой инфекции
В стафилококковой инфекции
Г синегнойной инфекции

АЛЬВЕОЛОЦИТЫ II ПОРЯДКА ВЫПОЛНЯЮТ ФУНКЦИЮ СИНТЕЗА

А сурфактанта
Б слизи
В слизи
Г Ig

ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СЕТЧАТОГО ЛЁГОЧНОГО РИСУНКА С РАЗЛИЧНОЙ ПО ВЕЛИЧИНЕ ЯЧЕИСТОСТЬЮ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О ТЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ

А интерстициальной
Б сегментарной
В очаговой
Г крупозной

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

А мелкопузырчатые влажные хрипы в лёгких
Б нормальную температуру тела
В выраженную одышку
Г пневмоторакс

ПРИ || СТЕПЕНИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДЫХАНИЕ УЧАЩАЕТСЯ Н (%)

А 20-30
Б 50-60
В 30-40
Г 10-20

СТАРТОВЫМ АНТИБИОТИКОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 12 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

А Амоксициллин
Б Ванкомицин
В Линкомицин
Г Амикацин

ПРИ ПИКФЛУОМЕТРИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

А пиковую скорость выдоха
Б жизненную ёмкость лёгких
В объем форсированного выдоха
Г форсированную жизненную ёмкость лёгких

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПАРАКЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПНЕВМОНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

А рентгенография органов грудной клетки
Б пикфлоуметрия
В спирография
Г компьютерная томография лёгких

К ХАРАКТЕРИСТИКАМ ВРОЖДЕННОЙ ТРАХЕОБРОНХОМАЛЯЦИИ ОТНОСЯТ

А повышенную подвижность стенок трахеи и бронхов, связанную с дефектами их хрящевого и соединительнотканного каркаса
Б недоразвитие хряшевого каркаса периферических отделов бронхиального дерева с развитием бронхиолоэктазов и эмфиземы
В истончение хрящей, дефицит эластических и мышечных волокон в мембранозной части трахеи
Г одиночные или множественные выпячивания стенки трахеи и/или бронхов любой этиологии

К АНТИРЕФЛЮКСНЫМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С АСПИРАЦИОННЫМ БРОНХИТОМ ОТНОСИТСЯ

А сон с поднятым головным концом кровати
Б отказ от ночных кормлений
В кормление грудью в горизонтальном положении
Г перевод ребенка на искусственное вскармливание

ВНЕБОЛЬНИЧНЫЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТСЯ

А пневмококком
Б норовирусом
В хламидией

Г микоплазмой

ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А риновирус
Б хламидия
В микоплазма
Г легионелла

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ С ЛИХОРАДКОЙ, ИНТОКСИКАЦИЕЙ, ПРИТУПЛЕНИЕМ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА В ВЕРХНЕЙ ДОЛЕ ПРАВОГО ЛЕГКОГО, ЛЕЙКОЦИТОЗОМ ДО 15 ТЫСЯЧ ЯВЛЯЕТСЯ

А пневмония
Б бронхит
В муковисцидоз
Г синусит

ОСТРЫЙ ПРОСТОЙ БРОНХИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А сухими хрипами с обеих сторон
Б мелкопузырчатыми хрипами локально
В мелкими очаговыми тенями на рентгенограмме
Г притуплением перкуторного звука с одной стороны

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ УРОВНЯ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЛЕВРЫ НЕОБХОДИМО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРОВЕСТИ

А рентгенографию лёгких в вертикальном положении
Б плевральную пункцию
В томографию лёгких в вертикальном положении
Г латерографию

ДЛЯ ЛЕГОЧНОГО ГЕМОСИДЕРОЗА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

А гемосидерофагов в мокроте
Б гнойных синуситов
В приступов одышки
Г рестриктивных нарушений вентиляции

К ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ГОСПИТАЛЬНОЙ (НОЗОКОМИАЛЬНОЙ) ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

А грамотрицательную флору
Б грибковую инфекцию
В респираторные вирусы

Г атипичную флору

В СЛУЧАЕ АСПИРАЦИОННОГО БРОНХИТА АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ГРУДНОМУ РЕБЕНКУ ПОКАЗАНА ПРИ

А гипертермии
Б невозможности проведения лечебных антирефлюксных мероприятий
В выявлении рефлюкса
Г ночном кашле

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ХЛАМИДИЙНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

А навязчивый коклюшеподобный кашель
Б асимметрию хрипов
В притупление перкуторного звука
Г локальные мелкопузырчатые хрипы

ПИОТОРАКС ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПНЕВМОНИИ

А стафилококковой
Б пневмококковой
В пневмоцистной
Г легионеллезной

ДИАГНОЗ «РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ БРОНХИТ» ВЫСТАВЛЯЕТСЯ ПРИ

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

ВОЗБУДИТЕЛЕМ ТИПИЧНОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 3-5 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

А пневмококк
Б микоплазма
В золотистый стафилококк
Г синегнойная палочка

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА ЛЕЧЕНИЯ АЗИТРОМИЦИНОМ ПНЕВМОНИИ СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)

А 3 или 5
Б 21

В 10 или 14
Г 7

С ПОМОЩЬЮ ПИКФЛОУМЕТРА ИЗМЕРЯЕТСЯ

А максимальная (пиковая) скорость выдоха (PEF)
Б жизненная емкость легких
В общая емкость выдоха
Г остаточный объем лёгких

ПРИ ПИОТОРАКСЕ ВЫЯВЛЯЮТ

А выраженное притупление перкуторного звука
Б бронхиальное дыхание при аускультации
В коробочный звук при перкуссии
Г мелкопузырчатые влажные хрипы в лёгких

ДЛЯ ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА ХАРАКТЕРНО

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

ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ

А вирусы и «атипичные» бактерии
Б грамотрицательные бактерии
В грамположительные бактерии
Г простейшие

К ПОКАЗАТЕЛЯМ ТЯЖЕСТИ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

А степень дыхательной недостаточности
Б локализованные хрипы
В кашель
Г температуру

АППАРАТОМ ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ ЖИЗНЕННОЙ ЁМКОСТИ ЛЁГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

А спирометр
Б становой динамометр
В калипер
Г ручной динамометр

ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ В ДИАГНОСТИКЕ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А локальная крепитация
Б одышка
В жесткое дыхание
Г диффузные мелкопузырчатые хрипы

ЭКСПРЕСС-ТЕСТОМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАСЫЩЕНИЯ КРОВИ КИСЛОРОДОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

А пульсоксиметрия
Б лабораторное определение газового состава крови
В анализ окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина
Г манометрия

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НА ДОМУ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

А Амоксициллина
Б Пиперациллина
В Карбенициллина
Г Феноксиметилпенициллина

НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЕ ПРИЗНАКИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ПНЕВМОНИИ

А интерстициальной
Б сегментарной
В очаговой
Г крупозной

ПРИ МИКОПЛАЗМЕННОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ

А макролиды
Б фторхинолоны
В аминогликозиды
Г пенициллины

ЛЁГОЧНОЙ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А булла
Б пиопневмоторакс
В пиоторакс
Г пневмоторакс

БРОНХОГРАФИЯ ДАЕТ ПРАВИЛЬНУЮ ТРАКТОВКУ СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ БРОНХОВ ПРИ

А бронхоэктазии
Б легочной секвестрации
В врожденной лобарной эмфиземе
Г кисте лёгкого

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

А выраженную одышку
Б сухой плеврит
В грубый «лающий кашель»
Г фебрильную лихорадку

ЦИАНОЗ КОЖИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

А заболеваниях лёгких
Б заболевании почек
В геморрагических заболеваниях
Г заболевании печени

ОСТРЫЙ ПРОСТОЙ БРОНХИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А отсутствием экспираторной одышки
Б увеличением сердца
В наличием свистящих хрипов
Г притуплением перкуторного звука с одной стороны

С ПОМОЩЬЮ ПИКФЛОУМЕТРА ИЗМЕРЯЕТСЯ

А максимальная (пиковая) скорость выдоха
Б сатурация кислорода
В напряжение кислорода в крови
Г напряжение углекислого газа в крови

ОРАЛЬНАЯ КРЕПИТАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА

А воспалительного поражения бронхиол
Б воспалительного поражения бронхов
В очагового поражения легких
Г крупа

КАКАЯ ПНЕВМОНИЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

А пневмококковая
Б пневмоцистная
В микоплазменная
Г стафилококковая

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

А ателектаз
Б абсцесс
В пневмоторакс
Г булла

К ФУНКЦИОНАЛЬНОМУ ПОКАЗАТЕЛЮ, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕМУ НАЛИЧИЕ ОБСТРУКЦИИ БРОНХОВ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СТАРШЕ 5 ЛЕТ, ОТНОСИТСЯ

А объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) менее 80% от должных величин
Б снижение жизненной емкости легких
В отрицательная проба с бета2-агонистом
Г объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) от 80 до 100% от должных величин

ПРИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ГИПЕРПРОДУКЦИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КЛАССА

А E
Б M
В G

ОБЪЕМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА 1 СЕК, ФОРСИРОВАННАЯ ЖИЗНЕННАЯ ЕМКОСТЬ И МАКСИМАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ ВЫДОХА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 5 ЛЕТ ПОЗВОЛЯЮТ ОЦЕНИТЬ

А степень бронхиальной обструкции
Б степень выраженности инфекционного процесса
В состояние иммунной системы организма
Г степень аллергизации организма

ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А затруднение выдоха
Б общая слабость
В затруднение вдоха
Г головная боль

ДОЗИРУЮЩИЙ АЭРОЗОЛЬНЫЙ ИНГАЛЯТОР СО СПЕЙСЕРОМ И МУНДШТУКОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ (В ГОДАХ)

А 3-4
Б 7-8
В 0-1
Г 1-2

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У РЕБЕНКА МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А b2-адреномиметик короткого действия
Б системный глюкокортикоид
В блокатор Н1-гистаминовых рецепторов
Г блокатор Н2-гистаминовых рецепторов

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А экспираторной одышкой
Б инспираторной одышкой
В дизурией
Г афонией

ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А удлиненным выдохом
Б осиплостью голоса
В грубым лающим кашлем
Г стридорозным дыханием

ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЮТ

А «немое легкое»
Б ослабленное дыхание
В везикулярное дыхание
Г жесткое дыхание

ДЛЯ БЫСТРОГО КУПИРОВАНИЯ СИМПТОМОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТ

А бета-2 агонисты короткого действия
Б антигистаминные препараты
В ингаляционные глюкокортикостероиды
Г теофиллины замедленного высвобождения

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

А Сальбутамол
Б Кетотифен
В Кромогликат натрия
Г Беклометазон

ЧАСТОТА ОСМОТРА ВРАЧОМ-ПЕДИАТРОМ РЕБЕНКА С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В МЕЖПРИСТУПНЫЙ ПЕРИОД СОСТАВЛЯЕТ ОДИН РАЗ В (МЕС.)

А 1-2
Б 3-6
В 4
Г 12

К ПРИЗНАКУ ХАРАКТЕРНОМУ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСЯТ

А рассеянные непостоянные сухие свистящие хрипы при аускультации
Б разнокалиберные влажные хрипы при аускультации
В повышение хлоридов пота в моче
Г осиплость голоса, лающий кашель

В ЛЕЧЕНИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА

А противокашлевые
Б мукорегуляторные
В отхаркивающие
Г муколитические

ДЛЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРЕН _____ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК

А коробочный
Б притупленный
В легочный
Г укороченный легочный

ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

А ателектаз
Б абсцесс
В пиоторакс
Г напряженный пневмоторакс

ДЛЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕМ

А экспираторной одышки
Б навязчивого кашля
В смешанной одышки
Г инспираторной одышки

ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

А сухих свистящих хрипов
Б крепитации
В шума трения плевры
Г влажных мелкопузырчатых хрипов

ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПОСЛЕ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ВКЛЮЧАЕТ

А лечебную физкультуру (ЛФК)
Б занятия в основной группе по физической культуре
В плавание
Г постановку кожных аллергических проб

ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

А бронхиальной астмы
Б простого бронхита
В пневмония
Г крупа

ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ВЫСЛУШИВАЮТ _____ ХРИПЫ

А диффузные сухие свистящие
Б локальные мелкопузырчатые влажные
В диффузные мелкопузырчатые влажные
Г диффузные разнокалиберные влажные

КОРОБОЧНЫЙ ОТТЕНОК ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

А выраженной эмфиземе
Б пневмонии
В сухом плеврите
Г трахеобронхите

ДЕТЯМ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ДОЛЖЕН ПРОВОДИТЬ

А оценку эффективности начальной базисной терапии
Б оценку кожных проб
В выполнение спирографии
Г маллергенспецифическую иммунотерапию

ТЯЖЕЛАЯ БРОНХООБСТРУКЦИЯ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ОСЛОЖНЯЕТСЯ РАЗВИТИЕМ

А ателектаз
Б мабсцесса легкого
В пиоторакса
Г напряженного пневмоторакса

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ РЕБЕНКА С ОБОСТРЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А тяжелый приступ
Б мвозраст до 5 лет
В приступ любой тяжести
Г возраст до 7 лет

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 ДЫХАТЕЛЬНЫХПУТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

А бронхиальная астма
Б эозинофильная пневмония
В гиперчувствительный пневмонит
Г фиброзирующий альвеолит

ОБЪЕМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА ПЕРВУЮ СЕКУНДУ (ОФВ1) У РЕБЕНКА СТАРШЕ 5 ЛЕТ ПОЗВОЛЯЕТ

А степень бронхиальной обструкции
Б степень выраженности инфекционного процесса
В степень аллергизации организма
Г состояние иммунной системы организма

НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ В КЛИНИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А затрудненный выдох
Б ослабление дыхания при аускультации легких
В затрудненный вдох
Г ассиметричные влажные хрипы в легких

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ БЕТА2-АГОНИСТАМИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ ОЦЕНИВАЮТ ПО

А уменьшению одышки
Б уменьшению тахикардии
В улучшению отхождения мокроты
Г снижению температурной реакции

ОЦЕНКУ УРОВНЯ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОВОДЯТ ПРИ ПОМОЩИ

А теста по контролю над астмой (sthm ControlTest; ACT)
Б определения уровня общего иммуноглобулина класса Е (IgE)
В мпровокационного теста с метаходином
Г рентгенографии органов грудной клетки

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 5 ЛЕТ ИМЕЕТ

А исследование функции внешнего дыхания
Б рентгенография органов грудной клетки
В определение общего IgE в сыворотке крови
Г общий анализ крови

ДЛЯ ЛОБАРНОЙ ЭМФИЗЕМЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

А одышки с апноэ
Б стридорозного дыхания
В сердечной недостаточности
Г пенистого отделяемого из ротоглотки

АМИНОФИЛЛИН ДЛЯ СНЯТИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВВОДЯТ В ВИДЕ РАСТВОРА (%)

А 2,4
Б 12
В 0,24
Г 24

С ЦЕЛЬЮ ВЫЯЛЕНИЯ ТРИГГЕРА ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В МЕЖПРИСТУПНОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДЯТ

А кожные пробы
Б бронхоскопию
В компьютерную томографию
Г бронхографию

ОСОБЕННОСТЬЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

А выявление влажных хрипов при аускультации и более продуктивный кашель
Б вздутие грудной клетки
В участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания
Г экспираторной характер одышки

ОБЪЕМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА ПЕРВУЮ СЕКУНДУ (ОФВ1) ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ ___ %

А 60
Б 70
В 90
Г 80

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А фиксированная комбинация Фенотерола и Ипратропиума бромида
Б Будесонид
В Амброксол
Г Теофиллин

ПРИ ОБОСТРЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ЯВЛЯЕТСЯ

А сальбутамол
Б кетотифен
В монтелукаст
Г преднизолон

ДЛЯ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ АСТМЫУ ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ

А ингаляционные глюкокортикостероиды
Б ксатины
В короткодействующие бета- адреномиметики
Г пролонгированные бета-адреномиметики (монотерапия)

ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В УСЛОВИХ ПОЛИКЛИНИКИ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЕНКА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ, ВКЛЮЧАЮТ

А спелеотерапию, дыхательную гимнастику, небулайзерную терапию
Б дыхательную гимнастику, амплипульс, небулайзерную терапию
В спелеотерапию, амплипульс, дыхательную гимнастику

Г небулайзерную терапию, спелеотерапию, амплипульс

РАЗОВАЯ ДОЗА ИПРАТРОПИЯ БРОМИДА ДЛЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

А 0,5-1,0
Б 1,1-2,0
В 0,1-0,4
Г 2,1-2,5

ПРИСТУП БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А экспираторной одышкой
Б инспираторной одышкой
В кашлем с мокротой
Г болью в грудной клетке

ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ НАЧАЛЬНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ У РЕБЕНКА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ДОЛЖЕН

А направить ребенка на госпитализацию в стационар
Б назначить болюсно системные глюкокортикостероиды
В увеличить дозу ингаляционных глюкокортикостероидов
Г увеличить дозу ингаляционных глюкокортикостероидов + бета2-агонистов длительного действия

ОДНОЙ ИЗ ОСНОВНЫХ ЖАЛОБ БОЛЬНОГО С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЖАЛОБА НА

А приступы удушья
Б кашель с гнойной мокротой
В кровохарканье
Г боль в грудной клетке

МАКСИМАЛЬНАЯ РАЗОВАЯ ДОЗА САЛЬБУТАМОЛА ДЛЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

А 2,5
Б 5
В 1
Г 3,5

ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БРОНХИТ МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬСЯ

А аденовирусом

Б пневмококком
В пыльцой растений
Г золотистым стафилококком

ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПРОТИВОПОКАЗАНА РАБОТА

А связанная с неблагоприятными метеофакторами
Б в образовательных учреждениях
В на компьютере
Г предполагающая незначительные физические нагрузки

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ

А бета2-агонист короткого действия
Б теофиллин короткого действия
В ингаляционный кортикостероид
Г оральный кортикостероид

ДИФФУЗНОЙ ОСЛАБЛЕНИЕ ДЫХАНИЯ НАД ПОВЕРХНОСТЬЮ ЛЕГКИХ ПРИ АСКУЛЬТАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

А приступе бронхиальной астмы
Б коклюше
В неосложненной пневмонии
Г остром бронхите

ПРИЧИНОЙ ЭКСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А бронхиальная обструкция
Б вирусный фарингит
В стенозирующий ларингит
Г долевая пневмония

В ОТЛИЧИЕ ОТ ОСТРОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

А экспираторная одышка
Б отсутствие хрипов в легких при аускультации
В осиплость голоса
Г цианоз кожных покровов и слизистых

ОБСТРУКТИВНЫМ ЛЕГОЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

А бронхиальная астма
Б экзогенный аллергический альвеолит

В фиброзирующий альвеолит
Г эозинофильная пневмония

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТ

А ингаляционные глюкокортикоиды
Б антигистаминные препараты
В бета-адреноблокаторы
Г ингибиторы циклооксигеназы

ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА ВОЗНИКАЕТ ПРИ

А бронхиальной обструкции
Б трахеите
В фарингите
Г остром ларингите

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

А использование ингаляционных бронходиляторов
Б проведение кислородотерапии
В внутривенное введение 2,4% раствора Эуфиллина
Г внутримышечное введение бета-адреномиметиков

ПРИСТУП УДУШЬЯ У РЕБЕНКА СВЯЗАН С

А бронхиальной астмой
Б брохиолитом
В пневмонией
Г бронхитом

К ОСНОВНЫМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТЕ ОТНОСЯТ ХРИПЫ

А рассеянные сухие свистящие
Б рассеянные мелкопузырчатые
В локальные мелкопузырчатые
Г локальные сухие

ДЕТЯМ С ОБСТРУТИВНЫМ БРОНХИТОМ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

А ингаляционной терапии бета2-агонистами
Б базисной терапии глюкокортикостероидами
В ингаляционной терапии с альфа-адреномиметиками
Г антибактериальной терапии

ПРИ АСИПИНОВОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НАЗНАЧАЮТ

А Монтелукаст
Б Кромоглициевую кислоту
В Хлоропирамин
Г Кетотифен

ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А Беклометазон
Б Сальбутамол
В Ипратропия бромид
Г Фенотерол

ИСКЛЮЧЕНИЕМ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А повышение хлоридов в поте и моче
Б нарушение функции внешнего дыхания
В повышение иммуноглобулина Е (IgE)
Г повышение эозинофилов в крови

ПАЦИЕНТАМ С ОБОСТРЕНИЕМ ХОБЛ НАЗНАЧЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОКАЗАНО В СЛУЧАЕ

А увеличение объема и степени гнойности мокроты
Б наличия признаков острой респираторной инфекции
В появления сухих свистящих хрипов
Г длительного стажа курения

НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ САЛЬБУТАМОЛА ПРИ ЗАТЯНУВШЕМСЯ ПРИСТУПЕ БА ЯВЛЯЕТСЯ

А ингаляционный через небулайзером
Б пероральный
В внутривенный
Г ингаляционный с использованием стандартного дозированного ингалятора

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ ДЕТЯМ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРОВОДЯТ В ПЕРИОД

А контроля над заболеванием
Б отсутствия контроля над заболеванием
В обострения
Г приступа

ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

А проводится по индивидуальному плану при достижении контроля над заболеванием
Б проводится в соответствии с национальным календарем профилактических прививок
В не проводится
Г проводится по желанию родителей

ОСНОВУ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СОСТАВЛЯЮТ МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА

А устранение контакта со значимыми аллергенами
Б укрепление иммунитета
В предотвращение развития аллергической сенсибилизации
Г исключение воздействия табачного дыма как в пренатальном, так и в постнатальном периодах

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩАЯСЯ ЕЖЕДНЕВНЫМИ НЕВНЫМИ И РЕГУЛЯРНЫМИ НОЧНЫМИ ПРИСТУПАМИ ЗАТРУДНЕННОГО ДЫХАНИЯ, СНИЖЕНИЕМ ОФВ1 НИЖЕ 80% ОТ ДОЛЖНОГО РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК

А среднетяжелая персистирующая
Б легкая интермиттирующая
В легкая персистирующая
Г тяжелая персистирующая

В ТЕРАПИЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВКЛЮЧАЮТ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ

А наличии присоединения вторичной инфекции
Б лихорадке более 3 дней
В отсутствии эффекта от повторных ингаляций сальбутамола
Г наличии кашля с отхождением густой мокроты

В ОСНОВЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМА ЛЕЖИТ ХРОНИЧЕСКОЕ

А воспаление слизистой оболочки бронхов, сопровождающееся вариабельной обструкцией и бронхиальной гиперреактивностью
Б обструктивное заболевание с нарушением реологических свойств мокроты и задержкой физического развития
В инфекционное воспаление слизистой оболочки бронхов
Г заболевание дыхательной системы, характеризующееся прогрессирующей необратимой обструкцией бронхов

ОБОСТРЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ВЕСЕННЕЕ ВРЕМЯ ОБУСЛОВЛЕНО СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ К _____ АЛЛЕРГЕНАМ

А пыльцевым
Б эпидермальным
В пищевым
Г грибковым

ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИЕЙ ПОНИМАЮТ

А сосудистые пятна, не выступающие над кожей
Б сосудистые опухоли (гемангиомы)
В участки гипоплазии кожи
Г пигментные пятна на коже

ПРИ АКРОЦИАНОЗЕ СИНЮШНОСТЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА КОЖЕ

А Кончиков пальцев рук
Б Области носогубного треугольника
В Вокруг глаз
Г Области локтевых сгибов

ПОЛИДАКТИЛИЮ РАССМАТРИВАЮТ КАК

А Увеличение количества пальцев
Б Сращение двух пальцев
В Изменение формы пальцев
Г Изменение длины пальцев

ЧЕРЕЗМЕРНОЕ РАЗВИТИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗЫВАЮТ

А Прогенией
Б Микрогенией
В Микрогнатией
Г Прогнатией

СИМПТОМОМ ТРЕВОГИ («КРАСНЫМ ФЛАГОМ») ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

А Дисфагия
Б Разжиженный стул
В Приступообразная боль в животе
Г Зависимость боли в животе от приема пищи

ПОД ТЕРМИНОМ «РЕПРИЗЫ» ПРИ КАШЛЕ ПОНИМАЮТ

А Свистящий вдох вслед за приступом кашля
Б Затрудненное дыхание во время приступа кашля
В Затрудненный выдох во время приступа кашля

Г Приступы кашля, преимущественно в ночное время

ФАКТОРАМИ, ВЫЗЫВАЮЩИМИ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ

А Тератогены
Б Онкогены
В Цитогены
Г Канцерогены

КАКАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ НОРМАЛИЗУЕТСЯ СПОНТАННО?

А Нейрогенная
Б Метаболическая
В Злокачественная
Г Посттрансфузионная

ПРИЗНАКАМИ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

А Мышечная дрожь, бледность кожных покровов с цианотичным оттенком, съеживание
Б Дрожь, покраснение кожных покровов, учащение частоты дыхания
В Бледность кожных покровов, уменьшение частоты дыхания, ощущение утомления
Г Дрожание конечностей, желтушность кожных покровов, чувство страха

ДЛЯ МЕНИНГИТА ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ

А Кернига
Б Падалки
В Филатова-Коплика
Г Грефе

РЕБЕНОК В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА, ГОЛОВА ЗАПРОКИНУТА, ТУЛОВИЩЕ ВЫГНУТОЕ, ЖИВОТ ВТЯНУТ, РУКИ ПРИЖАТЫ К ГРУДИ, НОГИ ПОДДТЯНУТЫ К ЖИВОТУ. ТАКАЯ ПОЗА РЕБЕНКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

А Менингеального синдрома
Б Акушерского пареза
В Опистонуса
Г Мышечной гипотонии

КОНЪЮКТИВИТ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ

А Рейтера
Б Алажилля
В Маршала
Г Готтрона

ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИНАДЛЕЖИТ

А Несоответствию высокой теплопродукции низкой теплоотдаче
Б Нарушениию со стороны центральной нервной системы
В Воздействию экзо- и эндогенный пирогенов
Г Несоответствию низкой теплопродукции высокой теплоотдаче

НЕДОРАЗВИТИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗЫВАЮТ

А Микрогенией
Б Микрогнатией
В Прогнатией
Г Прогнатией

КРОВОПОДТЕКИ МОГУТ ОБРАЗОВЫВАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

А Вакуумного (присасывающего) воздействия
Б Действия высокой температуры
В Действия низкой температуры
Г Электрического тока

ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А Волдырь
Б Атрофия
В Эрозия
Г Рубец

БЛЕДНОСТЬ КОЖИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

А Анемии
Б Психическом возбуждении
В Печеночной недостаточности
Г Физической нагрузке

«ФРЕНИКУС» - СИМПТОМ СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ

А Между ножками musculus sternocleidom stoideus dextrum
Б В углу, образованном ключицей и наружным краем musculus sternocleidom stoideus
В На 3 см выше середины ключицы
Г В области яремной вырезки грудины

БРАХИЦЕФАЛИЮ РАССМАТРИВАЮТ КАК

А Увеличение ширины черепа по отношению к длине

Б Увеличение черепа во фронтальном размере
В Расширение черепа в теменной части
Г Удлинение черепа в сигиттальном размере

ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИЯМИ У ДЕТЕЙ НАЗЫВАЮТСЯ

А Сосудистые пятна, не выступающие над кожей
Б Пятна со скоплением пигментообразующих клеток
В Участки кожи с сетчатым («мраморным») рисунком
Г Сосудистые пятна, вступающие над поверхностью кожи

НЕДОРАЗВИТИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗЫВАЮТ

А Микрогнатией
Б Прогнатией
В Микрогенией
Г Прогенией

МЕНИНГЕАЛЬНЫЕ ЗНАКИ ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ

А Ригидность затылочных мышц
Б Симптом натяжение
В Декортикационную регидность
Г Асинергию Бабинского

ЭЛЕМЕНТ СЫПИ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЙ СОБОЙ ПОЛОСТНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ РАЗМЕРОМ ДО 5 ММ, ЗАПОЛНЕННОЕ СОДЕРЖИМЫМ

А Везикула
Б Бугорок
В Папула
Г Розеола

ГИПОКАЛИЕМИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

А Многократной рвоте
Б Обширной травме
В Надпочечниковой недостаточности
Г Почечной недостаточности

ГИПОКАЛИЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А Тахикардией
Б Брадикардией
В Высоким остроконечным зубцом Т на ЭКГ
Г Смещение интервала ST на изолинии ЭКГ

ОРТОПНОЭ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЗАТРУДНЕНИЕМ ДЫХАНИЯ В ПОЛОЖЕНИИ

А Лежа и нормализации сидя
Б И лежа, и сидя
В Вертикальном
Г Сидя и нормализации лежа

ПОД ВИТИЛИГО ПОНИМАЮТ

А Очаговую депигментацию
Б Очаговую гиперпигментацию
В Сосудистые пятна
Г Плоские родинки

ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЛОКАЛЬНОЙ ГИПЕРЕМИИ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

А Воспалительное поражение
Б Перегревание
В Физическое перенапряжение
Г Полицитемия

МЫШЕЧНОЙ АСИММЕТРИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ НЕОДИНАКОВАЯ СТЕПЕНЬ РАЗВИТИЯ

А Одноименных групп мышц
Б Мышц бедра и голени
В Мышц плеча и предплечья
Г Мышц верхних и нижних конечностей

ДЛЯ КЛЕТОЧНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

А Жажды
Б Отеков
В Судорог
Г Мышечной гипотонии

В ОТЛИЧИЕ ОТ АНЕМИИ ПРИ ПСЕВДОАНЕМИИ ЦВЕТ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК

А Ярко-розовый
Б Бледный цианотичный
В Цианотичный
Г Желтушный

МОНГОЛОИДНЫМИ ПЯТНАМИ У ДЕТЕЙ НАЗЫВЫЮТСЯ

А Пятна со скоплением пигментообразующих клеток кожи
Б Сосудистые пятна, не выступающие над кожей
В Обширные участки кожи с мраморным рисунком
Г Сосудистые пятна, выступающие над кожей

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ КОЖНЫХ ВЫСЫПАНИЙ ДЕЛЯТСЯ НА

А Первичные и вторичные
Б Воспалительные и невоспалительные
В Пролиферативные и экссудативные
Г Полостные и бесполостные

АРАХНОДАКТИЛИЮ РАССМАТРИВАЮТ КАК

А Длинные и тонкие пальцы
Б Сращение пальцев
В Укорочение пальцев
Г Изменение формы пальцев

ЗАПАДЕНИЕ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

А Эксикозе
Б Ацидозе
В Токсикозе
Г Анасарке

БОРОЗДОЙ ФИЛАТОВА-ГАРРИСОНА НАЗЫВАЕТСЯ

А Ладьевидное углубление в области прикрепления диафрагмы
Б Углубление в области мечевидного отростка
В Западание в области рукоятки грудины
Г Деформация грудной клетки при нарушениях осанки

АГЕНЕЗИЕЙ ЛЁГКОГО НАЗЫВАЮТ

А Отсутствие всех элементов легкого
Б Отсутствие мелких бронхов в доле или всем легком
В Недоразвитие главного бронха
Г Недоразвитие бронхиального дерева из-за дефектов эластической и мышечной ткани

ПОД ТЕРМИНОМ «ТАХИПНОЕ» ПОНИМАЮТ

А Учащение дыхания
Б Урежение дыхания
В Поверхностное дыхание
Г Углубление дыхания

СТЕПЕНЬ СТЕНОЗА ГОРТАНИ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО

А Степени дыхательной недостаточности
Б Наличию в легких влажных хрипов
В Длительности клинических проявлений
Г Выраженности изменения голоса

ГИПЕРНАТРИЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А Жаждой
Б Адинамией
В Снижением сухожильных рефлексов
Г Отказом от употребления жидкости

ПОЛОСТНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

А Пузырек
Б Волдырь
В Папула
Г Узел

ВТОРИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А Трещина
Б Пятно
В Везикула
Г Папула

ЖЕЛТЫЙ ЦВЕТ КРОВОПОДТЕКОВ ОБУСЛОВЛЕН ОБРАЗОВАНИЕМ

А Билирубина
Б Вердогемохромогена
В Биливердина
Г гемосидерина

БЛЕДНОСТЬ КОЖИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

А снижении артериального давления
Б повышенной физической нагрузке
В повышении артериального давления
Г повышении температуры воздуха

ДЛЯ ПОСТОЯННОЙ ЛИХОРАДКИ ХАРАКТЕРНЫ СУТОЧНЫЕ КОЛЕБАНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ (ГРАДУС ЦЕЛЬСИЯ)

А Менее 1
Б Более 1
В Менее 3
Г Более 3

К ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТАМ ОТНОСЯТСЯ

А Папулы
Б Трещины
В Экскориации
Г Вегетации

ЖЕЛТУШНОСТЬ СКЛЕР ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ ОБЩЕГО БИЛИРУБИНА ВЫШЕ (МКМОЛЬ/Л)

А 20
Б 15
В 25
Г 30

АНТИМОНГОЛОИДНЫЙ РАЗРЕЗ ГЛАЗ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ КАК

А Опущенные наружные углы глазных щелей, узкая глазная щель
Б Опущенные внутренние углы глазных щелей
В Узкая глазная щель
Г Полулунная складка у внутреннего угла глаза

ДЕФОРМАЦИЯ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИН В ВИДЕ «ЧАСОВЫХ СТЕКОЛ» ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

А Хронической дыхательной недостаточностью
Б Длительного дефицита питания
В Хронической надпочечниковой недостаточностью
Г Хронической почечной недостаточностью

ПРИ ЭКЗОГЕННОЙ (ЛОЖНОЙ) ЖЕЛТУХЕ ПРОКРАШИВАЮТСЯ

А Преимущественно ладони и стопы
Б Склеры и слизистые оболочки
В Преимущественно живот и спина
Г Только слизистые оболочки

ВТОРИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А Рубец
Б Пустула

В Узел
Г Бугорок

ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А Узел
Б Гиперпигментация
В Корка
Г Депигментация

ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А Пятно
Б Ссадина
В Чешуйка
Г Эрозия

ВТОРИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А Эрозия
Б Волдырь
В Пузырек
Г Узел

ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ

А Обширность и глубину геморрагической сыпи на коже и слизистых оболочках
Б Степень обезвоживания, частоту сердечных сокращений, частоту дыхания
В Выраженность сердечной и дыхательной недостаточность
Г Выраженность болевого синдрома и цвет кожных покровов

К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ МЕНИНГЕАЛЬНОМУ СИМПТОМУ ОТНОСИТСЯ

А Симптом Брудзинского
Б Гипотония шейных мышц
В Западение родничка
Г Нижний рефлекс Ландау

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ НИКОЛЬСКОГО ОБУСЛОВЛЕН

А Акантолизом
Б Мацерацией
В Эритемой
Г Экссудацией

ЧАСТОТОЙ ПРИЧИНОЙ ПАРАДОКСАЛЬНОГО ДЫХАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А Ларингоспазм
Б Пневмоторакс
В Бронхиальная астма
Г Пневмония

РАЗВИТИЕ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ФОНЕ ТОКСИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНО

А Преобладанием теплообразования над теплоотдачей
Б Преобладанием теплоотдачи над теплопродукцией
В Снижением теплопродукции на фоне гипоксии
Г Снижением теплоотдачи на фоне ацидоза

У НОВОРОЖДЕННЫХ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ГИПЕРТЕРМИЯ ПРИ

А Менингите
Б Энтероколите
В Сепсисе
Г Пневмонии

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А Сухость слизистых
Б Гипонатриемия
В Выбухающий родничок
Г Гипотермия

ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ УСИЛИВАЕТСЯ ПРИ

А Очаговом уплотнении
Б Эмфиземе
В Гидротораксе
Г Обтурационном ателектазе

ПОЯВЛЕНИЕ У РЕБЕНКА МОЧИ ЦВЕТА МАЛИНОВОГО СИРОПА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

А Гемоглобинурии
Б Билирубинемии
В Мочекислом инфаркте
Г Макрогематурии

У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА В ПОЛЬЗУ МЕНИНГИТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ СИМПТОМ

А Лесажа
Б Моро
В Западение большого родничка
Г Кера

У ДЕТЕЙ К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ НИЗКОГО СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

А Симптом «белого пятна»
Б Отсутствие пульса
В Гиперемия кожи
Г Высокое пульсовое давление

ПРИ СИНДРОМЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПО ВАГОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ НАБЛЮДАЕТСЯ

А Склонность к синкопальным состояния
Б Красный, стойкий дермографизм
В Повышение артериального давления
Г Тахикардия

ДЛЯ ГИПЕРТЕРМИИ ХАРАКТЕРНЫМ СЧИТАЮТ

А Тахикардию
Б Болевой синдром
В Полиурию
Г Брадикардию

К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ МЕНИНГЕАЛЬНОМУ СИМПТОМУ ОТНОСИТСЯ

А Ригидность мышц затылка
Б Нижний рефлекс Ландау
В Верхний рефлекс Ландау
Г Гипотония мышц шеи

К СИМПТОМАМ МЕНИНГИТА ОТНОСЯТ

А Рвоту на фоне головной боли
Б Уртикарную сыпь
В Невнятную речь и головную боль
Г Западение родничка

К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ МЕНИНГЕАЛЬНОМУ СИМПТОМУ ОТНОСИТСЯ

А Тоническое напряжение мыш.
Б Нижний рефлекс Ландау

В Гипотония мышц
Г Западение родничка

К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ МЕНИНГЕАЛЬНОМУ СИМПТОМУ ОТНОСИТСЯ

А Симптом Кернига
Б Западение родничка
В Симптом Ортнера
Г Рефлекс Ландау

ДЛЯ НИКТУРИИ ХАРАКТЕРНО

А Преобладание ночного диуреза над дневным
Б Преобладание дневного диуреза над ночным
В Снижение фильтрационной функции почек
Г Нарушение концентрационной функции почек

ДЛЯ СИНДРОМА ДИЗУРИИ ХАРАКТЕРНО

А Расстройство акта мочеиспускания
Б Нарушение концентрационной функции почек
В Увеличение количества выделенной мочи
Г Уменьшение количества выделенной мочи

ДЛЯ ПОЛЛАКИУРИИ ХАРАКТЕРНО

А Учащение мочеиспусканий
Б Наличие боли при мочеиспускании
В Увеличение диуреза
Г Урежение мочеиспусканий

ДЛЯ МОЧЕВОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО

А Количественные и качественные изменения мочи
Б Расстройство акта мочеиспускания
В Признаки нарушения выведения мочи
Г Изменения прозрачности мочи

ТРУПЫ СКОРОПОСТИЖНО УМЕРШИХ ЛИЦ МОГУТ НЕ ПОДВЕРГАТЬСЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

А в случае нахождения на лечении с установленным диагнозом хронического заболевания
Б при подозрении на насильственную смерть
В в случае, если не наблюдались при жизни врачами
Г при наступлении смерти вне лечебного учреждения при невыясненных обстоятельствах

КРОВЬ ПРИОБРЕТАЕТ ЯРКО-АЛЫЙ ЦВЕТ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ

А Окисью углерода
Б Мышьяковистым ангидридом
В Этиленгликолем
Г Уксусной кислотой

К СИМПТОМАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЧЕТВЁРТОЙ СТЕПЕНИ ОБМОРОЖЕНИЯ ОТНОСЯТ

А некроз мягких тканей и костей, потеря чувствительности, в дальнейшем - мумификация
Б побледнение кожи, восстановление чувствительности при отогревании
В пузыри на отёчной бледно-синюшной коже, потеря болевой, тактильной чувствительности
Г некроз кожи

НЕПРЕМЕННЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

А повреждение твердой мозговой оболочки
Б открытый перелом свода черепа
В открытый перелом черепа, ушиб головного мозга
Г открытый перелом черепа, сотрясение головного мозга

ПОВРЕЖДЕНИЕ, ОБРАЗУЮЩЕЕСЯ ПРИ ПОДКОЖНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ В РЕЗУЛЬТАТЕ РАЗРЫВА МЕЛКИХ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

А кровоподтеком
Б ушибом
В гематомой
Г ссадиной

ЗНАЧЕНИЕ МЫШЕЧНОГО ОКОЧЕНЕНИЯ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО ОНО

А является достоверным признаком смерти
Б препятствует формированию посмертных повреждений
В позволяет достоверно судить о причине смерти
Г относится к функциональным изменениям

СМЕРТЬ ПРИ ЭЛЕКТРОТРАВМЕ IV СТЕПЕНИ НАСТУПАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ

А нарушения ритма сердца
Б воздействия на дыхательный центр
В нарушения проведения импульсов по нервным стволам
Г механической асфиксии

К АНТИГИСТАМИННЫМ ПРЕПАРАТАМ 1 ПОКОЛЕНИЯ ОТНОСЯТ

А хлоропирамин
Б цетиризин
В фексофенадин
Г лоратадин

БЕТА2-АГОНИСТОМ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕПАРАТ

А сальбутамол
Б беклометазон
В сальметерол
Г формотерол

ДЕТЯМ ДО 18 ЛЕТ ПРОТИВОПОКАЗАН

А ципрофлоксацин
Б цефтриаксон
В азитромицин
Г пенициллин

ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР СТИМУЛИРУЮТ

А салицилаты
Б транквилизаторы
В нейролептики
Г снотворные

ПРЕПАРАТОМ, К ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ КОТОРОГО ОТНОСИТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ ОПАСНОСТИ РАЗВИТИЯ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, ЯВЛЯЕТСЯ

А индометацин
Б дексаметазон
В ацетазоламид
Г сурфактант

ДЛЯ СИСТЕМНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДАМИКОЗА ИСПОЛЬЗУЮТ

А флуконазол
Б тербинафин
В карбенициллин
Г нафтифин

РАЗОВАЯ ДОЗА ПАРАЦЕТАМОЛА РЕБЕНКУ ПЯТИ ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (МГ/КГ)

А 10-15

Б 20-30
В 3-5
Г 1-2

СОЛЯНУЮ КИСЛОТУ В ЖЕЛУДКЕ НЕЙТРАЛИЗУЕТ

А алгелдрат+магния гидроксид
Б смектит диоктаэдрический
В лансопразол
Г ранитидин

НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ПРЕПАРАТОМ В ПЛАНЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А индометацин
Б пироксикам
В напроксен
Г парацетамол

К БЫСТРОДЕЙСТВУЮЩИМ НЕСТЕРОИДНЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ ОТНОСИТСЯ

А диклофенак
Б метотрексат
В беклометазон
Г триамцинолон

ИНТОКСИКАЦИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТАМИ

А кальция
Б калия
В магния
Г железа

К ГРУППЕ ЦЕФАЛОСПОРИНОВ ОТНОСИТСЯ

А цефуроксим
Б имипенем
В спирамицин
Г ципрофлоксацин

ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА ОКРАШИВАЮТ КАЛ В ЦВЕТ

А черный
Б розовый

В желтый
Г белый

К БЫСТРЫМ МОЧЕГОННЫМ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А фуросемид
Б ацетазоламид
В гипотипзид
Г спиронолактон

ПРИ АСПИРИНОВОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИЕМ

А нестероидных противовоспалительных препаратов
Б антибактериальных препаратов
В стабилизаторов мембран тучных клеток
Г антигистаминных препаратов

ПОД ПРЕСИСТЕМНОЙ ЭЛИМИНАЦИЕЙ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА ПОНИМАЮТ

А потерю части лекарственного вещества при всасывании и первом прохождении через печень
Б распределение ЛС с мочой
В биотрансформацию лекарственного средства в организме
Г выведение ЛС с желчью

НАЗНАЧЕНИЕ ИБУПРОФЕНА В ПОСЛЕДНЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНО В СВЯЗИ С

А замедлением родовой деятельности
Б нарушением роста костей и зубов плода
В мутагенным действием
Г усилением сократимости миометрия

ГИПЕРКАЛИЕМИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

А остром повреждении почек
Б гипотермии
В трансфузии свежезамороженной плазмы
Г диарее

ЦЕФТРИАКСОН НЕЖЕЛАТЕЛЕН ПРИ

А конкрементах в желчевыводящих путях
Б конкрементах в мочевыводящих путях
В атеросклерозе ЦНС

Г инфекциях малого таза

ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПЕРЕДОЗИРОВКИ НАФТИЗИНА ИЛИ ГАЛАЗОЛИНА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

А сонливость, снижение артериального давления, брадикардия, бледность кожных покровов
Б судороги, гипертермия, повышенная возбудимость
В полиурия, полидипсия, гипергликемия
Г красный дермографизм, тахикардия, артериальная гипертензия

ХОЛЕРЕТИКИ.

А усиливают образование желчи
Б вызывают сокращение желчного пузыря, усиливают отток желчи
В вызывают расслабление желчного пузыря, уменьшают отток желчи
Г снимают спазм сфинктера Одди, способствуют нормализации оттока желчи

К ЭФФЕКТАМ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ОТНОСИТСЯ

А отрицательный хронотропный
Б положительный дромотропный
В положительный миотропный
Г отрицательный инотропный

ПРИ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ

А макролиды
Б пенициллины
В цефалоспорины
Г аминогликозиды

НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ИНГАЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ АМБРОКСОЛОМ ДЕТЯМ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА РАЗРЕШЕНА ПО _ МЛ ПРЕПАРАТА __ РАЗА В ДЕНЬ

А 2; 2
Б 3; 3
В 5; 2
Г 1;2

ПОЧКАМИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ХОРОШО ВЫВОДИТСЯ

А ампициллин
Б меропенем
В дигоксин
Г ванкомицин

ФАРМАКОКИНЕТИКА ИЗУЧАЕТ

А процессы абсорбции, распределения, биотрансформации и элиминации лекарств
Б зависимость эффекта лекарств от эндо- и экзогенных факторов
В явления при повторном введении лекарств
Г механизм действия лекарств на органы мишени

НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ ЭФФЕКТОМ ПОДАВЛЕНИЯ СЕКРЕЦИИ КИСЛОТЫ В ЖЕЛУДКЕ ОБЛАДАЮТ

А блокаторы «протонного насоса»
Б антациды
В блокаторы гистаминовых рецепторов второго типа
Г М-холинолитики

К ЧИСЛУ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЕНИЕ КОТОРЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНО ВО ВРЕМЯ КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ, ОТНОСЯТ

А йододержащие препараты и амиодарон
Б антибиотики пенициллиновой группы
В бронходилататоры
Г антацидные средства

К ХОЛЕКИНЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ

А сорбитол
Б гидроксиметилникотинамид
В лиобил
Г аллохол

НАЗНАЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НЕ В СООТВЕТСТВИИ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ИХ ПРИМЕНЕНИЮ ОБОЗНАЧАЕТСЯ ТЕРМИНОМ

А off l bel
Б proxy problem
В дженерик
Г полипрагмазия

КРАТНОСТЬ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ДОЛЖНА БЫТЬ РЕЖЕ ИЗ-ЗА

А низких показателей клубочковой фильтрации
Б нарушения кислотно-основного состояния
В недостаточного развития коркового слоя
Г длины и извитости мочеточников

РЕЗУЛЬТАТОМ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СВЯЗЫВАНИЯ ПРЕПАРАТА С БЕЛКАМИ ПЛАЗМЫ ВЫСТУПАЕТ

А снижение концентрации свободной фракции препарата
Б уменьшение Т ½
В повышение концентрации свободной фракции препарата
Г лучшая эффективность препарата

ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТОТРЕКСАТОМ НЕОБХОДИМО ОДНОВРЕМЕННО НАЗНАЧИТЬ

А фолиевую кислоту
Б соли калия и магния
В пиридоксин
Г ретинол

К МЕСТНЫМ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМ СЛАБОЙ СИЛЫ ОТНОСИТСЯ

А преднизолон
Б бетаметазон
В мометазон
Г флутиказон

К АНТАЦИДАМ ОТНОСИТСЯ

А алгелдрат+магния гидроксид
Б депротеинизированный диализат из кровиздоровых молочных телят
В облепиховое масло
Г актовегин

ЧЕРНАЯ СМОРОДИНА ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ

А аскорбиновой кислоты
Б рибофлавина
В пиридоксина и кальциферола
Г тиамина

К АНТИБИОТИКАМ ГРУППЫ МАКРОЛИДОВ ОТНОСИТСЯ

А азитромицин
Б карбенициллин
В клиндамицин
Г ванкомицин

М-ХОЛИНОБЛОКИРУЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ

А пирензепин
Б метронидазол
В висмута трикалия дицитрат
Г Амоксициллин

ПРИ ЛИХОРАДКЕ ИБУПРОФЕН ВНУТРЬ НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗЕ (МГ/КГ)

А 5-10
Б 15-20
В 11-15
Г 1-4

К БЛОКАТОРАМ СА2+-КАНАЛОВ ОТНОСИТСЯ

А нифедипин
Б пропранолол
В дипиридамол
Г нитроглицерин

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ СНИЖЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА У РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

А парацетамол
Б прометазин
В метамизол натрия
Г нимесулид

К ПРЯМЫМ АНТИКОАГУЛЯНТАМ ОТНОСИТСЯ

А гепарин
Б фениндион
В дипиридамол
Г пентоксифиллин

ПРОКИНЕТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ

А домперидон
Б макрогол
В лактулоза
Г дротаверин

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ САЛЬБУТАМОЛА СОСТАВЛЯЕТ

А до 6 часов
Б 24 часа
В 6-8 часов

Г 8-12 часов

ДЕКОНГЕСТАНТЫ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ НАЗАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ НЕ БОЛЕЕ (ДЕНЬ)

А 3-5
Б 7-10
В 1-2
Г 10-14

КАКОЙ АНТИСЕКРЕТОРНЫЙ ПРЕПАРАТ БЛОКИРУЕТ «ПРОТОННЫЙ НАСОС» ОБКЛАДОЧНЫХ КЛЕТОК ЖЕЛУДКА И СНИЖАЕТ СОДЕРЖАНИЕ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ?

А эзомепразол
Б сукральфат
В фамотидин
Г висмута трикалия дицитрат

ОПТИМАЛЬНЫМ РАСТВОРОМ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОРГАНИЗМА ИОНАМИ КАЛИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А смесь 20% раствора глюкозы и 7,5% раствора хлорида калия
Б 1% раствор хлорида калия
В раствор фосфата калия
Г 0,3 % раствор хлорида калия

НА МЕТАБОЛИЗМ НЕРВНОЙ ТКАНИ ВЛИЯЕТ

А гопантеновая кислота
Б ницерголин
В элеутерококк
Г ацетазоламид

МЕХАНИЗМ АНТИАГРЕГАЦИОННОГО ДЕЙСТВИЯ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ СВЯЗАН С

А угнетением выработки тромбоксана А2
Б активацией плазмина
В нарушением синтеза АДФ
Г блокадой фактора Виллебранда

АНГИОТЕНЗИНОВЫЕ РЕЦЕПТОРЫ СОСУДОВ (Т-1) БЛОКИРУЕТ

А лозартан
Б каптоприл
В пропранолол

Г фозиноприл

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНГАЛЯЦИЙ ЧЕРЕЗ НЕБУЛАЙЗЕР В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ДЛЯ РАЗВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

А натрия хлорид 0,9%
Б кипяченая вода
В дистиллированная вода
Г минеральная вода негазированная

ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТ

А сальбутамол
Б салметерол
В теофиллин
Г кромоглициевая кислота

ЭФФЕКТ МОНТЕЛУКАСТА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПУТЕМ

А блокады лейкотриеновых рецепторов
Б стабилизации тучных клеток
В блокады холинорецепторов
Г стимуляции В-рецепторов

ПРЕПАРАТ ОМЕПРАЗОЛ ОТНОСИТСЯ К БЛОКАТОРАМ

А Н+/К+-АТФ-азы
Б кальциевых каналов
В рецепторов ангиотензина II
Г Н2-гистаминовых рецепторов

ПРЕИМУШЕСТВОМ «ЗАЩИЩЕННЫХ» В-ЛАКТАМОВ ПЕРЕД НЕЗАЩИЩЕННЫМИ ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ

А числа устойчивых штаммов, расширение спектра
Б гепатотоксичности
В нефротоксичности
Г центрального судорожного эффекта

БЕНЗОДИАЗЕПИНЫ ВЗАИМОДЕЙСТВУЮТ С РЕЦЕПТОРАМИ К

А ГАМК
Б ацетилхолину
В серотонину
Г норадреналину

ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРЕПАРАТА ИЗ ГРУППЫ БЛОКАТОРОВ МЕДЛЕННЫХ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ НИФЕДИПИНА ЯВЛЯЕТСЯ

А синусовая тахикардия
Б диабетическая нефропатия
В цереброваскулярная недостаточность
Г гипертонический криз

КОФАКТОРОМ БЕТА-ОКИСЛЕНИЯ ЖИРНЫХ КИСЛОТ, ПРИМЕНЯЕМЫМ В КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ, ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕПАРАТ

А L-карнитин
Б Цитохром С
В Инозин
Г Калия и магния аспарагинат

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОТМЕНЫ В-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А атриовентрикулярная блокада (В-блокада)
Б продолжительность PQ 0,18 с
В тахикардия
Г продолжительность QRS 0,10 с

НАИЛУЧШИЙ ЭФФЕКТ ПРИ ПОДСВЯЗОЧНОМ ОТЕКЕ У ДЕТЕЙ БЫВАЕТ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ

А ингаляций Будесонида
Б диуретиков
В парокислородных ингаляций
Г симпатомиметиков

К ПОБОЧНОМУ ЭФФЕКТУ ИНТРАНАЗАЛЬНЫХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ОТНОСИТСЯ

А носовое кровотечение
Б осиплость голоса
В угревая сыпь на лице
Г остеопороз

ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А бронхоконстрикция
Б ремоделирование и диастолическая дисфункция левого желудочка
В артериальная гипертония
Г снижение токсического эффекта адреналина на миокард

ПРИ ЛИХОРАДКЕ ПАРАЦЕТАМОЛ ВНУТРЬ НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗЕ (МГ/КГ)

А 10-15
Б 1-4
В 16-20
Г 5-9

К ПОКАЗАНИЯМ К ПРИМЕНЕНИЮ ПРОТИВОТРЕВОЖНЫХ СРЕДСТВ (ТРАНКВИЛИЗАТОРОВ) ОТНОСЯТ

А невротические состояния
Б эндогенную депрессию
В психотические нарушения, сопровождающиеся бредом и галлюцинациями
Г приступы маниакального возбуждения

ОДНА ДОЗА (0,1 МЛ) ПРЕПАРАТА ППД-Л В СТАНДАРТНОМ РАЗВЕДЕНИИ СОДЕРЖИТ (ТЕ)

А 2
Б 5
В 100
Г 10

ОТЛИЧИЕ МАКРОЛИДОВ ОТ ПЕНИЦИЛЛИНОВ СОСТОИТ В АКТИВНОСТИ ПРОТИВ

А хламидийной и микоплазменной инфекции
Б синегнойной палочки
В кандидозной инфекции
Г туберкулезной инфекции

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ИНГАЛЯЦИЙ ПРИ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ I СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

А будесонид
Б амброксол
В сальбутамол
Г ипратропия бромид + фенотерол

ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ДОПАМИНУ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ ЧАС.

А 72-96
Б 15-23
В 48-71
Г 24-47

ОСТЕОПОРОЗ ВЫЗЫВАЕТ

А Дротаверин Преднизолон
Б Азитромицин
В Цетиризин

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОЦЕНИВАЕТСЯ

А в течение трех суток от начала лечения
Б в течение пяти суток от начала лечения
В по окончанию курса лечения
Г в течение первых суток от начала лечения

ИНТОКСИКАЦИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ СОЧЕТАНИИ ИХ С

А препаратами кальция
Б Пропранололом
В Кокарбоксилазой
Г препаратами калия

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ИНОТРОПНЫМ ЭФФЕКТОМ ГЛИКОЗИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А повышение сократительной способности миокарда
Б урежение сердечного ритма, удлинение диастолы
В замедление проводимости
Г повышение активности гетеротопных очагов автоматизма

ТИПИЧНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ОТРАВЛЕНИЯ БАРБИТУРАТАМИ СОСТОИТ В

А отсутствии сознания (кома)
Б удушье, головной боли
В артериальной гипертензии
Г брадикардии

КАНТИГИСТАМИННЫМ ПРЕПАРАТАМ 2 ПОКОЛЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

А лоратадин
Б Мебгидролин
В Хифенадин
Г диметинден

ВСАСЫВАНИЕ БОЛЬШЕЙ ЧАСТИ ЛЕКАРСТВ ПРОИСХОДИТ В

А тонком кишечнике
Б желудке
В ротовой полости
Г толстом кишечнике

ТЕТРАЦИКЛИНЫ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ДЕТЯМ ДО ЛЕТ

А 8
Б 12
В 14
Г 10

ПРЕПАРАТ ЗАФИРЛУКАСТ

А является антагонистом лейкотриеновых рецепторов
Б оказывает отхаркивающее действие
В блокирует гистаминовые рецепторы
Г является ингибитором синтеза простагландинов

НА ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ ВЛИЯЕТ

А почечный и печёночный клиренс
Б скорость распределения
В экскреция почками
Г биодоступность

В СЛУЧАЕ ОТСУТСТВИЯ ЭФФЕКТА ОТ ПАРАЦЕТАМОЛА ДЕТЯМ В КАЧЕСТВЕ ЖАРОПОНИЖАЮЩЕГО СРЕДСТВА РАЦИОНАЛЬНО НАЗНАЧАТЬ

А ибупрофен
Б диклофенак
В Метамизол
Г ацетилсалициловую кислоту

В СОСТАВЕ СОСУДОСУЖИВАЮЩИХ НОСОВЫХ КАПЕЛЬ ДЛЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА РАЗРЕШЕН К ПРИМЕНЕНИЮ

А Оксиметазолин 0,01%
Б Нафазолин 0,05%
В Эфедрин 2%
Г Ксилометазолин 0,5%

НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТНО ВЫЗЫВАЕТ ТЕРАТОГЕННЫЙ ЭФФЕКТ

А Пенициллин
Б Амикацин
В Тетрациклин
Г Ко-тримоксазол

СУЛЬФАТ МАГНИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН ПРИ СУДОРОГАХ

А гипомагниемических
Б Гипоксических
В Гипокальциемических
Г гипогликемических

ИНТОКСИКАЦИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ВОЗМОЖНА ПРИ СОЧЕТАНИИ ИХ С

А препаратами кальция
Б препаратами магния
В диуретиками
Г препаратами калия

К СЕЛЕКТИВНЫМ В2-АГОНИСТАМ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ

А Формотерол
Б Тербуталин
В Фенотерол
Г Сальбутамол

ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ (НПВС) ЯВЛЯЕТСЯ

А антипростагландиновый
Б торможение реакции антиген-антитело
В антибактериальный
Г антигистаминный

АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ СИНДРОМ

А Рейе
Б Фанкони
В Пастернацкого
Г Броун-Секара

К ГРУППЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ

А Метопролол
Б Триметазидин
В Каптоприл
Г Сальбутамол

ПРОЛОНГИРОВАННЫМ АДРЕНОМИМЕТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А сальметерол

Б Фенотерол
В Сальбутамол
Г Изопреналин

С ЖАРОПОНИЖАЮЩЕЙ ЦЕЛЬЮ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ

А парацетамол
Б диклофенак натрия
В индометацин
Г ацетилсалициловая кислота

ПРОТИВОСУДОРОЖНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ

А Вальпроевая кислота
Б Глицин
В Галоперидол
Г Гопантеновая кислота

С ЖАРОПОНИЖАЮЩЕЙ ЦЕЛЬЮ У ДЕТЕЙ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ

А ацетилсалициловой кислоты
Б парацетамола
В ибупрофена
Г комбинированных препаратов, содержащих парацетамол и ибупрофен

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А кандидоз полости рта
Б остеопороз
В гипогликемия
Г недостаточность коры надпочечников

К НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТАМ ПРОТИВ PSEUDOMON S ERUGINOS ОТНОСЯТ

А цефтазидим, цефоперазон
Б кларитромицин, азитромицин
В ампициллина сульбактам, цефуроксим
Г 4 амоксициллина клавуланат, цефазолин

РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА ДЕКСАМЕТАЗОНА У ДЕТЕЙ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (МГ/КГ ВЕСА)

А 0,2-0,5
Б 0,01-0,05

В 1.5-2
Г 0,06-0,1

ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ НПВС В КАЧЕСТВЕ АНАЛЬГЕТИКОВ САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

А язва желудка
Б острая печеночная недостаточность
В острая сердечно-сосудистая недостаточность
Г острая дыхательная недостаточность

ПОД БИОДОСТУПНОСТЬЮ ПОНИМАЮТ

А процент вещества, достигшего системного кровотока
Б эффективную дозу препарата, оказывающую терапевтический эффект
В процент вещества, выделенного из организма
Г процент препарата, связанного с белком

СУЛЬФАТ МАГНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ КАК ПРОТИВОСУДОРОЖНОЕ СРЕДСТВО В ДОЗЕ __ МАССЫ ТЕЛА В СУТКИ МГ/КГ

А 50
Б 10
В 30
Г 100

ИНГИБИТОРОМ НЕЙРАМИНИДАЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А осельтамивир
Б интерферон альфа-2b
В тилорон
Г умифеновир

НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ ПРОТИВОГЕРПЕТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А ацикловир
Б пенцикловир
В фамцикловир
Г валацикловир

К КАКОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ ДОРНАЗА АЛЬФА?

А муколитики
Б сердечные гликозиды
В ингаляционные стероиды

Г антибиотики

ОМЕПРАЗОЛ

А уменьшает образование соляной кислоты
Б влияет на перистальтику кишечника
В относится к антацидным препаратам
Г является ингибитором Н2-гистаминовых рецепторов

НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ АНТИБИОТИКОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А Амоксициллин
Б Левомицетин
В Гентамицин
Г Ципрофлоксацин

ТЕРМИН GMP ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЕ К ___ЛЕКАРСТВ

А изготовлению
Б клиническому использованию
В испытаниям
Г применению

ПРОТИВОКАШЛЕВЫМ ПРЕПАРАТОМ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А Бутамират
Б Амброксол
В Ацетилцистеин
Г Гвайфенезин

В ГРУППУ МАКРОЛИДОВ ВХОДИТ ПРЕПАРАТ

А Джозамицин
Б Линкомицин
В Ванкомицин
Г Тобрамицин

КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ МОГУТ ПРИВОДИТЬ К РАЗВИТИЮ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА?

А антибиотики
Б антипиретики
В антимикотики
Г противовирусные

АНТИБИОТИКОМ ИЗ ГРУППЫ МАКРОЛИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А азитромицин
Б меропенем
В амикацин
Г линкомицин

АНТИБИОТИКОМ ИЗ ГРУППЫ АМИНОГЛИКОЗИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А амикацин
Б линкомицин
В меропенем
Г азитромицин

ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ СО СТОРОНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ СИСТЕМНОЙ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ ТЕРАПИИ ОПРАВДАНО ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ

А антацидных препаратов
Б десенсибилизирующих препаратов
В антибактериальных препаратов
Г нестероидных противовоспалительных препаратов

БОЛЕЕ БЫСТРОЕ ДИУРЕТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ОКАЗЫВАЕТ

А фуросемид
Б спиронолактон
В ацетазоламид
Г триамтерен

К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АПФ ОТНОСИТСЯ

А гиперкалиемия
Б гиперлипидемия
В гипергликемия
Г гипогликемия

НАЗНАЧЕНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ (НПВС) ЦЕЛЕСООБРАЗНО

А после еды
Б вне зависимости от приема пищи
В до еды
Г после приема антацидов

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ЦИПРОФЛОКСАЦИНА ЯВЛЯЕТСЯ ДЕТСКИЙ И ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ ДО (ГОД)

А 18
Б 2
В 6
Г 12

К ИНТРАНАЗАЛЬНЫМ АНТИГИСТАМИННЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ

А Азеластин
Б Оксиметазолин
В Флутиказона фуроат
Г Фенилэфрин

НАИБОЛЕЕ АКТИВНО СНИЖАЮТ РИСК ЭРОЗИЙ ОТ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ (НПВС)

А ингибиторы протонной помпы
Б спазмолитики
В Н-2 блокаторы
Г препараты висмута

СНИЖЕНИЕ СВЯЗЫВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ С БЕЛКАМИ ПЛАЗМЫ ВЫЗЫВАЕТ

А цирроз печени
Б бронхиальная астма
В пневмония
Г острая инфекция

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А кандидоз полости рта и глотки
Б гиперкортицизм
В развитие остеопороза
Г артериальная гипертония

К ГРУППЕ БЛОКАТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ОТНОСИТСЯ

А Омепразол
Б Фамотидин
В Пирензипин
Г Ранитидин

К ПРЕБИОТИКАМ ОТНОСИТСЯ

А лактулоза
Б бифилиз
В примадофилус
Г бифиформ

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ

А пенициллины
Б макролиды
В аминогликозиды
Г гликопептиды

АМОКСИЦИЛЛИН ПО СРАВНЕНИЮ С АМПИЦИЛЛИНОМ

А имеет более высокую биодоступность при приёме внутрь, реже вызывает диарею
Б менее активен в отношении пневмококков и энтерококков
В более активен в отношении стрептококков и стафилококков
Г применяется только парентерально, хуже переносится

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТЕРМИИ У ДЕТЕЙ РЕКОМЕНДОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ

А ибупрофена
Б нимесулида
В метамизола
Г ацетилсалициловой кислоты

ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ ЯВЛЯЕТСЯ АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ПАРАЦЕТАМОЛОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

А ацетилцистеин
Б атропин
В тиотриазолин
Г фуросемид

СИМПТОМОМ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ В ПОЛЬЗУ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ОПИАТАМИ, У ПАЦИЕНТА С ПОТЕРЕЙ СОЗНАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А миоз
Б мидриаз
В сухость слизистых
Г тахипное

БЕМЕГРИД КАК АНТИДОТ ПРИМЕНЯЮТ У ДЕТЕЙ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ

А барбитуратами
Б сердечными гликозидами
В солями тяжелых металлов
Г парацетамолом

ЦЕФАЛЕКСИН В ОТЛИЧИЕ ОТ ЦЕФАЗОЛИНА

А назначается только внутрь
Б применяется при внебольничной пневмонии
В активен в отношении внутриклеточных микроорганизмов
Г назначается внутрь и парентерально

НАИБОЛЕЕ УДОБНЫМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ МЕТОДОМ ВВЕДЕНИЯ БРОНХОСПАЗМОЛИТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПОДОБРАТЬ ОПТИМАЛЬНУЮ ДОЗИРОВКУ ПРЕПАРАТА, ЯВЛЯЕТСЯ

А ингаляционный
Б интраназальный
В внутривенный
Г пероральный

СИНДРОМ ОТМЕНЫ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А ответную реакцию организма на отмену препарата с ухудшением клинического течения заболевания
Б снижение эффекта препарата при его отмене
В усиление эффекта препарата при его отмене
Г положительное действие лекарственного средства

С УЧЕТОМ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ КУМУЛЯТИВНАЯ ДОЗА ЦИКЛОФОСФАМИДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ (В МГ/КГ)

А 120
Б 300
В 200
Г 375

ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ

А гиперурикемия
Б гинекомастия
В синдром Рейно
Г гиперкалиемия

ПРИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

А гентамицина
Б оксациллина
В цефтриаксона
Г амоксициллина+клавулановой кислоты

ПРИМЕНЕНИЕ СОСУДОРАСШИРЯЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ СПОСОБСТВУЕТ

А усилению периферического кровотока и теплоотдаче
Б повышению кровоточивости периферических сосудов
В повышению температуры тела вследствие децентрализации кровообращения
Г спазму центральных сосудов

НАЗНАЧЕНИЕ ГЛЮКОЗЫ ОДНОВРЕМЕННО С ЭЛЕКТРОЛИТАМИ ПРИ ДЕГИДРАТАЦИИ ОБУСЛОВЛЕНО

А усилением переноса ионов натрия и калия через слизистую оболочку тонкой кишки
Б улучшением вкуса солевых растворов
В профилактикой развития гипогликемии
Г уменьшением всасывания ионов натрия и калия через слизистую оболочку тонкой кишки

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТСЯ ВВЕДЕНИЕМ

А пенициллина
Б эуфиллина
В антигистаминных препаратов
Г эринефрина

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А антикоагулянт
Б глюкокортикоид
В диуретик
Г цитостатик

К МЕРАМ ПРОФИЛАКТИКИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ, ВЫЗЫВАЕМЫХ АМИНОГЛИКОЗИДАМИ, ОТНОСЯТ

А расчёт дозы на массу тела у детей и у взрослых, аудиометрию, мониторинг функции почек
Б назначение тест-дозы, разделение суточной дозы на несколько введений
В применение глюкокортикостероидов, мониторинг функции печени
Г применение антигистаминных препаратов, расчёт дозы на массу тела у детей

К ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ АМИНОГЛИКОЗИДОВ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ОТНОСЯТ

А ототоксичность
Б наличие высокого риска развития реакций гиперчувствительности
В нарушение мозгового кровообращения
Г усиление моторики желудка

ВАЛАЦИКЛОВИР В ОТЛИЧИЕ ОТ АЦИКЛОВИРА

А имеет более высокую биодоступность при приёме внутрь, не применяется при герпетическом энцефалите
Б не применяется при инфекциях, вызванных вирусом V ricell zoster
В может применяться у новорождённых и детей раннего возраста
Г имеет более широкий спектр противовирусной активности

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ КЛИЗМЫ РЕБЕНКУ НЕЛЬЗЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

А перманганат калия
Б отвар ромашки
В масло облепихи
Г бактериофаг

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ, ВЫЗЫВАЕМЫХ АНТИМИКРОБНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ (АМП), НЕОБХОДИМО

А выяснение данных аллергологического анамнеза
Б первоначальное назначение тест-дозы препарата
В применение глюкокортикостероидов
Г применение антигистаминных препаратов

ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ГЛЮКО30-6-ФОСФАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ ПРИМЕНЕНИЕ ПАРАЦЕТАМОЛА ВЫЗЫВАЕТ

А гемолиз эритроцитов
Б лейкоцитоз
В коллапс сосудов
Г агранулоцитоз

ТЕРАПИЯ ГЕЛЕМ АЛЮМИНИЯ НЕРЕДКО ВЫЗЫВАЕТ

А гипофосфатемию
Б гиперфосфатемию
В гиперкальциемию
Г гипокальциемию

БРОНХОСПАЗМ МОЖЕТ СПРОВОЦИРОВАТЬ

А пропранолол
Б теофиллин
В гидрокортизон
Г сальбутамол

К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ ОТНОСЯТ

А ульцерогенное действие
Б лекарственную зависимость
В угнетение дыхания
Г обстипацию (запор)

ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОСТРОМ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ЛАРИНГОТРАХЕЙТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А сгущение секрета и подавление кашлевого рефлекса
Б усиление рвотного рефлекса
В бронходилятация
Г повышение возбудимости

ГИПОКАЛИЕМИЯ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ

А фуросемида
Б верошпирона
В спиронолактона
Г триампура

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРЕПАРАТА, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ НЕЗАВИСИМО ОТ ДОЗЫ ИЛИ ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЛЕКАРСТВА, НАЗЫВАЮТСЯ

А аллергические
Б фармакодинамические
В токсические
Г фармакокинетические

ПРЕПАРАТ ЗАНАМИВИР

А активен в отношении вирусов гриппа А и В, назначается ингаляционно для лечения и профилактики гриппа
Б активен в отношении вируса гриппа А, назначается ингаляционно для лечения и профилактики гриппа
В активен в отношении вируса гриппа А и В, назначается ингаляционно только для лечения гриппа
Г активен в отношении вирусов гриппа А и В, назначается внутрь для лечения и профилактики гриппа

ДЛЯ КОРМЯЩЕЙ МАТЕРИ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

А метронидазола (трихопола)
Б ампициллина
В эритромицина
Г линкомицина

ТЕТРАЦИКЛИНЫ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ

А нарушение образования костной и зубной ткани, фотодерматиты, поражение печени
Б апластическую анемию, агранулоцитоз
В неврит зрительного нерва, дисульфирамоподобный эффект
Г нарушение слуха и вестибулярного аппарата

ПОКАЗАНИЯМИ К НАЗНАЧЕНИЮ ЦЕФОТАКСИМА ЯВЛЯЮТСЯ

А внебольничная пневмония, менингит,сепсис
Б стрептококковый тонзиллит, сифилис, псевдомембранозный колит
В синегнойная инфекция, анаэробная инфекция
Г острый цистит, эрадикация Helicob cter Pylori

ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ ОКАЗЫВАЮТ ДЕЙСТВИЕ

А противовоспалительное
Б антихолинергическое
В адреномиметическое
Г бронходилатационное

ПРЕИМУШЕСТВА НЕИНГАЛЯЦИОННОГО НАРКОЗА

А отсутствие стадии возбуждения (+)
Б наличие стадии возбуждения
В легкая управляемость
Г быстрое наступление наркоза

АМОКСИЦИЛЛИН/КЛАВУЛАНАТ МОЖЕТПРИМЕНЯТЬСЯ ПРИ

А обострении ХОБЛ, остром риносинусите, внебольничной пневмонии.
Б урогенитальном хламидиозе, легионеллёз
В нозокомиальной пневмонии, сифилисе,гонорее
Г менингите, синегнойной инфекции

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ ВХОДИТ В ЧИСЛО ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

А циклофосфамидом
Б азатиоприном
В циклоспорином
Г микофенолата мофетилом

АТРОПИН В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ

А фосфорорганическими веществами
Б едкими веществами
В металлами
Г цианидами

ВОЗРАСТНЫМ ПЕРИОДОМ В РАЗВИТИИ РЕБЕНКА, В КОТОРОМ ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НАИБОЛЕЕ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ ВЗРОСЛОГО ОРГАНИЗМА, ЯВЛЯЕТСЯ

А неонатальный
Б ранний детский
В грудной
Г подростковый

ИНДОМЕТАЦИН НЕ РЕКОМЕНДУЮТ НАЗНАЧАТЬ ВНУТРЬ ДЕТЯМ ДО_ЛЕТ

А 14
Б 10
В 12
Г 8

К ПРОТИВОКАШЛЕВЫМ ПРЕПАРАТАМ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ

А бутамират
Б амброксол
В фенспирид
Г алтея лекарственного травы экстракт

С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ

А общее ультрафиолетовое облучение, ингаляции фитонцидов, ультрафиолетовое облучение носоглотки
Б электросонтерапию, грязелечение, прохладные ванны
В ультразвуковую терапию, низкочастотное магнитное поле, циркулярный душ
Г электрофорез гиалуронидазы, парафиновые аппликаторы,ультрафонофорез гидрокортизона

ВОЗДЕЙСТВИЕ САУНЫ НА ОРГАНИЗМ РЕБЕНКА ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА _____ РЕЖИМЫ

А щадящий, тренирующий, интенсивный
Б постоянный, поддерживающий, длительный
В постепенный, циклический, всесезонный
Г временный, соответствующий возрасту

ПРОВЕДЕНИЕ С ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ОБЩЕГО УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ ДЕЕТЙ НАЧИНАЮТ С ___ БИОДОЗЫ

А 1/8
Б 1/4
В 1/2
Г 1/3

ОЗДОРАВЛИВАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕНО

А нормализацией обменных процессов
Б увеличением синтеза витамина Е
В увеличением синтеза жирорастворимых витаминов
Г термоассиметрией

ОЗДОРАВЛИВАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕНО

А стимуляцией деятельности костного мозга
Б стимуляцией выработки кортизола
В снижением синтеза витаминов
Г улучшением терморегуляции

ТУБЕРКУЛЕЗ, ВОЗНИКШИЙ ПРИ ЗАРАЖЕНИИ МИКОБАКТЕРИЯМИ ТУБЕРКУЛЕЗА РАНЕЕ НЕИНФИЦИРОВАННЫХ ЛЮДЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

А первичным
Б ранним
В вторичным
Г хроническим

ТУБЕРКУЛИН СОДЕРЖИТ

А отдельные антигенные компоненты Mycobacterium tuberculosis
Б живые ослабленные Mycobacterium tuberculosis
В убитые Mycobacterium bovis
Г антитела к Mycobacterium tuberculosis

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С АЛЛЕРГЕНОМ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ РЕКОМБИНАНТНЫМ СОМНИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ У ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В МЕСТЕ ВВЕДЕНИЯ ПРИПАРАТА ДИАСКИНТЕСТ

А гиперемией любого размера
Б гиперемией не менее 21 мм
В гиперемией не менее 17 мм
Г папулой размером не менее 5 мм

ПРИ ПЕРВИЧНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ У ДЕТЕЙ ПАРАСПЕЦИФИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ

А кератоконъюнктивитом, блефаритом, узловой эритемой
Б пневмонией, хроническим обструктивным бронхитом, бронхиальной астмой
В ринитом, синуситом, тонзиллитом
Г явлением экссудативного аллергического диатеза

НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЕМ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А гиперплазия лимфоидной ткани с казеозным некрозом в центре
Б кальцинация
В фиброзное перерождение лимфоузла
Г перифокальное воспаление

ВЫЯВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

А врачами всех специальностей, средними медицинскими работниками медицинских и оздоровительных организаций
Б фтизиатрами, средними медицинскими работниками противотуберкулезных учреждений
В средними медицинскими работниками медицинских и оздоровительных учреждениях
Г фтизиатрами, эпидемиологами, инфекционистами

ИССЛЕДОВАНИЕ МОКРОТЫ ПО ЦИЛЮ-НИЛЬСЕНУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ

А микобактерий
Б грибов
В грамотрицательных бактерий
Г пневмококков

ВИРАЖЕМ ТУБЕРКУЛИНОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НАЗЫВАЮТ ВПЕРВЫЕ

А положительную пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л после ранее отрицательной в течение года не связанную с вакцинацией или ревакцинацией БЦЖ
Б отрицательную пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л после ранее положительной в течение года не связанную с вакцинацией или ревакцинацией БЦЖ
В положительную пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л после ранее отрицательной в течение года после вакцинации или ревакцинации БЦЖ
Г гиперегическую пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л после положительной в течение года

ПОД ПЕРВИЧНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОНИМАЮТ ЗАБОЛЕВАНИЕ У ЧЕЛОВЕКА

А ранее инфицированного МБТ
Б выявленное впервые
В перенесшего его в детстве
Г ранее инфицированного МБТ

ПРОБУ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л ПРОВОДИТСЯ

А внутрикожно
Б внутримышечно
В подкожно
Г внутривенно

ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ КОМПЛЕКС СОСТОИТ ИЗ

А первичного аффекта, регионарного лимфангиита, регионарного лимфаденита
Б первичной каверны, регионарного геморрагического васкулита, туберкулеза бронха
В первичной гранулемы, системного васкулита и очагов отсева
Г первичной туберкуломы, системного лимфангиита, системного васкулита

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ У ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В МЕСТЕ ВВЕДЕНИЯ ТУБЕРКУЛИНА ПАПУЛОЙ РАЗМЕРОМ НЕ МЕНЕЕ (ММ)

А 5
Б 17
В 12
Г 15

СКРИНИНГОВЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕВАКЦИНИРОВАННЫХ БЦЖ ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИММУНОДИАГНОСТИКИ С ЦЕЛЬЮ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРОВОДЯТСЯ С (МЕС)

А 6
Б 24
В 12
Г 10

ПРЕПАРАТ ДИАСКИНТЕСТ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А белки вирулентных штаммов МБТ, гены которых экспрессируются при размножении МБТ
Б культуру убитых МБТ бычьего вида
В фильтрат бульонной культуры МБТ, содержащий большое количество антигенов
Г вытяжку из культуры МБТ человеческого и бычьего видов

ВРАЧ-ПЕДИАТР УЧАСТКОВЫЙ ДОЛЖЕН НАПРАВИТЬ РЕБЕНКА НА КОНСУЛЬТАЦИЮ К ВРАЧУ-ФТИЗИАТРУ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОБЫ МАНТУ В СЛУЧАЕ ОБНАРУЖЕНИЯ

А инфильтрата 5 мм при отрицательной пробе Манту один год назад
Б инфильтрата 8 мм при инфильтрате 11 мм один год назад
В инфильтрата 5 мм через один год после ревакцинации БЦЖ
Г уколочная реакция при папуле 1 мм 1 год назад

ПРОБА С АНТИГЕНОМ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ РЕКОМБИНАНТНЫМ ПРОВОДИТСЯ

А внутрикожно
Б внутривенно
В подкожно
Г внутримышечно

РЕЗУЛЬТАТ ПРОБЫ МАНТУ СЧИТАЕТСЯ СОМНИТЕЛЬНЫМ ПРИ НАЛИЧИИ

А гиперемии без папулы
Б инфильтрата 10-15 мм
В инфильтрата 5-9 мм
Г уколочной реакции (до 1 мм)

САМОЙ ЧАСТО ДИАГНОСТИРУЕМОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗЕА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
Б туберкулезная интоксикация
В первичный туберкулезный комплекс
Г плеврит туберкулезной этиологии

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

А мультиспиральная компьютерная томография
Б культуральное исследование диагностического материала
В бронхоскопия с комплексом биопсий
Г тест-терапия туберкулеза

РЕЗУЛЬТАТ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л ОЦЕНИВАЮТ ЧЕРЕЗ (ЧАС)

А 72
Б 96
В 24
Г 48

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л ГИПЕРЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ У ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В МЕСТЕ ВВЕДЕНИЯ ТУБЕРКУЛИНА ПАПУЛОЙ РАЗМЕРОМ НЕ МЕНЕЕ (ММ)

А 17
Б 21
В 15
Г 12

К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ПРОВЕДЕНИЮ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л ОТНОСЯТ

А заболевания кожи и аллергические заболевания
Б ВИЧ-инфекция
В возраст до 1,5 лет
Г частые ОРЗ

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ НА ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТА ДИАСКИНТЕСТ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ

А Mycobacterium tuberculosis bovis, Mycobacterium tuberculosis hum nis и Mycobcterium leprae
Б только Mycobacterium lepr e и Mycobacterium tuberculosis bovis
В Mycobacterium bovis BCG и Mycobacterium tuberculosis humnis
Г Mycobacterium tuberculosis humnis, Mycobacterium leprae и Mycobacterium bovis BCG

ПОСЛЕ ПОСТАНОВКИ РЕАКЦИИ МАНТУ НЕОБХОДИМО ОЦЕНИТЬ РЕЗУЛЬТАТ ЧЕРЕЗ (ЧАС)

А 72
Б 36
В 48
Г 24

К ИСТОЧНИКАМ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ АЛИМЕНТАРНОМ ЗАРАЖЕНИИ ЧЕЛОВЕКА ОТНОСЯТ

А крупный рогатый скот
Б кроликов, свиней
В домашних кошек, собак
Г свиней, домашнюю птицу

К ОСОБЕННОСТЯМ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСЯТ

А участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания
Б обильное выделение МБТ с мокротой
В частую хронизацию туберкулезного процесса

Г наличие свистящих хрипов при аускультации

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

А трехкратно в течение 2 дней, обзорная рентгенография органов грудной клетки, проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным
Б трехкратно в течение 2 дней, проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным
В двукратно в течение 2 дней, обзорная рентгенография органов грудной клетки, проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным
Г двукратно в течение 2 дней, обзорная рентгенография органов грудной клетки

СКРИНИНГ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ПОМОЩИ

А иммунодиагностики
Б флюрографии
В микроскопии диагностического материала
Г осмотра врача-педиатра

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С АЛЛЕРГЕНОМ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ РЕКОМБИНАНТНЫМ ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ У ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В МЕСТЕ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДИАСКИНТЕСТ

А отсутствием реакции или уколочная реакция (папула 1 мм)
Б гиперемией размером менее 5 мм
В гиперемией любого размера
Г папулой размером менее 5 мм

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л СОМНИТЕЛЬНЫМИ РЕАКЦИЯМИ У ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В МЕСТЕ ВВЕДЕНИЯ

А гиперемией любого размера или папулой менее 5 мм
Б гиперемией 21 мм
В папулой размером не менее 5 мм
Г гиперемией 17 мм

ТУБЕРКУЛЕЗ, РАЗВИВШИЙСЯ У РАНЕЕ ИНФИЦИРОВАННОГО ЧЕЛОВЕКА, НАЗЫВАЕТСЯ

А вторичным
Б хроническим
В ранним
Г первичным

О РАЗВИТИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У РЕБЕНКА С ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

А участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания
Б появление коробочного перкуторного звука
В наличие мелкопузырчатых влажных хрипов при аускультации
Г наличие свистящих хрипов при аускультации

В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ К ИСТОЧНИКАМ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТ

А больного туберкулезом человека
Б продукты питания
В больного туберкулезом животного
Г воду

СПИННОМОЗГОВАЯ ЖИДКОСТЬ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ МЕНИНГИТЕ ВЫГЛЯДИТ КАК

А прозрачная или опалесцирующая жидкость, при стоянии выпадает фибрин в виде нитей или тонкой пенки
Б прозрачная жидкость, при стоянии выпадает в осадок с включениями зеленого цвета
В мутная жидкость с наличием хлопьев или геморрагических сгустков
Г гнойная жидкость, выпадает осадок с включениями зеленого или ржавого цвета

НАИБОЛЕЕ БЫСТРЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ШТАММОВ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА С ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А молекулярно-генетический метод
Б люминесцентная микроскопия мокроты
В посев мокроты на твердую питательную среду
Г исследование В СТЕС MGIT 960

МЕТОД ЛЮМИНЕСЦЕНТНОЙ МИКРОСКОПИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ОСНОВАН НА

А способности МБТ, окрашенных флюорохромом, светиться под воздействием сине-фиолетовых лучей
Б микроскопии мазков мокроты в иммерсионных средах
В способности МБТ воспринимают окраску по Цилю-Нильсену
Г способности МБТ светиться под воздействием сине-фиолетовых лучей

ЛЕГОЧНЫЙ КОМПОНЕНТ, ПОРАЖЕНИЕ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ И СВЯЗЫВАЮЩАЯ ИХ ЗОНА ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ЛИМФАНГИТА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

А первичного туберкулезного комплекса
Б туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов
В очагового туберкулеза

Г диссеминированного туберкулеза

ТУБЕРКУЛЕЗ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ НА ФОНЕ

А ВИЧ-инфекции
Б дисбактериоза
В обезвоживания
Г тиреотоксикоза

УСТОЙЧИВОСТЬ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА К СОЧЕТАНИЮ ИЗОНИАЗИДА И РИФАМПИЦИНА НЕЗАВИСИМО ОТ НАЛИЧИЯ УСТОЙЧИВОСТИ К ДРУГИМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ НАЗЫВАЕТСЯ

А множественной
Б широкой
В сочетанной
Г основной

ТУБЕРКУЛЕЗ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А общеинтоксикационным синдромом, локальными (бронхолегочными) симптомами, параспецифическими реакциями
Б отсутствием клинических проявлений, изменениями на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки
В функциональные нарушения со стороны различных органов и систем
Г общеинтоксикационным синдромом, отсутствием изменений на рентгенограмме органов грудной клетки

ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А общеинтоксикационным синдромом, функциональными нарушениями со стороны различных органов и систем
Б поражением разных органов и систем, в том числе симптомами поражения легких
В отсутствием клинических проявлений, изменениями на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки
Г симптомами поражения легких: кашель, боль в груди, кровохарканье

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ТРЕБУЮТСЯ ДЕТЯМ, У КОТОРЫХ ПРИ МАССОВОЙ ИММУНОДИАГНОСТИКЕ ВЫЯВЛЕНА УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ТУБЕРКУЛИНУ НА ____ МИЛЛИМЕТРОВ

А 6 и более
Б 5 и более
В 6 и менее
Г 5 и менее

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ТРЕБУЮТСЯ ДЕТЯМ, У КОТОРЫХ ПРИ МАССОВОЙ ИММУНОДИАГНОСТИКЕ ВЫЯВЛЕНА

А сомнительная реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л
Б положительная реакция на пробу Манту менее 12 мм, сохраняющаяся 2 год после вакцинации БЦЖ
В впервые отрицательная реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л
Г впервые положительная проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л (вираж)

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОБЫ С АЛЛЕРГЕНОМ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ РЕКОМБИНАНТНЫМ МОЖНО СТАВИТЬ:

А сразу после прочтения пробы при ее отрицательном результате
Б после прочтения пробы независимо от ее результата
В сразу после прочтения пробы при ее положительном результате
Г спустя 14 дней после постановки пробы

ИНТЕНСИВНОСТЬ МЕСТНОЙ РЕАКЦИИ НА ВВЕДЕНИЕ ТУБЕРКУЛИНА ЗАВИСИТ ОТ

А степени сенсибилизации организма МБТ
Б пола пациента
В вирулентности МБТ
Г возраста пациента

ДЕТИ, КОТОРЫМ ИММУНОДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА НЕ ПРОВОДИЛАСЬ, ДОПУСКАЮТСЯ В ДЕТСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ

А при наличии заключения врача-фтизиатра об отсутствии заболеваний туберкулезом
Б при наличии заключения врача-педиатра об отсутствии заболевания туберкулезом
В только после проведения компьютерной томографии органов дыхания
Г только после проведения рентгенографии органов дыхания

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРОДРОМАЛЬНОГО ПЕРИОДА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ МЕНИНГИТЕ СОСТАВЛЯЕТ

А до 2-3 суток
Б до 3-х недель
В около одного часа
Г несколько часов

ПРИ МИЛИАРНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ОЧАГИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПОЯВЛЯЮТСЯ НА ___ ДЕНЬ ЖИЗНИ

А 10-14
Б 20-30

В 1-4
Г 3-7

НЕОБХОДИМО ПРЕДПОЛАГАТЬ МИЛИАРНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗА У РЕБЕНКА ПРИ

А тяжелой воспалительной интоксикации неясного генеза в сочетании с тотальной мономорфной диссеминацией в легких
Б субфебрильной температуре, инфильтрации легочной ткани и выраженной одышке
В гиперергических туберкулиновых пробах и синдроме интоксикации
Г кашле, не поддающемся лечению

РЕЗУЛЬТАТ ПРОБЫ С АЛЛЕРГЕНОМ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ РЕКОМБИНАНТНЫМ ОЦЕНИВАЮТ ЧЕРЕЗ (ЧАС)

А 72
Б 24
В 48
Г 96

СКРИНИНГОВЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ВСЕХ ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИММУНОДИАГНОСТИКИ С ЦЕЛЬЮ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРОВОДЯТ

А ежегодно
Б 1 раз в 2 года
В ежеквартально
Г 1 раз в 3 года

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С АЛЛЕРГЕНОМ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ РЕКОМБИНАНТНЫМ ГИПЕРЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ У ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В МЕСТЕ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДИАСКИНТЕСТ ПАПУЛОЙ РАЗМЕРОМ НЕ МЕНЕЕ (В МИЛЛИМЕТРАХ)

А 15
Б 17
В 5
Г 2

ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ЛИМФАДЕНОПАТИЯ ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ

А хронической туберкулезной интоксикации
Б болезни «кошачьей царапины»
В диффузных болезнях соединительной ткани
Г наследственных гемолитических анемий

ДЛЯ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ДО 7 ЛЕТ ВКЛЮЧ ИТЕЛЬНО С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИМЕНЯЕТСЯ

А проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л
Б флюорография
В проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (Диаскинтест)
Г исследование мокроты на МБТ

РЕЗУЛЬТАТ ПРОБЫ МАНТУ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ПРИ НАЛИЧИИ

А инфильтрат более 5 мм
Б инфильтрат от 2 до 4 мм
В уколочной реакции (до 1 мм)
Г гиперемии до 16 мм

ОЧАГ ГОНА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК

А заживший первичный аффект
Б выжившие очаги гематогенного отсева
В петрификаты в лимфатических узлах
Г заживший первичный туберкулезный комплекс

СКРИНИНГОВЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕВАКЦИНИРОВАННЫХ БЦЖ ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л с целью раннего выявления туберкулеза проводят

А 2 раза в год
Б 4 раза в год
В 1 раз в 2 года
Г ежегодно

ДЛЯ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕ 7 ЛЕТ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРИМЕНЕНИЯ

А проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (Диаскинтест)
Б исследование мокроты на МБТ
В проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л
Г флюорография

МБТ, ОКРАШЕННЫЕ ПО МЕТОДУ ЦИЛЯ-НИЛЬСОНА, В МИКРОСКОПЕ ВИДНЫ

А фоне малиновые палочки на синем фоне
Б синие палочки на красном
В фиолетово-багровые, гроздевидные микробы на оранжевом фоне
Г синие цепочки на красном фоне

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ У ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В МЕСТЕ ВВЕДЕНИЯ ТУБЕРКУЛИНА

А отсутствием реакции или уколочной реакцией (папула 1 мм)
Б гиперемией размером менее 5 мм
В папулой размером менее 5 мм
Г гиперемией любого размера

РЕАКЦИЯ МАНТУ ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ, ВАКЦИНИРОВАННОМУ БЦЖ В РОДДОМЕ, ВПЕРВЫЕ ПРОВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

А 12
Б 9
В 6
Г 3

ЧАЩЕ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА У ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ

А M.tuberculosis
Б M.c netti
В M.bovis
Г M. fric num

САМОЙ ЧАСТОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
Б диссеминированный туберкулез
В фиброзно-кавернозный туберкулез
Г первичный туберкулезный комплекс

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С АЛЛЕРГЕНОМ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ РЕКОМБИНАНТНЫМ ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ У ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В МЕСТЕ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДИАСКИНТЕСТ ПАПУЛОЙ

А любого размера
Б не менее 17 мм
В не менее 5 мм
Г не менее 15 мм

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ТРЕБУЮТСЯ ДЕТЯМ, У КОТОРЫХ ПРИ МАССОВОЙ ИММУНОДИАГНОСТИКЕ ВЫЯВЛЕНА

А сомнительная и положительная реакция на пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным
Б длительно положительная реакция на пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным
В отрицательная реакция на пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным
Г сомнительная реакция на пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным

СОСТОЯНИЯ СТОЙКОГО ИММУННОГО ОТВЕТА НА АНТИГЕНЫ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА (MYCOB CTERIUM TUBERCULOSIS) ПРИ ОТСУТСТВИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АКТИВНОЙ ФОРМЫ ТУБУРКУЛЕЗА НАЗЫВАЕТСЯ ____ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

А латентной
Б вторичной
В первичной
Г хронической

СКРИНИНГОВЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ, ВАКЦИНИРОВАННЫХ БЦЖ ИЛИ БЦЖ-М, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИММУНОДИАГНОСТИКИ С ЦЕЛЬЮ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРОВОДЯТ С

А 12 месяцев
Б 3 лет
В 2 лет
Г 10 месяцев

ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА ПРИ АКТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ У МАТЕРИ ЯВЛЯЮТСЯ

А трансплацентарный
Б перинатальный
В через половые клетки отца и матери
Г восходящий

ЕСТЕСТВЕННЫЙ НЕСТЕРИЛЬНЫЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ИММУНИТЕТ ОБЫЧНО СОХРАНЯЕТСЯ

А в течение всей жизни
Б не более 1 года
В 5-10 лет
Г 5-7 лет

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ТРЕБУЮТСЯ ДЕТЯМ, У КОТОРЫХ ПРИ МАССОВОЙ ИММУНОДИАГНОСТИКЕ ВЫЯВЛЕНА

А выраженная гиперергическая чувствительность к туберкулину (15 мм и более)
Б впервые отрицательная реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л
В сомнительная реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л
Г положительная реакция на туберкулин (папула 5 мм и более), связанная с предыдущей иммунизацией против туберкулеза

ПРИ ВАКЦИНАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДОЗА ВАКЦИНЫ БЦЖ-М (В МИЛЛИГРАММАХ)

А С 0,025
Б 0,5
В 0,005
Г 0,05

СИМПТОМ «МАЛИНОВОГО ЖЕЛЕ» ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ

А инвагинации кишечника
Б острого аппендицита
В перитонита
кишечной непроходимости

ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ВРОЖДЁННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ РВОТА

А "фонтаном"
Б с примесью желчи
В неизменённой пищей
Г кофейной гущей

РЕБЕНОК ЗАНОЗИЛ ПАЛЕЦ КИСТИ И НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ ПОЯВИЛИСЬ ДЕРГАЮЩИЕ БОЛИ, ПОД НОГТЕМ СКОПЛЕНИЕ ГНОЯ, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ПОВЫШЕНА, ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ

А подногтевому панарицию
Б паронихию
В подкожному панарицию
Г кожному панарицию

ЦЕЛОСТНОСТЬ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА НАРУШЕНА ПРИ

А переломах лонной и седалищной кости на одной стороне, разрыве симфиза
Б отрыве бугра седалищной кости
В краевых переломах подвздошной кости
Г переломе седалищной кости

ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА, ПРИ КОТОРОМ ИМЕЕТСЯ ТЕНДЕНЦИЯ К СМЕЩЕНИЮ ПОЗВОНКОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

А нестабильным
Б компрессионным
В осложнённым
Г флексионным

ХИМИЧЕСКИЙ ОЖОГ ПИЩЕВОДА ИМЕЕТ

А три степени

Б четыре степени
В две степени
Г пять степеней

МАЛОВЕРОЯТНЫМ СИМПТОМОМ ПИЛОРОСТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А рвота с примесью желчи
Б симптом «песочных часов»
В возрастной дефицит массы тела
Г пальпация привратника

ЭЗОФАГОСКОПИЮ НЕТ НЕОБХОДИМОСТИ ПРОВОДИТЬ ПРИ ВЫЯВЛЕННОЙ

А атрезии пищевода
Б ахалазии кардии
В ахалазии пищевода
Г ахалазии кардии

ИММОБИЛИЗАЦИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПРОИЗВОДИТСЯ

А гипсовой лонгетой от пястно-фаланговых суставов до средней трети плеча
Б циркулярной гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого сустава
В гипсовой повязкой от лучезапястного сустава до средней трети плеча
Г гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого сустава

К ОТЛИЧИЯМ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА ОТ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ТОКСИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ОТНОСЯТ

А асимметрию зева с выбуханием дужки, выраженную боль в горле, тризм жевательной мускулатуры
Б отек подкожной клетчатки шеи
В выходящие за пределы миндалин налёты
Г умеренную боль в горле

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ПЕРИОСТИТ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

А на 10-14 сутки от начала заболевания
Б в течение первой недели заболевания
В в первые сутки от начала заболевания
Г через 1 месяц от начала заболевания

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

А бронхоскопия

Б рентгенография грудной клетки
В характер кашля
Г наличие обструктивного синдрома

КОСВЕННЫМ ПРИЗНАКОМ СКОЛИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А асимметрия уровней плеч
Б равенство треугольников талии
В асимметрия подвздошных костей
Г равенство уровней плеч

ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ РЕФЛЕКТОРНОЙ ПРИ

А баланопостите
Б камне уретры
В фимозе
Г опухоли мочевого пузыря

ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ФЛЕГМОНЫ НОВОРОЖДЕННЫХ ВЫЯВЛЯЕТСЯ НА

А задней поверхности тела
Б околопупочной области
В передней грудной стенке
Г открытых поверхностях тела

ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ СТАФИЛОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ АНТИБИОТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А Мупироцин
Б Неомицина сульфат
В Хлорамфеникол
Г Бацитрацин

ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ ЦИАНОЗА У НОВОРОЖДЕННОГО В ГОРИЗОНТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ И ЕГО ИСЧЕЗНОВЕНИЕ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

А диафрагмальной грыже
Б болезни гиалиновых мембран
В врожденном пороке сердца
Г аспирационном синдроме

ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А недоношенность
Б гастрошизис

В многоводие
Г атрезия кишечника

РВОТА «КОФЕЙНОЙ ГУШЕЙ» ОБУСЛОВЛЕНА

А образованием солянокислого гематина в желудке
Б забросом желчи в желудок
В застоем желудочного содержимого
Г наличием соляной кислоты в желудке

ОСНОВНОЙ ФОРМОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А кифосколиотическая
Б воронкообразная
В конусовидная
Г цилиндрическая

ДЛЯ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

А увеличенный в размерах мочевой пузырь
Б отсутствие мочи в мочевом пузыре
В рвота
Г высокая температура тела

ПРИ КРИПТОРХИЗМЕ ЯИЧКО МОЖЕТ НАХОДИТЬСЯ

А в паховом канале
Б в противоположной половине мошонки
В под кожей лонной области
Г под кожей бедра

С ПОМОЩЬЮ УГЛОМЕРА ИЗМЕРЯЮТ

А подвижность суставов
Б жизненную ёмкость лёгких
В силу мышц кисти
Г степень жироотложения

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМА КЛЮЧИЦЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИМЕНЯЮТ

А повязку Дезо
Б физиотерапевтические процедуры
В гипсовую повязку
Г антибактериальную терапию

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ОТНОСЯТ

А мелену
Б диарею
В тощаковые боли
Г резкие боли в животе

ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЁННОГО ВЫВИХА БЕДРА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ___ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ

А УЗИ
Б МРТ
В артрография
Г РТК

КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЛАРИНГОМАЛЯЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

А врожденный стридор
Б упорный навязчивый кашель
В экспираторная одышка
Г инспираторная одышка

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА «АХАЛАЗИЯ ПИЩЕВОДА» НАДО ПРОВОДИТЬ С

А врожденным стенозом пищевода
Б пилоростенозом
В халазией пищевода
Г грыжей пищеводного отверстия диафрагмы

ПРИ АТРЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ВОЗРАСТАЮТ ПОКАЗАТЕЛИ

А связанного билирубина
Б глюкозы крови
В гематокрита
Г креатинина

ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ УРОВЕНЬ_____ СЫВОРОТКИ КРОВИ

А панкреатической амилазы
Б холестерина
В глюкозы
Г кальция

НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ГОЛОВЫ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕЕ ОБУСЛОВЛЕНО

А наклоном головы в сторону поражения и поворотом в противоположную сторону
Б поворотом головы в здоровую сторону
В наклоном головы вперед и поворотом в сторону поражения
Г наклоном головы в здоровую сторону и поворотом в сторону поражения

МЫШЕЧНЫЙ ТОНУС РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК НАПРЯЖЕНИЕ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ, КОТОРОЕ ОЦЕНИВАЮТ

А визуально и оценивая сопротивление мышц при проведении динамометрии
Б визуально при пассивных движениях
В пальпаторно при активных движениях
Г визуально и оценивая сопротивление мышц при пассивных движениях

НАРУШЕНИЕ ОСАНКИ ОТНОСИТСЯ К

А функциональным нарушениям опорно-двигательного аппарата
Б наследственно предрасположенным заболеваниям
В патологическим состояниям
Г врожденной патологии

К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ОТНОСЯТСЯ

А ингибиторы ферментов
Б холинолитики
В антибактериальные препараты
Г ферменты

ПАТОГЕНЕЗ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ СВЯЗАН С

А повышением внутрикостного давления
Б воспалением надкостницы
В разрушением костной структуры
Г формированием патологического свища

ИСКРИВЛЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА НАЗАД НАЗЫВАЮТ

А кифозом
Б спондилезом
В сколиозом
Г лордозом

ЕСЛИ У БОЛЬНОГО НА ШЕСТОЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ФЛЕГМОНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА ОТМЕЧЕНО РАЗВИТИЕ ЛИХОРАДКИ

ГЕКТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА, ЧАСТЫХ МОЧЕИСПУСКАНИЙ И ПОЗЫВОВ К ДЕФЕКАЦИИ, ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТ МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ, ТО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

А ректальное пальцевое исследование
Б рентгеноскопию брюшной полости
В ультразвуковое исследование брюшной полости
Г лапароскопию

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А биохимический анализ крови
Б общий анализ мочи
В общий анализ крови
Г копрограмма

«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ДИАГНОСТИКЕ ЛИМФАДЕНОПАТИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А биопсия лимфоузла
Б рентгенография грудной клетки
В компьютерная томография грудной клетки
Г ультразвуковое исследование лимфоузла

ВЫПОТ В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ ГНОЙНОГО, СЕРОЗНОГО ИЛИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК

А экссудат
Б транссудат
В гемахезия
Г хилус

КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПОЗВОЛИТ ЗАПОДОЗРИТЬ ВРОЖДЕННЫЙ СВИЩ ПУПКА?

А длительное, более трех недель мокнутие пупочной ранки
Б пальпация пупочных сосудов
В гнойное отделяемое из пупочной ранку
Г субфебрилитет

МЫШЕЧНАЯ КОНТРАКТУРА ПРИВОДИТ К

А спастическому сокращению мышц
Б полной утрате движений
В гипертонусу мышц
Г гипотонусу мышц

ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПИЛОРОСТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А регулярная рвота фонтаном
Б гепатомегалия
В иктеричность кожных покровов
Г гипербилирубинемия

ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА НАБЛЮДАЕТСЯ

А пенистое отделяемое изо рта и носа
Б рвота «кофейной гущей»
В отсутствие мекониального стула
Г рвота с примесью алой крови

ВРОЖДЕННАЯ ВЫСОКАЯ СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А рвотой желчью, зеленью
Б появлением в прямой кишке слизистых пробок
В рвотой кишечным содержимым
Г вздутием живота

К ВИЗУАЛЬНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У БОЛЬНОГО С ОДНОСТОРОННЕЙ АГЕНЕЗИЕЙ ЛЁГКОГО ОТНОСЯТ

А сужение и уплощение грудной клетки на стороне поражения
Б западение межреберных промежутков и атрофию грудных мышц
В утолщение грудной клетки на пораженной стороне
Г сглаженность межреберных промежутков на стороне поражения

ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ХАРАКТЕРНО

А появление рвоты в среднем на 21 день жизни
Б наличие гипернатриемии, гипергликемии, метаболического ацидоза
В появление рвоты неизмененным молоком, объем рвотных масс не превышает объем кормления
Г отсутствие видимой перистальтики желудка

ПРИ ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У РЕБЕНКА ОСМОТР ПРОВОДИТСЯ КАЖДЫЕ

А 2 часа
Б 15 минут
В 12 часов
Г 6 часов

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯИЧЕК У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А влияние механических факторов
Б диспропорция развития тканевых структур детского организма
В нарушение обменных процессов
Г специфическая инфекция

ПРОВЕДЕНИЕ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ НЕ ДОЛЖНО ПРЕВЫШАТЬ (ЧАС)

А 12
Б 6
В 48
Г 24

АХАЛАЗИЯ КАРДИИ ПИЩЕВОДА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

А рвотой непереваренной пищей
Б рвотой с примесью желчи
В рвотой переваренной пищей
Г срыгиванием через 1 час после еды

ПОЯВЛЕНИЕ ОДЫШКИ У ДЕТЕЙ С ПЕРИТОНИТОМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

А метаболическом ацидозе
Б поражении дыхательного центра
В метаболическом алкалозе
Г нарушении церебральной гемодинамики

ИММОБИЛИЗАЦИЯ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ПРОИЗВОДИТСЯ

А гипсовой лонгетой от голеностопного сустава до средней трети бедра
Б циркулярной гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов
В гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов
Г гипсовой лонгетой от плюсне-фаланговых суставов до средней трети бедра

ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ЛИМФАНГИОМАХ ЯВЛЯЕТСЯ

А воспаление
Б Кровотечение
В Метастазирование
Г болевой синдром

МЕТАФИЗАРНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПОРАЖАЕТ ВОЗРАСТ ДО

А 3 лет
Б 7 лет
В 10 лет
Г 1 месяца

ПОД СИНДРОМОМ БАДДА-КИАРИ ПОНИМАЮТ

А нарушение венозного оттока от печени
Б портальную гипертензию с асцитом
В хроническое заболевание печени
Г тромбоз воротной вены

НЕВОЗМОЖНО ВЫЯВИТЬ МЕТОДОМ ПАЛЬПАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У РЕБЕНКА

А меккелев дивертикул
Б опухоль брюшной полости
В инвагинат
Г инфильтрат брюшной полости

ПРИ КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ У РЕБЕНКА ОБСЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ С

А колоноскопии
Б радиоизотопного исследования
В гастродуоденоскопии
Г ирригографии

МЕСТНЫЙ СТАТУС: ПОКРАСНЕНИЕ, ПРИПУХЛОСТЬ ОКОЛОНОГТЕВОГО ВАЛИКА, ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ГНОЯ ПОД КОЖЕЙ ПО КРАЮ НОГТЯ - ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

А паронихии
Б кожного панариция
В флегмоны
Г абсцесса

КОНТРАСТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПИЩЕВОДА С БАРИЕМ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ

А атрезии пищевода
Б врожденном коротком пищеводе
В врожденном стенозе пищевода
Г халазии кардии

ВРОЖДЕННЫЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ПИЛОРОСТЕНОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А наличием рвоты «фонтаном», створоженным молоком, с кислым запахом, без желчи; объем рвотных масс превышает объем кормления
Б наличием рвоты «фонтаном», неизмененным молоком; объем рвотных масс не превышает объем кормления
В отсутствием видимой перистальтики желудка
Г гипернатриемией, гипергликемией, метаболическим ацидозом

РЕБЕНКА С АКУСТИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ ИЛИ БАРОТРАВМОЙ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ НЕОБХОДИМО ТРАНСПОРТИРОВАТЬ

А в горизонтальном положении на спине
Б вертикально
В на боку
Г сидя

ВРОЖДЕННУЮ КРИВОШЕЮ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ К ДЕФОРМАЦИИ

А миогенной
Б конституционной
В неврогенной
Г десмогенной

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ РЕБЕНКА СТАРШЕ ОДНОГО ГОДА ПРИ ОЖОГАХ ___ НЕОБЯЗАТЕЛЬНА

А I ст. 5-10%
Б II ст. 5% более
В III ст. 3% и более
Г I ст. 10-15%

ПАЛЬПАЦИЮ ЖИВОТА У РЕБЕНКА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ПРОВОДЯТ

А против часовой стрелки
Б по часовой стрелке
В радиально
Г сверху вниз

ПРИ РАЗРЫВЕ УРЕТРЫ ЗАПРЕЩЕНО ПРОВОДИТЬ

А катетеризацию мочевого пузыря
Б инфузионную урографию
В микционную цистоуретрографию
Г восходящую уретрографию

МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ФОРМЫ СТОП ЯВЛЯЕТСЯ

А плантография
Б калипометрия
В динамометрия
Г спирометрия

РВОТА ПРИ ПИЛОРОСПАЗМЕ НОСИТ ХАРАКТЕР

А обильного срыгивания
Б рвоты фонтаном
В рефлекторной рвоты
Г скудного срыгивания

ДЛЯ ХАЛАЗИИ КАРДИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

А рецидивирующей рвоты
Б хронического запора
В боли натощак в правом подреберье
Г боли натощак в эпигастрии

ДИАДИНАМОТЕРАПИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ ПАТОЛОГИИ

А острый тромбофлебит
Б иммобилизированные переломы костей
В ушибы мягких тканей
Г острая радикулопатия

НАЛИЧИЕ В АНАМНЕЗЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ ЗНАЧИМО ПРИ

А реактивном артрите
Б острой ревматической лихорадке
В болезни Кавасаки
Г системной красной волчанке

МЕТОД, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ПОЛУЧИТЬ ОТПЕЧАТОК СТОПЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЕЁ ФОРМЫ, НАЗЫВАЕТСЯ

А плантографией
Б физиометрией
В соматоскопией
Г соматометрией

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КИСТЫ ЭЛЕМЕНТОВ СЕМЕННОГО КАНАТИКА ЯВЛЯЕТСЯ

А незаращение влагалищного отростка брюшины

Б патология мочевыделительной системы
В гормональный дисбаланс
Г диспропорция кровеносных и лимфатических сосудов

ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА «ВРОЖДЕННЫЙ КОРОТКИЙ ПИЩЕВОД» НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А контрастное обследование пищевода
Б обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей
В жесткая эзофагоскопия
Г фиброэзофагогастроскопия

ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПИОПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ

А плевральная пункция
Б кислородотерапия
В гормонотерапия
Г искусственная вентиляция лёгких

НА РЕНТГЕНОГРАММЕ БУДЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ ГАЗОВЫЙ ПУЗЫРЬ ЖЕЛУДКА ПРИ

А бессвищевой форме атрезии пищевода
Б грыже пищеводного отверстия диафрагмы
В атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищом
Г врожденном коротком пищеводе

ЭКССУДАТ, СОСТОЯЩИЙ НА 80% ИЗ ЛИМФОЦИТОВ, 15% НЕЙТРОФИЛОВ И 5% ЭРИТРОЦИТОВ, ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

А серозного плеврита
Б хилезного плеврита
В геморрагического плеврита
Г посттравматического плеврита

У БОЛЬНЫХ С ОДНОСТОРОННЕЙ АГЕНЕЗИЕЙ ЛЁГКОГО ОТМЕЧАЕТСЯ СМЕЩЕНИЕ ОРГАНОВ СРЕДОСТЕНИЯ

А в пораженную сторону
Б кзади
В кпереди
Г в здоровую сторону

ПРИ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА КИСЛОТАМИ ВОЗНИКАЕТ

А коагуляционный некроз
Б отек слизистой

В колликвационный некроз
Г гиперемия слизистой

ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ И СВОДА СТОПЫ ПРИ МАССОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРАХ ПРИМЕНЯЕТСЯ

А плантография со скриннинг-оценкой, тестовая карта осанки
Б измерение глубины изгибов и соматоскопия
В визуальный осмотр и рентгенография
Г визуальный осмотр и компьютерная томография

ДИАГНОСТИРОВАТЬ ЭКСУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ ПОЗВОЛЯЕТ

А укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в здоровую сторону
Б укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в больную сторону
В усиление голосового дрожания
Г ослабленное дыхание с бронхофонией

К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ СРОЧНОГО РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

А признаки кишечной непроходимости
Б боли в области сигмы
В боли в области слепой кишки
Г спастический запор

СИНДРОМ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

А перемежающегося гидронефроза
Б гипоплазии почки
В пузырно-мочеточникового рефлюкса
Г удвоения верхних мочевых путей

НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМИ К ВОЗДЕЙСТВИЮ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ЯВЛЯЮТСЯ _____ РЕБЁНКА

А дистальные отделы эпифизов трубчатых костей
Б кости таза
В ребра и лопатки
Г диафизы трубчатых костей

К ПРИЧИНЕ ОБРАЗОВАНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ОТНОСЯТ

А незаращение влагалищного отростка брюшины
Б чрезмерные физические нагрузки
В повышение внутрибрюшного давления

Г слабость апоневроза наружной косой мышцы живота

МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ КРОВОТОЧАЩЕГО ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А диагностическая лапароскопия
Б колоноскопия
В радиоизотопное исследование
Г ирригоскопия

ПРИ РАЗВИТИИ У РЕБЕНКА НАПРЯЖЕННОГО ПНЕВМОТОРАКСА НЕОБХОДИМО

А выполнить плевральную пункцию и наладить активный дренаж плевральной полости
Б начать ингаляцию 100% кислорода
В выполнить однократную пункцию плевральной полости и удалить из нее воздух шприцем
Г начать методику СДППД

ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК КРИПТОРХИЗМА

А неопущение яичек в мошонку
Б сращение крайней плоти
В гипогонадизм
Г недоразвитие наружных половых органов

ОТРАВМА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КИШЕЧНИКА ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

А «агрессивного» наращивания объема энтерального питания
Б внутриутробного инфицирования плода
В присоединения кишечной инфекции
Г заменной трансфузии крови через пупочную вену

ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ГЕМАНГИОМАХ ЯВЛЯЕТСЯ

А кровотечение
Б рецидивирование
В метастазирование
Г нагноение

ПОЯВЛЕНИЕ РВОТЫ НЕИЗМЕНЕННЫМ МОЛОКОМ ПРИ ПЕРВОМ КОРМЛЕНИИ НОВОРОЖДЕННОГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А атрезии пищевода
Б синдрома Ледда
В пилоростеноза
Г атрезии двенадцатиперстной кишки ниже Фатерова сосочка

ДИАГНОЗ «ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗ» ОСНОВАН НА РЕЗУЛЬТАТАХ

А биопсии лимфатического узла
Б анализа периферической крови
В ультразвукового исследования лимфатического узла
Г пункции костного мозга

СИМПТОМ «ПЕСОЧНЫХ ЧАСОВ» ПРИ ВРОЖДЁННОМ ПИЛОРОСТЕНОЗЕ ОБУСЛОВЛЕН

А сегментарной перистальтикой желудка
Б сегментарной перистальтикой тощей кишки
В наличием выпота в брюшной полости
Г атонией желудка

ЭКСКРЕТОРНУЮ УРОГРАФИЮ СЧИТАЮТ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ

А гидронефрозе
Б пузырно-мочеточниковый рефлюксе
В нейрогенном мочевом пузыре
Г недержании мочи

ПОСЛЕ Т0РАК0ЦЕНТЕЗА И ЭВАКУАЦИИ БОЛЬШОГО ОБЪЕМА ЖИДКОСТИ ИЗ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ

А травматического пневмоторакса
Б ателектаза
В гиповолемии
Г отека легких

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ОСНОВАНА НА

А морфологических изменениях в червеобразном отростке
Б данных лабораторных показателеЙ
В данных ультразвукового исследования
Г клинических признаках

У РЕБЕНКА 14 ЛЕТ РЕЗКИЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ КИСТИ, ВЫРАЖЕННЫЙ ОТЕК ТЫЛА КИСТИ, ПАЛЬПАЦИЯ И ДВИЖЕНИЯ РЕЗКО БОЛЕЗНЕННЫ, ГИПЕРТЕРМИЯ, ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ

А флегмоне кисти
Б подкожному панарицию
В сухожильному панарицию
Г костному панарицию

СОТРЯСЕНИЕ МОЗГА ХАРАКТЕРИЗУЮТ

А кратковременная потеря сознания, рвота в первые часы после травмы, ретроградная амнезия
Б потеря сознания через 2-3 часа после травмы, анизокория, очаговая симптоматика
В пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвота
Г неукротимая рвота, потеря сознания до 4-6 часов, антероградная амнезия

УЗИ-ПРИЗНАКОМ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

А микрогастрия
Б визуализация порока сердца
В выявление трахео-пищеводного свища
Г маловодие

ПРИ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ПРИМЕНЯЕТСЯ

А Ирригография
Б УЗИ
В колоноскопия
Г МРТ

К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

А деформацию конечности
Б боль при пальпации
В повышение температуры тела
Г ссадины на конечностях

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА НАЧИНАЕТСЯ

А сразу после рождения
Б на 5 месяце жизни
В в возрасте 1 года
Г на 4 месяце жизни

ЛОБАРНУЮ ЭМФИЗЕМУ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ

А со спонтанным пневмотораксом
Б с врожденной диафрагмальной грыжей
В с врожденной кистой лёгкого
Г с пневмонией

ИЗ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО

А встречается врожденный вывих бедра
Б встречаются наследственные хондродисплазии
В встречаются пороки развития костей
Г встречаются врожденные остеодисплазии

ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

А пищеводная рвота
Б рецидивирующая пневмония
В дисфагия
Г регургитация

ПОЯСНИЧНЫЙ ЛОРДОЗ И КРЕСТЦОВЫЙ КИФОЗ ФОРМИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

А 9-10
Б 5-6
В 11-12
Г 2-3

РЕБЕНОК С ДИАГНОЗОМ «ПОДОЗРЕНИЕ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ» ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ

А в детском хирургическом стационаре
Б в педиатрическом стационаре
В в поликлинике по месту жительства
Г на дому

ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ВЫЯВЛЯЕТ

А отсутствие ганглиев подслизистых и межмышечных нервных ганглиев
Б аплазию продольной мускулатуры
В язвенное поражение слизистой
Г лейкоцитарную инфильтрацию слизистой

ВРОЖДЕННАЯ ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

А гипоплазией лёгкого
Б врожденным пороком сердца
В грудной дистопией почки
Г кишечной непроходимостью

ПАХОВО-МОШОНОЧНУЮ ГРЫЖУ ЧАЩЕ ВСЕГО ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

А водянкой оболочек яичка
Б перекрутом гидатиды

В варикоцеле
Г орхитом

ПРИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ОТМЕЧАЕТСЯ

А отсутствие газового пузыря желудка
Б расширение тени средостения
В симптом мишени
Г увеличение желудка в размерах

ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А рвота
Б запор
В зуд кожи
Г изжога

ГЛАВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ НАПРЯЖЕННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А плевральная пункция и дренаж
Б интубация и искусственное дыхание
В возвышенное положение
Г положение на пораженной стороне

ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АСФИКСИЮ В РОДАХ, ЯВЛЯЕТСЯ

А некротизирующий энтероколит
Б пилороспазм
В высокая кишечная непроходимость
Г халазия пищевода

В ОСНОВЕ КЛАССИФИКАЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ЛЕЖИТ

А параметр эпифизарно-диафизарного угла
Б срок окостенения эпифиза головки бедра
В положение большого вертела
Г степень укорочения конечности

К ПРИЧИНАМ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ ОТНОСЯТ

А неправильную походку или положение тела при стоянии и ходьбе
Б хронические заболевания дыхательной системы
В чрезмерные физические нагрузки

Г неправильный режим дня

СКРЫТЫМ ПОЛОВЫМ ЧЛЕНОМ СЧИТАЮТ ЧЛЕН

А нормальных возрастных размеров, погруженный в окружающие ткани лонной области и мошонки
Б с гипертрофированной крайней плотью
В с недоразвитыми кавернозными телами
Г расщепленный

ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А липаземия
Б гипопротеинемия
В гипербилирубинемия
Г гиперурикемия

ПРИЗНАКОМ ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А выраженное/нарастающее вздутие живота
Б запавший живот
В тромбоцитоз
Г копростаз

УЗИ-ПРИЗНАКОМ ИНВАГИНАТА ЯВЛЯЕТСЯ

А симптом «мишени»
Б симптом «треугольной площадки»
В симптом «маятникообразного движения» в кишечнике
Г наличие выпота в брюшной полости

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЖНО ОЖИДАТЬ ОТ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ?

А кишечное кровотечение
Б многократную рвоту
В вторичное воспаление червеобразного отростка
Г нарушения стула

ПОД ЭКТОПИЕЙ ЯИЧКА ПОНИМАЮТ

А миграцию яичка вне мошонки
Б паховую ретенцию яичка
В забрюшинную ретенцию яичка
Г абдоминальную ретенцию яичка

ПРИЗНАКИ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

А концу 2 или началу 3 недели жизни
Б в месячном возрасте
В в 3-месячном возрасте
Г не ранее 1 года жизни

ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ПРАВИЛЬНОГО ДИАГНОЗА ПРИ ВЫВИХЕ ПЛЕЧА ОПТИМАЛЬНЫМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

А клиническое + рентген
Б ЯМР + радиоизотопное исследование
В КТ + артроскопия
Г рентгеноконтрастное исследование + УЗИ

ИСКРИВЛЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА ВПЕРЕД НАЗЫВАЮТ

А лордозом
Б сколиозом
В кифозом
Г спондилезом

ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ РАЗРЫВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НАБЛЮДАЕТСЯ

А задержка мочеиспускания
Б мочевые затёки в промежность
В болезненное мочеиспускание малыми порциями
Г олигурия

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЕТСЯ

А колоноскопия с биопсией и исследованием на ацетилхолинэстеразу
Б определение энзимов в кале
В ультразвуковое исследование толстой кишки
Г ирригография

ДВИГАТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ

А ирригоскопии
Б копрограммы
В ректороманоскопии
Г колоноскопии

ПРИЧИНОЙ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА СЧИТАЕТСЯ

А отсутствие нервных ганглиев в Мейснеровском и Ауэрбаховском сплетении стенки толстой кишки
Б перенесенная кишечная инфекция
В низкая кишечная непроходимость
Г нарушение питания ребенка

СЛАБОЕ РАЗВИТИЕ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИВОДИТ К ПРОЦЕССУ

А заброса химуса из слепой кишки в подвздошную
Б затруднения продвижения химуса из слепой кишки
В чередования запоров и диареи
Г возникновения кишечной колике

МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А определение уровня ферментов поджелудочной железы в крови
Б определение уровня трансглутаминазы в сыворотке крови
В эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта
Г обзорная рентгенография брюшной полости

КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОКРАСНЕНИЕМ И ПРИПУХЛОСТЬЮ ОКОЛОНОГТЕВОГО ВАЛИКА?

А паронихий
Б костный панариций
В подкожный панариций
Г кожный панариций

ПРИ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА ЩЕЛОЧАМИ ВОЗНИКАЕТ

А колликвационный некроз
Б отек слизистой
В коагуляционный некроз
Г гиперемия слизистой

ПОД СИНДАКТИЛИЕЙ ПОНИМАЮТ

А сращение минимум двух пальцев
Б изменение размеров пальцев
В изменение формы пальцев
Г увеличение количества пальцев

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПИЛОРОСТЕНОЗА ОБЫЧНО ВЫЯВЛЯЮТСЯ

А на третьей-четвертой неделях жизни
Б в первые дни после рождения
В после двух месяцев жизни
Г на второй неделе жизни

НЕКРОТИЧЕСКАЯ ФЛЕГМОНА НОВОРОЖДЕННЫХ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ В ОБЛАСТИ

А ладонной поверхности кистей и подошвенной поверхности стоп
Б крестцовой
В шеи
Г поясничной

ДО УСТАНОВЛЕНИЯ ТОЧНОГО ДИАГНОЗА «АРТРИТ» В ЕГО ЛЕЧЕНИИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

А нестероидные противовоспалительные препараты
Б антибиотики
В сульфаниламиды
Г стероидные противовоспалительные препараты

ВРОЖДЕННАЯ НИЗКАЯ СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А рвотой кишечным содержимым
Б запавшим животом
В появлением в прямой кишке слизистых пробок
Г рвотой желудочным содержимым

КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ФАКТОРОВ НЕЛЬЗЯ СЧИТАТЬ ПРИЧИНОЙ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНОГО КРИПТОРХИЗМОМ?

А воспалительные заболевания кожи мошонки
Б дефицит гонадотропинов
В дефицит андрогенов
Г несоответствие температурного режима

СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

А синдроме Ледда
Б болезни Гиршпрунга
В мекониальном илеусе
Г пилоростенозе

К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОМУ СИМПТОМУ ПАРАУМБИЛИКАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ОТНОСЯТ

А наличие апоневротического дефекта по средней линии
Б тошноту и рвоту
В диспепсические явления
Г приступообразные боли в животе

КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НОВОРОЖДЕННОГО, ЯВЛЯЕТСЯ

А судороги
Б отек, увеличение сустава в объеме
В ограничение активных движений в пораженной конечности
Г болезненность при пассивных движениях

ЧТО НАЗЫВАЮТ ДИВЕРТИКУЛОМ МЕККЕЛЯ?

А рудимент желточного протока
Б новообразование кишечника
В рудимент урахуса
Г полип кишки

ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А явлениями дисфагии
Б дыхательной недостаточностью
В сердечной недостаточностью
Г пищеводным кровотечением

КОЛИЧЕСТВО ПЕРЕЛОМОВ В ГОД ПРИ ЛЕГКОЙ ФОРМЕ ТЕЧЕНИЯ НЕЗАВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА (OSTEOGENESIS IMPERFECT) СОСТАВЛЯЕТ

А 3-5
Б 6-10
В 11-20
Г 21-25

СКОЛИОЗ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А боковое искривление позвоночника
Б увеличение кривизны поясничного отдела позвоночника
В увеличение кривизны грудного отдела позвоночника
Г уплощённую спину

НАРАСТАЮЩАЯ ПРИПУХЛОСТЬ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

А разрыва почки
Б удвоения почки

В гидронефроза
Г нефроптоза

ПРИЗНАКОМ КАТАРАЛЬНОГО ОМФАЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А серозное отделяемое из пупка
Б кишечное отделяемое из пупка
В инфильтрация краёв пупочного кольца
Г гнойное отделяемое из пупка

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХАЛАЗИИ КАРДИИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

А рентгеноскопию желудка с контрастированием
Б контрастирование пищевода барием
В контрастную холецистографию
Г копрологическое исследование

ПЕРИОДИЧЕСКОЕ ВЫДЕЛЕНИЕ МОЧИ ИЗ ПУПКА ОБЫЧНО ВЫЗВАНО

А полным свищом урахуса
Б клапаном задней уретры
В дивертикулом мочевого пузыря
Г экстрофией мочевого пузыря

У РЕБЕНКА ПЯТИ ЛЕТ ОПЕРИРОВАННОГО ГОД НАЗАД ПО ПОВОДУ ФЛЕГМОНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА, С СИМПТОМАМИ ПРИСТУПООБРАЗНОЙ БОЛИ В ЖИВОТЕ, РВОТЕ, ЗАДЕРЖКЕ ОТХОЖДЕНИЯ ГАЗОВ ОБСЛЕДОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧАТЬ С

А обзорной рентгенографии брюшной полости
Б ректального исследования
В введения бариевой взвеси через рот
Г гипертонической клизмы

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПЕРИТОНИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

А некротический энтероколит III и IV стадии
Б заменное переливание крови
В ятрогенное повреждение
Г порок развития стенки кишки

ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ

А амилазы
Б холестерина
В калия

Г белка

СИМПТОМ «ОЧКОВ» НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

А переломе передней черепной ямки
Б переломе шейных позвонков
В линейном переломе свода черепа
Г вдавленном переломе свода черепа

ЛОЖНАЯ РЕТЕНЦИЯ ЯИЧКА ОБУСЛОВЛЕНА

А повышенным кремастерным рефлексом
Б нарушением процессов опускания яичка
В антенатальной патологией
Г гормональным дисбалансом

ВРОЖДЕННАЯ ВЫСОКАЯ ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ С ОБТУРАЦИЕЙ НИЖЕ ФАТЕРОВА СОСКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А рвотой с желчью
Б обильным жидким стулом
В рвотой кишечным содержимым
Г появлением слизи с кровью в прямой кишке

ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ БОЛЬНОГО С ПЕРЕЛОМОМ ПОЗВОНОЧНИКА ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

А на щите, на спине с соблюдением «оси безопасности»
Б на щите, на животе
В на носилках в положении «лягушки»
Г на боку на носилках

ВЫРАЖЕННЫЙ ГИПЕРТОНУС МЫШЦ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОТСУТСТВИИ СОЗНАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

А травмы головного мозга
Б незрелости структур головного мозга
В дегенерации передних рогов спинного мозга
Г повреждения мозговых структур свободным билирубином

ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ В НЕОПУЩЕННЫХ ЯИЧКАХ ОТЧЕТЛИВО ПРОСЛЕЖИВАЮТСЯ С

А 2 лет
Б 12 лет
В 6 лет

Г периода новорожденности

ПРИ ЛОЖНОМ КРИПТОРХИЗМЕ У РЕБЕНКА 1,5 ЛЕТ НЕОБХОДИМО

А диспансерное наблюдение, осмотр 1 раз в год
Б обследование в пубертатном периоде
В провести экстренную операцию
Г назначить плановую операцию

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПОВЫШЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ЧМТ ОТНОСЯТ

А гипертензию и брадикардию
Б гипогликемию
В олигурию
Г гипотонию и тахикардию

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВРОЖДЁННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А задержка эвакуации контраста из желудка
Б появление 2 газовых уровней в эпигастрии при обеднении газом остальных отделов брюшной полости
В заброс контраста из желудка в пищевод
Г появление множественных газовых уровней в брюшной полости

УЗИ-ПРИЗНАКОМ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА СЧИТАЕТСЯ

А утолщение мышечного слоя привратника, его удлинение
Б симптом «псевдопочки»
В маятникообразное движение химуса
Г расширение желудка

ПРИ РАЗРЫВЕ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ

А «выдвижного ящика»
Б разгибательной контрактуры в коленном суставе
В сгибательной контрактуры в коленном суставе
Г «прилипшей пятки»

ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО СВИЩА ПРИМЕНЯЮТ

А бронхоскопию
Б бронхографию
В обзорную рентгенографию
Г компьютерную томографию

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ У РЕБЕНКА 8 МЕСЯЦЕВ С ОДНОКРАТНОЙ РВОТОЙ, ПРИСТУПООБРАЗНЫМИ БОЛЯМИ В ЖИВОТЕ, С ОПРЕДЕЛЯЕМЫМ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ ОБРАЗОВАНИЕМ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

А инвагинация кишечника
Б аппендикулярный инфильтрат
В кишечная инфекция
Г опухоль брюшной полости

ПРИ ПИЛОРОСТЕНОЗЕ ХАРАКТЕРЕН СТУЛ

А скудный
Б обильный непереваренный
В водянистый
Г частый, жидкий, зловонный

ФОРМЫ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ПО Т. П. КРАСНОБАЕВУ

А токсическая, септикопиемическая, местная
Б септическая, септикопиемическая, гиподинамическая
В идиопатическая, токсикосептическая, местная
Г адинамическая, динамическая, местная

ЗАПОРЫ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА ПОЯВЛЯЮТСЯ

А сразу после рождения
Б на 2 году жизни
В с 6 месяцев жизни
Г на 3 году жизни

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

А нарастания внутричерепного давления
Б нарастания гематомы
В развития отека лёгких
Г развития отека мозга

ПРИ ОСМОТРЕ НА ДОМУ У РЕБЕНКА ЗАПОДОЗРИЛИ НЕКРОТИЧЕСКУЮ ФЛЕГМОНУ НОВОРОЖДЕННОГО, РОДИТЕЛИ КАТЕГОРИЧЕСКИ ОТКАЗАЛИСЬ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ, ПОЭТОМУ НЕОБХОДИМО

А настоять на госпитализации в хирургический стационар
Б назначить антибиотики и пригласить на осмотр на следующий день

В пригласить детского врача-хирурга на дом для обсуждения данного вопроса
Г провести хирургическое лечение на дому

ЛОРДОЗ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А изгиб позвоночника кпереди в сагиттальной плоскости
Б неправильную осанку
В боковое искривление позвоночника
Г увеличение кривизны грудного отдела позвоночника в дорсальном направлении

ДЛЯ ПИЛОРОСПАЗМА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

А непостоянная частота и объем срыгиваний
Б урежение мочеиспускания
В наличие признаков обезвоживания
Г присутствие патологических примесей при срыгивании

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ БРОНХОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А острая респираторная инфекция
Б негативное отношение ребенка к обследованию
В бронхит
Г бронхиальная астма

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО

А вертикальное
Б на левом боку
В лежа на спине
Г на правом боку

ИНФЕКЦИЯ ПОПАДАЕТ В КОСТНОМОЗГОВОЙ КАНАЛ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

А гематогенным путем
Б лимфогенным путем
В контактным путем
Г при открытом переломе кости

ГЛАВНЫМ КРИТЕРИЕМ ТЯЖЕСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А степень утраты сознания
Б выраженность костно-травматических повреждений
В выраженность менингеального синдрома
Г повторная рвота

ПАЛЬПАЦИЮ ЖИВОТА У РЕБЕНКА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ НАЧИНАЮТ С ОБЛАСТИ

А левой подвздошной
Б правой подвздошной
В эпигастральной
Г надлобковой

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПНЕВМОТОРАКСА ОТНОСЯТ

А коробочный перкуторный звук
Б амфорическое дыхание
В локальные мелкопузырчатые влажные хрипы
Г резкое притупление перкуторного звука

ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ НОЧЬЮ У РЕБЕНКА 2 ЛЕТ “ЛАЮЩЕГО” КАШЛЯ, ОСИПЛОСТИ ГОЛОСА И СТРИДОРОЗНОГО ДЫХАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РАЗВИТИЯ

А острого обструктивного ларинготрахеита
Б острого тонзиллита
В острого бронхита
Г приступа бронхиальной астмы

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КРАСНУХИ ПРИМЕНЯЕТСЯ МЕТОД

А иммунофлюоресценции
Б РПГА
В бактериологический
Г РНГА

В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ КОКЛЮШЕ ОТМЕЧАЕТСЯ

А лейкоцитоз
Б тромбоцитопения
В лимфопения
Г лейкопения

ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ, ЧТО

А непрямая передача энтеровируса связана с плохими санитарными условиями
Б энтеровирусная инфекция распространена, главным образом, в условиях тропического климата
В для энтеровирусных заболеваний не характерен ятрогенный путь передачи инфекции
Г симптоматические формы развиваются, преимущественно, у детей младшего возраста

ПРИ КОРИ СЫПЬ БЫВАЕТ

А пятнисто-папулезной склонной к слиянию
Б петехиальной
В мелкоточечной
Г милиарной

У ВИЧ-ИНФЕЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

А наблюдаются часто, протекают тяжело и длительно
Б не встречаются
В наблюдаются часто, протекают легко
Г встречаются редко

ПРИ КРАСНУХИ СЫПЬ ПОЯВЛЯЕТСЯ

А одномоментно в течение нескольких часов
Б в течение 1-2 суток
В молниеносно
Г этапно в течение 3 дней

ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А воздушно-капельный
Б пищевой
В контактно-бытовой
Г водный

ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИЕЙ ПО КЛИНИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ПОДЛЕЖАТ ДЕТИ С

А дифтерией ротоглотки
Б ротовирусной инфекцией
В гриппом
Г гепатитом А

К РАННИМ СИМПТОМАМ КОРИ ОТНОСЯТСЯ

А пятно Бельского-Филатова-Коплика
Б появление сыпи на волосистой части головы и зуд кожи
В увеличение затылочных лимфоузлов и геморрагическая сыпь
Г бледный носогубный треугольник и точечная сыпь

ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РС-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

А бронхиолит
Б гриппоподобный синдром
В ларингит
Г отит

ДЛЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ РЕАКЦИЯ

А иммунофлюоресценции
Б связывания комплемента
В торможения гемагглютинации
Г непрямой гемагглютинации

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ АКТИВНОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А ганацикловир
Б ацикловир
В валацикловир
Г фоскарнет

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ КОРИ ВКЛЮЧАЮТ

А раннее выявление и изоляцию источника инфекции
Б госпитализацию контактных детей до 5 дня с момента контакта
В введение противовирусных препаратов болевшим корью
Г экстренную вакцинацию

САМЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ

А ежегодная вакцинация
Б ежедневная уборка помещений
В интерферон-альфа у детей старшего возраста - римантадин
Г противогриппозный иммуноглобулин

ДЛЯ КРУПА ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ

А инспираторной одышки
Б экспираторной одышки
В пневмоторакса
Г кашля с репризами

ЧАСТЫМИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

А грибковые, бактериальные и вирусные поражения кожи
Б трофические изменения, некрозы
В опухоли
Г участки депигментации

ДЛЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КОРИ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ

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

ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПОРАЖЕНИЯ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПАРОТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А припухлость в области околоушной железы
Б обязательное симметричное поражение
В гиперемированная кожа над поражённой железой
Г болезненность в ночное время

КРАЙНЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМ В УХОДЕ ЗА РЕБЁНКОМ С ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДОВАНИЕ СОВЕТУ

А не купать ребёнка
Б обрабатывать везикулы бриллиантовым зелёным
В ежедневно проводить гигиеническую ванну
Г полоскать рот после еды

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ПРОВОДИТСЯ С

А аденовирусной инфекцией
Б ротовирусной инфекцией
В полиомиелитом
Г коклюшем

В ОЧАГЕ ИНФЕКЦИИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ НЕ ПРОВОДИТСЯ ПРИ

А ветряной оспе
Б дизентерии
В вирусном гепатите А
Г полиомиелите

ВИРУС ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ МОЖЕТ ПОРАЖАТЬ

А слизистые оболочки
Б селезенку
В кости
Г печень

ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ РКОМЕНДУЮТ

А рекомбинантные интерфероны
Б ацикловир
В ампициллин
Г гепатопротекторы

ПОКАЗАТЕЛЕМ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ _____ СИНДРОМ

А интоксикационный
Б диарейный
В бронхообструктивный
Г менингеальный

ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В КЛИНИКЕ ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

А интоксикации
Б суставной
В кожный
Г диспепсии

ТИПИЧНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ГЕМОГРАММЫ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ТЕЧЕНИЯ ГРИППА СЧИТАЮТ

А лейкопению, лимфоцитоз, СОЭ в пределах нормы СОЭ
Б лейкоцитоз, лимфоцитоз, СОЭ в пределах нормы
В лейкопению, нейтрофилёз, повышение СОЭ
Г лейкоцитоз, лимфоцитоз, повышение

ФАРИНГОКОНЪЮНКТИВАЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

А аденовирусной инфекции
Б респираторно-синцитиальной инфекции
В парагрпиппа
Г гриппа

ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НЕ МОГУТ ПОЯВИТЬСЯ НА

А кожи ладоней и стоп
Б слизистой полости рта
В конъюнктивите
Г кожи туловища

АДЕНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ РИНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НАЛИЧИЕМ

А фарингоконъюнктивальной лихорадки
Б субфебрильной температуры
В обильных серозных выделений из носа
Г слабовыраженной интоксикации

ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОСТРОГО ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО (ЭПИДЕМИЧЕСКОГО) КОНЪЮНКТИВИТА У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А энтеровирус тип 70
Б вирус герпеса человека тип 1
В морбилливирус
Г аденовирус серотип 3

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ С

А инфекционным мононуклеозом
Б геморрагической лихорадкой
В вирусным гепатитом
Г менингококковой инфекцией

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ _____ ПРЕПАРАТЫ

А противовирусные
Б десенсибилизирующие
В витаминные
Г антибактериальные

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КОРИ ИСПОЛЬЗУЮТ

А ПЦР
Б морфологический метод
В бактериологическое исследование
Г РПГА

К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ КОРИ ОТНОСЯТ

А энцефалит, менингоэнцефалит, менингит
Б эндокардит, миокардит
В орхит, паротит
Г колит, энтерит

ПРИ КОРИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ НАЗНАЧАЕТСЯ

А при наличии осложнений
Б в периоде реконвалесценции
В в разгаре болезни
Г в продромальном периоде

ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ ЛЁГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОЯВЛЯЮТСЯ НА

А коже
Б ладонях и стопах
В конъюнктиве
Г слизистой полости рта

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ВКЛЮЧАЕТ

А полимеразную цепную реакцию
Б бактериоскопию
В реакцию пассивной гемагглютинации
Г посев содержимого везикул на питательные среды

ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ НОЧЬЮ У РЕБЁНКА 2 ЛЕТ «ЛАЮЩЕГО» КАШЛЯ, ОХРИПЛОСТИ ГОЛОСА И СТРИДОРОЗНОГО ДЫХАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РАЗВИТИЯ

А острого стенозирующего ларинготрахеита
Б острого бронхита
В острого тонзиллита
Г приступа бронхиальной астмы

МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ СОСТАВЛЯЕТ

А 21 день
Б 7 дней
В 10 дней
Г 18 дней

АДЕНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А конъюнктивитом
Б миозитом
В артритом
Г уретритом

ПРИЧИНОЙ АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (ОРВИ) У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЁНКА ЯВЛЯЕТСЯ

А репродукция вируса в поджелудочной железе и кишечнике
Б искусственной вскармливание
В медикаментозная терапия
Г неблагоприятный преморбидный фон

К ГРУППЕ ЭНТЕРОВИРУСОВ ОТНОСЯТСЯ

А вирусы полиомиелита
Б аденовирусы
В вирусы кори
Г короновирусы

РИНОФАРИНГОКОНЪЮНКТИВАЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

А аденовирусной инфекции
Б парагриппа
В гриппа
Г РС-инфекции

ПРИ ПАРАЛИТИЧЕСКОМ ПОЛИОМИЕЛИТЕ НАБЛЮДАЮТ

А расстройство двигательных функций.
Б эритроциты в ликворе
В расстройство чувствительности
Г нейтрофильный цитоз в ликворе

КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛИКВОРЕ ОТМЕЧАЮТСЯ ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТАХ

А лимфоцитарный плеоцитоз.
Б нормальный ликвор
В появление эритроцитов
Г нейтрофильный плеоцитоз

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (ОРВИ) У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А бронхиолит

Б бронхит
В ларингит
Г трахеит

ВЕЗИКУЛЫ НА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

А ветряной оспы
Б псевдотуберкулёза
В листериоза
Г скарлатины

ПРИ РАЗВИТИИ ЭНЦЕФАЛИТ В ПЕРИОДЕ РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ

А мозжечок
Б ствол мозга
В кора мозга
Г ретикулярная формация

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННОЙ ФОРМОЙ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А неспецифическая лихорадочное заболевание
Б поражение слизистой ротоглотки, герпетическая ангина
В вирусная пузырчатка полости рта и конечностей
Г поражение нервной системы, асептический менингит

ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЁЛОЙ ФОРМОЙ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА

А применяются антибиотики
Б рекомендуется Ацикловир
В используется цитостатическая терапия
Г применяется только симптоматическая терапия

ЭКЗАНТЕМОЙ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

А энтеровирусная инфекция
Б грипп
В аденовирусная инфекция
Г респираторно-синцитиальная инфекция

УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЁНКИ ЯВЛЯЮТСЯ ОБЩИМИ СИМПТОМАМИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА И

А аденовирусной инфеции
Б дифтерии ротоглотки
В краснухи

Г кори

К ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ

А пленчатый конъюнктивит
Б «малиновый» язык
В менингиальные знаки
Г мелкоточечная сыпь

ТОКСИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ГРИППЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А головной болью, фебрильными судорогами
Б поражением кожных покровов
В желтухой, гепатомегалией
Г длительной волнообразной лихорадкой

ДЛЯ БОЛЬШИНСТВА ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ХАРКТЕРНО _____ УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕРЕФИРИЧЕСКИХ ЛИМФОУЗЛОВ

Н симметричное, умеренное, без изменения плотности
О несимметричное, значительное, с уплотнением консистенции
П несимметричное, с появлением «каменистой» плотности, безболезненное
Р симметричное, значительное, с выраженной болезненностью

К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ КРАСНУХИ ОТНОСЯТ

А увеличение затылочных и заднешейных лимфоузлов
Б боли в животе, мышечную гипотонию
В поражение ЦНС, геморрагическую сыпь
Г выраженные симптомы интоксикации и диарею

К ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМАМ КОРИ ОТНОСЯТ

А пятна Филатова-Коплека
Б гепатоспленомегалию
В поражение ротоглотки
Г обильную сыпь

К ПРИЗНАКАМ, ПОМОГАЮЩИМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ АДЕНОВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ И КОРЬ, ОТНОСЯТ

А пятна Бельского-Филатова
Б влажный кашель
В субфебрильную лихорадку
Г обильное слизистое отделяемое из носовых ходов

К ГРУППЕ ЭНТЕРОВИРУСОВ ОТНОСЯТ

А вирус Коксаки
Б аденовирус
В ретровирус
Г ротовирус

ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ВЕТРЯНОЧНОГО ЭНЦЕФАЛИТА, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ В ПЕРИОДЕ РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

А нарушение координации
Б нарушение сознания
В неукратимая рвота
Г выраженная гиперестезия

К ПРОЯВЛЕНИЯМ ПАТОГЕНЕЗА ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ОТНОСЯТ

А внедрение вируса на нёбных и носоглоточных миндалинах
Б наиболее выраженные нарушения в кишечнике
В начало септического процесса
Г Т-лимфоциты, содержащие вирус, активируют Т-киллеры

ПРИ ПОЛИОМИЕЛИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ

А передние рога спинного мозга
Б мозжечок и ствол мозга
В задние рога спинного мозга
Г большие полушария мозга

ОТЛИЧИЕ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ОТ ОРВИ

А содержание атипичных мононуклеаров в периферической крови более 10%
Б отсутствие катаральных явлений (насморк, кашель)
В выраженность нейротоксикоза
Г выраженность интоксикации

ПРОФИЛАКТИКА КРАСНУХ ВКЛЮЧАЕТ

А активную иммунизацию
Б введение лечебной сыворотки
В лечение контактных антибиотиками
Г пассивную иммунизацию

ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОЙ ЛАРИНГИТЕ (КРУПЕ) У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ

А глюкокртикостероиды
Б ксантины
В антибиотики
Г антигистаминные

В ОЧАГЕ ИНФЕКЦИИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ

А полиомиелите
Б РС-инфекции
В кори
Г ветряной оспе

БОЛЬНОЙ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ ЗАРАЗЕН

А до 5-го дня с момента появления последнего элемента сыпи
Б только в продромальный период
В в период развития осложнений
Г до момента отпадения корочек

НАИБОЛЕЕ ТЯЖЁЛЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ КРАСНУХЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А менингоэнцефалит
Б артрит
В миокардит
Г пневмония

СЫПЬ ПРИ КРАСНУХЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ

А одновременно в течение нескольких часов
Б этапно в течение 3 дней
В волнообразно в течение недели
Г в течение 1-2 дней

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ КОРИ У НЕПОЛУЧИВШИХ ИММУНОГЛОБУЛИН НЕПРИВИТЫХ ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (ДЕНЬ)

А от 9 до 17
Б от 9 до 21
В 10
Г с 11 по 21

ВАКЦИНАЦИЯ ПО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ПРИ КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ КОРЬЮ ПРОВОДИТСЯ _____ КОНТАКТА

А в первые 72 часа

Б в первые 5 дней
В с 9 по 17 день
Г с 11 по 21 день

ВЫСОКОАКТИВНАЯ АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ МИНИМУМ

А трех препаратов
Б одного препарата
В двух препаратов
Г неменее пяти препаратов

НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А гепатоспленомегалия
Б кратковременная лихорадка
В сыпь и головная боль
Г рвота и диарейный синдром

К ХАРАКТЕРИСТИКАМ СЫПИ ПРИ КОРИ ОТНОСЯТ

А сыпь крупнопятнистая, пятнисто-папулёзная, склонна к слиянию, характерна этапность высыпания
Б сыпь мелкопятнистая, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей, спине, ягодицах
В сыпь пятнистая, папулёзная, геморрагическая, «звёздчатая», неправильной формы, с уплотнением (некрозом) в центре
Г полиморфная сыпь, характерны симптомы «капюшона», «перчаток», «носков», сгущение сыпи вокруг суставов

ТИПИЧНОЙ СЫПЬЮ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А везикулёзная
Б геморрагическая
В пятнисто-папулёзная
Г мелкоточечная

К ОСОБЕННОСТЯМ КЛИНИКИ ГРИППА У НОВОРОЖДЁННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОТНОСЯТ

А слабовыраженные симптомы интоксикации и катаральные симптомы
Б иктеричность кожных покровов и яркий катаральный синдром
В яркий катаральный синдром и парез нижних конечностей
Г парез нижних конечностей и катаральные симптомы

ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ В ГЕМОГРАММЕ ВЫДЕЛЯЮТ

А лейкоцитоз, абсолютный лимфоцитоз, моноцитоз
Б нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево
В лейкопению, лимфопению, моноцитоз
Г лейкопению, относительный лимфоцитоз, эозинофилию

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А менингоэнцефалит
Б нефрит
В колит
Г миокардит

ДЛЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ СЫПИ

А пятно, папула, везикула
Б розеола, уртикария, пустула
В петехии, некроз, рубчик
Г пятно, петехия, рубчик

СИМПТОМОМ КОРИ ЯВЛЯЕТСЯ

А пятна Бельского-Филатова
Б ринит
В кашель
Г повышенная температура

ПО СРАВНЕНИЮ С ДЕТЬМИ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА У НОВОРОЖДЁННЫХ НА ФОНЕ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (ОРВИ) ЗНАЧИТЕЛЬНО РЕЖЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ СИНДРОМ

А крупа
Б абдоминальный
В обструктивный
Г лимфоаденопатии

ПРИ ОСТРОМ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ

А грубый «лающий» кашель с изменением голос
Б сухой кашель носью
В удлинение выдоха
Г продуктивный кашель с большим количеством мокроты

БОЛЬНОЙ КОРЬЮ ЗАРАЗЕН

А до 5 дня высыпаний
Б в первые 5 дней инкубационного периода
В до конца клинических проявлений заболевания
Г в течение всего катарального периода

ВОЗБУДИТЕЛЬ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

А герпесвирусов
Б простейших
В стрептококков
Г грибов

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ СОСТАВЛЯЕТ (ДЕНЬ)

А 11-21
Б 9-17
В 2-7
Г 7-9

ЗАЛОЖЕННОСТЬ НОСА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ СВЯЗАНО С

А увеличением носоглоточной миндалины
Б грибковыми наложениями
В наличием фиброзной плёнки
Г катарально-экссудативным ринитом

ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМОЙ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А островчатая
Б дифтерия носа
В дифтерийный круп
Г субтоксическая

ОСНОВОЙ ЛЕЧЕНИЯ МАНИФЕСТНЫХ ФОРМ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А регидратация и симптоматические средства
Б кортикостероидные препараты в средних терапевтических дозировках
В противовирусные препараты прямого действия
Г антибактериальные препараты широкого спектра

ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ ПРИ КОРЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А катаральным конъюнктивитом и светобоязнью
Б птозом и энофтальмом
В резким снижением остроты зрения

Г пленчатым конъюнктивитом

ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ АСЕПТИЧЕСКОГО МЕНИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А энтеровирус
Б гемофильная палочка
В вирус эпидемического паротита
Г вирус клещевого энцефалита

КЛАССИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИЧЕПКСАЯ ТРИАДА: КАТАРАКТА, ПОРОК СЕРДЦА, ГЛУХОТА - ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

А врождённой краснухи
Б врождённого листериоза
В врождённого токсоплазмоза
Г врождённого сифилиса

СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ ГРИППА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПРИМЕНЕНИЕ

А осельтамивир
Б цефотаксим
В флюконазол
Г гидроксихлорохин

ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО

А поражаются околоушные слюнные железы
Б поражается поджелудочная железа
В поражаются подъязычные слюнные железы
Г поражается щитовидная железа

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ СОСТАВЛЯЕТСЯ (В ДНЯХ)

А 11-21
Б 14-20
В 7-10
Г 5-7

РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА МОЖЕТ ПРОТЕКАТЬ В ВИДЕ

А бронхообструктивного синдрома
Б диспепсических проявлений, кишечного синдрома
В генерализованной полиаденопатии
Г двухстороннего конъюнктивита

ТОКСИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ПРИ ГРИППЕ МОЖЕТ ПРОТЕКАТЬ С

А головной болью, фебрильными судорогами
Б носовыми кровотечениями
В вялостью, снижением аппетита
Г болью в мышцах, артралгией

ИЗ ФОРМ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ В-ГЕМОЛИТИЧЕСКИМ СТРЕПТОКОККОМ ГРУППЫ А, ПОДЛЕЖИТ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМУ УЧЕТУ

А скарлатина
Б назофарингеальное носительство
В некротизирующий фасциит
Г инвазивное заболевание

К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ МЕНИНГЕАЛЬНОМУ СИМПТОМУ ОТНОСИТСЯ

А симптом Лесажа
Б нижний рефлекс Ландау
В верхний рефлекс Ландау
Г симптом Ортнера

КАРАНТИН ПРИ СКАРЛАТИНЕ НАКЛАДЫВАЕТСЯ НА (ДЕНЬ)

А 7
Б 35
В 14
Г 21

ОСТРЫЙ СТРЕПТОКОККОВЫЙ ТОНЗИЛЛИТ В ТИПИЧНЫХ СЛУЧАЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

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

ПРИ ФЕЛИНОЗЕ (БОЛЕЗНИ КОШАЧЬИХ ЦАРАПИН) ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ _____ГРУППЫ ЛИМФОУЗЛОВ

А подмышечные, локтевые
Б затылочные, заушные

В подчелюстные, шейные
Г шейные, надключичные

ОСОБЕННОСТЬЮ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А частое развитие менингококцемии
Б постепенное развитие симптомов заболевания
В отсутствие рвоты и лихорадки
Г отсутствие стволовых нарушений

ПРЕОБЛАДАЮЩИМ ИСТОЧНИКОМ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ УВЕИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А тонзиллит
Б пневмония
В кариес
Г язвенный колит

С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ТОКСИЧЕСКУЮ ФОРМУ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ?

А паратонзиллярный абсцесс
Б грипп
В менингококковая инфекция
Г аденовирусная инфекция

ДЛЯ САНАЦИИ НОСИТЕЛЕЙ ТОКСИГЕННЫХ КОРИНЕБАКТЕРИЙ ДИФТЕРИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ

А антибиотик широкого спектра действия
Б антитоксическую противодифтерийную сыворотку
В АДС-анатоксин
Г иммуноглобулин

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНА ПРИ

А дифтерии
Б скарлатине
В коклюше
Г ветряной оспе

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ СОСТАВЛЯЕТ (ДЕНЬ)

А 2-10

Б 15-30
В 10-15
Г 15-21

ДО ПОЛУЧЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ АНТИБИОТИКОГРАММЫ У ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ СТАРТОВЫМ ПРЕПАРАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А ванкомицин
Б цефуроксима аксетил
В ампициллин
Г цефтриаксон

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ КОКЛЮШНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А азитромицин
Б амоксициллин+клавулановая кислота
В цефексим
Г амоксициллин

ДЛЯ МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА НЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ

А пареза конечностей
Б менингеальных симптомов
В рвоты
Г лихорадки

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ СОСТАВЛЯЕТ

А обычно 7-10 дней, зависит от показателей ликвора
Б 10-14 дней
В 5 дней
Г весь период повышения температуры тела и 5 дней после нормализации температуры|

МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ КОКЛЮША ЯВЛЯЕТСЯ

А аэрозольный
Б контактный
В трансмиссивный
Г фекально-оральный

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА ЧАЩЕ ВСЕГО СОСТАВЛЯЕТ (НЕДЕЛЯ)

А 3-4
Б 7-8

В 8-9
Г 1-2

ВЕРОЯТНЫМ ПРИЗНАКОМ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А отек в зеве
Б отек на нижних конечностях
В рыхлые налеты
Г резкая болезненность в горле (тризм)

ПРИ КОКЛЮШЕ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ

А эритромицина
Б оксациллина
В линкомицина
Г пенициллина

ВОЗБУДИТЕЛЕМ КОКЛЮША ЯВЛЯЕТСЯ

А Bordetella pertussis
Б Yersinia pestis
В Haemophilus influenzae
Г Streptococcus pneumonia

ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ИСТИННОГО КРУПА К ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ ОТНОСИТСЯ

А микробиологическое исследование отделяемого из носоглотки на C. Diphtheriae
Б бактериологический посев мочи
В микробиологическое исследование крови
Г вирусологическое исследование кала

ТАКТИКОЙ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ПРИ ЭПИГЛОТИТЕ У РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

А обеспечение экстренной госпитализации в отоларингологическое отделение
Б назначение рациональной антибиотикотерапии, симптоматических препаратов, обеспечение ежедневного наблюдения на дому
В назначение противовирусной терапии, симптоматических препаратов, ингаляции Будесонида через небулайзер
Г направление на консультацию врача-отоларинголога в поликлинику

ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТОВ МОГУТ БЫТЬ

А бактерии
Б простейшие
В грибки

Г вирусы

К СИМПТОМАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ПРИ КОКЛЮШЕ, ОТНОСЯТ

А частоту и характер приступов кашля
Б продуктивность кашля
В снижение массы тела, кашель
Г вялость, недомогание, снижение аппетита

КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ДОЛЖНО ВЫЗЫВАТЬ ПОДОЗРЕНИЕ НА ДИФТЕРИЮ?

А ларингит
Б колит
В панкардит
Г менингит

РАЗВИТИЕ СИНДРОМА УОТЕРХАУСА-ФРИДЕРИКСЕНА (ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

А менингококкцемии
Б менингита, вызванного вирусом Коксаки
В стафилококкового менингита
Г пневмококкового менингита

К ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ СКАРЛАТИНЫ ОТНОСЯТ

А «малиновый язык»
Б локализованные хрипы в легких
В везикулярную сыпь
Г пятнистую сыпь

В ЛИКВОРЕ НЕ БУДЕТ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ

А менингококкемии
Б менингококковом менингите
В менингококковом энцефалите
Г менингококковом менингоэнцефалите

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ ВЫЗВАННЫХ МЕТИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТНЫМ СТАФИЛОКОККОМ ПРИМЕНЯЮТ

А ванкомицин
Б линкомицин
В эритромицин
Г пенициллин

АМОКСИЦИЛЛИН ПРИ ТОНЗИЛЛИТЕ, АССОЦИИРОВАННОМ С В-ГЕМОЛИТИЧЕСКИМ СТРЕПТОКОККОМ А, НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗЕ (МГ/КГ/СУТКИ)

А 50
Б 25
В 100
Г 10

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ, КОНТАКТНЫХ ПО ДИФТЕРИИ, ПРОВОДИТСЯ

А однократно
Б двукратно
В трехкратно
Г четырехкратно

ОСОБЕННОСТЬЮ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

А апноэ
Б катаральный синдром
В геморрагический синдром
Г влажный кашель

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ СКАРЛАТИНЕ ДЛИТСЯ (ДЕНЬ)

А 2-7
Б 11
В 9-12
Г 17

ВЕРОЯТНОСТЬ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ СЧИТАЕТСЯ ВЫСОКОЙ ПРИ СОДЕРЖАНИИ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА В КРОВИ (НГ/МЛ)

А более 2
Б до 0,5
В 1
Г 0,5

ДЛЯ ДИФТЕРИИ В ПОЗДНИЕ СРОКИ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

А нефроза
Б менингита
В пневмонии
Г отита

У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ МЕНИНГОКОККОВЫМ МЕНИНГИТОМ, ОТМЕЧАЕТСЯ

А рвота
Б повышенная потливость
В «лающий кашель»
Г экспираторная одышка

ПРИЗНАКОМ ДИФТЕРИИ ГОРТАНИ ЯВЛЯЕТСЯ

А громкий резкий кашель с постепенным развитием афонии и стенотического дыхания
Б отечность миндалин, формирование фибринозного выпота в глубине крипт и на выпуклой поверхности миндалин
В острое начало с пиретической температурой и выраженными катаральными явлениями
Г быстрое развитие стеноза при сохранении звучности голоса и кашля

ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРОЯТНЫМ ПРИЗНАКОМ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ (ЛОКАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА)?

А ангина (острый тонзиллит с налетами)
Б конъюнктивит
В выраженный катаральный синдром
Г пневмония

ДЛЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

А менингоэнцефалита
Б энтерита
В гастродуоденита
Г ларингита

КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А колитический
Б аппендикулярный
В мезентериальный
Г септический

ЭКСФОЛИАТИВНЫЙ ДЕРМАТИТ РИТТЕРА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

А стафилококковых пиодермий
Б аллергодерматозов
В стрептококковых пиодермий
Г генодерматозов

СИМПТОМОМ СМЕШАННОЙ ФОРМЫ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ (МЕНИНГОКОККОВЫЙ МЕНИНГИТ + МЕНИНГОКОККЕМИЯ) ЯВЛЯЕТСЯ

А геморрагическая сыпь на коже
Б боль в животе
В желтуха
Г нормотермия

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СКАРЛАТИНЫ ОТНОСИТСЯ

А мелкоточечная сыпь
Б «поджаренный» язык
В спленомегалия
Г гепатомегалия

НАИБОЛЕЕ РАННИЙ СИМПТОМ ЭПИГЛОТТИТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ

А дисфагии
Б слюнотечения
В стридора
Г дыхательной недостаточности

ПРИ СКАРЛАТИНЕ СЫПЬ БЫВАЕТ

А мелкоточечной со сгущением в кожных складках
Б с ложным полиморфизмом
В геморрагической
Г мелкопятнистой

КАКОЙ МАТЕРИАЛ ПРИ СКАРЛАТИНЕ НЕОБХОДИМО ВЗЯТЬ ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ?

А слизь из носа и зева
Б мокроту
В кал
Г ликвор

СРОКИ ИЗОЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ СКАРЛАТИНОЙ В СТАЦИОНАРЕ ИЛИ НА ДОМУ СОСТАВЛЯЮТ

А не менее 10 дней
Б 21 день
В до 7 дней
Г 30 дней

ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ

А синдром Уотерхауса-Фридериксена
Б отек подкожной клетчатки
В обезвоживание
Г назофарингит

У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ МЕНИНГОКОККОВЫМ МЕНИНГИТОМ, ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

А гиперестезии
Б анурии
В парезов и параличей
Г обезвоживание

РАЗОБЩЕНИЕ ДЕТЕЙ, КОНТАКТИРОВАВШИХ С БОЛЬНЫМ КОКЛЮШЕМ, ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ НА (ДЕНЬ)

А 14
Б 21
В 30
Г 10

ПРЕПАРАТЫ КАКОЙ ГРУППЫ РЕКОМЕНДУЮТ НАЗНАЧАТЬ ПРИ СКАРЛАТИНЕ?

А защищенные пенициллины
Б нитрофураны
В фторхинолоны
Г аминогликозиды

ИСТОЧНИКОМ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А больной любой формой стрептококковой инфекции
Б только реконвалесцент скарлатины
В вирусоноситель
Г только больной скарлатиной

ДЛЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРЕН ПЕРИОД

А зимне-весенний
Б летне-осенний
В весенне-летний
Г осенне-зимний

ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТОВ МОЖЕТ БЫТЬ

А менингококк

Б вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)
В вирус гриппа
Г цитомегаловирус (ЦМВ)

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ ВЫЗЫВАЕТСЯ

А грамотрицательным диплококком
Б грамотрицательной коккобациллой
В грамположительным кокком
Г грамположительным стрептококком

В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ КОКЛЮШЕ ОТМЕЧАЕТСЯ

А лейкоцитоз с лимфоцитозом
Б лейкоцитоз с лимфопенией
В лейкопения с лимфоцитозом
Г лейкоцитоз с нейтрофилезом

ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ У БОЛЬНОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ СОСТОИТ В

А срочной госпитализации в инфекционный стационар
Б отсутствии госпитализации
В направление на консультацию в инфекционный стационар
Г госпитализация в инфекционный стационар только при ухудшении состояния

ПРИ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ В СТАЦИОНАР ПРОВОДИТСЯ

А в обязательном порядке
Б по тяжести состояния
В по решению врача-эпидемиолога
Г по желанию родителей

ПРИ МЕТИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТНЫХ СТАФИЛОКОККОВЫХ ИНФЕКЦИЯХ ПРИМЕНЯЮТ

А линезолид
Б тетрациклин
В оксациллин
Г цефазолин

ПРОЯВЛЕНИЕ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ КОКЛЮША

А характерной рентгенологической картиной
Б наличием спазматического кашля
В отсутствием симптомов интоксикации
Г наличием короткой температурной реакции

ВЫБОР АНТИБИОТИКА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

А этиологией заболевания и проходимостью через ГЭБ
Б возрастом больного
В только этиологией заболевания
Г сроком диагностики

ПРИ КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В СЕМЬЕ ПРОВОДИТСЯ

А однократный посев из носоглотки на менингококк у членов семьи
Б однократный посев крови на менингококк у всех членов семьи
В осмотр врача-невролога членов семьи
Г госпитализация детей этой семьи

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А бензилпенициллин
Б гентамицин
В ципрофлоксацин
Г интерферон альфа-2d

В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ КОКЛЮШЕ ОТМЕЧАЕТСЯ

А лейкоцитоз, лимфоцитоз, нормальная СОЭ
Б лейкоцитоз, лимфопения, нормальная СОЭ
В лейкоцитоз, лимфопения, ускорение СОЭ
Г лейкоцитоз, лимфоцитоз, ускорение СОЭ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ЛИМФАДЕНОПАТИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

А острых и хронических инфекционных заболеваний
Б диффузных болезней соединительной ткани
В болезни «кошачьей царапины»
Г врожденных гемолитических анемий

ДЛЯ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА_____СЫПЬ

А геморрагическая
Б пустулезная
В макуло-папулезная
Г розеолезная

ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПАРАТОНЗИЛЯРНОГО АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ

А острая боль в горле
Б гиперемия зева
В лихорадка
Г сгибание головы в пораженную сторону

ВЫПИСКА БОЛЬНОГО СКАРЛАТИНОЙ ИЗ СТАЦИОНАРА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

А после его клинического выздоровления, но не ранее 10 дней от начала заболевания
Б не ранее 2 недель от заболевания
В после клинического выздоровления
Г после клинического выздоровления и отрицательных результатов бактериологического обследования

УГРОЖАЕМЫМИ ПО РАЗВИТИЮ РЕВМАТИЗМА ЯВЛЯЮТСЯ ДЕТИ, ЧАСТО ПЕРЕНОСЯЩИЕ

А ангину
Б афтозный стоматит
В гепатит
Г кишечные инфекции

ОСНОВНЫМИ ПРИ СЕПСИСЕ ЯВЛЯЮТСЯ ___ ВИДЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

А бактериологические
Б серологические
В биохимические
Г общеклинические

«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ШИГЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ ____ МЕТОД

А микробиологический
Б серологический
В молекулярно-генетический(ПЦР)
Г морфологический

ДЛЯ СЕПТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ СКАРЛАТИНЫ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

А некротическая ангина
Б субфебрильная температура тела
В лакунарный тонзиллит
Г нормальный размер печени и селезенки

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ МЕНИНГИТЕ ПРОВОДИТСЯ С ТАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КАК

А токсическая энцефалопатия при ОРВИ
Б острый бронхит
В острый пиелонефрит
Г скарлатина

У РЕБЕНКА СО СКАРЛАТИНОЙ ПРИ ОСМОТРЕ ЯЗЫК

А ярко-красный с выступающими сосочками со 2-3 дня заболевания
Б покрыт пятнами ярко-красного цвета, окруженными белым ободком («географический язык»)
В покрыт трещинами и складками («складчатый язык»)
Г покрыт желто-коричневым налетом

СЫПЬ ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ НА

А ягодицах, нижних конечностях, внизу живота
Б лице, груди, животе
В волосистой части головы
Г туловище и разгибательных поверхностях конечностей

ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРЕН

А цветовой показатель меньше 0,8
Б цветовой показатель меньше 0,1
В фуникулярный миелоз
Г макроцитоз

КРИТЕРИЕМ СНЯТИЯ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ГЕМОГЛОБИНА В ТЕЧЕНИЕ

А нормальный уровень; 1 год
Б нормальный уровень; 2 лет
В отсутствие снижения; 3 месяцев
Г отсутствие снижения; 6 месяцев

ЧЕРЕЗ НЕДЕЛЮ ПОСЛЕ ОБИЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ В ГЕМОГРАММЕ ВЫЯВЛЮТ _____ АНЕМИЮ

А нормохромную, гиперрегенераторную
Б гипохромную, регенераторную
В гиперхромную, гиперрегенераторную
Г гиперхромную, регенераторную

ЛАТЕНТНЫЙ ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А снижением уровня сыворочного железа

Б низким уровнем гемоглобина
В низким уровнем гемоглобина и сыворочного железа
Г снижением железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС)

ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

А апластической анемии
Б геморрагическом васкулите
В гемолитической анемии
Г гемофилии А

ДЕКОМПЕНСАЦИЯ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ АНЕМИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А тахикардией
Б гипертнзией
В бледностью
Г лихорадкой

ДИАГНОЗ «АНЕМИЯ» У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ НА 3-4 НЕДЕЛЕ ЖИЗНИ ВСТАВЛЯЕТСЯ, ЕСЛИ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ (Г/Л)

А 120
Б 150
В 130
Г 140

СУТОЧНАЯ ДОЗА ЭЛЕМЕНТАРНОГО ЖЕЛЕЗА ПРИ ТЕРАПИИ ЖЕЛЕЗОДИФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПЕРОРАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ МАССЫ ТЕЛА

А 5-8
Б 20-40
В 2-3
Г 100-120

ПРИ АНЕМИИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ _____ Г/Л

А 89-70
Б 90-110
В 91-80
Г 40-59

ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ВРОЖДЕННОЙ И ПРИОБРЕТЕННОЙ ИММУННОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

А проба Кумбса
Б уровень ретикулоцитов в крови
В проба с диэпоксибутаном
Г степень увеличения селезенки

СРЕДНЯЯ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ ГЕМОГЛОБИНА (Г/Л)

А 70-90
Б 90-110
В менее 70
Г 120-140

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ШКОЛЬНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А хроническая кровопотеря
Б нарушение всасывания железа
В глистная инвация
Г авитаминоз

ГИПЕРХРОМНАЯ АНЕМИЯ РАЗВИВАЕТСЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ ПРИ ДЕФИЦИТЕ

А фолиевой кислоты
Б витамина Е
В железа
Г витамина В6

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДОЗА ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ/КГ)

А 4-6
Б 10
В 1-1,5
Г 2-3

К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ В КОСТЯХ СКЕЛЕТА, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ (ГЕМОГЛОБИНОПАТИЙ), ОТНОСЯТ

А симптом «щетки», «рыбьи позвонки», остеопороз
Б пальцевые вдавления на черепе, долихо- и брахицефалия
В отставание костного возраста на рентгенограмме кисти
Г патологические переломы

ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ОТМЕЧАЕТСЯ

А гипохромия, микроцитоз
Б ретиколоцитоз, гиперхромия
В гиперхромия, макроцитоз
Г макроцитоз, ретиколоцитопения

ПРИ ДЕФИЦИТЕ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ ИМЕЕТ МЕСТО АНЕМИЯ

А макроцитарная
Б микроцитарная
В гипохромная
Г нормохромная

КЛИНИЧЕСКАЯ ТРИАДА АНЕМИИ МИНКОВСКОГО-ШОФФАРА СОСТОИТ ИЗ

А анемии, желтухи, спленомегалии
Б анемии, кровоточивости, лимфоаденопатии
В анемии, лимфоаденопатии, оссалгии
Г анемии, кровоточивости, гепатоспленомегалии

НАРУШЕНИЕ УСВОЕНИЯ КАКОГО ВИТАМИНА МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ РАЗВИТИЕМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ АНЕМИИ

А B12
Б B2
В B1
Г B6

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЮТСЯ

А снижение сывороточного железа
Б наличие источника кровопотери
В снижение железосвязывающей способности сыворотки
Г наличие гипохромной анемии

ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АНЕМИИ УРОВНЬ ГЕМОГЛОБИНА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ МНЕЕ _____ Г/Л

А 70
Б 90
В 40
Г 80

КРИТЕРИЕМ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ОТ 1 МЕСЯЦА ДО 5 ЛЕТ ПО НОРМАТИВАМ ВОЗ (ПО ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА МЕНЕЕ (Г/Л)

А 110
Б 90
В 100
Г 120

КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ У ПАЦИЕНТА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГИПЕРРЕГЕНЕРАТОРНОЙ АНЕМИИ

А гемолитическую анемию
Б гипопластическую анемию
В сидероблатную анемию
Г витаминодефицитную анемию

АНЕМИЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА СЧИТАЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ (Г/Л)

А 110
Б 130
В 100
Г 120

ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАНО ПРИ

А синдроме мальабсорбции
Б латентном дефиците железа
В анемии II степени
Г анемии I степени

К КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ НАСЛЕДСТВЕННОЙ МИКРОСФЕРОЦИТАРНОЙ АНЕМИИ, ОТНОСЯТ

А анемию, желтуху, спленомегалию
Б анемию, желтуху, тромбцитопению
В желтуху, спленомегалию, гипоплазию костного мозга
Г анемию, тромбоцитопению, гепатомегалию

К ЭФФЕКТИВНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ОТНОСЯТ

А трансплантация костного мозга
Б спленэктомию
В полихимиотерапию
Г лучевую терапию

ПРИ ЛЕГКОЙ АНЕМИИ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 6 МЕЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ (Г/Л)

А 110-90
Б 40-59
В 88-60
Г 89-80

В МИЕЛОГРАММЕ ПРИ АНЕМИИ ФАНКОНИ ВЫЯВЛЯЮТ УГНЕТЕНИЕ

А трех ростков одновременно
Б эритроидого ростка
В миелоидного ростка
Г мекариоцитарного ростка

СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

А гемолитической анемии
Б гемофилии А
В тромбоцитопенической пурпуре
Г жлезодефицитной анемии

ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ РЕТИКУЛОЦИТОВ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ АНЕМИИ

А гемолитической
Б железодефицитной
В фолат-дефицитной
Г постгеморрагической

ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА ПРИ ЛАТЕНТНОМ ДЕФИЦИТЕ ЖЕЛЕЗА ИСПОЛЬЗУЮТ В ПОЛОВИННОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДОЗЕ В ТЕЧЕНИЕ (МЕС.)

А 2
Б 6
В 4
Г 3

КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ

А ретикулоцитарная реакция
Б замедление скорости оседания эритроцитов
В увеличение количества лейкоцитов
Г увеличение количества тромбоцитов

В ПАТОГЕНЕЗЕ МИКРОСФЕРОЦИТАРНОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

А функциональный дефект или снижение содержания белка спектрина мембране эритроцитов
Б нарушение внутриклеточной системы энзимов эритроцитов, приводящих к кислородному взрыву
В генетическая мутация, приводящая к дисбалансу синтеза цепей глобина
Г образование гаптеновых комплексов, прикрепленных к мембране эритроцита

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А трепанобиопсия
Б иммунограмма
В коагулограмма
Г общий анализ крови

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ПО СТЕПЕНИ НАСЫЩЕНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ ГЕМОГЛОБИНОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А гипохромной
Б гиперхромной
В дисхромной
Г нормохромной

ДЛЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А гиперретикулоцитоз
Б прямая гипербилирубинемия
В гиперкальциемия
Г гипокалиемия

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ АПЛАТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А трепанобиопсия
Б цитогенетическое исследование
В общий анализ крови
Г стернальная пункция

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЕНИЕ

А сывороточного железа, железосвязывающей способности сыворотки и ферритина
Б сывороточного железа, трансферрина и общего билирубина

В сывороточного железа, ферритина и общего билирубина
Г железосвязывающей способности сыворотки и общего билирубина

ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ ПРИ РОЖДЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А острая кровопотеря
Б наследственная гипопластическая анемия
В наследственный микросфероцитоз
Г дефицит эритроцитарных ферментов

НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

А нерациональном вскармливании
Б хронической кровопотере
В гемолизе эритроцитов
Г гельминтозе

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЛАТЕНТНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ

А уровень сывороточного железа, ферритина, коэффициент насыщения трансферрина
Б цветовой показатель, количество эритроцитов
В уровень гемоглобина, ретикулоцитов, трансферрина
Г только уровень сывороточного железа

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРИОБРЕТЕННЫХ АПЛАСТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ РАССМАТРИВАЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬ

А трансплантации костного мозга
Б спленэктомии
В заместительной терапии
Г иммуносупрессивной терапии

АНЕМИИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ СООТВЕТСТВУЕТ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОВИНА (Г/Л)

А 76
Б 106
В 56
Г 96

У РЕБЕНКА 3 ЛЕТ В НАЛИЗЕ КРОВИ ЭРИТРОЦИТЫ - 2,3*1012/Л, ГЕМОГЛОБИН - 5 Г/Л, ЦВЕТОВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ - 0,88, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АНЕМИИ

А III степени, нормохромной
Б III степени, гипохромной
В II степени, гипохромной

Г II степени, нормохромной

В ПАТОГЕНЕЗЕ СИДЕРОБЛАСТНОЙ АНЕМИИ ПРИНИМАЕТ УЧАСТИЕ

А пиридоксин
Б цианкобаламин
В рибофлавин
Г тиамин

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

А степенью анемии
Б экономическими факторами семьи
В факторами риска развития анемии
Г скоростью повышения гемоглобина

ПРИОБРЕТЕННАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А нормохромной, нормоцитарной, гиперрегенераторной
Б гипохромной, микроцитарной, гиперрегенераторной
В нормохромной, нормоцитарной, гипорегенераторной
Г гиперхромной, макроцитарной, гипорегенераторной

ДЛЯ АНЕМИИ 3 СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО СНИЖЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ (Г/Л)

А 70
Б 100
В 80
Г 90

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НОРМОЦИТАРНОЙ,НОРМОХРОМНОЙ АНЕМИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ОЦЕНИТЬ УРОВЕНЬ

А ретикулоцитов
Б сывороточного железа
В сывороточного ферритина
Г тромбоцитов

ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКУЮ АНЕМИЮ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮТ КРОВОТЕЧЕНИЯ

А носовые
Б кишечные
В маточные

Г легочные

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А микроцитарной
Б макроцитарной
В овалоцитарной
Г нормоцитарной

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ 3 ЛЕТ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА НА ОСНОВЕ ГИДРОКСИД ПОЛИМАЛЬТОЗНОГО КОМПЛЕКСА ИЗ РАСЧЕТА (МГ/КГ/С)

А 5
Б 4
В 3
Г 2

К ПРИЗНАКАМИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОТНОСЯТ ПОВЫШЕНИЕ

А железосвязывающей способности сыворотки крови
Б уровня ферритина в крови
В уровня сывороточного железа
Г коэффициента насыщения трансферрина

ЖЕЛЕЗОДЕФИИТНАЯ АНЕМИЯ ПО ХАРАКТЕРИСТИКАМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ОТНОСИТСЯ К

А гипохромной, микроцитарной, регенераторной
Б гиперхромной, макроцитарной, гипорегенераторной
В гипохромной, микроцитарной, гиперрегенераторной
Г нормохромной, нормоцитарной, регенераторной

ДЛЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А непрямая гипербилирубинемия
Б гиперхолестеринемия
В гипернатриемия
Г прямая гипербилирубинемия

ДЕКОМПЕНСАЦИЯ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ АНЕМИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А гипотензией
Б бледностью
В диареей

Г лихорадкой

ДЕКОМПЕНСАЦИЯ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ АНЕМИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А одышкой
Б бледностью
В лихорадкой
Г гипертензией

СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

А мегалобластической анемии
Б гемофилии А
В болезни Виллебранда
Г тромбоцитопенической пурпуре

ДЛЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А гиперкалиемия
Б гипомагниемия
В гипопротеинемия
Г гипокалиемия

УСИЛЕНИЕ ТОНОВ СЕРДЦА (ОСОБЕННО I ТОНА НА ВЕРХУШКЕ) НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

А анемии
Б рахите
В брадикардии
Г ожирении

ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ РАЗВИВАЕТСЯ В СВЯЗИ С НЕПОЛНОЦЕННОСТЬЮ ФЕРМЕНТА _____

А глюкозо-6фосфатдегидрогеназы
Б гексокиназы
В гликогенфосфорилазы
Г киназы

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СОСТОИТ В

А сбалансированном питании
Б соблюдении режима дня
В медикаментозной терапии
Г дозированной физической нагрузке

РЕБЕНОК С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ СРЕДНЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОТНОСИТСЯ К _____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

А III
Б I
В II
Г IV

ПРИ АНЕМИИ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ВЫЯВЛЯЮТ СНИЖЕНИЕ

А уровня гемоглобина и эритроцитов
Б уровня гемоглобина и цветового показателя
В уровня гемоглобина и ретикулоцитов
Г числа эритроцитов и ретикулоцитов

СИММЕТРИЧНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ВЫСЫПАНИЙ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ БОЛЕЗНИ

А Шенлейн-Геноха
Б Рендю-Ослера-Вебера
В Фон Виллебрандта
Г Вискотта – Олдрича

НАЛИЧИЕ ГЕМОРРАГИЙ НА КОЖЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПАТОЛОГИИ _____ СИСТЕМЫ

А Свёртывающей
Б Пищеварительной
В Дыхательной
Г Иммунной

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТИПА ГЕМОФИЛИИ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

А Концентрации факторов свёртываемости
Б Времени кровотечения
В Плазминогена
Г Активированного частичного тромбопластинового времени

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНГИБИТОРНОЙ ФОРМЫ ГЕМОФИЛИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

А эптаког альфа (активированный)
Б гемоктин
В октанат
Г октанайн

ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЛЕБРАНДА НАБЛЮДАЕТСЯ _____ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ

А синячково - гематомный
Б гематомный
В васкулитно-пурпурный
Г петехиально – пятнистый

ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ГЕМОСТАЗА НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ

А агрегатограмму
Б биохимический анализ крови
В клинический анализ крови
Г миелограмму

ПРИ ГЕМОФИЛИИ “В” В ПЛАЗМЕ КРОВИ СНИЖАЕТСЯ СОДЕРЖАНИЕ ФАКТОРА

А IX
Б виллебранда
В VIII
Г VII

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА “ГЕМОФИЛИЯ”, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЕНИЕ _____ ФАКТОРОВ СВЁРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ

А VII или IX
Б III или IV
В I или II
Г V или VI

К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ОТНОСЯТСЯ

А анемия, ретикулоцитоз, нарушение билирубинового обмена за счет непрямой фракции
Б гипохромная, микросфероцитарная анемия, сниженное содержание сывороточного железа
В гиперхромная анемия, лейкопения, умеренные нарушения билирубинового обмена за счет непрямой фракции
Г нормохромная анемия, ретикулоцитоз, нормальные показатели билирубинового обмена

ГЕМАТОМНЫЙ ТИП ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

А коагулопатий
Б васкулита
В тромбоцитопений
Г тромбоцитопатий

В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВСКУЛИТА НЕЗАВИСИМО ОТ ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ

А дезагреганты
Б мембраностабилизаторы
В глюкокортикоиды
Г антикоагулянты

СРЕДИ РОДСТВЕННИКОВ РЕБЕНКА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ГЕМОФИЛИЮ БОЛЬНЫМ МОЖЕТ БЫТЬ

А дядя по материнской линии
Б дедушка по отцовской линии
В дядя по отцовской линии
Г отец ребёнка

КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ РЕБЕНКУ С В-ТАЛАССЕМИЕЙ, ЧТОБЫ КОНТРОЛИРОВАТЬ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ГЕМОСИДЕРОЗА

А десфераловый тест
Б электрофорез гемоглобина
В определение уровня метгемоглобина
Г пробу на аутогемолиз

ПРИ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ

А степень снижения активности свертывающей системы
Б выраженность болевого синдрома
В выраженность сердечной недостаточности
Г степень обезвоживания

БИОХИМИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО ГЕМОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ

А непрямого билирубина
Б прямого билирубина + свободного гемоглобина
В прямого билирубина
Г непрямого билирубина + свободного гемоглобина

ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВИ, ПРИ КОТОРЫХ ДЕТИ МОГУТ БЫТЬ ОТНЕСЕНЫ К ГРУППЕ ИНВАЛИДОВ ДЕТСТВА

А гемофилия, лейкоз
Б гетероиммунная гемолитическая анемия, лейкоз
В аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура, иммунная нейтропения
Г иммунная нейтропения, гемофилия

ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А гепато- и спленомегалия
Б бледность кожи
В увеличение лимфатических узлов
Г обесцвечивание кала

ПРИЗНАКОМ, КОТОРЫЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ГЕМОЛИЗ, ЯВЛЯЕТСЯ

А гиперретикулоцитоз
Б удлинение времени свертывания
В повышение уровня связанного билирубина
Г удлинение времени кровотечения

СЫПЬ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ

А папулезно-геморраагическая, симметричная, на нижних конечностях
Б в виде петехий, экхимоза, на лице и туловище
В пятнисто-папулезная, несимметричная, на туловище
Г полиморфная, появляется одномоментно на всем теле

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ КОАГУЛОПАТИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

А кровоизлияний в суставы и мышцы
Б множественных экхимозов
В единичных петехий
Г папулезной сыпи

ВОЗРАСТНАЯ НОРМА ПОКАЗАТЕЛЯ ГЕМОГЛОБИНА (Г\Л) В КРОВИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ С 1МЕС. ДО 6 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

А 110-140
Б 140-160
В 90-100
Г 100-150

ДИАГНОЗ “ТРОМБОЦИТОПАТИЯ” ОСНОВЫВВАЕТСЯ НА НАЛИЧИИ

А функциональной неполноценности тромбоцитов.
Б тромбоцитопении
В изменений в коагулограмме
Г геморрагического синдрома

УДЛИНЕНИЕ ВРЕМЕНИ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А гемофилии
Б геморрагического васкулита
В гемолитической анемии
Г тромбоцитопенической пурпуры

МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЙ (ПЯТНИСТО-ПЕТЕХИАЛЬНЫЙ) ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

А петехий
Б гематом
В гемартрозов
Г папул

ВРЕМЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПО ДЬЮКУ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ (МИН)

А 2-4
Б 10-12
В 5-7
Г 8-9

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ТЕРАПИИ ПРИ ВРОЖДЕННОМ СФЕРОЦИТОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А спленэктомия
Б назначение иммуноглобулина
В пересадка костного мозга
Г терапия глюкокортикоидами

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ДОЗЫ ЦИНКА НАЗНАЧАЮТСЯ С ЦЕЛЬЮ ОБЕСПЕЧЕНИЯ

А нормального кроветворения
Б дезинтоксикационной функции печени
В остеообразования
Г полноценного зрения

ПРИЗНАКАМИ ГЕМОЛИЗАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

А ретикулоцитоз + повышения непрямого билирубина + анемия
Б анемия + ретикулоцитопения
В повышение уровня прямого билирубина + желтуха
Г желтуха + гепатомегалия

НАЗНАЧЕНИЕ РЕБЕНКУ ВАРФАРИНА ТРЕБУЕТ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО КОНТРОЛЯ

А междунаародного нормализованного отношения (МНО)
Б уровня креатинина в сыворотке крови
В уровня калия в сыворотке крови
Г уровня гемоглобина

КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ РЕГЕНЕРАТОРНУЮ СПОСОБНОСТЬ ЭРИТРОИДНОГО РОСТКА КРОВЕТВОРЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТ КОЛИЧЕСТВО

А ретикулоцитов
Б эритроцитов
В лейкоцитов
Г тромбоцитов

ОСНОВНЫМ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНААКОМ ГЕМОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А ретикулоцитоз
Б микросфероцитоз
В мегакариоцитоз
Г анизопойкилоцитоз

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОФИЛИИ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

А времени свертываемости
Б плазминогена
В количество D-димеров
Г времени кровотечения

ПРИ ГЕМОФИЛИИ КРВОТОЧИВОСТЬ БЫВАЕТ

А гематомной
Б ангиоматозной
В васкулитно - пурпурной
Г петехиально-пятнистой

ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ СОСТОИТ В

А поддержании гемостаза
Б переносе антител
В выработке тромбопоэтина
Г переносе белков

В МИЕЛОГРАММЕ ПРИ ИММУНОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ХАРАКТЕРНО ВЫЯВЛЕНИЕ

А раздражение мегакариоцитарного ростка

Б угнетение мегакариоцитарного ростка
В близкого к нормальному числу мегакариоцитов
Г нормального числа мегакариоцитов

МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЙ (ПЯТНИСТО-ПЕТЕХИАЛЬНЫЙ) ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

А тромбоцитопении
Б анемии
В гемофилии
Г васкулита

ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН _____ СИНДРОМ

А гемолитический
Б отечный
В гипертензионный
Г судорожный

ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А темная окраска мочи и кала
Б увеличение лимфатических узлов
В стойкое повышение температуры тела
Г бледность кожи и слизистых оболочек

МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЙ (ПЯТНИСТО-ПЕТЕХИАЛЬНЫЙ) ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

А тромбоцитопатии
Б васкулита
В гемофилии
Г анемии

ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А бледность кожи и видимых слизистых оболочек с желтушным оттенком
Б стойкое повышение температуры тела
В бледность кожи и слизистых оболочек
Г увеличение лимфатических узлов

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ КОАГУЛОПАТИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

А гематом
Б петехий

В экхимозов
Г папул

ДЛЯ ПОРАЖЕНИЕ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН _____ СИНДРОМ

А анемический
Б гипертензионный
В мальабсорбции
Г судорожный

ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

А железодефицитной анемии
Б остром лейкозе
В геморрагическом васкулите
Г гемолитической анемии

ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН _____СИНДРОМ

А геморрагический
Б отечный
В гипертензионный
Г судорожный

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ КОАГУЛОПАТИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

А посттравматических кровотечений
Б папулезной сыпи
В множественных петехий
Г единичных экхимозов

ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ГЕМОСТАЗА НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ

А коагулограмму
Б биохимический анализ крови
В клинический анализ крови
Г миелограмму

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕМАРТРОЗОВ ПРИ ГЕМОФИЛИИ а ПРИМЕНЯЮТ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ _____ФАКТОРОМ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ

А VIII
Б IX
В XI
Г X

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЙКОЗАХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИЯХ

А антибактериальных препаратов
Б витамонно-минеральных комплексов
В препаратов желез
Г глюкокортикостероидов

ПРИ АТРЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ

А обесцвеченный кал
Б срыгивание
В олигурия
Г гиперемия кожи

ЖЕЛТУШНОСТЬ КОЖИ И СКЛЕР ВОЗНИКАЮТ ВСЛЕДСТВИЕ

А заболевания печени
Б дефицит витамина А
В отравления нитритами
Г заболеваний почек

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

А фиброэластометрия
Б гепатобилисцинтиграфия
В лапароскопия
Г фиброгастродуоденоскопия

КРАТНОСТЬ ПРИЕМА ПИЩИ, РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДЕТЯМ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ФАЗУ РЕМИССИИ, СОСТАВЛЯЕТ _____ В ДЕНЬ

А 4 раза
Б 3 раза
В 5 раз
Г более 5 раз

СИНДРОМ ХОЛЕСТАЗА В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А повышением содержания щелочной фосфатазы
Б положительной тимоловой пробой
В гипербилирубинемией за счет свободного билирубина
Г снижением уровня холестерина

ЖЕЛТУХА ПРИ СИНДРОМЕ СГУЩЕНИЯ ЖЕЛЧИ ОТНОСИТСЯ К ТИПУ

А механическому
Б обусловленному поражением паренхимы печени
В гемолитическому
Г конъюгационному

ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ

А щелочной фофатазы
Б альдолазы
В аспартатаминотрансферазы
Г аланинаминотрансферазы

ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А хронический гепатит
Б физиологическая желтуха
В синдром Жильбера
Г каротиновая желтуха

ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ВРАЧОМ-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В (МЕС.)

А 3
Б 6
В 12
Г 1

УСИЛИВАЮТ СОКРАЩЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

А Холецистокинин и Гастрин
Б Глюкагон и Кальциотонин
В Тироксин и Трийодтиронин
Г гормоны гипофиза

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ БИЛЛИАРНОГО ТРАКТА ПРИМЕНЯЕТСЯ СИМПТОМ

А Кера
Б Аркавина
В Брудзинского
Г Филатова

ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ АЛАТ ЯВЛЯЕТСЯ МАРКЕРОМ _____ СИНДРОМА

А цитолитического
Б геморрагического
В холестатического
Г мезенхимально-воспалительного

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

А гепатита
Б синдрома Жильбера
В каротинемии
Г дискенезии желчевыводящих путей

ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ВО ВТООЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ВРАЧОМ-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В (МЕС.)

А 6
Б 12
В 3
Г 1

ПРИ ДИСКЕНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО НЕ РАНЬШЕ, ЧЕМ ЧЕРЕЗ ___ ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ

А 3 месяца
Б 1 месяц
В 6 месяцев
Г год

ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ СТОЙКАЯ РЕМИССИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ СВЫШЕ _____ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ОБОСТРЕНИЯ

А 1 года
Б 4 лет
В 5 лет
Г 2 лет

ПОКАЗАТЕЛЕМ ГЕПАТОЦИТОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А гипертрансаминаземия
Б диспротеинемия
В гипофибриногенемия
Г гиперхолестеринемия

ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

А кровотечение из вен пищевода
Б гиперспленизм
В кровотечение из геморроидальных вен
Г кровоточивость из мест инъекций

БАКТЕРИЦИДНЫЙ ЭФФЕКТ ЖЕЛЧИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ СВЯЗАН С ПРЕОБЛАДАНИЕМ В ЕЕ СОСТАВЕ

А таурохолевой кислоты
Б холестерина
В билирубина
Г гликохолевой кислоты

ДЛЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЭКЗОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ ПРИНИМАЮТ

А Панкреатин
Б Макрогол
В Эзомепразол
Г Лоперамид

В ПОЛЬЗУ ДИАГНОЗА «АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ» СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБНАРУЖЕНИЕ В КРОВИ

А аутоантител
Б повышение АСТ/АЛТ
В снижение церрулоплазмина
Г изменение ЩФ, ГГГТ

ДЛЯ СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА ХАРАКТЕРНО ВЫШЕНИЕ В КРОВИ

А билирубина
Б глюкозы
В церулоплазмина
Г альбумина

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОПИСТОРХОЗА ВЫБИРАЮТ

А празиквантел
Б нифурател
В пирантел
Г мебензадол

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПРОТОКОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ

А магнитно-резонансная холангиопанкреатография
Б ангиография
В фиброэластометрия
Г гепатобилисцинтиграфия

ПРИ ДИСКЕНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ВРАЧОМ-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В (МЕС.)

А 3
Б 12
В 6
Г 1

ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ ХАРКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ В КРОВИ

А аспартатаминотрансферазы
Б протромбина
В холестерина
Г щелочной фосфатазы

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ С ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ЦЕЛЬЮ ПРИНИМАЮТ

А Панкреатин
Б Атропин
В Лигнин гидролизный
Г Апротинин

БОЛЕЗНЕННОСТЬ В ЗОНЕ ШОФФАРА-РИВЕ ХАРКТЕРНА ДЛЯ

А панкреатита
Б аппендицита
В холецистита
Г эзофагита

ДЕТИ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В СТАДИИ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ЛАБАРОТОРНОЙ РЕМИССИИ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

А III
Б IV
В II
Г I

БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В СТАДИИ НЕСТОЙКОЙ РЕМИССИИ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

А IV
Б II
В III
Г I

В БИОХИМИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВИ ПРИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ИНДИКАТОРОМ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

А повышение щелочной фосфатазы
Б понижение щелочной фосфатазы
В повышение непрямого билирубина
Г повышение прямого билирубина

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А пищеводное кровотечение
Б печеночная недостаточность
В кишечная непроходимость
Г кишечное кровотечение

ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ

А Мерфи
Б Пастернацкого
В Щеткина-Блюмберга
Г Мейо-Робсона

ДЛЯ АХОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА БУДЕТ ХАРАКТЕРНА

А стеаторея
Б амилорея
В креаторея
Г китаринорея

ДЕТЯМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ МИНЕРАЛЬНАЯ ВОДА ДОЗИРУЕТСЯ ИЗ РАССЧЕТА _____ МЛ НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА РЕБЕНКА

А 3
Б 10
В 20
Г 15

ПРОФИЛАКТИКА ОПИСТОРХОЗА СОСТОИТ В

А достаточной обработке рыбы
Б кипячении питьевой воды

В соблюдении личной гигиены
Г исключении контакта с зараженными животными

К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОТНОСЯТСЯ

А отрыжка, симптом «мокрого пятна», боль за грудиной
Б тахикардия, боль за грудиной, изжога, тошнота после приема пищи
В интенсивный характер ночной и «голодной» боли, неустойчивость стула, склонность к запорам
Г рвота цвета «кофейной гущи», черный дегтеобразный стул, интенсивные боли в эпигастральной области

ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А остаточное пятно бария
Б раздраженная луковица
В отечность складок
Г конвергенция складок

В ТЕЧЕНИЕ 3 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ШКОЛЬНИК ДОПУСКАЕТСЯ К ЗАНЯТИЯМ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ В

А специальной группе (подгруппа Б)
Б подготовительной группе
В специальной группе (подгруппа А)
Г основной группе

НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А гастродуоденоскопия
Б исследование кала на скрытую кровь
В рентгеноконтрастное исследование
Г дуоденальное зондирование

НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КИСЛОТНОСТИ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА ЯВЛЯЕТСЯ

А pH-метрия
Б одномоментное исследование по Боасу-Эвальду
В ацидотест
Г фракционное исследование с последующим титрованием

РИСК РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВОДА ВЫШЕ ПРИ

А недостаточности эзофагокардиального отдела
Б дискенезии желчевыводящих путей
В спастическом запоре
Г недостаточности илеоциклального

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕАПИИ ЯЗВЕННО БОЛЕХНИ ИСКЛЮЧАЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

А антибиотиков
Б ингибиторов протонной помпы
В антацидов
Г Н2-блокаторов

ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ КОМПОНЕНТОМ ЭРАДИКАЦИОННЫХ СХЕМ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ВЫСТУПАЕТ

А ингибитор протонной помпы
Б метронидазол
В антацид
Г блокатор Н2-гистаминовых рецепторов

НАЛИЧИЕ ИЗЖОГИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

А забросе желудочного содержимого в пищевод путей
Б повышении кислотности желудочного содержимого
В дискинезии желчевыводящих
Г забросле желчи в желудок

К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСИТСЯ

А пенетраия
Б долихоколон
В желтуха
Г холецистохолангит

К ОСНОВНЫМ ПРЕПАРАТАМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, НЕ АССОЦИИОВАННОЙ С HELICOBACTER PYLORI, ОТНОСИТСЯ

А Эзомепразол
Б Кларитромицин
В Нифурател
Г Метронидазол

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, СВЯЗАННЫХ С ПОВЫШЕННОЙ КИСЛОТНОСТЬЮ ЖЕЛУДКА, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ

А ингибиторы протонного насоса
Б М-холиноблокаторы
В Н2-гистаминоблокаторы
Г антациды

К НЕИНВАЗИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ВЫЯВЛЕНИЯ HELICOBACTER PYLORI (H.PYLORI) ОТНОСИТСЯ

А изотопный уреазный дыхательный тест
Б иммуногистохимический метод с применением моноклональных антител
В биохимический метод (быстрый уреазный тест)
Г выявление H.PYLORI в слизистой оболочке желудка методом полимеразной цепной реакции

ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ЭЛЛИСОНА-ЗОЛИНГЕРА НЕОБХОДИМО

А определение уровня гастрина в крови
Б биохимическое исследование крови
В проведение эзофагогастродуоденоскопии
Г ультразвуковое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ЯВЛЯЕТСЯ

А обнаружение при гастроскопии темной желчи в желудке
Б горечь во рту
В рвота с пищей, съеденной накануне с примесью желчи
Г гиперацидность

HELICOBACTER PYLORI ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПАРАЗИТИРУЕТ В

А антральном отделе желудка
Б области дна желудка
В теле желудка
Г луковице двенадцатиперстной кишки

ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ, ОБЛАДАЮЩИМ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНЫМ ДЕЙСТВИЕМ, ЯВЛЯЕТСЯ

А кларитромицин
Б гентамицин
В эзомепразол
Г метоклопрамид

ДУОДЕНО-НАСТРАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС СПОСОБСТВУЕТ РАЗВИТИЮ

А антрального гастрита
Б гастроэзофагеальной ревлюксной болезни
В дивертикула желудка
Г перегиба желудка

НАЛИЧИЕ ИЗЖОГИ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

А забросе желудочного содержимого в пищевод
Б язвенной болезни желудка
В диафрагмальной грыже
Г повышенной кислотности желудочного сока

МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КИСЛОТНОСТИ ЖЕЛУДОЧНОГО СЕКРЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

А pH-метрия
Б фракционный метод
В уреазный тест
Г дыхательный тест

ПАЦИЕНТАМ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА АНАЛИЗ КАЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ ПРОВОДЯТ

А 1 раз в год
Б 1 раз в полгода
В 2 раза в год
Г 1 раз в 2 года

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А кровотечение
Б малигнизация
В рвоперфорация
Г пенетрация в поджелудочную железу

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИ ДИАНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД

А гистологический
Б эндоскопический
В ультразвуковой
Г рентгенологический

ИЗ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА ИСКЛЮЧАЮТСЯ

А острые приправы и кислые соки

Б молоко и пресный творог
В макаронные изделия
Г отварное мясо и рыба

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ ГАСТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А эндоскопия
Б рентгеноконтрастное исследование
В иридодиагностика
Г ультразвуковое исследование

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ» НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ ДАННЫЕ ОБ УРОВНЕ

А ферментов поджелудочной железы в крови
Б глюкозы в крови
В белка в крови
Г белка в моче

ПРИ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ ЭФФЕКТИВЕН

А Амоксициллин
Б Ко-тримаксозол
В Пенициллин
Г Налидиксовая кислота

СТЕНОЗ ПИЛОРОБУЛЬБАРНОЙ ЗОНЫ У РЕБЕНКА С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ НАЛИЧИИ

А рвоты пищей, съеденной накануне, приносящей облегчение, усиления перистальтики желудка
Б многократной рвоты и жидкого стула, лихорадки, симптомов интоксикации
В рвоты цвета «кофейной гущи», черного дегтеобразного стула
Г рвоты, не приносящей облегчения, усиления болевого синдрома с иррадиацией в спину

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОГО АНТРАЛЬНОО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А хеликобактериоз
Б анацидность
В дуоденогастральный рефлюкс
Г травма слизистой оболочки желудка

К СИМПТОМАМ НАРУШЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У РЕБЕНКА С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОТНОСЯТ

А дистальный гипергидроз, артериальная гипотония, брадикардия

Б неустойчивость стула, склонность к запорам
В диспепсические явления, сниженный аппетит
Г интенсивный характер ночной и «голодной» боли

В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НЕИНВАЗИВНЫМИ МЕТОДАМИ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ КУРСА АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ

А 6 недель
Б 3 месяца
В 2 недели
Г 6 месяцев

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВЕН ПИЩЕВОДА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПЕРВЫМ ПРОВЕСТИ

А эзофагоскопию
Б рентгеноскопию пищевода
В УЗИ брюшной полости
Г УЗИ пищевода

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А наличие болей за грудиной
Б метеоризм
В жидкий стул
Г наличие запоров

ОМЕПРАЗОЛ ДЕТЯМ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ НАЗНАЧАЕТСЯ ИЗ РАСЧЕТА ___ МГ/КГ/СУТ

А 1-2
Б 5-10
В 3-5
Г 10-12

ЭЗОФАГИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ БОЛЯМИ

А за грудиной
Б в левом подреберье
В в эпигастрии
Г в правом подреберье

ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В ПЕРИОДЕ РЕМИССИИ САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО

А 1 раз в год
Б 1 раз в 2 года
В 1 раз в 5 лет
Г 2 раза в год

ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В СТАДИИ НЕПОЛНОЙ РЕМИССИ (1 ГОД ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ) НАЗНАЧАЮТ ДИЕТУ

А с механическим и химическим щажением
Б с пониженной калорийностью
В с повышенным количеством белка
Г с пониженным количеством белка

ОПТИМАЛЬНОЙ СХЕМОЙ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРИТА, АССОЦИИРОВАННОГО HELICOBACTER PYLORI, ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

А висмута трикалия дицитрата, антибиотиков, антисекреторных препаратов
Б антацидов, метронидазола
В цитопротекторов, метронидазола
Г антацидов, антисекреторных препаратов, адаптагенов

БОЛЬНОМУ С ЭЗОФАГИТОМ НАЗНАЧАЮТ

А нерастворимые антациды
Б спазмолитики
В седативные препараты
Г ферменты

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ УМЕНЬШЕНИЯ ГИПЕРЕМИИ, СГЛАЖИВАНИЯ ОСПАЛИТЕЛЬНОГО ВАЛА, ПРИЗНАКОВ ОЧИЩЕНИЯ ДНА ЯЗВЫ ОТ ФИБРИНА СООТВЕТСТВУЕТ ___ СТАДИИ ЯЗВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ

А II
Б III
В IV
Г I

В ФАЗЕ ОБОСТРЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ

А Менделя
Б Филатова
В Ситковского
Г Ровсинга

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО

А суточное мониторирование pH в пищеводе
Б ультразвуковое исследование
В рентгенологическое исследование
Г эндоскопическое исследование

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СТАНДАРТНОЙ ТРОЙНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (ДЕНЬ)

А 10-14
Б 5-7
В 18-21
Г 3-5

ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОМ РЕФЛЮКСЕ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЮТ

А рвоту створоженным молоком
Б учащение стула
В запор
Г мелкоточечную сыпь

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ У ДЕТЕЙ РН-МЕТРИЯ ПОКАЗАНА

А 1 раз в год
Б 2 раза в год
В 1 раз в 2 года
Г 1 раз в квартал

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА НАЗНАЧАЮТ

А ингибиторы протонной помпы, прокинетики и корректоры моторики, антациды
Б сорбенты, желчегонные препараты, спазмолитики
В ингибиторы протонной помпы, прокинетики, гастропротекторы, антибиотики
Г нестероидные противовоспалительные средства, кортикостероиды

HELICOBACTER PYLORI ОТНОСИТСЯ К

А грамотрицательным бактериям
Б внутриклеточным паразитам
В персистирующим вирусам
Г грамположительным бактериям

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ЭФФЕКТИВНО НАЗНАЧЕНИЕ

А домперидона
Б папаверина
В актовегина
Г амоксициллина

ГАСТРИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С HELICOBACTER PYLORI, ОТНОСИТСЯ К

А бактериально обусловленному (тип В)
Б химико-токсическому (тип С)
В аутоиммунному (тип А)
Г смешанному (тип А и В)

В ТЕРАПИЮ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЭРАДИКАЦИИ HELICOBACTER PYLORI ВКЛЮЧЕНА СХЕМА

А ингибитор протонной помпы + амоксициллин +кларитромицин
Б висмута субцитрат + ингибитор протонной помпы + амоксициллин + рифаксимин
В ингибитор протонной помпы +висмута субцитрат + джозамицин
Г ингибитор протонной помпы + метронидазол + тетрациклин + висмута субцитрат

ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ____ МЕТОД

А эндоскопический
Б рентгенологический
В лабораторный
Г улитразвуковой

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ ГАСТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А эзофагогастродуоденоскопия
Б анализ кала на скрытую кровь
В фракционное желудочное зондирование
Г дыхательный уреазный тест

ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АКТИВНОГО Н.Р.-АССОЦИИРОВАННОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А гиперемия слизистой с точечными кровоизлияниями
Б бледная слизистая (рельеф складок сглажен)
В наличие рубцовых изменений на слизистой желудка
Г резко выраженная складчатость слизистой и большое кол-во слизи

ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИП В ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ЛЕЧЕНИИ

А семейного хеликобактериоза
Б очагов хронической инфекции
В заболеваний поджелудочной железы
Г кишечных инфекций

ПРИ РЕЦИДИВЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НАЗНАЧАЕТСЯ ПИТАНИЕ

А дробное, 4-5 раз в день, с исключением жареного, жирного, соленого, острого
Б с исключением глютеносодержащих продуктов
В с исключением молочных продуктов
Г 6 раз в день с исключением сырых овощей и фруктов

ДЕТЯМ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ГАСТРОДУОДЕНИТОМ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОБОСТРЕНИЯ ПОКАЗАНО СОБЛЮДЕНИЕ ДИЕТЫ

А N2
Б N5
В N9
Г N8

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ, АССОЦИИРОВАНЫЙ С ХЕЛИКОБАКТЕРОМ ПИЛОРИЧЕСКИМ, ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А эрозивным поражением антрального отдела желудка
Б воспалением слизистой тела желудка
В дефицитом витамина Д
Г В12-дефицитной анемией

ФЛЮОРОГРАФИЮ ЛЁГКИХ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 21 МАРТА 2017 ГОДА N 124Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА И СРОКОВ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ГРАЖДАН В ЦЕЛЯХ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА» ПОДРОСТКИ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД).

А 15, 16 и 17
Б 10 и 14
В 18
Г 11 и 13

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н «О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ» ИМЕЕТ (ЭТАП)

А 2
Б 4
В 3

Г 5

ОТВЕТСТВЕННЫМ ЗА ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А врач-педиатр участковый
Б врач-статистик лечебно-профилактического учреждения
В заместитель главного врача по лечебной работе
Г представитель страховой компании

ВРАЧ-ПЕДИАТР ОБЯЗАН ВРУЧИТЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМУ (ЕГО ЗАКОННОМУ ПРЕДСТАВИТЕЛЮ) НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н НЕ ПОЗДНЕЕ, ЧЕМ ЗА ____ РАБОЧИХ ДНЕЙ ДО НАЧАЛА ЕГО ПОВЕДЕНИЯ

А 5
Б 20
В 10
Г 7

ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ВПЕРВЫЕ НАЗНАЧАЮТ ОСМОТР ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА В (МЕС.)

А 1
Б 9
В 3
Г 6

В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ВРАЧ-ПЕДИАТР ДОЛЖЕН ОСМАТРИВАТЬ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА 1 РАЗ В

А месяц
Б полугодие
В год
Г квартал

ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ВПЕРВЫЕ НАЗНАЧАЮТ ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ В (МЕС.)

А 2
Б 4
В 5
Г 1

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ВПЕРВЫЕ ОЦЕНИВАЮТ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ДЕВОЧЕК В (ГОД)

А 12
Б 13
В 14
Г 10

ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А выздоровление
Б требования со стороны родителей (законных представителей) ребенка
В отсутствие стойкой компенсации физиологических функций или стойкой ремиссии хронического заболевания (состояния)
Г смена места жительства

ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

А велоэргометрию
Б тест Векслера
В пробу Леви-Гориневского
Г корректурную пробу

ДЕТИ ДО 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ РАСШИРЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 1, 3, 6
Б 2, 6, 9
В 2, 5, 7
Г 1, 5, 9

ЭХОКАРДИОГРАФИЯ ДЕТЯМ СТАРШЕ 1 ГОДА СОГЛАСНО ПРИКАЗУ МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н «О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ» ПРОВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 6
Б 7
В 14
Г 10

В ЦЕЛЯХ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ ПРОВОДИТСЯ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

А периодические
Б профилактические
В предварительные
Г целевые

ЧАСТОТА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕРЕНИЙ И ОСМОТРОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ШКОЛЬНОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В (МЕС.)

А 12
Б 6
В 3
Г 1

ИЗ МЕСТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ИСКЛЮЧЕНЫ

А лагеря отдыха
Б школы
В детские сады
Г поликлиники

ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВОГО ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ МОЖНО ПО

А отсутствию отрицательной динамики по группам здоровья
Б снижению острой заболеваемости
В снижению детской смертности
Г числу детей, отнесенных к первой группе здоровья

ДИСПАНСЕРНЫЙ ПРИЕМ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

А оценку состояния ребенка, сбор жалоб и анамнеза, физикальный осмотр
Б проведение флюорографии
В проведение вакцинации
Г расчет стоимости лабораторного обследования и медицинских препаратов

В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЮ ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 17
Б 12
В 11
Г 13

УЗИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, СЕРДЦА И ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ ПРОВОДЯТСЯ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

А 1
Б 6
В 9
Г 3

ОСМОТРЫ ВРАЧА-АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА И ДЕТСКОГО ВРАЧА-УРОЛОГА-АНДРОЛОГА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ДЕТИ ДО 10 ЛЕТ, ВКЛЮЧИТЕЛЬНО, ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 3, 6
Б 5, 8
В 1, 9
Г 2, 4

ПЕРВЫЙ ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ ПРОВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

А 2
Б 6
В 12
Г 9

ПОРЯДОК ПРОХОЖДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ РЕГЛАМЕНТИРУЕТ

А Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 года N514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»
Б Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 декабря 2003г. «О комплексной оценке состояния здоровья детей»
В 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»
Г 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»

ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ВПЕРВЫЕ НАЗНАЧАЮТ ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ В (МЕС.)

А 2
Б 4
В 6
Г 1

ПРИ ПОСТАНОВКЕ НА УЧЕТ И ПРИ СНЯТИИ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА УЧАСТКОВЫМ ВРАЧОМ СОСТАВЛЯЕТСЯ

А эпикриз
Б форма N 112/у
В история болезни
Г статистический талон

ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ СОСТАВЛЯЕТСЯ

А учетная форма N 030 – ПО/у-17 «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего»
Б медицинская карта для образовательных учреждений (форма026/у-2000)
В отчет в произвольной форме по результатам профилактических медицинских осмотров
Г медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение) (форма 086/у)

ДЕТИ ДО 10 ЛЕТ И СТАРШЕ ПРОХОДЯТ РАСШИРЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н В ВОЗРАСТЕ ____ ЛЕТ

А 15
Б 13
В 11
Г 12

НЕОБХОДИМЫМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ

А информированного добровольного согласия
Б справки из детского сада или школы
В справки с места жительства
Г чека на оплату медицинского осмотра

ЦЕЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н СОСТОИТ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ

А патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития
Б ранних стадий заболеваний, препятствующих отдыху в оздоровительном лагере
В ранних стадий заболеваний, препятствующих занятиям физкультурной и спортом
Г заболеваний, требующих психолого-педагогического сопровождения

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРВОГО ЭТАПА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ БОЛЕЕ ____РАБОЧИХ ДНЕЙ

А 20
Б 10
В 5

Г 15

К КРИТЕРИЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ОТНОСЯТ

А уменьшение числа обострений хронических заболеваний
Б повышение числа случаев и числа дней временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком
В снижение стоимости лечения в амбулаторных условиях
Г увеличение числа обострений хронических заболеваний

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ, КОТОРОЕ ПРОВОДИТСЯ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ДЕЛЯТ В ВОЗРАСТЕ 1 МЕСЯЦА, ЯВЛЯЕТСЯ

А УЗИ органов брюшной полости (комплексное)
Б общий анализ крови
В общий анализ мочи
Г ЭКГ

ПОДРОСТКИ ОТ 10 ДО 15 ЛЕТ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО ПРОХОДЯТ РАСШИРЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н В ВОЗРАСТЕ ____ ЛЕТ

А 10, 15
Б 12, 15
В 13, 14
Г 11, 14

МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ОБУЧАЮЩИХСЯ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ПРОВОДЯТСЯ

А ежегодно
Б при переходе к предметному обучению в 5 класс
В при переходе в общеобразовательные организации с углубленным изучением отдельных предметов
Г при переводе в коррекционные классы

ОСМОТР ЭНДОКРИНОЛОГА ДЕТСКОГО В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ДЕТИ ДО 10 ЛЕТ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 10
Б 3, 8
В 2, 7
Г 9

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ ДО 2 ЛЕТ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н УЧИТЫВАЮТСЯ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЙ, ДАВНОСТЬ КОТОРЫХ НЕ ПРЕВЫШАЕТ (МЕС.)

А 1
Б 12
В 2
Г 6

ЭПИКРИЗ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПОДПИСЫВАЕТ

А заведующий педиатрическим отделением
Б старшая медицинская сестра педиатрического отделения
В главный врач детской поликлиники
Г родитель (законный представитель) ребенка

КОМПЛЕКСНОЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНО ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ПРОВОДИТСЯ НА ____ ЭТАПЕ ВЫХАЖИВАНИЯ

А lV
Б ll
В l
Г lll

СРОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СОСТАВЛЯЕТ (МЕС.)

А 6
Б 7
В 12
Г 9

ОСМОТР ДЕТСКОГО ПСИХИАТРА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ДЕТИ ДО 10 ЛЕТ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 2, 6
Б 2, 5, 9
В 4, 8
Г 3, 6

КРАТНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО ОСМОТРА ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ В ФАЗУ РЕМИССИИ

А 2 раза в год
Б 1 раз в месяц
В 1 раз в квартал

Г 1 раз в год

АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРОВЕДЕН ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ НА ПЕРВОМ ГОДУ НЕ ПОЗДНЕЕ ПЕРВЫХ ____ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

А 3
Б 6
В 9
Г 5

КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А увеличение удельного веса выздоровевших детей
Б снижение стоимости лечения с учетом стоимости медицинских препаратов
В снижение стоимости медицинских препаратов
Г повышение рождаемости доношенных детей

ЧАСТОТА ОСМОТРА ВРАЧОМ-ХИРУРГОМ РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ДЕСТРУКТИВНУЮ ПНЕВМОНИЮ, СОСТАВЛЯЕТ ДВА РАЗА В (МЕС.)

А 12
Б 6
В 1
Г 3

ПОДРОСТКИ В ВОЗРАСТЕ ОТ 12 ДО 16 ЛЕТ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО ПРОХОДЯТ НАИБОЛЕЕ РАСШИРЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР, В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВА РФ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н В ____ ЛЕТ

А 15
Б 14
В 13
Г 16

ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ ФЛЮОРОГРАФИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 15
Б 12-13
В 11-12
Г 10-11

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОВ ВКЛЮЧАЕТ

А общий анализ крови, биохимический анализ крови, УЗИ органов брюшной полости, соскоб на энтеробиоз, анализ кала на цисты лямблий
Б биохимическое исследование мочи, общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ кала на цисты лямблий
В биохимический анализ крови, УЗИ органов брюшной полости, соскоб на энтеробиоз, анализ кала на цисты лямблий
Г биохимическое исследование мочи, соскоб на энтеробиоз и анализ кала на цисты лямблий, УЗИ органов брюшной полости

ОСМОТР ДЕТСКОГО ЭНДОКРИНОЛОГА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 15
Б 12
В 11
Г 13

ОСНОВНЫМИ ЧАСТЯМИ ПРИКАЗА МЗ РФ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н «О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ» ЯВЛЯЕТСЯ

А порядок проведения профилактических медицинских осмотром несовершеннолетними медицинских осмотров, перечень исследований при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних
Б графики похождения детьми медицинских осмотров в течение учебного года
В схемы прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров
Г федеральное рекомендации по проведению профилактических осмотров

КОМПЛЕКСНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ДЕТИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 15
Б 17
В 14
Г 16

ВЕДУЩИМ НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПО ПРОХОЖДЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИКАЗ

А МЗ РФ N514н
Б МЗ СР РФ N624н
В МЗ СР РФ N366н
Г МЗ РФ N1175н

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДВУХ ЭТАПОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ БОЛЕЕ ____ РАБОЧИХ ДНЕЙ

А 45
Б 25
В 30
Г 60

ПРИ ПОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ МОГУТ БЫТЬ УЧТЕНЫ РЕЗУЛЬТАТЫ РАНЕЕ ПРОВЕДЕННОЙ ФЛЮОРОГРАФИИ ЛЁГКИХ УЧИТЫВАЮТСЯ, ЕСЛИ ЕЕ ДАВНОСТЬ НЕ ПРЕВЫШАЕТ _____ МЕСЯЦА/МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

А 12
Б 6
В 10
Г 3

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

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

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ СТАРШЕ 2 ЛЕТ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н УЧИТЫВАЮТСЯ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЙ, ДАВНОСТЬ КОТОРЫХ НЕ ПРЕВЫШАЕТ (МЕС.)

А 3
Б 6
В 12
Г 1

ОСМОТРЫ ВРАЧА-АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА И ДЕТСКОГО ВРАЧА-УРОЛОГА-АНДРОЛОГА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514НДЕТИ МЛАДШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 6
Б 8
В 7
Г 9

ЧАСТОТА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕРЕНИЙ И ОСМОТРОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ ОДИН РАЗ В

А месяц

Б 6 месяцев
В неделю
Г 3 месяца

ВРАЧ-ГИНЕКОЛОГ ВПЕРВЫЕ УЧУВСТВУЕТ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 3
Б 7
В 14-15
Г 12

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЮ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ДЕТИ МЛАДШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 6
Б 5
В 3
Г 4

СОГЛАСНО ПРИКАЗУ МЗ РФ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н «О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ» КАРТА ОСМОТРА ХРАНИТСЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В ТЕЧЕНИЕ (ГОД)

А 5
Б 15
В 8
Г 10

СВЯЗЬ УЧАСТКОВОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ С МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ ДЕТСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ ЧЕРЕЗ

А отделение организации медицинской помощи детям и подросткам
Б клиническую лабораторию медицинского учреждения
В педиатрическое отделение стационара медицинского учреждения
Г регистратура медицинского учреждения

ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ВПЕРВЫЕ НАЗНАЧАЮТ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ В (МЕС.)

А 1
Б 6
В 9
Г 3

ПОДРОСТКИ 10 ЛЕТ И СТАРШЕ ПРОХОДЯТ РАСШИРЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 16
Б 13
В 12
Г 11

ОСМОТРЫ ВРАЧА-АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА И ДЕТСКОГО ВРАЧА-УРОЛОГА-АНДРОЛОГА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 14
Б 13
В 18
Г 11

ОСМОТР ПСИХИАТРА ПОДРОСТКОВОГО В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

А 15
Б 11
В 13
Г 12

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ У ДЕТЕЙ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ ПРОВОДИТЬСЯ

А в течение 2 лет
Б в течение 3 лет
В в течение 5 лет
Г по перевода во взрослую сеть

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ОБОСТРЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ

А в течение 3 лет
Б в течение 1 года
В до перевода во взрослую сеть
Г в течение 5 лет

ДИСПАНСЕРНЫЙ ОСМОТР У ДЕТЕЙ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРОВОДИТСЯ

А 1 раз в 6 месяцев

Б ежегодно
В ежемесячно
Г 1 раз в 3 месяца

СНЯТИЕ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЁТА С ПЕРВИЧНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ _____ СТОЙКОЙ РЕМИССИИ

А 3 года
Б 4 года
В 2 года
Г 1 год

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РЕБЁНКОМ ПРИ ТРАНЗИТОРНОЙ ГЕМАТУРИИ ПРОДОЛЖАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ (ГОД)

А 1
Б 5
В 7
Г 3

СРОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ДИФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ ДЛИТСЯ

А пожизненно
Б в течение 3 лет
В в течение 2 лет
Г в течение 5 лет

ВРАЧ-ПЕДИАТР УЧАСТКОВЫЙ ОСМАТРИВАЕТ ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ОДИН РАЗ В (МЕС.)

А 3
Б 6
В 24
Г 12

ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ ИНТРЕМИТТИРУЮЩЕЙ И ЛЕГКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЧАСТОТА ОСМОТРОВ ВРАЧОМ-ПЕДИАТРОМ УЧАСТКОВЫМ СОСТАВЛЯЕТ ОДИН РАЗ В _____ (МЕС.)

А 3
Б 1
В 6
Г 2

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ОСТРЫЙ МИОКАРДИТ, ПРОВОДИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ

А 3 лет
Б 1/2 года
В 5 лет
Г 1 года

ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ ДЕТИ НАБЛЮДАЮТСЯ КАК ПАЦИЕНТЫ _____ ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ

А lV
Б ll
В l
Г lll

ПРОВЕДЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЦА ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ ПОКАЗАНО В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

А 1
Б 12
В 6
Г 3

ВТОРОЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

А определения группы здоровья
Б дополнительно обследования и уточнения диагноза.
В проведение лабораторного и инструментального обследования
Г раннего выявления хронических заболеваний и факторов их риска

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ НА ВТОРОМ ГОДУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ОДИН РАЗ В

А 12 месяцев
Б 3 месяца
В 6 месяцев
Г месяц

ФЛЮОРОГРАФИЮ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ ПРОВОДИТСЯ С ____ЛЕТ

А 15
Б 12
В 10
Г 14

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ГЕНУИННЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

А по перехода во взрослую сеть здравоохранения
Б в течение 5 лет
В в течение 3 лет
Г в течение 1 года

ОСМОТР ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ИСХОДОМ В ХРОНИЧЕСКУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В ТЕЧЕНИЕ 1 КВАРТАЛА ПОСЛЕ АТАКИ ВРАЧ-ПЕДИАТР И ВРАЧ-РЕВМАТОЛОГ ПРОВОДЯТ

А еженедельно
Б 1 раз
В ежедневно
Г ежемесячно

ВРАЧ-ЭНДОКРИНОЛОГ ВПЕРВЫЕ ОСМАТРИВАЕТ ДЕТЕЙ В ХОДЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА В ВОЗРАСТЕ ____ ЛЕТ

А 6
Б 15
В 16
Г 10

ОСМОТР ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ВРАЧОМ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ ____ В ГОД

А 1 раз
Б 6 раз
В 2 раза
Г 4 раза

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРЕКРАЩАЕТСЯ ПРИ ПОЛНОЙ РЕМИССИИ В ТЕЧЕНИЕ _____ ЛЕТ ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ

А 5
Б 2
В 4
Г 3

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В ДЕТСКИЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

А в течение 2 лет
Б в течение 5 лет
В весь период детского возраста
Г в течение 3 лет

ПОДРОСТКИ 10 ЛЕТ И СТАРШЕ ПРОХОДЯТ РАСШИРЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ В СООТВЕТСВИИ С ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВА РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н В ВОЗРАСТЕ ____ ЛЕТ

А 17
Б 13
В 14
Г 12

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РЕКТАЛЬНОЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А хроническими запорами с 1-2 лет
Б появлением периодической рвоты
В кишечным кровотечением
Г наличием каловых камней

ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВРОЖДЁННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А невозможность проведения эндоскопа в двенадцатиперстную кишку
Б эрозия слизистой желудка
В зияние кардии
Г кардиостеноз

НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ БОЛЬНЫМ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

А ультразвукового исследования брюшной полости
Б аноректальной манометрии
В рентгеноконтрастного исследования ЖКТ
Г компьютерной томографии

СИМПТОМОМ СИТКОВСКОГО ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А усиление болей при расположении на левом боку
Б кишки появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного
В усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки
Г усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области

СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А острым внезапным началом
Б медленным постепенным началом
В застойной рвотой
Г бессимптомно

ПОЯВЛЕНИЕ РВОТЫ СТВОРОЖЕННЫМ МОЛОКОМ С ПРИМЕСЬЮ ЖЕЛЧИ ПОСЛЕ ПЕРВОГО КОРМЛЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

А атрезии двенадцатиперстной кишки выше Фатерова сосочка
Б пилоростенозе
В атрезии пищевода
Г атрезии двенадцатиперстной кишки ниже Фатерова сосочка

КОЛИЧЕСТВО ПЕРЕЛОМОВ В ГОД ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ТЕЧЕНИЯ НЕЗАВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА (OSTEOGENESIS IMPERFECT) СОСТАВЛЯЕТ

А 6-10
Б 11-20
В 21-25
Г 3-5

В РАЗВИТИИ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА МОЖЕТ ИГРАТЬ РОЛЬ

А дефицит секреторного Ig
Б недостаточность баугиниевой заслонки
В кишечника невыраженность слоев кишечной стенки
Г частое опорожнение кишечника

КИФОЗ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А увеличение кривизны грудного отдела позвоночника в дорсальном направлении
Б боковое искривление позвоночника
В увеличение кривизны поясничного отдела позвоночника в вентральном направлении
Г неправильную осанку

СИНДРОМ ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С «ШУМОМ ПЛЕСКА» В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ БЫВАЕТ ПРИ

А диафрагмальной грыже
Б врождённой локализованной эмфиземе
В серозном плеврите
Г гемотораксе

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

А фиброэзофагоскопия
Б рентгенография грудной клетки
В рентгенография пищевода с контрастом
Г РН-метрия пищевода

ПРИ НАПРЯЖЕННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ У ДЕТЕЙ ПУНКЦИЮ ПРОИЗВОДЯТ СПРАВА НА УРОВНЕ_____МЕЖРЕБЕРЬЯ ПО_____ ЛИНИИ

А 2; среднеключичной
Б 3; передней подмышечной
В 4; задней подмышечной
Г 6; среднеключичной

ИСКРИВЛЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА В СТОРОНУ НАЗЫВАЮТ

А сколиозом
Б спондилезом
В кифозом
Г лордозом

НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ

А рентгеновской компьютерной томографии
Б магнитно-резонансной томографии
В рентгеновского ангиографического исследования
Г ультразвукового исследования сосудов головы

С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НАЧИНАЮЩУЮСЯ ФЛЕГМОНУ НОВОРОЖДЕННОГО?

А рожистое воспаление
Б «монголоидное пятно»
В кальциноз
Г адипонекроз

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА АНОМАЛИЮ РАЗВИТИЯ ПИЩЕВОДА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

А рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта
Б радиоизотопное исследование желудочно-кишечного тракта с коллоидом
В колоноскопию
Г ультразвуковое исследование органов брюшной полости

ОБЩЕПРИЗНАННЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А катетеризация пупочной вены
Б гастрошизис
В многоводие
Г атрезия кишечника

ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ ЦИАНОЗА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА В ГОРИЗОНТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ И ЕГО ИСЧЕЗНОВЕНИЕ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

А диафрагмальной грыже
Б врожденном пороке сердца
В аспирационном синдроме
Г болезни гиалиновых мембран

ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А амилаземия
Б гипопротеинемия
В гиперурикемия
Г гипербилирубинемия

ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А амилазурия
Б кристаллурия
В протеинурия
Г уробилиногенурия

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВЕН ПИЩЕВОДА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВНАЧАЛЕ ПРОВЕСТИ

А фиброэзофагогастродуоденоскопию
Б исследование мокроты на сидерофаги
В рентгенографию органов грудной клетки
Г рентгеноконтрастное исследование пищевода с барием

В РАЗВИТИИ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА МОЖЕТ ИГРАТЬ РОЛЬ

А снижение секреции соляной кислоты, пепсина и слизи в желудке
Б невыраженность слоев кишечной стенки
В недостаточность баугиниевой заслонки
Г частое опорожнение кишечника

ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЧАСТО СОПУТСТВУЕТ СИНДРОМ

А Марфана
Б Вактерл
В Беквита-Видемана
Г Пруно-Белли

ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЖИДКОСТИ, ИСПОЛЬЗУЕМОЕ ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА РЕБЕНКУ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, СОСТАВЛЯЕТ

А 100 мл на месяц жизни
Б 200 мл на 3 приема
В 500 мл на 2 приема
Г 200 мл на месяц жизни

ДЛЯ УШИБА МОЗГА ХАРАКТЕРНО

А наличие менингеальных симптомов
Б отсутствие «светлого промежутка» в состоянии больного
В наличие общемозговых симптомов
Г наличие дыхательной недостаточности

БОЛЬНОГО С ТРАВМОЙ ГОЛОВЫ ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ НА САМОЛЁТЕ НЕОБХОДИМО РАСПОЛАГАТЬ

А головой к кабине пилотов
Б головой к хвосту
В по правому борту
Г по левому борту

II СТЕПЕНЬ ОТМОРОЖЕНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А появлением на коже пузырей с желтоватой жидкостью с геморрагическим оттенком
Б отрицательной спиртовой пробой
В сохранением болевой и тактильной чувствительности
Г наличием границы демаркации с неповреждёнными тканями

ОЖОГ IIIА СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А омертвением поверхностных слоев кожи с сохранением эпителия волосяных луковиц, потовых и сальных желез
Б гибелью всех слоев дермы
В отслойкой эпидермиса с образованием пузырей
Г гиперемией кожи

ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ КОЖИ ПРИ ПЛОЩАДИ ПОРАЖЕНИЯ БОЛЕЕ 9% У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРИМЕНЯЮТ

А морфин
Б амиодарон
В метамизол натрия
Г фенацетин

КЛИНИЧЕСКИ ГИПОПАРАТИРЕОЗ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А скрытой или выраженной тетанией
Б мышечной гипотонией
В густыми вьющимися волосами на голове
Г блефароспазмом, светобоязнью

ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ПРОВОДЯТ

А L-тироксином
Б кофеином
В преднизолоном
Г тиамазолом

ПЕРВИЧНЫЙ ГИПОКОРТИЦИЗМ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СНИЖЕНИЕМ УРОВНЯ ГОРМОНА

А кортизола
Б адренокортикотропного
В тиреотропного
Г инсулина

ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А дефицит инсулина
Б избыток инсулина
В избыток глюкагона
Г дефицит глюкагона

ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ УРОВЕНЬ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА (ТТГ) В КРОВИ БУДЕТ

А повышенным
Б значительно сниженным
В сниженным
Г в норме

АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ НАЗЫВАЮТ

А врожденную гиперплазию надпочечников, обусловленную недостаточностью фермента 21-гидроксилазы
Б наследственное (по рецессивномутипу) нарушение превращения глюкозы
В в галактозу
Г нарушение метаболизма фенилаланина (неспособность фенилаланингидроксилазы перерабатывать фенилаланин до тирозина), в результате мутационной блокады ферментов
Д врожденную почечную энзимопатию или нефрит с потерей солей

РАЗВИТИЕ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА В ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГЕОГРАФИЧЕСКИХ РАЙОНАХ ОБУСЛОВЛЕНО НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

А йода
Б кальция
В селена
Г железа

ГОРМОНАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ КЛАССИЧЕСКОМ ВРОЖДЕННОМ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОМ СИНДРОМЕ НАЗНАЧАЮТ

А пожизненно
Б на срок продолжительности криза
В на 6 месяцев
Г на 2 месяца

ЗАДЕРЖКА РОСТА, ОБУСЛОВЛЕННАЯ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПРОЯВЛЯЕТСЯ

А в возрасте 2-4 года
Б в пубертате
В при рождении
Г на первом году жизни

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А экзогенно-конституциональная
Б церебрально-спинальная
В смешанная
Г диенцефально-неврогенная

ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А микроальбуминурия
Б бактериурия
В гематурия

Г лейкоцитурия

К ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ САХАРНОГО ДИАБЕТА ОТНОСИТСЯ

А кетоацидоз
Б офтальмопатия
В диабетическая нефропатия
Г артериальная гипертензия

БРОНЗОВАЯ ОКРАСКА КОЖИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

А надпочечников
Б почечной
В печеночной
Г сердечной

КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

А полиурия
Б полифагия
В потеря массы тела
Г пастозность

ПО РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ ПРИ SDS ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

А +2,0
Б - 0,99 - + 0,99
В -1,99- -1,0
Г +1,0 - + 1,99

РЕБЕНОК С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ ВРАЧОМ

А эндокринологом
Б эпидемиологом
В урологом
Г ортопедом

ЦЕНТРАЛЬНАЯ ФОРМА НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

А недостатка антидиуретического гормона
Б избытка инсулина
В недостатка инсулина
Г избытка антидиуретического гормона

ТАХИКАРДИЯ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ

А при тиреотоксикозе
Б при кровоизлиянии в мозг
В при переохлаждении
Г во время сна

ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРКЕ (ГЛИКОГЕНОВОЙ БОЛЕЗНИ IA ТИПА) УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ НАТОЩАК РАВЕН (ММОЛЬ/Л)

А 0,6-3,0
Б 3,5-5,5
В 6,1-7,8
Г 3,5-6,1

К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (БОЛЕЗНИ АДДИСОНА) ОТНОСЯТ

А выраженную слабость, утомляемость
Б повышение температуры тела
В повышение аппетита
Г повышение артериального давления

К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ОТНОСИТСЯ ТЕРАПИЯ

А тиреостатическая
Б противосудорожная
В противовоспалительная
Г заместительная

ПРИ СИНДРОМЕ УОТЕРХАУСА-ФРИДЕРИКСЕНА В НАДПОЧЕЧНИКАХ ОБНАРУЖИВАЮТ

А массивные кровоизлияния
Б гиперплазию коры
В небольшие аденомы
Г атрофию коры

ЛЕЧЕНИЕ ТРАНЗИТОРНОГО ГИПОТИРЕОЗА ПРОВОДИТСЯ

А L-тироксином
Б йодомарином
В преднизолоном
Г тирозолом

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ

А 17-оксипрогестерон в крови
Б лютеинизирующий гормон
В фолликулостимулирующий гормон
Г эстрогены

ПЕРЕДНЕЙ ДОЛЕЙ ГИПОФИЗА ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ

А тиреотропный гормон
Б окситоцин
В тироксин
Г трийодтиронин

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЛЕЧЕНИЮ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЮТСЯ

А тяжелые гипогликемические состояния, кетоацидоз, диабетическая ретино- и нефропатия
Б тяжелые гипогликемические состояния, кетоацидоз
В ночная гипогликемия, кетоацидоз, диабетическая ретино- и нефропатия
Г тяжелые гипогликемические состояния, диабетическая ретино- и нефропатия

ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЕМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А повышение тетрайодтиронина (Т4)
Б снижение глюкозы
В повышение тиреотрипного гормона (ТТГ)
Г повышение холестерина

К РАЗВИТИЮ ОЖИРЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ_____ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ ТИП

А гиперстенический
Б гипостенический
В нормостенический
Г астенический

ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ (ДИАБЕТИЧЕСКОЙ) КОМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А дефицит инсулина
Б избыток глюкагона
В дефицит глюкагона
Г избыток инсулина

МАЛЬЧИК 9 ЛЕТ 2 ГОДА БОЛЕЕТ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ В ПРОЦЕДУРНОМ КАБИНЕТЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ, КУДА ПРИШЕЛ СДАВАТЬ КРОВЬ НАТОЩАК. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

А гипогликемия
Б нарушение ритма сердца
В гипергликемия
Г черепно-мозговая травма

ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А Флудрокортизон
Б Инсулин
В Ципротерон
Г Спиронолактон

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИМЕНЯЮТ

А гидрокортизон
Б гонадотропин хорионический
В соматотропин
Г инсулин

СУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ ПРИ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОМ СИНДРОМЕ ПОДРАЗУМЕВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ

А кортизона 3 раза в день в равных дозах
Б всей дозы кортизона утром
В кортизона 2 раза в день: 2/3 дозы - утром, 1/3 дозы - вечером
Г всей дозы кортизона вечером

ЛЕВОТИРОКСИН НАТРИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИПОТИРЕОЗЕь НАЗНАЧАЕТСЯ ДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ (МКГ/КГ/СУТ)

А 10,0-15,0
Б 15,0-20,0
В 25,0-30,0
Г 30,0-50,0

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ГИПОТИРЕОЗ ВРАЧ-ПЕДИАТР ДОЛЖЕН

А направить ребёнка на консультацию к детскому врачу-эндокринологу
Б назначить повторный осмотр через полгода
В назначить диетотерапию
Г самостоятельно назначить лечение

АЛЬДОСТЕРОН СИНТЕЗИРУЕТСЯ

А клубочковой зоной надпочечников
Б щитовидной железой
В задней долей гипофиза
Г передней долей гипофиза

ВТОРИЧНЫЙ ГИПОКОРТИЦИЗМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ

А гипофиза
Б щитовидной железы
В гипоталамуса
Г гонад

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

А инфузионная терапия 0,9% раствором N CI и инсулинотерапия 0,1ЕД/кг
Б инфузионная терапия 10% раствором глюкозы
В только инсулинотерапия из расчета 0,1ЕД/кг
Г инфузионная терапия 5% раствором глюкозы и инсулинотерапия 0,1ЕД/кг

ОБЫЧНЫЙ И ОПТИМАЛЬНЫЙ ПИЩЕВОЙ СТАТУС СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКСУ МАССЫ ТЕЛА

А 18,5-25
Б 25-30
В меньше 18,5
Г больше 30

ИНСУЛИН КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ПО СРАВНЕНИЮ С ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ДЕЙСТВУЕТ_____ И_____ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНО

А быстрее; менее
Б медленнее; более
В медленнее; менее
Г быстрее; более

ПРИ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЕ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРОВОДЯТ ТЕРАПИЮ

А непрырывную, пожизненую
Б краткосрочную
В противорецидивную

Г прерывистыми курсами

ДЛЯ ГИПЕРКОРТИЦИЗМА ХАРАКТЕРНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А артериальная гипертензия
Б желтуха
В повышенная ломкость костей
Г артериальная гипотония

ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ ТТГ____Т3, Т4

А повышен; снижены
Б снижен; снижены
В снижен; повышены
Г повышен; повышены

КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (БОЛЕЗНИ АДДИСОНА) ЯВЛЯЕТСЯ

А гиперпигментация кожи
Б бледность кожи
В желтушность кожи
Г петехиальная сыпь

ИСТИННЫМГИПОАЛЬДОСТЕРОНИЗМОМ НАЗЫВАЮТ

А состояние, характеризующееся снижением секреции основных минералокортикоидов и потерей способности канальцев почек удерживать натрий
Б наследственное (по рецессивному типу) нарушение превращения глюкозыв галактозу
В врожденную почечную энзимопатию или нефрит с потерей солей
Г врожденную гиперплазию надпочечников, обусловленную недостаточностью фермента 21-гидроксилазы (биосинтез кортикостероидов)

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ГИПОПАРАТИРЕОЗА ПРОВОДИТСЯ С

А спазмофилией
Б болезнью Аддисона
В тиреотоксикозом
Г врожденным гипотиреозом

ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

А гипокальциемия
Б гипофосфатемия
В снижение щелочной фосфатазы (ЩФ)
Г гиперкальциемия

ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЮТ____

А свободный тироксин и тиреотропный гормон
Б свободный трийодтиронин
В антитела к рецептору тиреотропного гормона
Г антитела к тиреоглобулину

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫМ КРИТЕРИЕМ ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ

А тиреотропного гормона (ТТГ) в крови
Б тетрайодтироксина (Т4) в крови
В артериального давления
Г трийодтироксина (Т3) в крови

ДОЗА ВНУТРИВЕННО ВВОДИМОГО ИНСУЛИНА ПРИ ВЫВЕДЕНИИ ИЗ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КОМЫ СОСТАВЛЯЕТ

А 0,1 ЕД/кг в час
Б 0,5 ЕД/кг в час
В 0,5 ЕД/кг в сутки
Г 1,0 ЕД/кг в сутки

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕЗИЯ МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ ПРИ

А надпочечниковой недостаточности
Б внутрипеченочном холестазе
В почечной недостаточности
Г бронхиальной астме

СРЕДНЯЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ИНСУЛИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА (ЕДИНИЦА)

А 0,4-1,0
Б 1,2-1,6
В 0,1-0,2
Г 2,0-3,0

В ЛЕЧЕНИИ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОГО ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

А диетотерапию
Б метод бандажирования желудка
В липосакцию

Г анорексигенные препараты

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПОФИЗАРНОГО НАНИЗМА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРИМЕНЕНИИ

А соматотропного гормона
Б эстрогенов
В тиреоидных гормонов
Г хорионического гонадотропина

ФОРМУЛА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧКИ М 2 Х1Р1 ОЗНАЧАЕТ, ЧТО

А околососковый кружок имеет большие размеры, железа несколько выдается, имеются единичные волосы в подмышечных впадинах и на лобке
Б 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
В околососковый кружок имеет большие размеры, железа несколько выдается, отсутствуют волосы в подмышечных впадинах, присутствуют единичные волосы на лобке
Г железы не выдаются, сосок поднимается над околососковым кружком, имеются густые волосы на центральном участке подмышечных впадин и лобке

ПАТОЛОГИЧЕСКИ ВЫСОКИЙ РОСТ НАЗЫВАЕТСЯ

А гигантизмом
Б акселерацией
В нанизмом
Г гипостатурой

ДЛЯ ДИАГНОЗА «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ» У РЕБЕНКА ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

А гипергликемия
Б высокий удельный вес мочи
В гиперхолестеринемия
Г гипокалиемия

СИМПТОМОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ВИРИЛЬНОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А гермафродитное строение гениталий у девочек
Б артериальная гипертензия
В рвота у девочек
Г артериальная гипотензия

ВЛИЯНИЕ ПИТАНИЯ НА ГЛИКЕМИЧЕСКИЙ СТАТУС ОЦЕНИВАЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ

А самоконтроля
Б анализа уровня содержания в моче глюкозы
В показаний содержания в крови витамина Д
Г результатов динамических изменений веса

ПОД ГИПОГОНАДИЗМОМ У МАЛЬЧИКОВ ПОНИМАЮТ ОТСУТСТВИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ ПОСЛЕ (В ГОДАХ)

А 14
Б 16
В 15
Г 17

ДЕВОЧКА С ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ЛАБИЛЬНОСТЬЮ, ЭКЗОФТАЛЬМОМ, ТАХИКАРДИЕЙ,ВЕРОЯТНЕЙ ВСЕГО, СТРАДАЕТ

А гипертиреозом
Б сахарным диабетом
В гипотиреозом
Г надпочечниковой недостаточностью

У РЕБЕНКА С ВЯЛОСТЬЮ, СЛАБОСТЬЮ, ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХОМОТОРНОГО И ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, БРАДИКАРДИЕЙ И ОТЕКАМИ МОЖНО ДУМАТЬ О НАЛИЧИИ

А гипотиреоза
Б гипертиреоза
В сахарного диабета
Г надпочечниковой недостаточности

У МАЛЬЧИКОВ СТАРШЕ 14 ЛЕТ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ ГИПОГОНАДИЗМ ПРИ ОБЪЕМЕ ЯИЧЕК МЕНЕЕ (В МЛ)

А 4
Б 10
В 6
Г 8

КОЛИЧЕСТВО БЕЛКОВЫХ ПРОДУКТОВ ДЛЯ РЕБЕНКА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ДОЛЖНО СООТВЕТСТВОВАТЬ

А рекомендациям для здоровых детей
Б рекомендациям для детей без сахарного диабета со сниженной массой тела
В рекомендациям для детей без сахарного диабета с задержкой роста
Г 5% от суточного калоража питания

ПРИ РАЗВИТИИ У ПАЦИЕНТА ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ В РЕЖИМЕ МАЛЫХ ДОЗ ИНСУЛИНА

А растворимого человеческого генно-инженерного
Б изофана
В деглудека
Г Детемира

В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ МОЛОКО

А любой жирности
Б только коровье обезжиренное
В коровье с максимальной жирностью 2,5%
Г любое, но только при разведении с водой в соотношении 1:2

НА УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ ВЫРАЖЕННОЕ ВЛИЯНИЕ ОКАЗЫВАЮТ ПРОДУКТЫ

А содержащие углеводы
Б содержащие одинаковое количество белков, жиров и углеводов
В приготовленные в мультиварке
Г с повышенным содержанием жиров

РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ БУДЕТ ВЫСОКИМ У НОВОРОЖДЁННОГО, МАТЬ КОТОРОГО В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ ОТКАЗАЛАСЬ ОТ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ГЕСТАЦИОННОГО ДИАБЕТА?

А большая масса тела (4-6 кг)
Б гипергликемия
В гипотрофия тела
Г анемия (снижение содержания гемоглобина)

ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ИНСУЛИНА ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЁЛОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ НАЧИНАЕТСЯ С ВВЕДЕНИЯ

А 60-80 мл 40% глюкозы в/в струйно
Б гидрокортизона
В адреналина в/в
Г 60-80 мл 5% глюкозы в/в капельно

ДЛЯ ГИПЕРТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНО НАРУШЕНИЕ РИТМА В ВИДЕ

А тахикардии
Б брадикардии
В экстрасистолии
Г аритмии

У МАЛЬЧИКОВ ПЕРВЫМ ПУБЕРТАТНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

А оволосение лобка
Б оволосение подмышечных впадин
В увеличение щитовидного хряща
Г мутация голоса

ДЛЯ ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНО НАРУШЕНИЕ РИТМА В ВИДЕ

А брадикардии
Б тахикардии
В экстрасистолии
Г аритмии

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПИТАНИЮ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ДОЛЖНЫ ОСНОВЫВАТЬСЯ НА РЕКОМЕНДАЦИЯХ

А по здоровому питанию, которые подходят всем детям
Б по ограничению калорийности суточного рациона питания
В по исключению углеводсодержащих пищевых продуктов
Г по ограничению животных и растительных жиров в продуктах питания

РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ БУДЕТ ВЫСОКИМ У РЕБЁНКА ПРИ ОТКАЗЕ ОТ ПРИЁМА ПРЕПАРАТОВ ЙОДА МАТЕРЬЮ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ (ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ, СВЯЗАННОМ С АЛИМЕНТАРНЫМ ДЕФИЦИТОМ)?

А умственная отсталость
Б дефекты нервной трубки
В болезнь Аддисона
Г синдактилия

ПОД ГИПОГОНАДИЗМОМ У ДЕВОЧЕК ПОНИМАЮТ ОТСУТСТВИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ ПОСЛЕ (В ГОДАХ)

А 13
Б 15
В 14
Г 16

ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ РАЗВИТИИ ГИПОТИРЕОИДНОЙ КОМЫ ИСПОЛЬЗУЮТ

А раствор глюкозы
Б глюкагон
В инсулинотерапию
Г бигуаниды

НЕКОРРЕГИРУЕМЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А отягощенная наследственность
Б особенность пищевого поведения
В нарушение баланса между поступлением энергии и ее расходом
Г низкий уровень физической активности

ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

А дефицита йода
Б дефицита селена
В недостатка железа
Г дефицита кальция

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ НЕОБХОДИМА

А консультация врача-окулиста с исследованием глазного дна
Б консультация врача-психолога
В Рентгенография органов грудной клетки консультация врача-диетолога
Г консультация врача-диетолога

ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ РАЗРЕШЕНО В КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КОМПЕНСАЦИИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ НЕ МЕНЕЕ (МЕС.)

А 1
Б 2
В 6
Г 3

ДЛЯ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОГО ОЖИРЕНИЯ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А наследственная предрасположенность
Б длительное лечение стероидными препаратами
В хроническое соматическое заболевание
Г нейроинфекция

К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОЖИРЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

А сахарный диабет 2 типа
Б сахарный диабет 1 типа
В несахарный диабет
Г гипотиреоз

РАННИМ СИМПТОМОМ ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

А гиперестезия кожных покровов
Б вынужденное положение конечности
В нарушение сна
Г поза на боку с запрокинутой головой

СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ ТИПИЧНОМ НЕОСЛОЖНЕННОМ КОКЛЮШЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ

А патологического приступообразного кашля
Б брадипноэ
В патологического дыхания
Г постоянного кашля с мокротой

ИСТИННЫЙ КРУП ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

А дифтерии
Б риновирусной инфекции
В РС – инфекции
Г микоплазменной инфекции

НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

А острая надпочечниковая недостаточность
Б острая почечная недостаточность
В отек легких
Г острая дыхательная недостаточность

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ДАКУНАРНЫМИ, ФОЛЛИКУЛЯРНЫМИ АНГИНАМИ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ДИФТЕРИИ ПРОВОДИТСЯ

А однократно
Б двукратно
В четырехкратно
Г трехкратно

ВОЗБУДИТЕЛЕМ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А бета – гемолитический стрептококк группы А
Б стрептококк группы В
В зеленящий стрептококк
Г стафилококк

ПРИ КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В СЕМЬЕ ПРОВОДИТСЯ

А бактериологическое обследование членов семьи на менингококк
Б серологическое обследование на менингококк членов семьи
В бактериологическое обследование всех контактных с семьей за последний месяц
Г молекулярно-генетическое обследование всех членов семьи

ОТЛИЧИЕ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОКТИ, ТОКСИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ОТ ФЛЕГМОНОЗНОЙ АНГИНЫ И ПАРАТОНЗИЛЯРНОГО АБСЦЕССА СОСТОИТ В

А отеке подкожной клетчатки шеи (бычья шея)
Б выраженном тризме жевательной мускулатуры
В резко выраженной боли в горле
Г ассиметрии зева с односторонней резкой гипертрофией миндалин и выбуханием дужек

КАКОЙ СИНДРОМ ИМЕЕТ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДИФТЕРИИ ГОРТАНИ?

А стенотическое дыхание
Б катаральный синдром
В менингеальный синдром
Г выраженная интоксикация

РЕГИОНАРНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А болезни «кошачьей царапины»
Б острого аппендицита
В гемолитической анемии
Г острого лейкоза

ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ В СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСИ ОТМЕЧАЕТСЯ

А нейтрофильный плеоцитоз
Б повышенное содержание эритроцитов
В лимфоцитарный плеоцитоз
Г пониженное содержание белка

ЭТИОЛОГИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫМ АНТИБИОТИКОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А Пенициллин
Б Амфотерицин
В Ципрофлоксацин

Г Полимиксин

ПРИ СКАРЛАТИНЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ В РОТОГЛОТКЕ

А яркой отграниченной гиперемии
Б симптома Мурсона
В симптом Падалки
Г пятен Бельского – Филатова – Коплика

КАТАРАЛЬНЫЙ ПЕРИОД КОКЛЮША ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А постепенным началом со слабой интоксикацией
Б острым началом с выраженной интоксикацией
В выраженными катаральными явлениями
Г желтухой

НАИБОЛЕ ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А миокардит
Б лимфаденит
В пневомния
Г отит

ПРИЧИНОЙ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ МОЖЕТ БЫТЬ

А инфекционно – токсический шок
Б дисбактериоз
В гидроцефалия
Г стеноз гортани

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А пенициллин
Б эритромицин
В цефиксим
Г амоксициллин + клавулановая кислота

ПРИМЕНЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ БОЛЬНЫМ СКАРЛАТИНОЙ ПОКАЗАНО ПРИ РАЗВИТИИ ____ ФОРМЫ

А токсической
Б септической
В стертой
Г экстрабуккальной

ПРИ ОСМОТРЕ ГЛАЗ У БОЛЬНОГО КОКЛЮШЕМ ВЫЯВЛЯЮТ

А кровоизлияние в склеру
Б конъюнктивит
В блефарит
Г увеит

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ КОКЛЮША ЯВЛЯЮТСЯ

А пневмония, ателектаз легкого
Б орхит, бесплодие
В менингит, менингоэнцефалит
Г миокардит, полинейропатия

СЫПЬ ПРИ СКАРЛАТИНЕ

А мелкоточечная
Б везикулёзная
В уртикарная
Г пятнисто – папулёзная

К ВОЗБУДИТЕЛЯМ АНГИНЫ СИМАНОВСКОГО – ВЕНСАНА ОТНОСИТСЯ

А веретенообразная палочка
Б стафилококк
В дифтерийная палочка
Г стрептококк

К НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОМУ ВОЗБУДИТЕЛЮ ПРИ РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ МЕНИНГИТЕ У НОВОРОЖДЕННОГО ОТНОСЯТ

А стрептококк группы Б (Streptococcus agalactiae)
Б пневмококк (Streptococcus pneumoniae)
В синегнойную палочку (Pseudomonas aeruginosa)
Г грибы рода Кандида (Candida)

РАЗВИТИЕ ТОКСИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ СКАРЛАТИНЕ ОБУСЛОВЛЕНО ДЕЙСТВИЕМ

А экзотоксина
Б эндотоксина
В М – протеина
Г гиалуронидазы, стрептолизина

СТРЕПТОКОККИ ПРОДУЦИРУЮТ

А экзотоксин
Б А – белок
В эндотоксин
Г энтеротоксин

КАКИМ ДОЛЖЕН БЫТЬ СПОСОБ ТРАНСПРТИРОВКИ БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА МЕНИНГОКОККОВУЮ ИНФЕКЦИЮ В ИНФЕКЦИОННЫЙ СТАЦИОНАР?

А на машине скорой помощи с обязательным сопровождением врача
Б самостоятельно на личном транспорте
В на машине скорой помощи без сопровождения врача
Г самостоятельно на общественном транспорте

ЛИМФОЦИТАРНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (ЛИМФОЦИТОЗ) У ДЕТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

А коклюше
Б хронических воспалительных заболеваниях
В дефицитных анемиях
Г сепсисе

КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А мелкоточечная сыпь
Б гепатомегалия
В бледность кожи
Г «пакеты» лимфоузлов

ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ОСТРЫХ ТОНЗИЛЛИТОВ МОГУТ БЫТЬ

А стрептококки
Б иерсинии
В менингококки
Г гонококки

ТИПИЧНЫМИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПРИ КОКЛЮШЕ ЯВЛЯЮТСЯ

А лейкоцитоз, лимфоцитоз, нормальное СОЭ
Б лейкоцитоз, нейтрофилёз со сдвигом влево, ускоренное СОЭ
В лейкопения, нейтропения, ускоренное СОЭ
Г лейкоцитоз, лимфоцитоз, появление атипичных мононуклеаров, нормальное СОЭ

КАКИЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ КОКЛЮША?

А лимфоцитоз
Б моноцитоз
В тромбоцитопения

Г анемия

СИСТЕМНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ

А среднем отите
Б обструктивном бронхите
В тонзиллите вирусной этиологии
Г остром ринофарингите

ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

А фибринозных плёнок на миндалинах
Б эрозий на дужках
В творожистых налетов
Г гнойного налета в лакунах

УТОЛЩЕНИЕ ШЕИ ПРИ ТОКСИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ДИФТЕРИИ ОБСУЛОВЛЕНО

А отеком подкожной клетчатки шеи
Б инфильтрацией кожи
В увеличением околоушной слюнной железы
Г лимфаденитом

БЛЕДНЫЙ НОСОГУБНЫЙ ТРЕУГОЛЬНИК НА ФОНЕ ОБИЛЬНОЙ МЕЛКОТОЧЕЧНОЙ СЫПИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

А скарлатины
Б лакунарной ангины
В краснухи
Г кори

ОСМОТР ТРАВМАТОЛОГА – ОРТОПЕДА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ДЕТИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

А 3, 12
Б 1, 12
В 2, 10
Г 6, 12

В АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СТРЕПТОКОККОВОГО СИНДРОМА ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ

А Клиндамицина

Б Ампициллина с Гентамицином
В Метронидазола
Г Цефтриаксона

ТИПИЧНОЙЙ СЫПЬЮ ПРИ СКАРЛАТИНЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А мелкоточечная
Б пустулезная
В пятнисто – папулезная
Г геморрагически – некротическая

ПЕРЕДАЧА ВОЗБУДИТЕЛЯ ЧЕРЕЗ ТРЕТЬЕ ЛИЦО ВОЗМОЖНА ПРИ

А скарлатине
Б краснухе
В кори
Г эпидемическом паротите

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АЗИТРОМИЦИНОМ ПРИ ТОНЗИЛЛИТЕ, АССОЦИИРОВАННОМ С В – ГЕМОЛИТИЧЕСКИМ СТРЕПТОКОККОМ А, СОСТАВЛЯЕТ (ДЕНЬ)

А 5
Б 3
В 14
Г 10

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЭПИГЛОТИТ НЕОБХОДИМО

А успокоить пациента, экстренно госпитализировать в положении «сидя»
Б провести ревизию зева, ингаляции Будесонида
В провести оксигенотерапию, экстренно госпитализировать в положении «лежа»
Г провести оксигенотерапию, внутривенно ввести Эпинефрин

СЫПЬ ПРИ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ

А геморрагическая
Б уртикарная
В папулёзная
Г мелкоточечная

ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

А лейкоцитоз + нейтрофилез
Б эозинофилия
В лейкоцитоз + лимфоцитоз
Г лейкопения + лимфоцитоз

ВОЗБУДИТЕЛЬ МИКОПЛАЗМОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А внутри- и внеклеточным организмом
Б вирусом
В простейшим организмом
Г бактерией

КАШЕЛЬ С РЕПРИЗАМИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

А коклюша
Б парагриппа
В кори
Г аденовирусной инфекции

ПРИ КОНТАКТЕ С БОЛНЫМ СКАРЛАТИНОЙ НА КОНТАКТНЫХ ДОШКОЛЬНИКОВ И ШКОЛЬНИКОВ 1-2 КЛАССОВ НАКЛАДЫВАЮТ КАРАНТИН

А на 7 дней с момента изоляции больного
Б с 11 по 21 день контакта
В с 30 по 60 день
Г с 9 по 17 день

ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ТОКСИГЕННОГО ШТАММА ДИФТЕРИИ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ВРАЧ – ПЕДИАТР УЧАСТКОВЫЙ ДОЛЖЕН

А госпитализировать его в стационар
Б провести бактериологическое обследование еще двукратно
В лечить его на дому противодифтерийной сывороткой
Г назначить ему антибиотик цефалоспоринового ряда

ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ КАЛ ИМЕЕТ ВИД

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

ГОВОРЯ ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ КОКЛЮША, СПРАВЕДЛИВО УТВЕРЖДЕНИЕ, ЧТО

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

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИФТЕРИИ ДОЗА ПРОТИВОДИФТЕРИЙНОЙ СЫВОРОТКИ ЗАВИСИТ ОТ

А формы заболевания
Б масса тела больного
В срока заболевания
Г возраста больного

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ОРЗ ЯВЛЯЕТСЯ

А отит
Б острый бронхит
В ларинготрахеит
Г назофарингит

ДИФТЕРИЯ РОТОГЛОТКИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА НАЛИЧИЕМ

А налётов пленчатых, плотных
Б гепатоспленомегалии
В затрудненного храпящего дыхания
Г увеличением лимфоузлов: передне- и заднешейных

РАСПОЛОЖЕНИЕ ДИФТЕРИЙНОЙ ПЛЕНКИ ПО ЛАКУНАМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ _____ ФОРМЫ ИНФЕКЦИИ

А легкой
Б токсической
В среднетяжелой
Г тяжелой

ДЛЯ СКАРЛАТИНЫ ХАРАКТЕРНА _____ СЫПЬ

А мелкоточечная
Б геморрагически – некротическая
В везикулезная
Г пятнисто – папулезная

К СПЕЦИФИЧЕСКИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСЯТ

А симптом «подвешивания» Лессажа
Б судороги
В гипертермию
Г симптом Греффе

БАКТЕРИОНОСИТЕЛЯМ ТОКСИГЕННЫХ КОРИНЕБАКТЕРИЙ ДИФТЕРИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ

А антибиотик широкого спектра действия
Б анатоксическую противодифтерийную сыворотку
В АДС – анатоксин
Г иммуноглобулин внутримышечный

ИСТОЧНИКОВ ИНФЕКЦИИ ПРИ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ

А больные дифтерией
Б клещи
В грызуны
Г вирусоносители

РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЭПИГЛОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А тень увеличенного надгортанника
Б симптом «шпиля»
В шейный спондилез
Г наличие негомогенных прикорневых затемнений

РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А отит
Б полиартрит
В аппендицит
Г панкреатит

ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПОРАЖЕНИЯ РОТОГЛОТКИ ПРИ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

А фибринозных пленок на нёбе, дужках, миндалинах
Б герпетических высыпаний на дужках
В яркой отграниченной гиперемии ротоглотки
Г некрозов на миндалинах

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ЭПИГЛОТТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А Haemophilus influence типа b
Б Streptococcus pneumoniae
В Mycoplasma pneumoniae
Г Staphylococcus aureus

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ОТСРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А развитие паратонзиллярного абсцесса
Б субфебрильная температура
В повышенная утомляемость
Г наличие грибковой ангины

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГ ПРОЦЕССА ПРИ ДИФТЕРИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А зев
Б нос
В кожа
Г ухо

КОНТАКТНЫМ С БОЛЬНЫМ КОКЛЮШЕМ ДЕТЯМ И ВЗРОСЛЫМ, РАБОТАЮЩИМ В ДЕТСКИХ УЧЕБНЫХ И ЛЕЧЕБНО – ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕДЕНИЯХ, ПРОВОДИТСЯ

А бактериологическое обследование
Б назначение превентивного приема антибактериальных препаратов
В экстренная вакцинация в первые 72 часа
Г изоляция с 11 по 21 день контакта

ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ ТИПИЧНОЙ СЫПЬЮ БУДЕТ

А геморрагическая «звездчатая»
Б везикулезная
В пустулезная
Г пятнисто – папулезная

БОЛЬНЫЕ СЫПНЫМ ТИФОМ ПОДЛЕЖАТ

А обязательной немедленной госпитализации
Б наблюдению в амбулаторных условиях
В направлению на санаторно – курортное лечение
Г госпитализации по клиническим и эпидемическим показаниям

ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВИ У БОЛЬНОГО СКАРЛАТИНОЙ ВЫЯВЛЯЮТ

А лейкоцитоз
Б нейтропению
В моноцитоз
Г лимфоцитоз

ВЕРОЯТНЫМ ПРИЗНАКОМ ДИФТЕРИИ ГОРТАНИ ЯВЛЯЕТСЯ ЛАРИНГИТ С

А афонией при нормальной или субфебрильной температуре тела

Б осиплостью голоса и грубым лающим кашлем
В высокой температурой и интоксикацией
Г конъюнктивитом и пятнисто – папулезной сыпью

К ОТЛИЧИЮ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ОТ ЛАКУНАРНОЙ АНГИНЫ ОТНОСЯТ

А налёты островчатые или пленчатые, выходящие за пределы лакун
Б регионарные лимфоузлы, увеличенные «пакетами»
В регионарные лимфоузлы болезненный
Г налёты на миндалинах рыхлые, гнойные по ходу лакун

ТИПИЧНЫМИ ОСЛОЖЕНИЯМИ ТОКСИЧЕСКОЙ ДИФТЕРИИ ЯВЛЮТСЯ

А миокардит, полирадикулоневрит
Б пневмония, отит
В менингит, менингоэнцефалит
Г септицемия, нефрит

ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОЦ ФОРМЕ ДИФТЕРИИ НАБЛЮДАЮТ

А отечность миндалин и островчатые налёты
Б наличие налётов на uvula
В яркую гиперемию слизистой, энантемы
Г некротический процесс в миндалинах с первого дня болезни

ВЕРОЯТНЫМ ПРИЗНАКОМ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ ЛАРИНГИТ

А при нормальной и субфебрильной температуре тела
Б без афонии
В с высокой температурой и интоксикацией
Г с внезапно развившимся стенозом в первые часы болезни и с выраженными катаральными явлениями

СЫПЬ ПРИ СКАРЛАТИНЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ

А на лице, туловище с концентрацией в естественных складках кожи
Б в области суставов, кистей, стоп
В на лице вокруг рта, на руках и ногах
Г повсеместно, включая слизистые и волосистую часть головы

К СИМПТОМАМ МЕНИНГОКОККОВОЙ СЕПТИЦЕМИИ ОТНОСИТЯ

А нарушение сознания
Б артериальная гипертензия
В геморрагическая сыпь
Г лихорадочная реакция

МЕНИНГОКОККИ ХОРОШО РАСТУТ НА СРЕДЕ

А содержащей нативный белок
Б Борде - Жангу
В содержащей желчь
Г Левина

ВОЗБУДИТЕЛЕМ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А коринебактерией
Б кокком
В вирусом
Г диплококком

К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ПОЗДНИ ОСЛОЖНЕНИЯМ СКАРЛАТИНЫ ОТНОСЯТ

А гломерулонефрит, острую ревматическую лихорадку
Б менингит, менингоэнцефалит
В гепатит, цирроз печени
Г острые вялые параличи

ЧТО НЕОБХОДИМО ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ДИФТЕРИЯ»?

А нарастание титров противодифтерийных антител в 4 раза и больше
Б нарастание титров противовирусных антител
В выделение из материала нетоксического штамма коринебактерий
Г выделение из материала гемолитического стрептококка

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ СКАРЛАТИНЕ ДЛИТСЯ

А 2-7 дней
Б 8-12 часов
В 11 дней
Г 17 дней

ВХОДНЫМИ ВОРОТАМИ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ

А желудочно – кишечный тракт
Б конъюнктива глаз
В мацерированный участок кожи
Г дыхательная система

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТОНЗИЛЛИТА, ВЫЗВАННОГО БЕТА – ГЕМОЛИТИЧЕСКИМ СТРЕПТОКОККОМ ГРУППЫ А, ПРИМЕНЯЮТ

А амоксициллин
Б тетрациклин
В ципрофлоксацин
Г цефтазидим

КОКЛЮШ У ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ ПРОТЕКАЕТ

А с развитием апноэ
Б с обструктивным синдромом
В с синдромом крупа
Г с легкой форме

ВОЗБУДИТЕЛЕМ КОКЛЮША ЯВЛЯЕТСЯ ПАЛОЧКА

А Борде – Жангу
Б Леффлера
В Плаута – Венсана
Г Коха

ПУТЁМ ПЕРЕДАЧИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А воздушно – капельный
Б фекально – оральный
В трансмиссивный
Г пищевой

СТЕПЕНЬ СТЕНОЗА ГОРТАНИ ОПРЕДЕЛЯЕТ

А выраженность дыхательной недостаточности
Б шумное дыхание
В наличие экспираторной одышки
Г наличие в легких сухих хрипов

СИМПТОМЫ ИНТОКСИКАЦИИ И ОЧАГ ВОСПАЛЕНИЯ ЯРКО КРАСНОГО ЦВЕТА С РЕЗКО ОЧЕРЧЕННЫМИ ГРАНИЦАМИ ФЕСТОНЧАТОЙ ФОРМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

А рожистого воспаления
Б флегмоны
В карбункула
Г абсцесса подкожной клетчатки

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ОСБЕЛДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЛЕНЧАТЫМИ И ПЛЕНЧАТО – НЕКРОТИЧЕСКИМИ АНГИНАМИ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ДИФТЕРИИ ПРОВОДИТСЯ

А трехкратно

Б однократно
В четырехкратно
Г двукратно

«ОБЩИМ» КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ СКАРЛАТИНЫ И ИЕРСИНИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А «малиновый» язык
Б симптом «перчаток»
В гепатомегалия
Г спленомегалия

ПРИ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВВОДИТЬ

А системные кортикостероиды, антибиотики
Б сердечные гликозиды, антибиотики, системные кортикостероиды
В жаропонижающие препараты, антигистаминные препараты, антибиотики
Г Фенилэфрин, антибиотики, Гепарин

ДЛЯ МЕНИНГОКОККЕМИИ НЕ ХАРАКТРЕНО РАЗВИТИЕ

А лимфаденита
Б увеита
В пиелонефрита
Г синовита

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПРИ СКАРЛАТИНЕ

А безболезненны
Б неподвижны
В с размягчением в центре
Г образуют пакеты

СТЕПЕНЬ ТОКСИЧЕСКОЙ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО

А распространению отека подкожной шейной клетчатки
Б степени дыхательной недостаточности
В высоте и длительности лихорадки
Г уровню артериального давления

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А Пенициллин
Б Цефтриаксон
В Левомицетин
Г Гентамицин

ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ЗАВЕРШЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГНОЙНОМ МЕНИНГИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А санация ликвора
Б нормализация картины крови
В нормализация картины нейровизуализации
Г улучшение состояния пациента

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «МЕНИНГОКОККОВЫЙ МЕНИНГИТ» ТРЕБУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ

А бактериологического анализа ликвора
Б копрограммы
В общего анализа мочи
Г бактериологического анализа кала

ОТМЕНА АНТИБИОТИКА ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ ВОЗМОЖНА ПРИ НАЛИЧИИ НЕЙТРОФИЛЬНОГО ЦИТОЗА В ЛИКВОРЕ НЕ БОЛЕЕ ____ КЛЕТОК В 1 МКЛ

А 100
Б 200
В 1000
Г 300

ИЗ ФОРМ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ В-ГЕМОЛИТИЧЕСКИМ СТРЕПТОКОККОМ ГРУППЫ А, ПОДЛЕЖИТ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМУ УЧЕТУ

А скарлатина
Б назофарингеальное носительство
В некротизирующий фасциит
Г инвазивное заболевание

К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ МЕНИНГЕАЛЬНОМУ СИМПТОМУ ОТНОСИТСЯ

А симптом Лесажа
Б нижний рефлекс Ландау
В верхний рефлекс Ландау
Г симптом Ортнера

КАРАНТИН ПРИ СКАРЛАТИНЕ НАКЛАДЫВАЕТСЯ НА (ДЕНЬ)

А 7
Б 35
В 14
Г 21

ОСТРЫЙ СТРЕПТОКОККОВЫЙ ТОНЗИЛЛИТ В ТИПИЧНЫХ СЛУЧАЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

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

ПРИ ФЕЛИНОЗЕ (БОЛЕЗНИ КОШАЧЬИХ ЦАРАПИН) ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ _____ГРУППЫ ЛИМФОУЗЛОВ

А подмышечные, локтевые
Б затылочные, заушные
В подчелюстные, шейные
Г шейные, надключичные

ОСОБЕННОСТЬЮ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А частое развитие менингококцемии
Б постепенное развитие симптомов заболевания
В отсутствие рвоты и лихорадки
Г отсутствие стволовых нарушений

ПРЕОБЛАДАЮЩИМ ИСТОЧНИКОМ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ УВЕИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А тонзиллит
Б пневмония
В кариес
Г язвенный колит

С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ТОКСИЧЕСКУЮ ФОРМУ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ?

А паратонзиллярный абсцесс
Б грипп
В менингококковая инфекция
Г аденовирусная инфекция

ДЛЯ САНАЦИИ НОСИТЕЛЕЙ ТОКСИГЕННЫХ КОРИНЕБАКТЕРИЙ ДИФТЕРИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ

А антибиотик широкого спектра действия
Б антитоксическую противодифтерийную сыворотку
В АДС-анатоксин
Г иммуноглобулин

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНА ПРИ

А дифтерии
Б скарлатине
В коклюше
Г ветряной оспе

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ СОСТАВЛЯЕТ (ДЕНЬ)

А 2-10
Б 15-30
В 10-15
Г 15-21

ДО ПОЛУЧЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ АНТИБИОТИКОГРАММЫ У ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ СТАРТОВЫМ ПРЕПАРАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А ванкомицин
Б цефуроксима аксетил
В ампициллин
Г цефтриаксон

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ КОКЛЮШНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А азитромицин
Б амоксициллин+клавулановая кислота
В цефексим
Г амоксициллин

ДЛЯ МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА НЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ

А пареза конечностей
Б менингеальных симптомов
В рвоты
Г лихорадки

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ СОСТАВЛЯЕТ

А обычно 7-10 дней, зависит от показателей ликвора
Б 10-14 дней
В 5 дней
Г весь период повышения температуры тела и 5 дней после нормализации температуры

МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ КОКЛЮША ЯВЛЯЕТСЯ

А аэрозольный
Б контактный
В трансмиссивный
Г фекально-оральный

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА ЧАЩЕ ВСЕГО СОСТАВЛЯЕТ (НЕДЕЛЯ)

А 3-4
Б 7-8
В 8-9
Г 1-2

ВЕРОЯТНЫМ ПРИЗНАКОМ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А отек в зеве
Б отек на нижних конечностях
В рыхлые налеты
Г резкая болезненность в горле (тризм)

ПРИ КОКЛЮШЕ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ

А эритромицина
Б оксациллина
В линкомицина
Г пенициллина

ВОЗБУДИТЕЛЕМ КОКЛЮША ЯВЛЯЕТСЯ

А Bordetella pertussis
Б Yersinia pestis
В Haemophilus influenzae
Г Streptococcus pneumoniae

ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ИСТИННОГО КРУПА К ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ ОТНОСИТСЯ

А микробиологическое исследование отделяемого из носоглотки на C. Diphtheriae
Б бактериологический посев мочи
В микробиологическое исследование крови

Г вирусологическое исследование кала

ТАКТИКОЙ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ПРИ ЭПИГЛОТИТЕ У РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

А обеспечение экстренной госпитализации в отоларингологическое отделение
Б назначение рациональной антибиотикотерапии, симптоматических препаратов, обеспечение ежедневного наблюдения на дому
В назначение противовирусной терапии, симптоматических препаратов, ингаляции Будесонида через небулайзер
Г направление на консультацию врача-отоларинголога в поликлинику

ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТОВ МОГУТ БЫТЬ

А бактерии
Б простейшие
В грибки
Г вирусы

К СИМПТОМАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ПРИ КОКЛЮШЕ, ОТНОСЯТ

А частоту и характер приступов кашля
Б продуктивность кашля
В снижение массы тела, кашель
Г вялость, недомогание, снижение аппетита

КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ДОЛЖНО ВЫЗЫВАТЬ ПОДОЗРЕНИЕ НА ДИФТЕРИЮ?

А ларингит
Б колит
В панкардит
Г менингит

РАЗВИТИЕ СИНДРОМА УОТЕРХАУСА-ФРИДЕРИКСЕНА (ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

А менингококкцемии
Б менингита, вызванного вирусом Коксаки
В стафилококкового менингита
Г пневмококкового менингита

К ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ СКАРЛАТИНЫ ОТНОСЯТ

А «малиновый язык»
Б локализованные хрипы в легких
В везикулярную сыпь
Г пятнистую сыпь

В ЛИКВОРЕ НЕ БУДЕТ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ

А менингококкемии
Б менингококковом менингите
В менингококковом энцефалите
Г менингококковом менингоэнцефалите

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ ВЫЗВАННЫХ МЕТИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТНЫМ СТАФИЛОКОККОМ ПРИМЕНЯЮТ

А ванкомицин
Б линкомицин
В эритромицин
Г пенициллин

АМОКСИЦИЛЛИН ПРИ ТОНЗИЛЛИТЕ, АССОЦИИРОВАННОМ С В-ГЕМОЛИТИЧЕСКИМ СТРЕПТОКОККОМ А, НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗЕ (МГ/КГ/СУТКИ)

А 50
Б 25
В 100
Г 10

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ, КОНТАКТНЫХ ПО ДИФТЕРИИ, ПРОВОДИТСЯ

А однократно
Б двукратно
В трехкратно
Г четырехкратно

ОСОБЕННОСТЬЮ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

А апноэ
Б катаральный синдром
В геморрагический синдром
Г влажный кашель

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ СКАРЛАТИНЕ ДЛИТСЯ (ДЕНЬ)

А 2-7
Б 11
В 9-12
Г 17

ВЕРОЯТНОСТЬ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ СЧИТАЕТСЯ ВЫСОКОЙ ПРИ СОДЕРЖАНИИ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА В КРОВИ (НГ/МЛ)

А более 2
Б до 0,5
В 1
Г 0,5

ДЛЯ ДИФТЕРИИ В ПОЗДНИЕ СРОКИ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

А нефроза
Б менингита
В пневмонии
Г отита

У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ МЕНИНГОКОККОВЫМ МЕНИНГИТОМ, ОТМЕЧАЕТСЯ

А рвота
Б повышенная потливость
В «лающий кашель»
Г экспираторная одышка

ПРИЗНАКОМ ДИФТЕРИИ ГОРТАНИ ЯВЛЯЕТСЯ

А громкий резкий кашель с постепенным развитием афонии и стенотического дыхания
Б отечность миндалин, формирование фибринозного выпота в глубине крипт и на выпуклой поверхности миндалин
В острое начало с пиретической температурой и выраженными катаральными явлениями
Г быстрое развитие стеноза при сохранении звучности голоса и кашля

ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРОЯТНЫМ ПРИЗНАКОМ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ (ЛОКАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА)?

А ангина (острый тонзиллит с налетами)
Б конъюнктивит
В выраженный катаральный синдром
Г пневмония

ДЛЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

А менингоэнцефалита
Б энтерита
В гастродуоденита
Г ларингита

КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А колитический
Б аппендикулярный
В мезентериальный
Г септический

ЭКСФОЛИАТИВНЫЙ ДЕРМАТИТ РИТТЕРА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

А стафилококковых пиодермий
Б аллергодерматозов
В стрептококковых пиодермий
Г генодерматозов

СИМПТОМОМ СМЕШАННОЙ ФОРМЫ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ (МЕНИНГОКОККОВЫЙ МЕНИНГИТ + МЕНИНГОКОККЕМИЯ) ЯВЛЯЕТСЯ

А геморрагическая сыпь на коже
Б боль в животе
В желтуха
Г нормотермия

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СКАРЛАТИНЫ ОТНОСИТСЯ

А мелкоточечная сыпь
Б «поджаренный» язык
В спленомегалия
Г гепатомегалия

НАИБОЛЕЕ РАННИЙ СИМПТОМ ЭПИГЛОТТИТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ

А дисфагии
Б слюнотечения
В стридора
Г дыхательной недостаточности

ПРИ СКАРЛАТИНЕ СЫПЬ БЫВАЕТ

А мелкоточечной со сгущением в кожных складках
Б с ложным полиморфизмом
В геморрагической
Г мелкопятнистой

КАКОЙ МАТЕРИАЛ ПРИ СКАРЛАТИНЕ НЕОБХОДИМО ВЗЯТЬ ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ?

А слизь из носа и зева
Б мокроту
В кал
Г ликвор

СРОКИ ИЗОЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ СКАРЛАТИНОЙ В СТАЦИОНАРЕ ИЛИ НА ДОМУ СОСТАВЛЯЮТ

А не менее 10 дней
Б 21 день
В до 7 дней
Г 30 дней

ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ

А синдром Уотерхауса-Фридериксена
Б отек подкожной клетчатки
В обезвоживание
Г назофарингит

У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ МЕНИНГОКОККОВЫМ МЕНИНГИТОМ, ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

А гиперестезии
Б анурии
В парезов и параличей
Г обезвоживание

РАЗОБЩЕНИЕ ДЕТЕЙ, КОНТАКТИРОВАВШИХ С БОЛЬНЫМ КОКЛЮШЕМ, ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ НА (ДЕНЬ)

А 14
Б 21
В 30
Г 10

ПРЕПАРАТЫ КАКОЙ ГРУППЫ РЕКОМЕНДУЮТ НАЗНАЧАТЬ ПРИ СКАРЛАТИНЕ?

А защищенные пенициллины
Б нитрофураны
В фторхинолоны
Г аминогликозиды

ИСТОЧНИКОМ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А больной любой формой стрептококковой инфекции
Б только реконвалесцент скарлатины
В вирусоноситель
Г только больной скарлатиной

ДЛЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРЕН ПЕРИОД

А зимне-весенний
Б летне-осенний
В весенне-летний
Г осенне-зимний

ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТОВ МОЖЕТ БЫТЬ

А менингококк
Б вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)
В вирус гриппа
Г цитомегаловирус (ЦМВ)

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ ВЫЗЫВАЕТСЯ

А грамотрицательным диплококком
Б грамотрицательной коккобациллой
В грамположительным кокком
Г грамположительным стрептококком

В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ КОКЛЮШЕ ОТМЕЧАЕТСЯ

А лейкоцитоз с лимфоцитозом
Б лейкоцитоз с лимфопенией
В лейкопения с лимфоцитозом
Г лейкоцитоз с нейтрофилезом

ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ У БОЛЬНОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ СОСТОИТ В

А срочной госпитализации в инфекционный стационар
Б отсутствии госпитализации
В направление на консультацию в инфекционный стационар
Г госпитализация в инфекционный стационар только при ухудшении состояния

ПРИ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ В СТАЦИОНАР ПРОВОДИТСЯ

А в обязательном порядке
Б по тяжести состояния
В по решению врача-эпидемиолога

Г по желанию родителей

ПРИ МЕТИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТНЫХ СТАФИЛОКОККОВЫХ ИНФЕКЦИЯХ ПРИМЕНЯЮТ

А линезолид
Б тетрациклин
В оксациллин
Г цефазолин

ПРОЯВЛЕНИЕ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ КОКЛЮША

А характерной рентгенологической картиной
Б наличием спазматического кашля
В отсутствием симптомов интоксикации
Г наличием короткой температурной реакции

ВЫБОР АНТИБИОТИКА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

А этиологией заболевания и проходимостью через ГЭБ
Б возрастом больного
В только этиологией заболевания
Г сроком диагностики

ПРИ КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В СЕМЬЕ ПРОВОДИТСЯ

А однократный посев из носоглотки на менингококк у членов семьи
Б однократный посев крови на менингококк у всех членов семьи
В осмотр врача-невролога членов семьи
Г госпитализация детей этой семьи

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А бензилпенициллин
Б гентамицин
В ципрофлоксацин
Г интерферон альфа-2d

В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ КОКЛЮШЕ ОТМЕЧАЕТСЯ

А лейкоцитоз, лимфоцитоз, нормальная СОЭ
Б лейкоцитоз, лимфопения, нормальная СОЭ
В лейкоцитоз, лимфопения, ускорение СОЭ
Г лейкоцитоз, лимфоцитоз, ускорение СОЭ

ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ЛИМФАДЕНОПАТИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

А острых и хронических инфекционных заболеваний
Б диффузных болезней соединительной ткани
В болезни «кошачьей царапины»
Г врожденных гемолитических анемий

ДЛЯ МЕНИНГОКОККЦЕМИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА_____СЫПЬ

А геморрагическая
Б пустулезная
В макуло-папулезная
Г розеолезная

ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПАРАТОНЗИЛЯРНОГО АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ

А острая боль в горле
Б гиперемия зева
В лихорадка
Г сгибание головы в пораженную сторону

ВЫПИСКА БОЛЬНОГО СКАРЛАТИНОЙ ИЗ СТАЦИОНАРА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

А после его клинического выздоровления, но не ранее 10 дней от начала заболевания
Б не ранее 2 недель от заболевания
В после клинического выздоровления
Г после клинического выздоровления и отрицательных результатов бактериологического обследования

УГРОЖАЕМЫМИ ПО РАЗВИТИЮ РЕВМАТИЗМА ЯВЛЯЮТСЯ ДЕТИ, ЧАСТО ПЕРЕНОСЯЩИЕ

А ангину
Б афтозный стоматит
В гепатит
Г кишечные инфекции

ОСНОВНЫМИ ПРИ СЕПСИСЕ ЯВЛЯЮТСЯ ___ ВИДЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

А бактериологические
Б серологические
В биохимические
Г общеклинические

«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ШИГЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ ____ МЕТОД

А микробиологический
Б серологический
В молекулярно-генетический(ПЦР)
Г морфологический

ДЛЯ СЕПТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ СКАРЛАТИНЫ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

А некротическая ангина
Б субфебрильная температура тела
В лакунарный тонзиллит
Г нормальный размер печени и селезенки

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ МЕНИНГИТЕ ПРОВОДИТСЯ С ТАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КАК

А токсическая энцефалопатия при ОРВИ
Б острый бронхит
В острый пиелонефрит
Г скарлатина

У РЕБЕНКА СО СКАРЛАТИНОЙ ПРИ ОСМОТРЕ ЯЗЫК

А ярко-красный с выступающими сосочками со 2-3 дня заболевания
Б покрыт пятнами ярко-красного цвета, окруженными белым ободком («географический язык»)
В покрыт трещинами и складками («складчатый язык»)
Г покрыт желто-коричневым налетом

СЫПЬ ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ НА

А ягодицах, нижних конечностях, внизу живота
Б лице, груди, животе
В волосистой части головы
Г туловище и разгибательных поверхностях конечностей

ПРИ ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКОМ РАХИТЕ ПРОЦЕСС РЕАБСОРБЦИИ НАРУШЕН В

А проксимальном канальце
Б петле Генле
В дистальном канальце
Г клубочке

ПРИ ОЛИГУРИИ ВСЛЕДСТВИЕ ОБСТРУКТИВНОЙ УРОПАТИИ НОВОРОЖДЕННОМУ РЕБЕНКУ ПОКАЗАНО

А хирургическое лечение

Б проведение гемодиализа
В введение мочегонных средств
Г проведение плазмофереза

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПЕРВИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А кишечная палочка
Б протей
В синегнойная палочка
Г клебсиелла

ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ МИКЦИОННОЙ ЦИСТОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А подозрение на наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса
Б учащенное болезненное мочеиспускание
В нарушение функционального состояния почек
Г подозрение на наличие аномалий развития почек

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕОБХОДИМА ТРИАДА СИМПТОМОВ

А протеинурия, гипоальбуминемия, гиперлипидемия
Б гематурия, лейкоцитурия, протеинурия
В изостенурия, никтурия, протеинурия
Г полиурия, гликозурия, кетонурия

БОЛЬНОЙ МОЖЕТ БЫТЬ СНЯТ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА В СЛУЧАЕ СОХРАНЕНИЯ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ РЕМИССИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЧЕРЕЗ (ГОД)

А 5
Б 3
В 2
Г 4

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВИТАМИН-D-ДЕФИЦИТНОГО РАХИТА НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ

А кальция, фосфора, щелочной фосфатазы
Б тироксина
В паратгормона
Г остеокальцина, кальция, калия и магния

ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ ПРИ НАЛИЧИИ ЛЕЙКОЦИТУРИИ ПРОВОДЯТ

А посевы мочи
Б общий анализ крови
В посевы крови
Г биохимический анализ крови

ЗАДЕРЖКА МОЧИ НАЗЫВАЕТСЯ

А ишурией
Б дизурией
В поллакиурией
Г никтурией

СИМПТОМОМ ДИЗУРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

А болезненное мочеиспускание
Б прекращение мочеиспускания
В уменьшение диуреза
Г увеличение диуреза

ПРИ ОКРАШИВАНИИ КРОВЬЮ ТОЛЬКО НАЧАЛЬНОЙ ПОРЦИИ МОЧИ ДИАГНОСТИРУЮТ ГЕМАТУРИЮ

А инициальную
Б терминальную
В тотальную
Г порционную

ПРОТЕИНУРИЯ ЧАШЕ ВСЕГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ НАРУШЕНИИ ФУНКЦИИ

А клубочков
Б петель Генле
В проксимальных канальцев
Г дистальных канальцев

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТЫХ ОТЕКОВ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ПРОБУ

А МакКлюра-Олдрича
Б Нечипоренко
В Зимницкого
Г Аддиса-Каковского

ДЕВОЧКА 7 ЛЕТ ОБРАТИЛАСЬ НА ПРИЕМ К УЧАСТКОВОМУ ВРАЧУ-ПЕДИАТРУ С ЖАЛОБАМИ НА ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ОТЕКИ, БОЛИ В ПОЯСНИЦЕ, СНИЖЕНИЕ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ, УВЕЛИЧЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА. ИЗ АНАМНЕЗА ИЗВЕСТНО, ЧТО

РЕБЕНОК 2 НЕДЕЛИ НАЗАД ПЕРЕНЕС ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ. КАКОВ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ?

А острый гломерулонефрит, острая почечная недостаточность
Б острый пиелонефрит
В острый миокардит, острая левожелудочковая сердечная недостаточность
Г мочекаменная болезнь

ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ РЕКОМЕНДОВАНО НАЧИНАТЬ С МЕТОДА

А ультразвукового
Б рентгенологического
В радиологического
Г эндоскопического

ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А наличие кист в паренхиме обеих почек
Б диффузное повышение эхогенности паренхимы
В увеличение почек в размерах
Г деформация чашечно-лоханочного комплекса

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ЯВЛЯЮТСЯ ОТЕКИ И

А протеинурия, гиперлипидемия, гипоальбуминемия
Б протеинурия, гиполипидемия, гипоальбуминемия
В протеинурия, гиперлипидемия, гематурия
Г лейкоцитурия, гиперлипидемия, гипоальбуминемия

КОНЦЕНТРАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК МОЖНО ОЦЕНИТЬ ПО

А колебаниям относительной плотности мочи в течение суток
Б клиренсу эндогенного креатинина
В уровню белка в суточной моче
Г уровню мочевины и креатинина в биохимическом анализе крови

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ С ОБОСТРЕНИЯМИ НА ФОНЕ СНИЖЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ ТЕРАПИИ ИЛИ В ТЕЧЕНИЕ 14 ДНЕЙ ПОСЛЕ ЕЕ ОТМЕНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А стероидозависимым
Б часторецидивирующим
В стероидорезистентным
Г нечасто рецидивирующим

ПРИ КАКОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ ОБРАЗУЮТСЯ КРИСТАЛЛЫ ФОСФАТОВ?

А 8,0
Б 6,5
В 4,0
Г 5,0

ОСТРЫЙ ПОСТСТРЕПТОКОККОВЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ РАЗВИВАЕТСЯ

А через 7-14 дней после перенесенной стрептококковой инфекции
Б на высоте респираторного заболевания
В без связи с перенесенными заболеваниями
Г через 2 месяца после перенесенного респираторного заболевания

ЗАБОЛЕВАНИЕМ, КОТОРОЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ И ПРОЯВЛЯЕТСЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ И АНЕМИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А гемолитико-уремический
Б гломерулонефрит
В синдром Альпорта
Г пиелонефрит

КРАННЕМУ ЛАБОРАТОРНОМУ ПРИЗНАКУ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСИТСЯ

А бактериурия
Б цилиндрурия
В микрогематурия
Г кристаллурия

ЦЕТ МОЧИ СТАНОВИТСЯ СВЕТЛО-ЖЕЛТЫМ ИЛИ БЛЕДНЫМ ПРИ

А ОПН в стадии полиурии
Б мочекаменной болезни
В ОПН в стадии олигоурии
Г гломерулонефрите

ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А внутрисосудистым свертыванием крови
Б тромбоцитозом
В полиурией
Г лейкоцитозом

ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ СИНДРОМЕ АЛЬПОРТА ЯВЛЯЕТСЯ

А гематурия
Б лейкоцитурия
В протеинурия
Г бактериурия

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ

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

ФИЛЬТРАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК ХАРАКТЕРИЗУЕТ

А клиренс эндогенного креатинина
Б относительная плотность мочи
В уровень общего белка крови
Г осмолярность мочи

К НЕОБХОДИМЫМ ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ОТНОСЯТ

А «управляемое» мочеиспускание, антибактериальную терапию («защищенные» пенициллины, цефалоспорины)
Б противорецидивную терапию (нитрофурановые препараты, препараты налидиксовой кислоты)
В иглорефлексотерапю, антибактериальную терапию
Г иммуномодулирующую терапию, назначение антигистаминных препаратов

ДЛЯ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

А нарушения мочеиспускания
Б пятнисто-папулёзной сыпи
В ритма галопа
Г экспираторной одышки

СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ ТЕРАПИИ В ДОЗЕ 60 МГ/М2/СУТ ПРИ ДЕБЮТЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА СОСТАВЛЯЕТ (НЕДЕЛЯ)

А 6
Б 3
В 10
Г 2

ВТОРИЧНЫМ БУДЕТ ПИЕЛОНЕФРИТ

А возникший на фоне каликоэктазии
Б возникший менее чем через год после первичного
В возникший после перенесенного острого инфекционного заболевания
Г при обострениях 2 и более раз в год

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СТРЕПТОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА РЕКОМЕНДОВАНО ИССЛЕДОВАНИЕ

А антистрептолизина 0, антигиалуронидазы
Б креатинина, мочевины сыворотки крови
В общего анализа крови
Г иммуноглобулинов А, М, G

ПРИ ВРОЖДЕННЫХ И НАСЛЕДСТВЕННЫХ НЕФРОПАТИЯХ В КАЧЕСТВЕ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

А кортикостероидов
Б щадящего режима физических нагрузок
В рационального питания с коррекцией обменных нарушений
Г стабилизаторов клеточных мембран

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

А острые респираторные вирусные инфекции
Б бактериальные инфекции
В гомеопатические препараты
Г лекарственные препараты

НЕТИПИЧНЫМ ДЛЯ ГЕМОЛИТИКОУРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

А повышение коньюгированного билирубина в сыворотке
Б наличие олигурии
В появление анемии
Г наличие тромбоцитопении

СНИЖЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

А почечной недостаточности
Б остром цистите
В мочекаменной болезни
Г сахарном диабете

ПРИОРИТЕТНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А уродинамическое обследование
Б микционная цистоуретрография
В сфинктерометрия
Г цистоскопия

ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ УГРОЗЫ ЖИЗНИ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А гиперкалиемия
Б гипернатрийемия
В повышение мочевины в крови
Г гипергликемия

ГЕМАТУРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ

А иммуноглобулин А нефропатии (болезни Берже)
Б почечном тубулярном ацидозе
В остром пиелонефрите
Г идиопатическом нефротическом синдроме

ПРОИСХОЖДЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

А полиэтиологической теорией
Б эндокринными нарушениями
В нарушением водно-электролитного баланса
Г аномалией развития органов мочевой

КЛИРЕНС ПО ЭНДОГЕННОМУ КРЕАТИНИНУ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

А клубочковую фильтрацию
Б дизурию
В канальцевую реабсорбцию
Г диурез

ДИАРЕЯ МОЖЕТ ПРИСУТСТВОВАТЬ В ДЕБЮТЕ

А гемолитико-уремического синдрома.
Б острого постстрептококкового гломерулонефрита
В острого цистита
Г синдрома Альпорта

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРОТЕИНУРИЕЙ БОЛЕЕ_____ МГ/М2/ЧАС

А 40

Б 20
В 10
Г 80

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПИЕЛОНЕФРИТА ПРИМЕНЯЮТ

А Амоксициллин + Клавулановая кислота
Б Баралгин
В Гепарин
Г Лазикс

ПОКАЗАНИЕМ К БИОПСИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А стероидорезистентный нефротический синдром
Б мочекаменная болезнь
В часторецидивирующий нефротический синдром
Г поликистоз почек

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А обструктивная уропатия
Б гломерулонефрит
В пиелонефрит
Г тубулоинтерстициальный нефрит

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

А иммунокомплексным
Б инфекционно-аллергическим
В инфекционно-воспалительным
Г токсико-аллергическим

К ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ КОМПЛЕКСУ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ИНФЕКЦИЮ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ОТНОСЯТ

А общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, анализ мочи по Нечипоренко, УЗИ почек
Б общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ почек, микционную цистографию
В общеклинические анализы крови и мочи, анализ мочи по Нечипоренко, Аддису-Каковскому, Зимницкому
Г общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, экскреторную урографию

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ НА

А 7-14 дней
Б 1 месяц
В весь период терапии
Г 3 месяца

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМЫМ МЕТОДОМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

А экскреторная урография
Б почечная ангиография
В ретроградная пиелография
Г компьютерная томография

УЧАЩЕННЫЕ, БОЛЕЗНЕННЫЕ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

А цистита
Б гломерулонефрита
В тубулопатий
Г рефлюкс-нефропатии

БОЛИ В НАДЛОБКОВОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

А цистита
Б гастрита
В гломерулонефрита
Г пиелонефрита

ОСТРЫЙ ПОСТИНФЕКЦИОННЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ОБУСЛОВЛЕН ИНФЕКЦИЕЙ

А стрептококковой
Б стафилококковой
В аденовирусной
Г клебсиеллезной

ПРИ НЕФРОПТОЗЕ II СТЕПЕНИ РЕБЁНОК ДОПУСКАЕТСЯ К ЗАНЯТИЯМ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ В

А подготовительной группе
Б специальной (подгруппе А)
В специальной (подгруппе Б)
Г основной группе

ДЕТИ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НАБЛЮДАЮТСЯ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

А до 18 лет

Б в течение 1 года
В в течение 3 лет
Г в течение 5 лет

ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СТАДИИ ОЛИГУРИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ

А гиперкалиемия
Б гипокалиемия
В гипернатриемия
Г гипогликемия

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

А кишечная палочка
Б стрептококк группы В
В клебсиела
Г стафилококк

К МОЧЕВОМУ СИНДРОМУ ОТНОСЯТ

А количественные и качественные изменения мочи
Б расстройство акта мочеиспускания
В клинические признаки нарушения выведения мочи
Г клинические признаки нарушения мочеобразования

АНУРИЯ — ЭТО РЕЗКОЕ УМЕНЬШЕНИЕ ИЛИ ПРЕКРАЩЕНИЕ ВЫДЕЛЕНИЯ МОЧИ ВСЛЕДСТВИЕ

А нарушения клубочковой фильтрации
Б обструкции мочевых путей ниже мочевого пузыря
В нарушения выведения мочи из мочевого пузыря
Г нарушения канальцевой реабсорбии

ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА НАИБОЛЬШУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЗНАЧИМОСТЬ ИМЕЕТ

А микционная цистоуретрография
Б ультразвуковое исследование почек
В цистоскопия
Г нефросцинтиграфия

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ КАМНЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А цистоскопия
Б пневмоцистография
В обзорный рентгеновский снимок
Г нисходящая цистография

ОЛИГУРИЕЙ СЧИТАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ СУТОЧНОГО ДИУРЕЗА НА_____% И БОЛЕЕ ОТ ВОЗРАСТНОЙ НОРМЫ

А 25
Б 10
В 15
Г 20

КАКИМИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРАВИЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ В СЛУЧАЕ ОБНАРУЖЕНИЯ ЛЕЙКОЦИТУРИИ У ДЕВОЧКИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ОРВИ?

А после исключения вульвовагинита направить в дневной стационар для детального обследования
Б не придавать этому факту особого значения, так как моча собрана без предварительного туалета наружных половых органов
В не придавать этому факту особого значения, расценив мочевой синдром как реакцию почек на инфекцию
Г назначить Фурадонин

ДИАГНОЗ «ВТОРИЧНО СМОРЩЕННАЯ ПОЧКА» ИЛИ «ГИПОПЛАЗИРОВАННАЯ ПОЧКА» ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ

А радиоизотопное исследование в динамике
Б экскреторная урография
В компьютерная томография
Г почечная ангиография

ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А гематурия
Б отеки
В лейкоцитурия
Г протеинурия

ПОЛНЫЙ НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

А отеков
Б артериальной гипертензии
В боли в пояснице
Г макрогематурии

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

А спазмолитиков
Б анальгетиков
В антибиотиков
Г диуретиков

ОСНОВНЫМ СРЕДСТВОМ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А антибактериальная терапия
Б диуретическая терапия
В диетотерапия
Г спазмолитическая терапия

ДЛЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА В АНАЛИЗЕ МОЧИ ХАРАКТЕРНА ЛЕЙКОЦИТУРИЯ_____ХАРАКТЕРА

А нейтрофильного
Б моноцитарного
В лимфоцитарного
Г эозинофильного

КОСНОВНОМУ МЕТОДУ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕФРИТА ОТНОСЯТ

А биопсию почки
Б цистоскопию
В экскреторную урографию
Г ультразвуковое исследование

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОВОДОМ ДЛЯ УРОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

А рецидивирующая инфекция мочевых путей
Б появление отеков
В повышение артериального давления
Г боль в поясничной области

В СТАДИЮ ОЛИГОАНУРИИ ОПН (ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ) В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ

А ацидоз
Б гиперкальциемия
В гипербилирубинемия
Г гипопротеинемия

ПРИ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ СНИМОК В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ РЕБЕНКА ДЕЛАЕТСЯ ДЛЯ

А выявления патологической подвижности почки
Б выявления камня лоханки
В диагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса
Г определения функции почки

ПРИ БОЛЕЗНИ ДЕ ТОНИ-ДЕБРЕ-ФАНКОНИ НАБЛЮДАЮТ

А снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов в проксимальных канальцах
Б нарушение аммониогенеза и секреции ионов водорода в дистальных отделах почечных канальцев
В повышение реабсорбции бикарбонатов натрия, кальция, фосфатов в проксимальных канальцах
Г повышение реабсорбции глюкозы, бикарбонатов натрия, фосфатов в проксимальных канальцах

К НЕОБХОДИМЫМ ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ И ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ ОТНОСЯТ

А управляемое мочеиспускание (каждые 3 часа)
Б иглорефлексотерапию
В лечебный массаж
Г иммуномодулирующую терапию

ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

А протеинурия
Б гипертония
В гипофибриногенемия
Г гиполипидемия

ОБНАРУЖЕНИЕ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ ЦИЛИНДРОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А острого гломерулонефрита
Б острого цистита
В хронического вульвовагинита
Г острого пиелонефрита

ПОЛИУРИЯ - УВЕЛИЧЕНИЕ СУТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА МОЧИ, ПРЕВЫШАЮЩЕЕ ВОЗРАСТНУЮ НОРМУ НА

А 50% и более
Б 30% и более
В 10% и более
Г 20% и более

ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ПРОТЕИНУРИИ ВЕРОЯТНО ПОРАЖЕНИЕ

А клубочков
Б петель Генле
В собирательных трубочек
Г дистальных канальцев

ПОЧЕЧНЫЕ ОТЕКИ

А бледные
Б цианотичные
В появляются только на ногах
Г появляются только вечером

У РОДСТВЕННИКОВ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ АЛЬПОРТА МОЖНО ВЫЯВИТЬ

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

ПРИ ЦИСТОГРАФИИ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

А пузырно-мочеточникового рефлюкса
Б пузырно-кишечного свища
В дивертикула мочевого пузыря
Г незаращённого урахуса

К НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЯМ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

А повышение уровней мочевины и креатинина в сыворотке крови
Б метаболический ацидоз и повышение уровня мочевины в сыворотке крови
В гиперкалиемию и метаболический ацидоз
Г повышение уровней мочевины и калия в сыворотке крови

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВИДОМ ПРОТЕИНУРИИ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А ортостатическая
Б алиментарная
В нефротическая
Г персистирующая

ЦИЛИНДРУРИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

А нефротического синдрома
Б мочекаменной болезни
В ночного энуреза
Г травмы почки

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТЫХ ОТЕКОВ У РЕБЕНКА С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ПРОВОДЯТ ПРОБУ

А МакКлюра-Олдрича
Б Аддиса-Каковского
В Нечипоренко
Г Реберга

ДЛЯ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И

А гемолитическая анемия, тромбоцитопения
Б холестатический гепатит, гемолитическая анемия
В тромбоцитоз, холестатический гепатит
Г гемолитическая анемия, респираторный дистресс-синдром

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, РЕМИССИЯ КОТОРОГО ДОСТИГНУТА НА ФОНЕ ИЛИ ПОСЛЕ КУРСА ПРЕДНИЗОЛОНОТЕРАПИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

А стероидочувствительным
Б стероидорезистентным
В стероидозависимым
Г часторецидивирующим

УЧАЩЕННЫЕ, БОЛЕЗНЕННЫЕ МОЧЕИСПУСКАНИЯ В СОЧЕТАНИИ С БОЛЯМИ В НАДЛОБКОВОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

А цистита
Б рефлюкс-нефропатии
В гломерулонефрита
Г пиелонефрита

СИНДРОМ АЛЬПОРТА В ОТЛИЧИЕ ОТ БОЛЕЗНИ ТОНКИХ БАЗАЛЬНЫХ МЕМБРАН ПРОЯВЛЯЕТСЯ

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

ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ УРОВЕНЬ КРЕАТИНИНА ОЦЕНИВАЮТ 1 РАЗ В

А месяц
Б год
В 6 месяцев
Г 3 месяца

ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ УРОВЕНЬ МОЧЕВИНЫ ОЦЕНИВАЮТ 1 РАЗ В

А месяц
Б 3 месяца
В год
Г 6 месяцев

ПРИ ОБОСТРЕНИИ ПИЕЛОНЕФРИТА АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ ДНЕЙ

А 10-14
Б 3-5
В 5-7
Г 7-10

В СТАДИЮ УРЕМИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТМЕЧАЕТСЯ

А гипокалиемия
Б гиперазотемия
В полиурия
Г бактериурия

ДЛЯ СИНДРОМА ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

А характерна лихорадка
Б характерен энурез
В характерна никтурия
Г характерна гематурия

ДЛЯ СИНДРОМА ПОРАЖНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

А характерна бактериурия
Б характерен энурез
В характерна гематурия
Г характерна никтурия

ДЛЯ СИНДРОМА ПОРАЖНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

А характерна лейкоцитурия
Б характерен энурез
В характерна гематурия
Г характерна никтурия

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТЫХ ОТЕКОВ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ

А суточного диуреза и водного баланса
Б протеинурии и количества выпитой жидкости
В артериального давления и ритма мочеиспусканий
Г артериального давления и водного баланса

СРОКИ КАРАНТИНА ПРИ КРАСНУХЕ СОСТАВЛЯЮТ (ДЕНЬ)

А 21
Б 26
В 10
Г 7

КАРАНТИН ПО ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ ДЛИТСЯ ДО (ДЕНЬ)

А 21
Б 5
В 24
Г 7

ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А полиморфизм сыпи
Б геморрагический синдром
В длительная фибрильная лихорадка
Г гепатоспленомегалия

ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫЙ ЧЕЛОВЕК ПРЕДСТАВЛЯЕТ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ

А на всех стадиях заболевания
Б только в стадии острой инфекции
В только в терминальной стадии
Г в периодах, клинически выраженных

ПРИ ВИЧ- ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ ОЧЕНЬ РЕДКО

А саркома Капоши

Б увеличение околоушных желез
В пневмоцистная пневмония
Г кандидоз пищевода

В ПОЛЬЗУ ЛЕГКОЙ ФОРМЫ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

А небольшое количество сыпи на коже
Б длительный период высыпания
В высокая лихорадка
Г наличие сыпи на слизистых

ОПОЯСЫВАВШИЙ ГЕРПЕС ВОЗНИКАЕТ У ЧЕЛОВЕКА ПЕРЕНЕСШЕГО

А ветряную оспу
Б инфекционный мононуклеоз
В корь
Г краснуху

ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А вирус
Б риккетсия
В простейшее
Г бактерия

КРАСНУХОЙ ЧАЩЕ БОЛЕЮТ ДЕТИ В ВОЗРАСТЕ

А 2-9 лет
Б до 1 года
В 10-15 лет
Г 1-2 лет

ДИАГНОЗ «ГРИПП» ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ

А методом ПЦР (слизь из носовых ходов)
Б выделением вируса из кала
В посевом крови на желчный бульон
Г посевом кала на обычные питательные среды

ИЗМЕНЕНИЯ В РОТОГЛОТКЕ ПРИ КОРИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

А пятен Филатова- Коплика
Б застойной гиперемии слизистых
В везикул на дужках миндалин
Г налетов на миндалинах

ПАТОГНОМИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ КОРЕВОЙ СЫПИ ЯВЛЯЕТСЯ

А этапность высыпания
Б сыпь на волосистостой части головы
В милиарная сыпь
Г начало сыпи с нижних конечностей

ОСНОВНЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А иммунизация в предэпидемический период
Б изоляция всех контактных
В проведение очаговой дезинфекции с изоляцией контактных
Г лечение больных

ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ СИМПТОМОМ БРОНХИОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ ДИФФУЗНЫЕ _____ ХРИПЫ

А мелкопузырчатые влажные
Б крупнопузырчатые влажные
В разнокалиберные влажные
Г сухие свистящие

ЗАРАЗНЫЙ ПЕРИОД ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ДЛИТСЯ С КОНЦА ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ДО

А пятого дня с момента появления последних элементов сыпи
Б момента появления первых элементов сыпи
В третьего дня с момента появления сыпи
Г момента появления последних элементов сыпи

СРОК ИЗОЛЯЦИИ БОЛЬНОГО С ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ СОСТАВЛЯЕТ

А до 5 дня от момента появления последних элементов сыпи.
Б 7 дней от начала заболевания
В 5 дней от начала высыпаний, при сложениях – 10 дней
Г 21 день от момента появления сыпи

ВЫСЫПАНИЯ ПРО ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ ВОЗНИКАЮТ

А в течение нескольких дней толчкообразно
Б одномоментно
В поэтапно: в 1 день болезни- на лице, во 2 день болезни- на туловище , на 3 день болезни на конечностях
Г поэтапно: в 1 день болезни-на лице , во 2 день болезни- на туловище , на 3 день болезни- на конечностях , на 4 день- на ладонях

У ДЕТЕЙ РОЖДЕННЫХ МАТЕРЯМИ ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ, В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ АНТИТЕЛА К ВИЧ В КРОВИ ИМЕЮТСЯ (%) случаев

А 100
Б 25
В 10
Г 50

ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ИСПОЛЬЗУЮТ

А противовирусные препараты
Б бактериофаги
В антибиотики
Г раствор бриллиантовой зелени

ЛИМФАДЕНОПАТИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ

А генерализованная, с первых дней болезни до периода реконвалесценции
Б локализованнная (любая группа лимфоузлов), продолжается весь лихорадочный период
В локализованная (шейная, подчелюстная) с первых дней болезни и до конца 2 недели заболевания
Г генерализованная, с конца первой недели сохраняется в течение нескольких месяцев

ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ

А серозным менингитом и миокардитом
Б пиелонефритом и циститом
В отоантритом и мастоидитом
Г пневмонией и бронхитом

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАН

А рекомбинантный а-2b- Интерферон
Б Левомицетина сукцинат
В Цефотаксим
Г Ацикловир

СЫПЬ ПРИ КРАСНУХЕ

А пятнисто- папулезная
Б геморрагическая
В уртикарная
Г мелкоточечная

КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ МОГУТ БЫТЬ

А желтуха , анемия , тромбоцитопения, гепатоспленомегалия
Б глухота , катаракта , врожденный порок сердца
В гипотрофия , интерстициальная пневмония , геморрагическая сыпь
Г пузыри на ладонях и стопах

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ «ЛАЮЩЕГО КАШЛЯ», ОСИПЛОСТИ ГОЛОСА, УДЛИНЕННОГО ВДОХА-ЭТО

А острый стонозирующий ларингит
Б острая пневмония
В бронхиальная астма
Г острый бронхит

ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ВРОЖДЕННОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

А Ацикловир
Б Ампициллин
В Амфотерицин
Г Азитромицин

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А общей интоксикацией , поражением слюнных желез , железистых органов, нервной системы
Б синдромом диареи, развитием обезвоживания
В поражением только нервной системы (серозный менингит) или только железистых органов (поджелудочной ,половых и др)
Г поражением слизистых оболочек нижних дыхательных путей, развитием ларингита

ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГРИППА СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А Высокая температура тела
Б Желтуха
В Увеличение печени
Г Боль при мочеиспускании

ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А Появление атипичных мононуклеаров
Б Анемия
В Эозинофилия
Г Нейтрофильный лейкоцитоз

РЕСПИРАТОРНО-СИНТИЦИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЕТ

А Бронхиолоит
Б Острый ринит
В Пневмонию
Г Вирусную диарею

ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ СЫПЬ БЫВАЕТ

А С ложным полиморфизмом
Б Пятнисто-папулезной
В Мелкоточечной со сгущением в кожных складках
Г Мелкопятнистой

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

А Предшествующую врожденную или приобретенную инфекцию
Б Наличие заболевания , требующего противовирусного лечения
В Перенесенное внутриутробно инфицирование цитомегаловирусом
Г Генерализацию инфекции в связи с иммунодефицитным состоянием

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИВОДИТ К ФОРМИРОВАНИЮ БРОНХИОЛИТА ВИРУС

А Респираторно-синтициальный
Б Аденовирус
В Гриппа
Г Парагриппа

ПЕРСИСТИРОВАНИЕ И НАКОПЛЕНИЕ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ ПРОИСХОДИТ В ТКАНИ

А Лимфоидной
Б Нервной
В Мышечной
Г Костной

ВЕДУЩИМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ОСТРЫЙ БРОНХИОЛИТ, ЯВЛЯЕТСЯ

А Респираторно- синтициальный вирус
Б Коронавирус
В Ротавирус
Г Метапневмовирус

ВОЗБУДИТЕЛЕМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А Вирус Эпштейна- Барр.
Б Золотистый стафилококк
В Вирус простого герпеса второго типа
Г Гемолитический стрептококк группы А

ПОСЛЕКОНТАКТНАЯ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ

А Проводится в первые 96 часов после контакта
Б Не проводится в связи с неэффективностью и сложностью организации
В Эффективна только в первые 48 часов после контакта
Г Может быть проведена только в первые 72 часа после контакта

ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А Парамиксовирус
Б Герпес – Вирус
В Коринобактерия дифтерии
Г Вирус Эпштейн Барр

ДЛЯ ЭКСПРЕСС ДИАГНОСТИКИ ОРВИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

А Метод иммунофлюоресценции
Б Вирусологический метод
В Реакция связывания комплемента
Г Реакция торможения гемагглютинации

ПРЕДВАРИТЕЛЬНО ЗДОРОВЫХ ПАЦИЕНТОВ С НЕТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ

А Не является .рациональным поскольку заболевание носит самокупирующийся характер
Б Зависит от того , насколько достоверно подтверждена этиология мононуклеозоподобного синдрома
В Является обязательным поскольку эти препараты могут предотвратить возникновение осложнений
Г Является полезным поскольку даже при лёгких формах болезни эти препараты влияют в значительной степени на тяжесть и длительность

ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А Воздушно-капельный
Б Водный
В Трансмиссивный
Г Вертикальный

В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ ПРИОБРЕТЕННОЙ КРАСНУХЕ ОТМЕЧАЮТСЯ

А Лейкопения , лимфоцитоз, плазматические клетки , СОЭ в норме
Б Лейкоцитоз , лимфопения , плазматические клетки , СОЭ в норме
В Лейкоцитоз , лимфопения , СОЭ ускорена
Г Лейкопения , лимфопения , моноцитоз, СОЭ в норме

ОТВЛЕКАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КРУПЕ ВКЛЮЧАЕТ

А Теплые ножные и ручные ванны
Б Постановку банок на грудную клетку
В Холодные обертывания
Г Массаж в дренажном положении

ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ

А Лимфаденопатии, гепатоспленомегалии
Б Ларингита, развития стеноза гортани
В Диареи, эксикоза
Г Вялых парезов, параличей

СЫПЬ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ

А Везикулезная
Б Пятнисто-папулезная
В Геморрагическая
Г Уртикарная

К РАЗВИТИЮ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ

А Отсутствие иммунитета у матери
Б Несоблюдение гигиенического режима
В Недостаточное питание
Г Отягощенный преморбидный фон

КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ РЕШАЮЩИМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «МЕНИНГИТ»?

А Исследование ликвора
Б Бактериологическое исследование слизи из носоглотки
В Общий анализ крови
Г Общий анализ мочи

ВИЧ ОТНЕСЕН К СЕМЕЙСТВУ

А Ретровирусов
Б Пикорнавирусов
В Ортомиксовирусов
Г Реовирксов

ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА БАРР НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ

А Бессимптомная форма заболевания
Б Генерализованная лимфаденопатия
В Вторичное иммунодефицитное состояние
Г Инфекционный мононуклеоз

ПРИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРЕН СТУЛ

А Жидкий , водянистый , без патологических примесей
Б Жидкий , типа «малинового желе»
В Скудный , типа «ректального плевка»
Г Жидкий , типа «лягушачей икры»

ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА МЕНИНГИТ РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ

А Исследование ликвора
Б Бактериологическое исследование слизи из носоглотки
В Общий анализ крови
Г Общий анализ мочи

РАЗВИТИЕ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА ВОЗМОЖНО У ЧЕЛОВЕКА ПЕРЕНЕСШЕГО

А Ветряную оспу
Б Простой герпес
В Корь
Г Инфекционный мононуклеоз

ВОЗБУДИТЕЛЕМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА

А Вирус Эпштейна Барр
Б Вирус Зика
В Бактерия Listeria monocytogenes
Г Вирус Эбола

ПОЯВЛЕНИЕ СЫПИ ПРИ КРАСНУХЕ ПРОИСХОДИТ

А В течение нескольких часов
Б Всегда с нормализацией температуры тела

В Поэтапно в течение 3 дней
Г Волнообразно в течение недели

ИЗОЛЯЦИЯ БОЛЬНОГО С ГРИППОМ ДЛИТСЯ

А Не менее 7 дней от начала заболевания
Б 10 дней от начала заболевания
В До исчезновения температуры
Г До исчезновения клинических проявлений

ДАЙТЕ ПОДРОБНУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ СЫПИ ПРИ ТИПИЧНОЙ КОРИ У ДЕТЕЙ

А Пятнисто-папулезная , характерна этапность высыпания
Б Полиморфная , характерны симптомы «капюшона» , «перчаток», «носков»
В Мелкопятнистая , преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей
Г Мелкоточечная , на сгибательных поверхностях конечностей

ПУТЕМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ ЯВЛЯЕТСЯ

А Половой
Б Пищевой
В Воздушно-капельный
Г Водный

СТЕНОЗ ГОРТАНИ ПРИ ОРВИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ПРИСТУПА КОКЛЮША

А Отсутствием реприз
Б Наличием удлиненного затрудненного выдоха
В Отсутствием втяжения при вдохе уступчивых мест грудиной клетки
Г Наличием реприз

ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

А Боль при жевании и разговоре
Б Стенотическое дыхание
В Сухость кожных покровов
Г Нормальная температура тела

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

А Вирусы
Б Простейшие
В Бактерии
Г Грибы

В ПРОДРОМАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ВОЗМОЖНО ПОЯВЛЕНИЕ СЫПИ

А Скарлатиноподобной
Б Розеолезной
В Кореподобной
Г Геморрагической

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ КОРТИКОСТЕРОИДАХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А Длительность заболевания
Б Значительная обструкция дыхательных путей, связанная с гипертрофией небных и носоглоточной миндалин
В Выраженная тромбоцитопения
Г Клиническое подозрение на миокардит

ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬНОЙ

А Опоясывавшим герпесом
Б Натуральной оспой
В Герпетическим стоматитом
Г Офтальмогерпесом

ВОЗБУДИТЕЛЬ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ОТНОСИТСЯ К СЕМЕЙСТВУ

А Герпесвирусов
Б Энтеровирусов
В Грамоотрицательных кокков
Г Грамположительных кокков

КАКОЕ СОЧЕТАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА

А Длительная лихорадка , генерализованная лимфаденопатия , тонзиллит
Б Локальная лимфаденопатия , выраженная лихорадка, катаральный тонзиллит
В Лимфаденопатия , гепатолиенальный синдром , фибрильная лихорадка
Г Генерализованная лимфаденопатия , язвенно-некротический тонзиллит

МАМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СТРИДОРА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А Ложный круп
Б Аспирация инородного тела
В Анафилаксия
Г Эпиглотит

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ИСПОЛЬЗУЮТ

А Ацикловир в таблетках
Б Ибупрофен в сиропе
В Амброксол в растворе
Г Гепариновая мазь

СРЕДИ ФОРМ АКТИВНОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ НЕ НУЖДАЕТСЯ В ЛЕЧЕНИЕ ПРОТИВОВИРУСНЫМИ СРЕДСТВАМИ

А инфекционный мононуклеоз
Б цитомегаловирусный ретинит
В цитомегаловирусная болезнь
Г цитомегаловирусный пневмонит

КОЛИЧЕСТВО CD4-ЛИМФОЦИТОВ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

А снижается
Б повышается, затем снижается
В остаётся неизменным
Г повышается

К СИМПТОМАМ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ

А катаральные явления в ротоглотке , конъюнктивит
Б менингеальные знаки
В боли в суставах, в мышцах
Г узловатая эритема и импетиго

ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ КРАСНУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

А больной врожденной или приобретенной краснухой
Б больной только врождённой краснухой
В вирусоноситель
Г больной только приобретённой краснухой

РОТОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПРОТЕКАЕТ ПО ТИПУ

А гастроэнтерита
Б дистального колита
В энтероколита
Г псевдомембранозного колита

КАКОЕ ЛАБОРАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА “ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ”

А вирусологическое исследование (слизь из зева и носа)
Б общий анализ мочи
В общий анализ крови
Г бактериологическое исследование кала

ВИРУС ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ПОПАДАЕТ В ЖЕЛЕЗИСТЫЕ ОРГАНЫ

А гематогенно
Б через проток в слюнной железы
В аэрогенно
Г лимфогенно

ИЗМЕНЕНИЕ ДЫХАНИЯ ПРИ ЛОЖНОМ КРУПЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

А инспираторной одышки
Б смешанной одышки
В экспираторной одышки
Г дыхания Чейн-Стокса

ФАРИНГОКОНЪЮНКТИВАЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

А аденовирусной инфекции
Б риновирусной инфекции
В парагриппе
Г гриппе

ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТМЕЧАЕТСЯ

А лихорадка
Б фолликулярная ангина
В положительный симптом Ортнера
Г некротическая ангина

ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ

А атипичные мононуклеары + лимфоцитоз
Б нейтрофилез+атипичные мононуклеары
В лимфопения +атипичные мононуклеары
Г нейтрофилез + лимфопения

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ ПРИ КОРИ

А не проводится
Б проводится сотрудниками дезинфекционной службы
В проводится сотрудниками дезинфекционной службы и силами населения
Г проводится силами населения

К ОСОБЕННОСТЯМ ТЕЧЕНИЯ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСЯТ

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

ПРИ ИНФОРМИРОВАНИИ НАСЕЛЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НЕОБХОДИМО ОБЬЯСНЯТЬ, ЧТО

А существуют надежные тесты для диагностики ВИЧ
Б ребенок может заразиться ВИЧ в детском саду от других детей
В возможно заражение при случайном контакте с носителем ВИЧ в общественном месте
Г кровососущие насекомые способны передавать ВИЧ человеку

ОРГАНОМ-МИШЕНЬЮ ДЛЯ ВИРУСА ПАРАГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ
А гортань
Б трахея
В бронхиола
Г ротоглотка

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ОРВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
А интерферон альфа-2b
Б тилорон
В осельтамивир
Г умифеновир

ПЦР ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ ДНК
А аденовируса
Б ортомиксовируса
В риновируса
Г энтеровируса

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЛАРИНГИТА ОТНОСЯТ
А “лающий кашель”, осиплость голоса, инспираторную одышку
Б приступообразный кашель с ‘репризами’ с последующим отхождением мокроты либо рвоты
В затруднение носового дыхания, боль при глотании, частый сухой кашель
Г малопродуктивный кашель с вязкой мокротой, экспираторную одышку

ПАРАЛИЧИ ПРИ ПАРАЛИТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ПОЛИОМИЕЛИТА БЫВАЮТ
А острое, вялые, с раннем развитием мышечной атрофии
Б постепенно нарастающие, сопровождаются потерей чувствительности
В острое, спастического характера

Г вялое, с быстрым полным восстановлением

СИМПТОМ, ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ДЛЯ ТИПИЧНОЙ КОРИ, ЯВЛЯЕТСЯ
А пятна Бельского- Филатова
Б ринит
В светобоязнь
Г кашель

РОТОВИРУСНЫЙ ГАСТРОЭНТЕРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗВИТИЕМ
А лактазной недостаточности
Б синдрома крупа
В ожирения
Г панкреатической недостаточности

СЫПЬ ПРИ КОРИ
А пятнисто-папулезная
Б геморрагическая
В мелкоточечная
Г уртикарная

ПОРАЖЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А полиаденией с преимущественным поражением шейных лимфоузлов
Б увеличением паховых лимфоузлов
В увеличением переднешейных лимфоузлов с выраженным отеком подкожной клетчатки
Г увеличением затылочных лимфатических узлов

ПАРАЛИТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ПОЛИОМИЕЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А спинальная
Б менингиальная
В абортивная
Г инапарантная

2.2. Оценочные средства для 2 этапа государственного экзамена- собеседование

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N1

Вызов врача-педиатра участкового на дом к ребенку 5 лет.

Жалобы. Повышение температуры до 39,5ºС; озноб; отсутствие аппетита; сильная головная боль; боли в мышцах и суставах; слабость, першение в горле; сухой кашель.

Анамнез заболевания. Ребенок заболел остро вчера вечером, когда повысилась температура до 40°С, сильно заболела голова, появились боли в мышцах и суставах, першение в горле. На следующий день сохранялась фебрильная лихорадка, слабость, головная боль, озноб, пропал аппетит, появился сухой кашель.

Анамнез жизни. Аллергоанамнез: спокойный. Вакцинирован в соответствии с календарем, от гриппа в данный эпидемический сезон не привита. Туберкулезный анамнез: не отягощен. Реакция Манту отрицательная. Бытовые условия удовлетворительные, отдельная квартира. Эпиданамнез: накануне заболевания была на утреннике и в контакте с бабушкой, больной ОРИ.

Объективный статус

Фебрильная лихорадка до 39,5°С. Кашель частый, сухой. Легкая гиперемия лица, инъекция сосудов склер, скудные слизистые выделения из носа. Слизистые оболочки дужек, небных миндалин, задней стенки глотки умеренно гиперемированы. На коже лица единичные петехии. Тахикардия, тоны

сердца приглушены, шумов нет. Дыхание проводится во все отделы, жесткое. Живот безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Норма	Результат
Гемоглобин,г/л	110-140	120
Эритроциты, 10^{12}/л	3,5-4,5	3,6
ЦП	0,90	0,89
Лейкоциты, 10^9/л	5-12	3,5
п/я нейтрофилы,%	0,5-5	2
с/я нейтрофилы,%	25-60	30
Лимфоциты,%	26-60	60
Моноциты,%	2-10	8
Тромбоциты, 10^9/л	160-390	190
СОЭ, мм/час	4-12	10

Метод иммунофлюоресценции мазков из носоглотки: Обнаружены антигены вируса гриппа типа А (H1N1/09/Калифорния).

ПЦР к возбудителям: Выявлена РНК вируса гриппа типа А (H1N1/09/Калифорния).

Исследование времени свертывания и длительности кровотечения: начало свертывания – 20 сек., завершение процесса свертывания – 5,5 минут.

Результаты инструментальных методов обследования: Рентгенография органов грудной клетки: усиление бронхо- сосудистого рисунка, очаговых теней нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 2

К ребенку 2-х лет был вызван участковый врач.

Жалобы. Слабость; снижение аппетита; кашель; заложенность носа, обильное отделяемое из носа; подъем температуры до 38,5°С.

Анамнез заболевания. Болен в течение 3-х дней: вяловат, капризен, снижен аппетит. В первые 2 дня температура повышалась до 37,8°С. Сегодня отмечается подъем температуры до 38,5°С, беспокоит влажный кашель, обильное отделяемое из носа, заложенность носа, слезотечение. Неделю назад стал посещать занятия в детском клубе.

Анамнез жизни. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей физиологически. Роды, нормальные, в срок. Мр=3150 г, длина 52 см. Аллергоанамнез не отягощен. Туберкулезный анамнез: не отягощен. Реакция Манту отрицательная. Травмы: нет. Операции: нет. Гемотрансфузии не проводились. Перенесенные заболевания: ОРВИ 1 раз в год. Пневмония в 9 месяцев. Детские инфекции: нет. Вакцинация проводилась в соответствии с календарем.

Объективный статус. Состояние средней тяжести. Температура тела 38,5°С. Отечность век, гиперемия конъюнктив. Лимфатические узлы всех групп увеличены до 2 см, безболезненные, эластичные. В зеве умеренная разлитая гиперемия, миндалины 1 степени, задняя стенка глотки гиперемирована, отечна, бугриста. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное отделяемое из носа слизисто-гнойного характера. В легких жесткое дыхание, выслушиваются проводные хрипы. Область сердца и магистральных сосудов визуально не изменена. Перкуторно границы относительной тупости сердца в пределах возрастной нормы. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Пищеварительная система: язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот обычной формы, симметричный, активно участвует в акте дыхания, доступен глубокой пальпации,

безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Мочевыделительная система: область почек визуально не изменена. Пальпация области почек безболезненна. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча желтая, прозрачная. Наружные половые органы развиты и сформированы правильно. Нервная система: в сознании, активна, на осмотр реагирует адекватно, на вопросы отвечает. Менингеальных симптомов нет.

Результат обследования:

ПЦР мазков отпечатков из носа к возбудителям респираторных инфекций: выявлена ДНК аденовируса.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 3

Вызов на дом к ребёнку 3 лет.

Жалобы. Повышение температуры тела до 37,8°С; грубый кашель, осиплость голоса.

Анамнез заболевания. Мальчик болен первые сутки. Заболел остро: ночью появился грубый кашель, утром повышение температуры тела до 37,8°С, сухой кашель, голос незначительно осип. Вызвали участкового педиатра.

Анамнез жизни

Мальчик от I нормально протекавшей беременности и родов. Родился в срок с массой 3800 г, ростом 52 см. Из роддома выписан на 5 сутки. Находился на грудном вскармливании до 8 месяцев. В развитии от сверстников не отстает, посещает детский сад в течение 4 месяцев, за это время переболел 2 раза ОРВИ. Привит по календарю.

Туберкулезный анамнез: не отягощен. Реакция Манту отрицательная.

Объективный статус

Самочувствие не страдает, температура тела 37,5°С. Кожные покровы розовые, чистые. Пальпируются подчелюстные, переднешейные и заднешейные лимфатические узлы размером до 0,5 см, подвижные, безболезненные, мягко-эластической консистенции. В зеве отмечается умеренная гиперемия дужек, задней стенки глотки, миндалин, налетов нет. Частота дыхательных движений 30 в минуту. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Перкуторно над легкими - ясный легочный звук. Тоны сердца ритмичные, ясные. Частота сердечных сокращений 115 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется на 1,5 см ниже правой реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и диурез в норме.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Ед.изм.
Гемоглобин	120	160	127	г/л
Гематокрит	31	44	33	%
Эритроциты	4,1	4,3	4,1	млн/мкл
Тромбоциты	156	408	283	тыс/мкл
Лейкоциты	4,5	13	8,5	тыс/мкл
Нейтрофилы			29	%
п/я	1	5	2	%
с/я	45	60	27	%
Лимфоциты	25	40	68	%
Моноциты	0	13	3	%

Базофилы	0	1	0	%
Эозинофилы	0,5	5	0	%
СОЭ	2	10	13	мм/час

Определение РНК вируса парагриппа методом ПЦР в крови: обнаружен.
Определение антигенов вируса парагриппа в смывах из носа: обнаружен.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 4

Вызов на дом к ребёнку 6 лет.

Жалобы. Повышение температуры тела до 39°С; боль в горле; высыпания на коже.

Анамнез заболевания. Мальчик болен третьи сутки. Заболевание началось остро с повышения температуры тела до 39°С и появления боли в горле при глотании. К концу первых суток появилась сыпь на лице, ладонях, стопах.

Анамнез жизни. Рос и развивался по возрасту. Травм и операций не было. Детские инфекции: не болел. Аллергоанамнез: не отягощен. Туберкулезный анамнез: не отягощен. Реакция Манту отрицательная. Вакцинирован в соответствии с календарем. Эпидемиологический анамнез: купался в водоеме 7 дней назад.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Лихорадка 38,7°С. Пятнисто-папулезная сыпь, псевдовезикулы вокруг рта, на ладонях, стопах. На мягком небе и язычке эритематозные папулы, везикулы, гиперемия, зернистость задней стенки глотки. Тоны сердца ясные, звучные. Частота сердечных сокращений 100 в минуту. Дыхание проводится во все отделы, везикулярное. Частота дыханий 23 в минуту. Живот умеренно вздут, безболезненный, печень +2,5 см +2,0 см + 2,0 см, плотно-эластической консистенции; селезенка не увеличена. Очаговых и менингеальных симптомов нет.

Стул кашицеобразный без патологических примесей 3 раза в сутки.

Результаты лабораторных методов обследования:

Определение антигена вируса в кале методом мРСК (экспресс-диагностика): обнаружен антиген энтеровируса Коксаки А16 в фекалиях методом модифицированной реакцией связывания комплемента.

Выделение РНК вируса в смыве из ротоглотки и в методом ПЦР: РНК энтеровируса Коксаки А16 обнаружена в смывах из ротоглотки.

Вирусологическое исследование кала на вирусы: выделен вирус Коксаки.

Результаты инструментальных методов обследования:

Фарингоскопия: на слизистой мягкого неба и язычка эритематозные папулы. Гиперемия, зернистость задней стенки глотки.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 5

Осмотр в боксе поликлиники ребенка 5 лет.

Жалобы. Повышение температуры тела до 38,2°С, появление сыпи на коже головы и туловища.

Анамнез заболевания. Ребенок болен вторые сутки. Заболевание началось с повышения температуры тела до 37,3°С, появилась пятнистая сыпь на коже головы и туловища. К врачу не обращались. К концу 1-х суток состояние ухудшилось, температура тела повысилась до 38,2°С, наряду с новыми пятнистыми элементами отмечаются папулы, везикулы, единичные пустулы, появились высыпания на слизистой полости рта, на конъюнктиве.

Анамнез жизни. Аллергоанамнез: не отягощен; Вакцинирован по национальному календарю; Перенесенные заболевания: редкие ОРВИ. Наблюдается отоларингологом по поводу аденоидов II степени. Посещает детский сад. Эпидемиологический анамнез: 14 дней назад был контакт с больным ветряной оспой в детском саду.

Объективный статус. Состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,3°С. Кожные покровы бледно-розовые. На лице, волосистой части головы, туловище и конечностях имеются множественные элементы сыпи (пятна, папулы, везикулы, пустулы). Сыпь отсутствует на ладонях и подошвах. На слизистой ротовой полости везикулы, единичные эрозии. Конъюнктива гиперемирована. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, систолический шум в 5 точке, на верхушке, частота сердечных сокращений 122 в минуту. Дыхание проводится во все отделы, пуэрильное. Живот безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Результаты лабораторных методов обследования:

Анализ крови на IgM к Varicella Zoster методом ИФА: обнаружены IgM к вирусу Varicella Zoster.

Общий анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Ед.изм.
Гемоглобин	110	140	126	г/л
Гематокрит	30	45	35	%
Эритроциты	3,5	4,5	4,3	млн/мкл
Тромбоциты	160	390	254	тыс/мкл
Лейкоциты	6	12	4,5	тыс/мкл
Нейтрофилы				%
п/я	0,5	5	3	%
с/я	25	40	34	%
Лимфоциты	25	60	59	%
Моноциты	2	10	3	%
Базофилы	0	1	0	%
Эозинофилы	0,5	5	1	%
СОЭ	2	10	12	мм/час

Исследование содержимого везикул на антиген возбудителя (РИФ): антигены вируса Varicella Zoster - «+++».

Результаты инструментальных методов обследования:

Офтальмоскопия: глаза раздражены (эрритированы), скудное слизистое отделяемое в конъюнктивальной полости, конъюнктивальная инъекция, на роговице определяются древовидные поверхностные инфильтраты с дефектом эпителия. Заключение: кератоконъюнктивит.

Фарингоскопия: на небных дужках, слизистой глотки множественные везикулы, эрозии.

Электрокардиография: синусовая тахикардия, ЧСС=120. Уплощенный зубец Т (III), элевация ST (V1, V2). ЭКГ-признаки дистрофических изменений миокарда ЛЖ.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 6

Был вызван участковый врач к мальчику 5 лет.
Жалобы. Подъем температуры до 37,9°С, кашель, насморк, сыпь.
Анамнез заболевания. Заболел остро, поднялась температура до 37,7°С, появился кашель, насморк. В течение 2 дней температура тела держалась на уровне 37,5-37,9°С, отмечалась умеренная слабость. На 4-й день болезни появилась сыпь на лице. Был вызван участковый врач.
Анамнез жизни
Ребенок от 4-й беременности, протекавшей на фоне гестоза и анемии у матери. Роды 2-е (1 роды, 2 выкидыша) путем кесарева сечения на сроке 38 недель. Масса тела при рождении 4040 г, длина тела 56 см. Туберкулезный анамнез: не отягощен. Реакция Манту отрицательная. Аллергоанамнез не отягощен. Травмы: нет, Операции: нет. Гемотрансфузии не проводились. Перенесенные заболевания: ОРВИ, левосторонняя нижнедолевая пневмония в 2 года. Детские инфекции: не болел. Состоит на диспансерном учете у кардиолога: малая аномалия развития: дополнительная хорда в полости левого желудочка. Наследственность: сахарный диабет 1 типа по линии матери. БЦЖ в роддоме, затем вакцинация против инфекционных заболеваний ему не проводилась по желанию родителей.
Эпидемиологический анамнез: посещает детский сад. В детском саду карантина нет. В семье еще есть ребенок 9 лет, вакцинированный по календарю и ребенок 2-х лет, вакцинация против инфекционных заболеваний ему не проводилась по желанию родителей. Ясли не посещает.
Объективный статус. Состояние ребенка средней степени тяжести. Температура 37,9°С. Лицо пастозное. Катаральный конъюнктивит, светобоязнь. Из носа слизистое отделяемое. Кашель сухой. В зеве умеренная разлитая гиперемия, мягкое и твердое небо неравномерно-пятнистое. Слизистые щек и десен шероховатые, гиперемированы, с белыми мелкими пятнышками в области малых коренных зубов. На лице, шее, груди красная пятнисто-папулезная сыпь. На лице сыпь имеет тенденцию к слиянию.
Результаты обследования:
Серологическое исследование крови (ИФА): Выявление IgM к вирусу кори (Polinosa morbillarum).
ПЦР: выявление РНК вируса Polinosa morbillarum.
Вопросы:
1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 7

Вызов участкового врача на дом к ребенку, мальчик 7 месяцев.
Жалобы: Резкая вялость, слабость, отказ от еды, температура тела 38,8^{0}С.
Анамнез заболевания. Болен в течение 3 дней: повысилась температура тела до 37,5- 38,6 ^{0}С, ухудшился аппетит, появилась вялость, срыгивания, затем рвота (2-3 раз в сутки), жидкий стул (5-6 раз в сутки). На третий день состояние ухудшилось, наросла адинамия, сонливость, отказался от еды, стул участился до 12 раз в сутки (жидкий, обильный, водянистый, с большим количеством слизи и зелени, в некоторых порциях примесь крови).
Анамнез жизни
Ребенок от 2 беременности, 2-х срочных самостоятельных родов на 39 недель в головном предлежании. Масса тела при рождении 3640 г, длина тела 53 см. Закричала сразу. К груди приложена в родзале. Оценка по Апгар 8/8 баллов. Период адаптации без особенностей. Находится на грудном вскармливании. Период новорожденности: без особенностей. Аллергоанамнез: не отягощен. Профилактические прививки: по возрасту. Настоящее заболевание – первое.
Эпидемиологический анамнез: накануне заболевания ел творог, хранившиеся в холодильнике 3 дня, манную кашу на молоке. В семье есть сестра 4-х лет, посещает детский сад, где были случаи сальмонеллеза.

Объективный статус. На 4-й день болезни состояние тяжелое: резкая вялость, адинамия, отказ от еды, температура тела 38,8^0 С. Кожа сухая, бледная с мраморным рисунком, периоральный цианоз, конечности холодные. Тургор снижен. Язык сухой, обложен налетом. Дыхание пуэрильное, частота дыхания 46 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота сердечных сокращений 150 в минуту. Живот умеренно вздут газами, при пальпации урчание и болезненность во всех отделах. Сигмовидная кишка не спазмирована, анус сомкнут, кожа вокруг ануса мацерирована. Печень +2,5 см, селезенка +2 см., стул за прошедшие сутки 10 раз, в виде «болотной тины», сохраняется примесь слизи, зелени и крови.

Результаты лабораторных методов обследования:

Общий анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Ед.изм.
Гемоглобин	110	140	130	г/л
Гематокрит	30	45	47	%
Эритроциты	3,5	4,5	4,5	млн/мкл
Тромбоциты	160	390	254	тыс/мкл
Лейкоциты	6	12	13,5	тыс/мкл
Нейтрофилы				%
п/я	0,5	5	10	%
с/я	25	40	60	%
Лимфоциты	25	60	28	%
Моноциты	2	10	2	%
Базофилы	0	1	0	%
Эозинофилы	0,5	5	0	%
СОЭ	2	10	25	мм/час

КОС***:*** pH крови - 7,32; PCO_2 - 30 мм рт. Ст., BE - (- 8,0), PO_2 - 78мм. рт.ст.

Электролиты крови***:*** калий плазмы - 2,5 ммоль/л, натрий - 130 ммоль/л.

Общий анализ мочи***:*** удельный вес - 1010, белок - 0,033‰ , глюкоза - нет, ацетон (++) , лейкоциты - 3-5 в п/з.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 8

Вызов на дом к ребёнку 5 лет.

Жалобы: Снижение аппетит, слабость, головная боль, мышечные боли, сухой навязчивый кашель, подъем температуры тела до 38,8°С.

Анамнез заболевания: Ребенок заболел 3 дня назад, когда вечером поднялась температура тела до 38,9°С, отмечалась незначительная заложенность носа. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи, диагностировано ОРВИ, дан нурофен, ребенок оставлен дома с рекомендацией обратиться к участковому педиатру.

Анамнез жизни: Ребенок от первой нормально протекавшей беременности. Роды срочные, физиологические. Рос и развивался соответственно возрасту. С 3,5 лет посещает детский сад, стал часто болеть, дважды перенес острый бронхит. Последний эпизод респираторной инфекции - два месяца назад. Вакцинация в соответствии с возрастом. Против пневмококковой и гемофильной инфекций не привит.

Объективный статус: Состояние ребёнка средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Слизистая небных дужек слегка гиперемирована, небные миндалины гипертрофированы до II степени, налетов нет. Частота дыхательных движений 32 в минуту. Перкуторно над легкими

определяется укорочение перкуторного звука справа по задней поверхности, ниже угла лопатки. При аускультации дыхание жесткое, ослабленное справа над очагом укорочения перкуторного звука, на высоте вдоха выслушиваются крепитирующие, мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах правого легкого по задней поверхности. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, пульс 120 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул был накануне, оформленный. Диурез адекватный возрасту

Результаты обследования:

Исследование клинического анализа периферической крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Единицы измерения
Гемоглобин	120	150	125	г/л
Эритроциты	3,6	5,2	4,1	10^{12}/л
Тромбоциты	229	553	250	10^{9}/л
Лейкоциты	6	13	23	10^{9}/л
Нейрофилы п/я	1	4	5	%
Нейрофилы с/я	28	48	53	%
Лимфоциты			32	%
Моноциты	0	10	7	%
Базофилы	0	1	1	%
Эозинофилы	0	5	2	%
СОЭ	2	10	37	мм/ч

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: очагово-инфильтративные изменения в нижней доле правого легкого.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 9

Вызов на дом к ребёнку 5 лет.

Жалобы: Снижение аппетит, слабость, головная боль, мышечные боли, сухой навязчивый кашель, подъем температуры тела до 38,8°С.

Анамнез заболевания: Ребенок заболел 3 дня назад, когда вечером поднялась температура тела до 38,9°С, отмечалась незначительная заложенность носа. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи, диагностировано ОРВИ, дан нурофен, ребенок оставлен дома с рекомендацией обратиться к участковому педиатру.

Анамнез жизни:

Ребенок от первой нормально протекавшей беременности. Роды срочные, физиологические. Рос и развивался соответственно возрасту. С 3,5 лет посещает детский сад, стал часто болеть, дважды перенес острый бронхит. Последний эпизод респираторной инфекции - два месяца назад. Вакцинация в соответствии с возрастом. Против пневмококковой и гемофильной инфекций не привит.

Объективный статус:

Состояние ребёнка средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Слизистая небных дужек слегка гиперемирована, небные миндалины гипертрофированы до II степени, налетов нет. Частота дыхательных движений 32 в минуту. Перкуторно над легкими определяется укорочение перкуторного звука справа по задней поверхности, ниже угла лопатки. При аускультации дыхание жесткое, ослабленное справа над очагом укорочения перкуторного звука, на высоте вдоха выслушиваются крепитирующие, мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах правого

легкого по задней поверхности. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, пульс 120 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул был накануне, оформленный. Диурез адекватный возрасту

Результаты обследования:

Исследование клинического анализа периферической крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Единицы измерения
Гемоглобин	120	150	125	г/л
Эритроциты	3,6	5,2	4,1	10^{12}/л
Тромбоциты	229	553	250	10^{9}/л
Лейкоциты	6	13	23	10^{9}/л
Нейрофилы п/я	1	4	5	%
Нейрофилы с/я	28	48	53	%
Лимфоциты			32	%
Моноциты	0	10	7	%
Базофилы	0	1	1	%
Эозинофилы	0	5	2	%
СОЭ	2	10	37	мм/ч

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: очагово-инфильтративные изменения в нижней доле правого легкого.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 10

Вызов врача-педиатра участкового на дом к ребенку 2,5 лет.

Жалобы. На повышение температуры тела до 39,5^{0}С, повторную рвоту, головную боль

Анамнез заболевания. Ребенок заболел остро, в конце дня появилась мелкая гемморагическая сыпь на теле, кратковременные судороги, потеря сознания. Направлен в стационар с диагнозом токсический грипп.

Анамнез жизни. Аллергоанамнез: спокойный. Вакцинирована в соответствии с календарем. Туберкулезный анамнез: не отягощен. Реакция Манту отрицательная. Бытовые условия удовлетворительные, отдельная квартира. Эпиданамнез: посещает детский сад, где отмечались случаи ОРИ.

Объективный статус. Состояние тяжелое, кожа серого цвета, акроцианоз. На коже живота, груди, конечностей - геморрагическая сыпь различной величины и формы. Ребенок сонлив. Температура тела 37^0 С. Артериальное давление – 60/35 мм ртутного столба, в легких жесткое дыхание, тоны сердца аритмичные, тахикардия. Живот мягкий, печень +1 см, не мочится. Через 2 часа состояние ухудшилось, симптом белого пятна 15 секунд. Лежит в вынужденной позе, стонет, увеличилось количество геморрагических элементов на коже. Многократная рвота. Пульс частый 160 в минуту, слабый. Зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая, сохраняется олигурия. Симптом Кернига 110º, верхний и нижний симптом Брудзинского, ригидность мышц затылка.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Норма	Результат
Гемоглобин,г/л	110-140	120
Эритроциты, 10^{12}/л	3,5-4,5	3,6
ЦП	0,90	0,89

Лейкоциты, 10^9/л	5-12	17
п/я нейтрофилы,%	0,5-5	27
с/я нейтрофилы,%	25-60	53
Лимфоциты,%	26-60	10
Эозинофилы, %	0-4	2
Моноциты,%	2-10	8
Тромбоциты, 10^9/л	160-390	170
СОЭ, мм/час	4-12	30

Ликворограмма: цвет - мутный, опалесцирует, цитоз - 1800 кл/мкл, нейтрофилы - 95%, белок - 0,46 г/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 11

Вызов на дом к мальчику 8 лет.

Жалобы. Повышение температуры тела до 38,3°С; озноб, головная боль, слабость, миалгии, сухость во рту, припухлость перед ушными раковинами.

Анамнез заболевания. Болен 3 день. За 1-2 дня до развития болезни появилось недомогание, головная боль, нарушения сна и аппетита. Затем у ребенка появилось повышения температуры до 38,3°С, сухость во рту. После приема ацетаминофена на 4 часа стало лучше, купировалась головная боль и миалгии, температура снизилась до 37,3°С. Сегодня с утра появилась припухлость у углов нижней челюсти и повышение температуры до 38,5°С.

Анамнез жизни. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей физиологически. Роды 1-е, в срок, путем кесарева сечения. Вес при рождении 3860 г, длина тела 55 см. На искусственном вскармливании с рождения по желанию матери. Аллергоанамнез: аллергия к белкам коровьего молока с рождения. Туберкулезный анамнез: не отягощен. Реакция Манту отрицательная. Травмы: нет. Операции: нет. Гемотрансфузии не проводились. Перенесенные заболевания: ОРВИ 3-4 раза, ротавирусный гастроэнтерит. На диспансерном учете у узких специалистов не состоит. Привит АКДС, от других вакцинаций родители отказались.

Объективный статус

Состояние ребенка средней степени тяжести. Вялый. На момент осмотра температура тела субфебрильная 37,3°С. Кожные покровы чистые, бледные. Признаки интоксикации умеренно выражены. Пальпируются увеличенные до 1,5 см подчелюстные, переднешейные лимфатические узлы, множественные, эластичные, безболезненные. Припухлость тестоватой консистенции в области околоушных слюнных желез с утолщением кожной складки над ней. Кожа не изменена. Слизистая небных дужек слегка гиперемирована, небные миндалины гипертрофированы до II степени, налетов нет. Ткани вокруг стенонова протока воспалены. Частота дыханий 36 в минуту. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений 90 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул был накануне, оформленный. Диурез адекватный возрасту. Менингеальные знаки не выявляются.

Результаты лабораторных методов обследования:

Серологический метод (ИФА) на выявление Paramyxovirus: IgM - положительный результат; IgG - положительный результат.

Полимеразная цепная реакция на выявление РНК Paramyxovirus: выявлена РНК вируса Paramyxovirus 100000 копий.

Клинический анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Ед.изм.
Гемоглобин	120	150	129	г/л

Эритроциты	3,6	5,2	4,2	10^{12}/л
Тромбоциты	229	553	250	10^{9}/л
Лейкоциты	6	13	5,3	10^{9}/л
п/я нейтрофилы	1	4	1	%
с/я нейтрофилы	32	55	38	%
Лимфоциты	33	55	50	%
Моноциты			6	%
Базофилы			1	%
Эозинофилы			5	%
СОЭ	2	10	12	мм/час

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 12

Вызов на дом к девочке 2 года 10 месяцев.

Жалобы. Повторная рвота, частый жидкий стул (до 10 раз в сутки), боль в животе, повышение температуры тела до 39°С, жажда, отказ от еды, вялость.

Анамнез заболевания. Ребенок болен второй день. Заболевание началось с повышения температуры до 38°С, покашливания. К концу первых суток - повторная рвота (5 раз), обильный водянистый стул, с резким запахом, непереваренный, 5 раз в сутки, появилась боль в животе, вялость. Периодически девочка беспокойна, аппетит снижен, жадно пьет. По назначению педиатра получает оральную регидратацию раствором с осмолярностью более 270 млосм/л, сорбенты, преимущественно кишечного действия, антимикробный препарат.

Анамнез жизни. Росла и развивалась соответственно возрасту. Травм и операций не было. Аллергоанамнез: не отягощен. Вакцинирована в соответствии с календарем. Респираторные инфекции - до 8 раз в год. Из многодетной семьи. Эпидемиологический анамнез: в детском саду отмечались случаи острого гастроэнтерита.

Объективный статус. Состояние средней тяжести. Ребенок вялый, капризный. Температура тела 38,2°С. Кожные покровы бледно-розовые, горячие, сухие, тургор тканей снижен, черты лица заострены, голос звонкий. Язык сухой, обложен белым налетом, умеренная гиперемия задней стенки глотки, небных дужек. Тахикардия, тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 130 в минуту. Дыхание ритмичное, частота дыхания 32 в минуту. Живот вздут, болезненный при пальпации, урчание по ходу кишечника. Печень +2,0 +1,5 + 2,0 см, селезенка не пальпируется. Менингеальные симптомы отрицательные. Мочится реже обычного. Стул водянистый, обильный, желтого цвета.

Результаты лабораторных методов обследования:

Молекулярно-генетический метод выявления ротавируса: РНК ротавируса в кале - обнаружена.

Результаты инструментальных методов обследования:

УЗИ органов брюшной полости: увеличение содержимого в желудке натощак, значительное количество газов в кишечнике, реактивные изменения поджелудочной железы, печень не увеличена, эхогенность паренхимы печени не изменена, мезентериальные лимфоузлы множественные, увеличены до 12 мм.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?

5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 13

Вызов участкового врача на дом к ребенку, девочка 2 год 6 месяцев.

Жалобы: Повышение температуры тела, вялость, недомогание, рвота, жидкий стул.

Анамнез заболевания. Ребенок болен 3 дня. Заболела остро, когда повысилась температура тела до 39°С, появились 2-х кратная рвота, боли в животе и жидкий стул 5 раз. В последующие дни гипертермия сохранялась, рвота не повторялась, беспокоили боли в животе схваткообразного характера. Стул участился до 10-12 раз в сутки, стал скудным слизистым с зеленью и кровью. Отмечались «ложные позывы» на дефекацию.

Анамнез жизни. Ребенок от 2 беременности, 2-х срочных самостоятельных родов на 40-41 недель в головном предлежании. Масса тела при рождении 3340 г, длина тела 53 см. Закричала сразу. К груди приложена в родзале. Оценка по Апгар 7/8 баллов. Период адаптации без особенностей. Грудное вскармливание до 6 мес. Период новорожденности и первый год жизни: без особенностей. Аллергоанамнез: не отягощен. Профилактические прививки: по возрасту. Перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 раза в год. Семья из четырех человек проживает в 2-х комнатной квартире. Эпидемиологический анамнез: за неделю до настоящего заболевания девочка имела контакт с братом, у которого были симптомы кишечной инфекции, купировавшиеся в течение 3-х дней (анализ кала на кишечную группу бактерий в работе).

Объективный статус. Состояние средней степени тяжести. Общая бледность кожных покровов, кожа и слизистые суховаты, сыпи нет. Фебрильная лихорадка до 38,7°С. Ребенок вялый, позывы на рвоту, язык густо обложен белым налетом. Тахикардия, тоны сердца приглушены, пульс 132 удара в минуту. Дыхание проводится во все отделы, пуэрильное, частота дыхания 28 в минуту. Живот запавший, болезненный при пальпации в проекции толстого кишечника. Сигмовидная кишка спазмирована, резко болезненна при пальпации. Стул скудный, в виде комка слизи с зеленью и прожилками крови. Кожа вокруг ануса мацерирована, слизистая наружного сфинктера гиперемирована, анус податлив.

Результаты лабораторных методов обследования:

Микробиологический метод исследования кала: выделена Shigella Flexneri .

ПЦР кала на выявление ДНК шигелл: выявлена ДНК Shigella Flexneri.

Определение уровня антител в РНГА: выявлен титр антител к Shigella Flexneri 1:1200.

Результаты серологических методов обследования:

Определение уровня IgM, IgG к Shigella Flexneri методом ИФА: IgM - обнаружены; IgG - не обнаружены.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 14

Вызов врача-педиатра участкового на дом к ребенку 6 лет.

Жалобы. Повышение температуры до 39°С, озноб, головную боль, боль в мышцах, чихание.

Анамнез заболевания

Болен 2-й день. Заболел остро в период эпидемии гриппа с подъема температуры тела до 39°С, озноба, затем присоединились слабость, головная боль, боль в мышцах, чихание.

Анамнез жизни

Ребенок рожден от 2 беременности, 2 родов путем кесарева сечения. Беременность протекала без особенностей. Родился в срок с массой тела 3550 грамм, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. На первом году жизни отмечались проявления атопического дерматита. Из перенесенных заболеваний отмечают частые респираторные инфекции, ветряную оспу, острую кишечную инфекцию. Посещает детский сад. Ребенок от гриппа не привит (со слов мамы, у него медицинский отвод от вакцинации - аллергия на белок куриного яйца). Эпиданамнез: в городе эпидемия гриппа.

Объективный статус. Состояние средней тяжести. Температура тела 37,8 °С. Кожные покровы чистые, сухие, кожа горячая на ощупь, на щеках «румянец», сыпи нет. Слизистые оболочки ротоглотки гиперемированы, зернистость мягкого неба, бугристость задней стенки глотки. Из носа - скудное серозное отделяемое.

В легких: перкуторно по всем легочным полям - ясный легочный звук, аускультативно - дыхание жесткое, хрипов нет. Частота дыхания 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 118 ударов в минуту, артериальное давление 90/65 мм ртутного столба. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Диурез сохранен, мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул оформленный. Менингеальные симптомы отрицательные.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Ед.изм.
Гемоглобин	120	150	129	г/л
Эритроциты	3,6	5,2	4,2	10^{12}/л
Тромбоциты	229	553	310	10^{9}/л
Лейкоциты	6	13	3,2	10^{9}/л
п/я нейтрофилы	1	4	0	%
с/я нейтрофилы	32	55	32	%
Лимфоциты	33	55	60	%
Моноциты			6	%
Базофилы			1	%
Эозинофилы			1	%
СОЭ	2	10	7	мм/час

Иммунохроматографический экспресс-тест на грипп: антиген вируса гриппа В - положительный.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 15

Вызов на дом к ребенку 1 год 6 мес.

Жалобы. Повторная рвота; повышение температуры тела до 38,3°С; жидкий стул.

Анамнез заболевания

Болен второй день. Заболел накануне остро, когда появилась повторная рвота, повышение температуры тела до 38,3°С, жидкий стул. Вечером температура тела поднялась до 38,5°С, частая

рвота, жидкий водянистый стул, умеренные боли в животе (в околопупочной области). Сегодня температура тела 38,5°С, сохраняется частая рвота и жидкий стул.

Анамнез жизни. Рос и развивался соответственно возрасту. Искусственное вскармливание. Аллергоанамнез не отягощен. Вакцинирован по графику. Наследственность не отягощена. Перенесенные заболевания: ОРВИ, внебольничная пневмония, острый гастроэнтерит. Эпидемиологический анамнез: дома старший брат, посещающий детский сад.

Объективный статус

Температура тела 39,8°С. Вялый, пьет неохотно, аппетит снижен, капризничает, плачет без слез. Кожа бледная, с мраморным оттенком, суховата, акроцианоз. Тургор тканей и эластичность кожи снижены. Лимфатические узлы подчелюстные до 1,0 см, шейные до 0,7-0,8 см, эластичные, безболезненные, подвижные. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке сердца, пульс 160 ударов вминуту. Живот умеренно вздут, при пальпации безболезненный, урчит во всех отделах. Сигмовидная кишка при пальпации урчащая, безболезненная, не спазмирована. Печень и селезенка пальпируются у края реберной дуги.

За прошедшие сутки рвота была 8 раз, стул - 14 раз. Стул желто-зеленый, водянистый, пенистый, с резким запахом, не переваренный. Мочится редко.

Результаты лабораторных методов обследования:

ПЦР кала к возбудителям: выявлена ДНК ротавируса.

Клинический анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Ед.изм.
Гематокрит	31	43	45	%
Гемоглобин	120	150	140	г/л
Эритроциты	4,1	4,5	4,2	млн/мкл
Тромбоциты	156	380	250	тыс/мкл
Лейкоциты	4,5	9,8	4,7	тыс/мкл
Нейтрофилы палочкоядедные	1	5	10	%
Нейтрофилы сегмеентоядерные	45	60	40	%
Лимфоциты	25	40	45	%
Моноциты	0	1	5	%
Базофилы	0	1	0	%
Эозинофилы	0	5	015	%
СОЭ	2	10		мм/час

Биохимия крови:

Показатель	min	max	Результат	Единицы
Общий белок	62	82	70	г/л
Альбумины	37	55	40	г/л
Глобулины	25	35	30	г/л
С-реактивный белок	0	0	0	
Билирубин общий	8,5	21,4	12	мкмоль/л
Билирубин связанный	0,83	3,4	3	мкмоль/л
Билирубин свободный	2,56	17,3	9	мкмоль/л
АЛТ	0	Менее 40	20	Ед/л
АСТ	0	Менее 45	21	Ед/л
Щелочная фосфатаза	0	Менее 644	300	Ед/л
Глюкоза	3,3	5,5	3,5	мкмоль/л
Креатинин	35	110	80	мкмоль/л
Мочевина	4,3	7,3	5,5	мкмоль/л
Холестерин	3,7	6,5	4,4	мкмоль/л
Бета-липопротеиды	3,5	5,5	3,7	г/л

Калий	3,6	5,1	3,5	мкмоль/л
Кальций	2,3	2,8	2,4	мкмоль/л
Натрий	132	156	124	мкмоль/л
Фосфор	1	1,8	1,2	мкмоль/л

Общий анализ мочи: желтая, слабо мутная, pH 6,5, удельный вес 1031, белок- 0,033%, эритроциты-0, лейкоциты- 8 в поле зрения, цилиндры-0, соли-0, грибки-, бактерии +, желчные пигметы-0, уробилин-0, ацетон+++.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 16

Вызов на дом к ребенку 5,5 лет.

Жалобы: Повышение температуры тела до 38,9°С, выраженные боли в горле, снижение аппетита.

Анамнез заболевания: Ребенок заболел остро, сутки назад. Заболевание началось с вышеперечисленных жалоб. Дома все здоровы.

Анамнез жизни: Мальчик единственный ребенок в семье, от молодых здоровых родителей. В возрасте 3 лет ребенок оформлен в детский сад. Острыми респираторными заболеваниями болеет редко. На диспансерном учете не состоит.

Объективный статус:

Физическое развитие: рост - 121 см, масса тела - 24,5 кг, окружность грудной клетки - 60 см. Состояние средней степени тяжести за счет интоксикационного синдрома. Самочувствие страдает - беспокоит боль в горле, снижен аппетит, отмечается общая слабость. Кожные покровы чистые, бледные. Видимые слизистые чистые, в зеве яркая разлитая гиперемия. Миндалины гипертрофированы, отечные, с большим количеством гнойных фолликулов. Губы сухие. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены в размерах до 1,5- 2 см, слегка болезненные, с кожей и подкожной клетчаткой не спаяны. Носовое дыхание свободно. В легких перкуторно определяется ясный легочный звук. Аускультативно дыхание пуэрильное. Частота дыхательных движений 28 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумов нет, частота сердечных сокращений 110 в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочится свободно. Стул 1 раз в сутки.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Ед.изм.
Гемоглобин	120	150	122	г/л
Эритроциты	3,6	5,2	4,4	10^{12}/л
Тромбоциты	229	553	282	10^{9}/л
Лейкоциты	6	13	23,5	10^{9}/л
Палочкоядедные	1	4	10	%
Сегмеентоядерные	32	55	63	%
Лимфоциты	33	55	25	%
Моноциты			2	%
Базофилы			0	%
Эозинофилы			0	%
СОЭ	2	10	24	мм/час

Определение титра антистрептолизина-О: 136 МЕ/мл (норма до 100 МЕ/мл).

Экспресс-тест на БГСА: положительный.

Результаты инструментальных методов обследования:

ЭКГ: (На 10-е сутки заболевания). Вертикальная ЭОС. Дыхательная аритмия.
Фарингоскопия: Яркая, четко отграниченная гиперемия зева, небные миндалины гипертрофированные, рыхлые

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 17

На приеме у участкового педиатра ребенок 5 лет с папой.

Жалобы. Повышение температуры тела до 38,3ºС, кашель, заложенность носа.

Анамнез заболевания. Ребенок болен 5 дней. Заболел остро, температура тела повысилась до 38,3°С, появился кашель, заложенность носа.

Анамнез жизни. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей физиологически. Роды на 39-й недели, физиологические. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 49 см. Туберкулезный анамнез: не отягощен. Реакция Манту отрицательная. Аллергоанамнез не отягощен. Травмы: нет. Операции: нет. Гемотрансфузии не проводились. Перенесенные заболевания: ОРВИ до 7 раз в год. Вакцинирован согласно календарю.

Объективный статус

Состояние ребенка средней степени тяжести. Кожные покровы чистые от сыпи. Увеличены шейные и подчелюстные л/у в виде пакетов с двух сторон; спаяны с подлежащей тканью. В зеве яркая гиперемия, гиперплазия лимфоидных фолликулов задней стенки глотки, гиперплазия небных миндалин до 2 степени, на миндалинах беловато-сероватые налеты. Носовое дыхание затрудненное, «храпящее». Печень увеличена на 3 см из-под края реберной дуги. Селезенка увеличена на 2 см из-под края реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

Результаты лабораторных методов обследования:

Общий анализ крови:

Показатель	Ед. измерения	Нормы	Результат
HGB	г/л	115-140	120
RBC	10^{12}/л	3,9-5,3	4,6
WBC	10^9	5,8-13,6	24,2
Нейтрофилы	%	48-51	7
Эозинофилы	%	2-6	3
Лимфоциты	%	42-70	57
Моноциты	%	3-9	15
Атипичные мононуклеары	%	-	18
Тромбоциты	X 10^9	150-580	210
СОЭ	мм/ч	2-20	25

ИФА, определение антител к вирусу Эпштейна-Барр: выявлены антигены класса IgM к вирусу Эпштейна-Барр.

ПЦР для выявления ДНК вируса Эпштейна-Барр в крови и слюне: определено наличие ДНК вируса Эпштейна-Барр в крови и слюне.

Результаты инструментальных методов обследования:

УЗИ органов брюшной полости: диффузное увеличение границ печени, желчный пузырь без особенностей. Спленомегалия.

ЭКГ: патологии не выявлено.

Рентгенография органов грудной клетки: усиление легочного рисунка. Очаговых теней не обнаружено.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 18

Вызов на дом к девочке 4 лет на 15 день заболевания.

Жалобы: Навязчивый кашель, общая слабость, снижение аппетита.

Анамнез заболевания: Заболела около 2 недель назад, с появления редкого сухого кашля. Общее самочувствие не страдало. В дальнейшем кашель постепенно участился, стал приступообразным, навязчивым. На 10-й день кашель стал приступообразным, беспокоит в том числе ночью, сопровождается свистящим звучным вдохом. Иногда в конце приступа кашля возникает рвота. Количество приступов кашля до 15 в течение последних суток.

Анамнез жизни: От 3 беременности, 2 срочных родов. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. На первом году жизни проявления атопического дерматита, повторные эпизоды обструктивного бронхита в связи с чем прививалась по индивидуальному графику. Наследственность: у бабушки по линии отца бронхиальная астма. Девочка посещает детское дошкольное учреждение. Эпиданамнез: около двух недель назад гостили в доме, в котором болеет ребенок (длительный кашель без лихорадки).

Объективный статус:

Общее состояние ребенка средней тяжести. Сон беспокойный, прерывистый аппетит снижен. Девочка вялая, капризная. Лихорадки нет. Носовое дыхание свободное. Одутловатость лица, отечность век, выбухание шейных вен, гиперемия лица во время приступа. Кожные покровы бледные, видны несколько мелких кровоизлияний на коже лица. При осмотре зева – легкая краевая гиперемия небных дужек. Язвочка на уздечке языка. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные при пальпации. Перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое, проводится во все отделы, рассеянные сухие хрипы и единичные влажные крупно- и среднепузырчатые. Частота дыханий 30 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений 115 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание не нарушены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Ед.изм.
Гемоглобин	120	160	127	г/л
Гематокрит	31	44	31	%
Эритроциты	4,1	4,3	4,2	млн/мкл
Тромбоциты	156	408	294	тыс/мкл
Лейкоциты	4,5	13	28	тыс/мкл
Нейтрофилы			20	%
Палочкоядедные	1	5	1	%
Сегмеентоядерные	45	60	19	%
Лимфоциты	25	40	77	%
Моноциты	0	13	3	%
Базофилы	0	1	0	%
Эозинофилы	0,5	5	0	%
СОЭ	2	10	9	мм/час

Бактериологический посев слизи из зева на Bordetella pertussis: выделена Bordetella pertussis 10^7

ПЦР на выявление ДНК возбудителя в мазке из зева: обнаружена ДНК Bordetella pertussis.

Результаты инструментальных методов обследования:

Рентгенография органов грудной клетки: на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции инфильтративных, очаговых изменений не определяется. Воздушность легочной ткани во всех отделах в значительной степени повышена, сосудистый рисунок обеднен. Рентгенологические признаки эмфиземы легких.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 19

Вызов врача-педиатра станции скорой медицинской помощи на дом к ребенку 1 года 7 месяцев.

Жалобы. Повышение температуры до 39,5°С, повторная рвота, ребенок крайне беспокоен, кричит, не спит.

Анамнез заболевания. Мальчик заболел остро, с повышением температуры до фебрильных цифр, участковый педиатр при осмотре выявил умеренную гиперемию зева, одышку, высокую температуру. Заподозрил ОРВИ, назначил жаропонижающие средства, симптоматическую терапию. Через 2 часа температура вновь повысилась до 39,5°С, повторилась 2 раза рвота, ребенок стал еще беспокоен, плакал безутешно, появился озноб, судорожная готовность, мелкая геморрагическая сыпь на лице.

Анамнез жизни. Аллергоанамнез: спокойный. Вакцинирована в соответствии с календарем. Туберкулезный анамнез: не отягощен. Реакция Манту отрицательная. Бытовые условия удовлетворительные, отдельная квартира. Эпиданамнез: накануне заболевания был на утреннике и в контакте с бабушкой, больной ОРИ.

Объективный статус. Состояние тяжелое. Ребенок вялый, адинамичный. Кожа серая, с мраморным рисунком, руки и ноги холодные. Сыпь геморрагическая обильная, крупная, местами с некрозами на бледном фоне по всему телу. Высыпания на слизистых рта, конъюнктивах. Артериальное давление 80/50 мм ртутного столба симптом "белого" пятна 7 сек. Пульс 176 в минуту. Частота дыхания 45 в минуту. Ребенок не мочится. Живот безболезненный, печень выступает из-под реберного края на 3 см, селезенка на 1 см. Очаговой и менингеальной симптоматики нет. Ребенок госпитализирован.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Норма	Результат
Гемоглобин,г/л	110-140	130
Эритроциты, 10^{12}/л	3,5-4,5	3,9
ЦП	0,90	0,89
Лейкоциты, 10^{9}/л	5-12	23,5
п/я нейтрофилы,%	0,5-5	28
с/я нейтрофилы,%	25-60	50
Лимфоциты,%	26-60	20
Моноциты,%	2-10	2
Тромбоциты, 10^{9}/л	160-390	190
СОЭ, мм/час	4-12	40

КОС*:* рН крови - 7,2; PCO_2 - 40 мм рт. ст., HCO_3-22 мм рт.ст., ВЕ - (- 11,0), PO_2 - 68мм рт. ст., лактат 5,7 ммоль\л.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном

заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 20

Вызов врача-педиатра скорой медицинской помощи на дом к ребенку 3 лет.

Жалобы. На подъем температуры тела до 39,5ºС, общее беспокойство, возбуждение.

Анамнез заболевания. Болен первый день, заболевание началось остро, с подъема температуры тела до 39,5 ºС, общего беспокойства, возбуждения. Через 3 часа появились жалобы на головную боль, повторная рвота. При осмотре участковым педиатром отмечены сомнительные менингеальные знаки, умеренная гиперемия зева, тахикардия, высокая температура. Предположительный диагноз грипп, назначены жаропонижающие средства, симптоматическая терапия.

Анамнез жизни. Аллергоанамнез: спокойный. Вакцинирована в соответствии с календарем. Туберкулезный анамнез: не отягощен. Реакция Манту отрицательная. Бытовые условия удовлетворительные, отдельная квартира. Эпиданамнез: накануне заболевания был на утреннике.

Объективный статус

Через 8 часов от начала заболевания состояние ребенка тяжелое. Лежит с закрытыми глазами на боку, с подтянутыми к животу ногами, температура 39,8 ºС, повторная рвота. Плач монотонный, реакция на осмотр болезненная. Отмечается ригидность мышц затылка, симптом Кернига под углом 110-120гр. Кожа бледная, чистая. Конечности холодные. В зеве гиперемия, миндалины не увеличены, налетов нет. Тахикардия до 148 в минуту, тоны сердца приглушены, шумов нет. Дыхание проводится во все отделы, жесткое, частота дыхания 34 в минуту. Живот безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Диурез снижен. Ребенок госпитализирован.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Норма	Результат
Гемоглобин,г/л	110-140	128
Эритроциты, 10^{12}/л	3,5-4,5	3,8
ЦП	0,90	0,89
Лейкоциты, 10^{9}/л	5-12	25,5
п/я нейтрофилы,%	0,5-5	16
с/я нейтрофилы,%	25-60	440
Лимфоциты,%	26-60	32
Моноциты,%	2-10	8
Тромбоциты, 10^{9}/л	160-390	190
СОЭ, мм/час	4-12	33

Клинический анализ ликвора: ликвор мутный, цитоз - 2000 клеток, 98% сегменты, 2 % - лимфоциты, белок - 1600 мг\л, сахар 2,8млмоль\л, реакция Панди - +++.

ПЦР(качественная) спинномозговой жидкости: выявлена ДНК Neisseria meningitidis серогруппы В.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 21

Вызов участкового педиатра к школьнику 14 лет.

Жалобы. Повышение температуры тела, боль в горле, общее недомогание, снижение аппетита.

Анамнез заболевания. Заболел вчера остро с повышения температуры тела до 37,7°С, появлением слабости, снижения аппетита, небольшой боли в горле. Кашля, насморка не было. Лечился самостоятельно жаропонижающими средствами – без эффекта. Сегодня боль в горле усилилась,

температура тела повысилась до 38,1°С, обнаружил налеты на миндалинах, в связи с чем обратился к врачу.

Анамнез жизни. Рос и развивался соответственно возрасту. Аллергоанамнез: не отягощен. Контактов с инфекционными больными, со слов ребенка, не было; несколько дней назад вернулся из деревни, где употреблял в пищу некипяченое коровье молоко. Прививочный анамнез: неизвестен (с ребенком дома только старшая сестра).

Объективный статус. Состояние средней тяжести, температура тела 38,4°С, аппетит снижен, вялый. Кожные покровы бледные, чистые от сыпи. Подчелюстные периферические лимфатические узлы увеличены до 1,5 см, подвижные, умеренно болезненные при пальпации. Слизистая ротоглотки тусклая с цианотичным оттенком, в области небных дужек и миндалин отмечается умеренная гиперемия с цианотичным оттенком. Миндалины увеличены до II степени, отечны, с обеих сторон покрыты пленчатым налетом серо-белого цвета, расположенного на их поверхности («плюс ткань»), который с усилием снимается шпателем с обнажением эрозированной кровоточащей поверхности. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Артериальное давление – 110/70 мм ртутного столба, частота сердечных сокращений – 105 ударов в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык обложен белым налетом у корня, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Результаты лабораторных методов обследования

Бактериологическое исследование мазка из носоглотки на BL (бациллы Леффлера): не обнаружено.

Бактериологическое исследование мазка из ротоглотки на BL (бациллы Леффлера): выявлены токсигенные Corynebacterium diphtheriae, биовар mitis.

РПГА с дифтерийным диагностикумом в парных сыворотках для определения титра антитоксических антител: титр антитоксических антител 1:20.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 22

Прием в поликлинике ребенка 5 лет.

Жалобы: Повышение температуры тела до 37,4°С; першение в горле; приступообразный кашель; вялость; отсутствие аппетита.

Анамнез заболевания: Мать считает дочь больной в течение 3 недель, когда появились слабость, головная боль, заложенность носа, першение в горле. Мама лечила ребенка самостоятельно симптоматическими средствами. Через неделю появился кашель, который стал нарастать, стал приступообразным, навязчивым, «до рвоты». В течение последних дней отмечается повышение t тела до 37,4°С.

Анамнез жизни: Ребенок от второй беременности, роды в срок. Вскармливание грудное до 1 года. Привит по возрасту. На первом году жизни отмечались проявления атопического дерматита. Наблюдается у оториноларинголога по поводу гипертрофии аденоидных миндалин 2 степени. Эпидемиологический анамнез: в детском саду была в контакте с детьми больными ОРВИ, в группе 3 детей страдают респираторными заболеваниями с приступообразным кашлем и находятся на лечении дома.

Объективный статус:

Состояние средней тяжести. Температура тела 37,4°С. Кожа бледная, повышенной влажности. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки умеренно гиперемирована, гипертрофия миндалин II степени, отмечается зернистость задней стенки глотки. Носовое дыхание затруднено

за счет заложенности, скудного слизистого отделяемого. Периферические лимфатические узлы (подчелюстные, передне-, заднешейные) умеренно увеличены (до 1,5 см в диаметре), множественные, эластичные, безболезненные. Беспокоит приступообразный, навязчивый, малопродуктивный кашель. Одышки в покое нет. Частота дыхательных движений 26 в минуту. Перкуторно над легкими легочный звук, дыхание жесткое, крепитирующие и мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон, больше справа. Границы относительной сердечной тупости в норме, тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 92 в минуту. Живот при пальпации безболезненный, печень выступает из-под реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание в норме.

Результаты лабораторных методов исследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Единицы измерения
Гемоглобин	120	150	136	г/л
Эритроциты	3,6	5,2	4,8	10^{12}/л
Тромбоциты	229	553	250	10^{9}/л
Лейкоциты	6	13	6,3	10^{9}/л
Нейрофилы п/я	1	4	2	%
Нейрофилы с/я	32	55	50	%
Лимфоциты	33	55	38	%
Моноциты			0	%
Базофилы			0	%
Эозинофилы			2	%
СОЭ	2	10	27	мм/ч

Серологическое исследование крови (IgM, IgG) для обнаружения возбудителей коклюша, микоплазмоза, хламидиоза:

Mycoplasma pneumoniae IgM: положительный ++

Mycoplasma pneumoniae IgG: слабо положительный

Chlamydia pneumoniae IgM: отрицательный

Chlamydia pneumoniae IgG: отрицательный

Bordetell apertussisIgM: отрицательный

Bordetella pertussisIgG: положительный

Результаты инструментальных методов обследования:

Рентгенография грудной клетки: усиление бронхолегочного рисунка в прикорневой области. Очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 23

Вызов врача-педиатра участкового на дом к ребенку 10 месяцев.

Жалобы на слабость, вялость, снижение аппетита, рвоту 4 раза в сутки, жидкий обильный стул 10 раз в сутки, потерю массы тела, повышение температуры тела до 39°С.

Анамнез заболевания. Настоящее заболевание началось 5 дней назад, когда на фоне субфебрильной температуры и снижения аппетита участился стул, который в течение 2-3 дней стал водянистым, «брызжущим».

Анамнез жизни. Ребенок от 2 беременности, 2-х срочных самостоятельных родов на 39 неделе в головном предлежании. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 52 см. Закричал сразу. Оценка

по шкале Апгар 7/8 баллов. Период адаптации без особенностей. С рождения находится на искусственном вскармливании по желанию матери. Аллергоанамнез: не отягощен. Профилактические прививки: по возрасту. Перенесенные заболевания: ОРВИ в возрасте 4 месяцев. Семья из четырех человек проживает в 2-х комнатной квартире. Эпидемиологический анамнез: за неделю до настоящего заболевания у старшего брата были симптомы кишечной инфекции, купировавшиеся в течение 3-х дней (анализ кала на кишечную группу бактерий в работе).

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Ребенок вялый, капризный. Температура тела 38,2°С. Кожные покровы бледно-розовые, горячие, сухие, тургор тканей снижен, черты лица заострены, большой родничок запавший, голос звонкий. Язык сухой, обложен белым налетом, умеренная гиперемия задней стенки глотки, небных дужек. Тахикардия, тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 140 в минуту. Дыхание ритмичное, частота дыхания 32 в минуту. Живот вздут, болезненный при пальпации, урчание по ходу кишечника. Печень, селезенка не увеличены. Менингеальные симптомы отрицательные. Мочится реже обычного. Стул водянистый, желто-зеленый, непереваренный. Кожа вокруг ануса мацерирована. Анус сомкнут.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Норма	Результат
Гемоглобин,г/л	110-140	101
Эритроциты, 10^{12}/л	3,5-4,5	3,63
ЦП	0,90	0,89
Лейкоциты, 10^{9}/л	5-12	16,2
п/я нейтрофилы,%	0,5-5	7
с/я нейтрофилы,%	25-60	53
Лимфоциты,%	26-60	30
Моноциты,%	2-10	10
Тромбоциты, 10^{9}/л	160-390	210
СОЭ, мм/час	4-12	10

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1016, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, белок – 0, ацетон-+++, эритроциты – нет, эпителий плоский – 3-4 в поле зрения.

Копрограмма: жёлтый, жидкий, крахмал – зёрна, нейтральный жир – в большом количестве.

Бактериологическое исследование кала: выделена энтеропатогенная кишечная палочка – О111.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 24

На приёме у врача-педиатра участкового мать с ребёнком 3 лет

Жалобы. На боль в горле, слюнотечение, нарушение глотания и затруднённое дыхание.

Анамнез заболевания. Ребёнок заболел внезапно, на фоне полного здоровья, появились лихорадка и боли в горле. Лихорадит (поднялась температура тела до 40°С). Мама самостоятельна дала ребенку жаропонижающее. Через 2 часа присоединилось затруднение дыхания.

Анамнез жизни. Аллергоанамнез: спокойный. Вакцинирован по индивидуальному графику в связи с перенесенным на втором году жизни инфекционным мононуклеозом. Бытовые условия удовлетворительные, отдельная квартира. Эпиданамнез: накануне заболевания была на утреннике и в контакте с бабушкой, больной ОРИ.

Объективный статус. Состояние ребёнка средней тяжести, температура тела – 38,8°С. Ребёнок капризен и возбужден. Кожные покровы бледные, отмечается акроцианоз. Отмечается

слюнотечение, ребёнок отказывается от еды и питья. Голос приглушённый (как будто больной разговаривает «с положенным в рот горячим картофелем»). Лёгкое покашливание. Болезненная пальпация остова гортани. Дыхание затруднено, инспираторная одышка, частота дыхания – 40 в 1 минуту, определяется втяжением над- и подключичных ямок, межрёберных промежутков, частота сердечных сокращений – 140 в 1 минуту, артериальное давление – 100/60 мм ртутного столба. Живот безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Норма	Результат
Гемоглобин,г/л	110-140	120
Эритроциты, 10^{12}/л	3,5-4,5	3,6
ЦП	0,90	0,89
Лейкоциты, 10^9/л	5-12	15,5
п/я нейтрофилы,%	0,5-5	5
с/я нейтрофилы,%	25-60	54
Лимфоциты,%	26-60	33
Моноциты,%	2-10	8
Тромбоциты, 10^9/л	160-390	190
СОЭ, мм/час	4-12	18

Результаты инструментальных методов обследования:

Рентгенография органов грудной клетки: в легочной ткани патологии не выявлено.

Рентгенография мягких тканей шеи в боковой проекции: выявлен симптом «большого пальца».

Фарингоскопия: умеренная гиперемия задней стенки глотки, виден ярко гиперемированный, увеличенный в размерах, инфильтрированный надгортанник.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 25

Вызов врача-педиатра участкового на дом к ребенку 3 месяцев.

Жалобы. Повышение температуры до 39,0ºС, кашель, шумное дыхание

Анамнез заболевания. Ребенок заболел остро. повысилась температура тела до 39°С, появился кашель, шумное дыхание.

Анамнез жизни. Ребёнок от первой беременности, родился доношенным. Во время беременности мать дважды болела ОРВИ, бронхитом, получила курс антибактериальной терапии. Период новорождённости протекал без особенностей. На естественном вскармливании до 2 месяцев. Переведён на искусственное вскармливание адаптированной смесью из-за гипогалактии у матери.

Эпиданамнез: за неделю до заболевания ребёнка у отца был насморк, кашель и субфебрильная температура .

Объективный статус. Состояние тяжёлое. Температура – 37,7°С. Экспираторная одышка, частый кашель. Снижена активность, сосёт вяло, с перерывами. Пена в углах рта, слизь в ротовой полости и оральная крепитация. Отмечается раздувание крыльев носа при дыхании, вздутие грудной клетки. Цианоз носогубного треугольника. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Перкуторный звук над лёгкими с коробочным оттенком. При аускультации дыхание с удлинённым выдохом, выслушиваются мелкопузырчатые влажные и сухие, свистящие хрипы над всеми отделами грудной клетки. Частота дыхательных движений – 66 в минуту. Частота сердечных сокращений – 150 в минуту, тоны сердца приглушены.

Живот безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Норма	Результат
Гемоглобин,г/л	110-140	120
Эритроциты, 10^{12}/л	3,5-4,5	3,6
ЦП	0,90	0,89
Лейкоциты, 10^9/л	5-12	8,5
п/я нейтрофилы,%	0,5-5	2
с/я нейтрофилы,%	25-60	30
Лимфоциты,%	26-60	60
Моноциты,%	2-10	8
Тромбоциты, 10^9/л	160-390	190
СОЭ, мм/час	4-12	17

Метод иммунофлюоресценции мазков из носоглотки: антигены вируса гриппа типа А и В не обнаружены.

ПЦР к возбудителям: выявлена РНК респираторно-синцитиального вируса подгруппы А.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 26

Вызов на дом к ребенку 5 лет.

Жалобы. Повышение температуры тела до 38,5°С, схваткообразные боли внизу живота, тенезмы, частый скудный стул со слизью и прожилками крови.

Анамнез заболевания. Ребёнок болен вторые сутки. Заболел остро, повысилась температура до 38,5°С, появились головная боль, однократная рвота, схваткообразные боли внизу живота, жидкий стул с примесью слизи и прожилками крови. На второй день заболевания: лихорадит, сохраняются схваткообразные боли внизу живота, появились болезненные ложные позывы на дефекацию, стул частый (до 12 раз в сутки), скудный со слизью и прожилками крови.

Анамнез жизни. Состоит на диспансерном учете у кардиолога: пролапс митрального клапана; на диспансерном учете у аллерголога: атопический дерматит; пищевая сенсибилизация неуточненная. Вакцинирован в соответствии с календарем. Эпидемиологический анамнез: указаний на употребление инфицированных (или потенциально инфицированных) пищевых продуктов, воды за 12-72 часа до начала заболевания – нет; ребёнок посещает детский сад, в котором зарегистрировано несколько случаев заболевания кишечными инфекциями.

Семья проживает в коммунальной квартире.

Объективный статус. Состояние средней тяжести.

Температура тела 38,5°С. Кожные покровы обычной окраски, на голенях и ягодицах незначительно выраженные проявления атопического дерматита, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно, тургор кожи сохранен. Глазные яблоки не запавшие, тургор в норме. Видимые слизистые обычной окраски, влажные, слезоотделение в норме, язык влажный, обложен белым налетом. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, частота сердечных сокращений 118 в минуту, тоны сердца звучные, ритмичные. Частота дыхания 26 в минуту, дыхание проводится во все отделы, пуэрильное, хрипов нет. Живот втянут, болезненный в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна. Анус податлив, симптомы раздражения брюшины – отрицательные. Печень, селезенка не увеличены. Стул скудный, с большим количеством мутной

слизи и прожилками крови. Мочеиспускание не нарушено. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Результаты лабораторных методов обследования:

Бактериологическое исследование кала на кишечную группу: выделена Shigella sonnei III ферментативный тип.

Молекулярно-биологический метод (ПЦР): обнаружена ДНК Shigella sonnei.

Клинический анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Ед.изм.
Гемоглобин	120	143	118	г/л
Эритроциты	4,19	5,48	4,4	10^{12}/л
Тромбоциты	175	436	250	10^{9}/л
Лейкоциты	5	14,5	20,46	10^{9}/л
Палочкоядедные	1	4	8	%
Сегмеентоядерные	32	55	65	%
Лимфоциты	33	55	18	%
Моноциты	2	10	8	%
Базофилы	0	1	0	%
Эозинофилы	0,5	7	1	%
СОЭ	2	10	28	мм/час

Результаты инструментальных методов обследования:

УЗИ органов брюшной полости: признаки реактивного панкреатита, мезаденит, толстый кишечник заполнен жидким содержимым, отмечаются признаки колита, повышенная активность перистальтики и спазмированный участок нисходящего отдела толстого кишечника.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 27

Был вызван участковый врач к девочке 4 лет.

Жалобы. На подъем температуры тела до 38,1°С, кашель, насморк, слезотечение, слабость, сегодня появилась сыпь на лице.

Анамнез заболевания. Заболела остро, поднялась температура тела до 38,1°С, появился кашель, насморк. В течение 2 дней температура держалась 37,5-38,2°С, самочувствие больной страдало незначительно. На 4-й день болезни появилась светобоязнь, слезотечение, сыпь на лице. Был вызван участковый врач.

Анамнез жизни. Ребенок от 2-й беременности, протекавшей на фоне обострения хронического пиелонефрита у матери. Роды на 36-37 недель путем кесарева сечения. Аллергоанамнез не отягощен.

Травм, операций не было. Гемотрансфузии не проводились. Перенесенные заболевания: ОРВИ до 2-3 раз в год. Наследственность: по линии матери хронический пиелонефрит, аутоиммунный тиреоидит. БЦЖ в роддоме, затем вакцинация против инфекционных заболеваний ей не проводилась, по желанию родителей. В детском саду карантина нет. В семье еще есть ребенок 3 лет. Вакцинация против инфекционных заболеваний ему не проводилась, по желанию родителей. Ясли не посещает.

Объективный статус. Состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,0°С. Лицо пастозное. Катаральный конъюнктивит, светобоязнь. Из носа слизистое отделяемое. Кашель сухой. В зеве умеренная разлитая гиперемия, мягкое и твердое небо неравномерно-пятнистое. Слизистые щек и десен шероховатые, гиперемированы, с белыми мелкими пятнышками в области малых коренных зубов. На лице, шее, груди красная пятнисто-папулезная сыпь. На лице сыпь имеет

тенденцию к слиянию. Дыхательная система: перкуторно ясный легочный звук. Дыхание в легких жесткое, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Область сердца и магистральных сосудов визуально не изменена. Перкуторно границы относительной тупости сердца в пределах возрастной нормы. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Пищеварительная система: живот обычной формы, симметричный, активно участвует в акте дыхания, доступен глубокой пальпации, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Область почек визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча желтая, прозрачная. Наружные половые органы развиты и сформированы правильно.

Результаты обследования:

Серологический метод (ИФА): выявление IgM к вирусу кори (Polinosamorbillarum).

ПЦР: выявление РНК вируса Polinosamorbillarum.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 28

Ребенок 5 лет с мамой на приеме участкового педиатра.

Жалобы. Температура тела 37,0-37,6°С; слабость; кашель; насморк, сыпь.

Анамнез заболевания. Заболела остро 2 дня назад, поднялась температура до 37,6°С, затем появился кашель, насморк. На следующий день присоединилась сыпь на лице и шее. Сегодня сыпь распространилась на конечности и тело.

Анамнез жизни. Ребенок от 3-й беременности (1 и 2 беременность закончились медицинским абортом), протекавшей с угрозой прерывания в 1-м триместре. Роды первые, в срок 39 недель, путем кесарева сечения. Масса тела при рождении 3520 г, длина тела 55 см. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Туберкулезный анамнез: не отягощен. Реакция Манту отрицательная. Травм, операций не было. Гемотрансфузии не проводились. Аллергоанамнез не отягощен. Перенесенные заболевания: ОРВИ 2 раз год, ветряная оспа в 4 года. Ребенок не вакцинирован по причине отказа родителей от вакцинации. Мать ребенка беременна.

Объективный статус. Состояние ближе к средней степени тяжести. Температура тела 37,3°С. Имеется небольшая заложенность носа. Увеличены затылочные, заднешейные л/у. Отмечается мелкая пятнистая сыпь на лице, шеи, верхних и нижних конечностях со сгущением в естественных складках. Слизистая ротоглотки слабо гиперемирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 96 ударов в минуту. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных знаков нет. Физиологические отправления не нарушены.

Результаты обследования:

Серологический метод (ИФА): выявление IgM к вирусу краснухи (Rubellavirus).

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 29

Обращение пациента 6 лет в сопровождении папы к врачу-педиатру на амбулаторном приеме.

Жалобы. Частый сухой, приступообразный, надсадный кашель, периодически заканчивающийся рвотой, редко - отхождением вязкой мокроты.

Анамнез заболевания. Мальчик 6 лет болен в течение двух недель. Заболевание началось с появления сухого кашля на фоне нормальной температуры тела. По назначению педиатра проводили ингаляции с физиологическим раствором. С 11-го дня болезни кашель приобрел приступообразный характер до 16 эпизодов в сутки, сопровождающийся покраснением лица, высовыванием языка, рвотой или отделением вязкой мокроты, усиливающийся в ночное время суток.

Анамнез жизни. Аллергоанамнез: сенсибилизация к пыльцевым аллергенам, поллиноз, вакцинирован по индивидуальному календарю с 2 лет (АДС+ полиомиелит);аллергическая реакция на амоксициллин (сыпь). Посещает детский сад, в семье есть младший ребенок, который вакцинирован в соответствии с календарем. Эпидемиологический анамнез: в семье в течение двух месяцев сухой кашель у дедушки.

Объективный статус. Состояние средней тяжести. Не лихорадит. У ребенка во время осмотра частый, приступообразный кашель, заканчивающийся шумный вдохом. Носовое дыхание свободное. Одутловатость лица, отечность век, выбухание шейных вен во время приступа. При осмотре зева – легкая краевая гиперемия небных дужек. Надрыв уздечки языка. Кровоизлияние в склеру правого глаза, единичные петехии в периорбитальной области. Тоны сердца слегка приглушены, учащены до 110 ударов в минуту, ритмичные. При сравнительной перкуссии легких – тимпанический оттенок. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы, единичные сухие хрипы на всей поверхностью легких. Живот безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Ед.изм.
Гемоглобин	120	160	130	г/л
Гематокрит	31	44	35	%
Эритроциты	4,1	4,3	4,2	млн/мкл
Тромбоциты	156	408	300	тыс/мкл
Лейкоциты	4,5	13	22	тыс/мкл
Нейтрофилы			18	%
Палочкоядедные	1	5	0	%
Сегмеентоядерные	45	60	18	%
Лимфоциты	25	40	75	%
Моноциты	0	13	7	%
Базофилы	0	1	0	%
Эозинофилы	0,5	5	0	%
СОЭ	2	10	9	мм/час

Определение антигенов возбудителя в ротоглотке в реакции непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ): антиген Bordetella pertussis в браш-биоптате с задней стенки глотки обнаружен.

Определение специфических антител IgM, IgG методом ИФА: антитела к Bordetella pertussis IgM – положительно, антитела к Bordetella pertussisIgG (1: 160) - положительно.

Результаты инструментальных методов обследования

Рентгенография органов грудной клетки: рентгенография органов грудной клетки: на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции инфильтративных, очаговых изменений не определяется. Воздушность легочной ткани во всех отделах в значительной степени повышена, сосудистый рисунок обеднен. Признаки эмфиземы легких.

Офтальмоскопия: субконъюнктивально определяются кровоизлияния. Среды прозрачные.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?

4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 30

Вызов на дом к ребенку 3 лет на 3-й день заболевания.

Жалобы. Повышение температуры тела, общая слабость, недомогание, отсутствие аппетита, высыпания на коже.

Анамнез заболевания. Ребенок заболел остро, когда утром повысилась температура до 38,5°С (принимал Ибупрофен с положительным эффектом на 3-4 часа), отмечалась слабость, снижение аппетита. К вечеру появилась пятнисто-папулезная сыпь на лице, за ушами, быстро сменившаяся везикулами. В последующие дни сыпь подсыпала, подсыпание сопровождалось повышением температуры.

Анамнез жизни. Рос и развивался в соответствии с возрастом. Аллергоанамнез: не отягощен. Перенесенные заболевания: ОРВИ 3-5 раз в год. Привит по возрасту. Сезонная вакцинация от гриппа не проводится в связи с отказом родителей. Семья проживает в благоприятных социально-бытовых условиях. Эпиданамнез: ребенок посещает детский сад, в группе заболели двое детей.

Объективный статус. Температура тела 38,4°С. Вялый, аппетит снижен. На коже лица, конечностей, туловища, волосистой части головы полиморфная (пятна, папулы, везикулы с прозрачным содержимым), зудящая сыпь. Сыпь распространяется по всей поверхности за исключением ладоней и стоп. Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, задняя стенка глотки зернистая. На слизистых оболочках неба, щек, губ единичные везикулезные высыпания. Перкуторно над легкими – ясный легочный звук. При аускультации – дыхание пуэрильное, хрипов нет. Частота дыханий 26 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений 126 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 0,5 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, достаточное, моча желтого цвета. Стул два раза за прошедшие сутки, кашицеобразный. Очаговой неврологической и менингеальной симптоматики нет.

Результаты лабораторных методов обследования:

Анализ крови на IgM к Varicella Zoster методом ИФА: обнаружены IgM к вирусу Varicella Zoster.

Общий анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Ед.изм.
Гемоглобин	110	140	126	г/л
Гематокрит	30	45	35	%
Эритроциты	3,5	4,5	4,3	млн/мкл
Тромбоциты	160	390	254	тыс/мкл
Лейкоциты	6	12	4,5	тыс/мкл
Нейтрофилы				%
п/я	0,5	5	3	%
с/я	25	40	34	%
Лимфоциты	25	60	59	%
Моноциты	2	10	3	%
Базофилы	0	1	0	%
Эозинофилы	0,5	5	1	%
СОЭ	2	10	12	мм/час

Исследование содержимого везикул на антиген возбудителя (РИФ): антигены вируса Varicella Zoster - «+++».

Результаты инструментальных методов обследования:

Фарингоскопия: на небных дужках, слизистой глотки множественные везикулы, эрозии.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.

3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 31

Вызов на дом к ребёнку 5 лет.

Жалобы: Повышение температуры, слабость, вялость, озноб, кожные высыпания.

Анамнез заболевания: Ребенок болен 2 день, отмечалось повышение температуры до 39,5°С (принимал жаропонижающие с положительным эффектом на 3-4 ч), боли в горле, боль в правом ухе. К концу первых суток появилась сыпь по всему телу со сгущением в естественных складках.

Анамнез жизни: Ребенок от 1-й беременности, протекавшей физиологически. Роды 1-е, самостоятельные, в срок 39 недель. Масса тела при рождении 3500 г, длина тела 54 см. Туберкулезный анамнез: не отягощен. Реакция Манту отрицательная. Аллергологический анамнез не отягощен. Травмы: нет. Операции: нет. Гемотрансфузии не проводились. Перенесенные заболевания: ОРВИ до 5 р./год. Детские инфекции: ветряная оспа в 2 года. На диспансерном учете у узких специалистов не состоит. Наследственность: по линии матери у бабушки сахарный диабет 2 типа. Вакцинирован по календарю. Семья проживает в благоустроенной квартире. Ребенок посещает детский сад, где отмечались случаи заболевания с экзантемой.

Объективный статус: Лихорадка до 39,5°С. Боли в горле, яркая отграниченная гиперемия в ротоглотке - «пылающий зев», гнойные налеты на миндалинах. Реакция на tragus (козелок) отрицательная. Мелкоточечная сыпь на гиперемированном фоне кожи со сгущением в естественных складках кожи с выраженным бледным носогубным треугольником. Язык обложен густым белым налетом у корня, с гипертрофированными сосочками. Тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия до 130 ударов в минуту, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Единицы измерения
Гематокрит	31	44	35	
Гемоглобин	120	150	126	г/л
Эритроциты	4,1	4,26	4,2	10^{12}/л
Тромбоциты	156	408	250	10^{9}/л
Лейкоциты	4,5	13	18,0	10^{9}/л
Нейтрофилы				%
п/я	1	5	15	%
с/я	45	60	55	%
Лимфоциты	25	40	28	%
Моноциты	0	13	0	%
Базофилы	0	1	0	%
Эозинофилы	0,5	5	2	%
СОЭ	2	10	25	мм/ч

Определение антистрептолизина-О в сыворотке крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Единицы измерения
Антистрептолизин-О	0	140	500	Ед/мл

Посев из зева и носа на возбудителя дифтерии (CorynebacteriumDiphtheriae): бацилла Леффлера – не обнаружена.

Посев из зева и носа на микрофлору: обильный рост β-гемолитического стрептококка группы А.

Результаты инструментальных методов обследования:

ЭКГ: ЭОС – вертикальная. Синусовая тахикардия. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

УЗИ сердца: нарушения глобальной, локальной, сократительной и диастолической функции миокарда не выявлено. Эхогенность миокарда не изменена. Камеры сердца не расширены. Систолическое давление в легочной артерии нормальное. Дополнительная трабекула в левом желудочке.
Отоскопия: патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 32

Больная А., 12 лет, поступила в отделение с жалобами на носовое кровотечение.

Из анамнеза известно, что в течение последних 6 месяцев девочка стала часто болеть, заболевания сопровождались повышением температуры - до фебрильных цифр, снизился аппетит, ребенок стал быстрее уставать.

Объективно: при поступлении состояние ребенка тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, на слизистых оболочках полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечается незначительное кровотечение из десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Периферические лимфатические узлы мелкие, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Моча обычной окраски.

Данные лабораторных исследований

Общий анализ крови: НЬ - 72 г/л, Эр - 2,8х10^{12}/л, Ретик - 0,2%, Тромб - единичные, Лейк -1, 3х10^{9}/л, п/я -1%, с - 4%, л - 95%, СОЭ - 35 мм/час.

Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки - отсутствуют, гранулоцитарный росток - 11%, эритроидный росток - 8%, мегакариоциты - не найдены.

Общий анализ мочи: цвет - желтый, удельный вес - 1018, белок -следы, эпителий плоский — 2—4 в п/з, лейкоциты — 0—1 в п/з, эритроциты — 25-30 в п/з, цилиндры - нет, слизь - нет, бактерии - нет.

Вопросы

1. О каком заболевании может идти речь у данной больной?
2. Какие исследования необходимо еще провести и какие изменения Вы ожидаете увидеть?
3. При каком заболевании может быть аналогичная гемограмма?
4. Какие существуют современные методы лечения данной патологии и на чем они основаны?
5. Какова наиболее вероятная причина появления неврологической симптоматики у больных с этой патологией?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 33

На приеме у участкового педиатра мальчик 6 лет с мамой.

Жалобы: на зуд; высыпания на коже рук, ног, тела.

Анамнез заболевания: Впервые высыпания на коже лица появились в возрасте 6 мес., когда в рацион ввели овсяную кашу. Ребенок был проконсультирован аллергологом иммунологом, назначена терапия. Однако мама рекомендации врача выполняла не полностью. Лечила ребенка самостоятельно, использовала увлажняющие средства и соблюдала диетические рекомендации.

Высыпания прошли за несколько месяцев, на их месте остались очаги депигментации. Год назад вновь появились высыпания, локализующиеся изначально только в локтевых сгибах, затем распространились по всему телу, беспокоит выраженный зуд. Увлажняющие и антигистаминные средства с минимальным эффектом.

Анамнез жизни: Родился от 2-й нормально протекавшей беременности, срочных родов, масса тела 3600 грамм, рост 51 см, Апгар 8/9 баллов.; находился на грудном вскармливании до 12 месяцев, прикорм введен с 5 месяцев;отмечались высыпания на коже после введения овсяной каши, остальные продукты переносил без реакцийперенесенные заболевания: ОРВИ 4-5 р./год с 3-х лет;вакцинирован согласно календарю;наследственность отягощена: у матери поллиноз, у отца бронхиальная астма.

Объективный статус: Состояние ближе к удовлетворительному. Самочувствие страдает, мальчик постоянно чешет локтевые сгибы и шею. Не лихорадит. Кожные покровы сухие, гиперемированные пятна с шелушением и экскориациями по всему телу; в локтевых сгибах лихеноидные папулы, подчеркнутый кожный рисунок на ладонях.Видимые слизистые чистые.Периферические л/у не пальпируются.В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный; печень и селезенка не увеличены.Стул регулярный, оформленный; диурез в N. Вес 18 кг, рост 125 см.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Мин.	Макс.	Результата	Единицы измерения
Гематокрит	31	38	31	%
Гемоглобин	110	140	139	г/л
Эритроциты	3.9	5.3	4.3	млн/мкл(x10^{12}/л)
Тромбоциты	180	320	289	тыс/мкл(x10^{9}/л)
Лейкоциты	5.0	10.0	9.2	тыс/мкл(x10^{9}/л)
Нейтроциты:				
п/я	1	6	1	%
с/я	32	55	30	%
Лимф-ты	33	55	36	%
Моноциты	3	9	4	%
Базофилы	0	1	0	%
Эоз-лы	1	4	20	%
СОЭ	2	10	4	мм/час

Определение уровня специфических IgE-антител в сыворотке крови:

Антиген	Концентрация (kU/l)	Класс
Смесь аллергенов злаковых	0	0
Смесь плесневых грибов	0	0
Смесь бытовых аллергенов	40	4 (высокая сенсибилизация)

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз, с чем следует проводить дифференциальную диагностику?
2. Что является средствами первой линии терапии у данного пациента? Каковы побочные эффекты данной терапии?
3. С какой целью назначаются антигистаминные препараты 2 поколения?
4. Показана ли диета с исключением аллергенных продуктов при лечении данного пациента?
5. Какой препарат показан после уменьшения симптомов тяжелого обострения у данного пациента?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 34

На приеме у участкового педиатра мальчик 3 месяцев.

Жалобы мамы на беспокойство; плохой сон; зуд; высыпания на коже лица, рук, ног.

Анамнез заболевания. С рождения мама отмечает сухость кожи. Впервые высыпания на коже лица появились месяц назад после перехода с грудного вскармливания на искусственное вскармливание адаптированной молочной смесью. Отмечалась гиперемия и шелушение на щеках, затем

аналогичные высыпания появились на ногах и руках. Последние дни ребенок стал расчесывать лицо, беспокойно спать.

Анамнез жизни. Родился от 1 нормально протекавшей беременности, срочных родов, вес тела при рождении 3450 грамм, рост 50 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.; находился на грудном вскармливании до 2 мес., затем адаптированная молочная смесь; перенесенные заболевания: нет; вакцинирован согласно календарю; наследственность отягощена: у матери аллергический ринит, у отца псориаз.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Самочувствие страдает, мальчик постоянно старается достать до лица. Не лихорадит. Кожные покровы сухие, гиперемированные пятна с шелушением, микровезикулами, мокнутием, светло-коричневыми корочками на лице, разгибательной поверхности рук и ног и плечах, несколько элементов на груди; кожа спины, живота, бедер сухая.

Видимые слизистые чистые. Периферические л/у не пальпируются. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный, диурез в норме. Масса тела 5600 грамм, рост 63 см.

Результаты лабораторных методов обследования

Клинический анализ крови:

Показатель	Мин.	Макс.	Результата	Единицы измерения
Гематокрит	31	38	34	%
Гемоглобин	110	140	141	г/л
Эритроциты	3.9	5.3	4.9	млн/мкл(х1012/л)
Тромбоциты	180	320	390	тыс/мкл(х109/л)
Лейкоциты	5.0	10.0	9.7	тыс/мкл(х109/л)
Нейтроциты:				
п/я	1	6	5	%
с/я	32	55	45	%
Лимф-ты	33	55	31	%
Моноциты	3	9	4	%
Базофилы	0	1	1	%
Эоз-лы	1	4	15	%
СОЭ	2	10	4	мм/час

Определение аллергенспецифическихIgE-АТ в сыворотке крови:

Антиген	Концентрация (kU/I)	Класс
Белок коровьего молока	40	4 (высокая сенсибилизация)

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз, указав клинико-морфологическую форму. Что является характерным осложнением данного заболевания?
2. Чем целесообразно проводить искусственное вскармливание ребенка первого года жизни с данным заболеванием?
3. Укажите средство первой линии терапии у данного пациента, учитывая имеющееся осложнение. Какие побочные эффекты от применения данных препаратов могут развиться?
4. Какой препарат показан у данного пациента после уменьшения симптомов тяжелого обострения? С какой целью могут назначаться антигистаминные препараты 1 поколения?
5. Что необходимо данному пациенту в стадию ремиссии?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 35

Вызов участкового педиатра на дом к мальчику 12 лет.

Жалобы: на приступообразный кашель; приступ удушья; свистящее дыхание.

Анамнез заболевания: заболел остро - после употребления чая с мёдом. Мама дала таблетку супрастина, но состояние не улучшилось. Прошлой осенью был приступ удушья на даче, который был купирован в/м введением преднизолона и ингаляцией бронхолитика бригадой СМП. После

этого приступа периодически сухой кашель при вдыхании резких запахов и иногда по ночам. К врачу ранее не обращались, терапию не получал.

Анамнез жизни: мальчик родился доношенным, масса тела при рождении 3650 грамм, рост 55 см.Рос и развивался по возрасту. Операций не было. рививки по календарю. Болеет ОРВИ 4-5 р./год, ангины 2 раза в год. Жилищные условия хорошие. В комнате ребенка много домашних растений. Домашних животных нет. Занимается теннисом. Аллергоанамнез: у ребенка в возрасте 3 лет отмечалась крапивница после употребления в пищу шоколада. Наследственный анамнез: по линии матери - поллиноз, у сестры 16 лет - атопический дерматит.

Объективно: Общее состояние тяжелое; самочувствие нарушено положение сидя на стуле и стоя с наклоном туловища вперед; цианоз носогубного треугольника; грудная клетка расширена в передне-заднем размере, плечи приподняты; перкуторно над легкими коробочный звук; аускультативно свистящие, жужжащие сухие хрипы по всем легочным полям на фоне ослабленного дыхания; ЧДД=38 в минуту; ЧСС= 132 ударов в минуту.

Результаты лабораторных методов обследования:

Иммунологический анализ крови (специфические IgE к пыльцевым аллергенам):

Антиген	Концентрация (kU/l)	Класс
Смесь плесневых грибов	>100	6 (очень высокий титр антител)
Смесь сорных трав	>100	6 (очень высокий титр антител)
Смесь деревьев	>100	6 (очень высокий титр антител)

Результаты инструментальных методов обследования:

Пикфлоуметрия: пиковая скорость выдоха = 170 л/мин (норма - 280-350 л/мин).

Спирометрия: снижение ОФВ на 30%; индекс Тиффно = 0,6 (норма - 0,9).

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз
2. С каким заболеванием следует проводить дифференциальную диагностику у данного пациента?
3. Перечислите бронхолитические препараты короткого действия, разрешенные у данного пациента? Что еще показано данному пациенту из мероприятий неотложной помощи?
4. Что назначается при неэффективности короткодействующих бронхолитиков для купирования приступа?
5. Какие препараты используются для базисного лечения? Приведите примеры комбинированных препаратов.

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 36

В поликлинику обратилась мать с 9-летним ребенком с жалобами на одышку; свистящее дыхание; кашель (преимущественно ночной).

Анамнез заболевания: Мальчик болен в течение 3 месяцев, 3-4 раза в неделю отмечает эпизоды одышки и свистящего дыхания, кашель по ночам в помещении.Иногда беспокоит чувство сдавления в груди.Мать связывает приступы со стрессовыми ситуациями. Последнее время стал быстрее уставать. Лечения до настоящего обращения не получал.

Анамнез жизни: Рос и развивался по возрасту.Травм и операций не было. Аллергоанамнез: атопический дерматит до 6 лет, с 7 лет - аллергический ринит на пыльцу березы. Вакцинация по индивидуальному графику. Детские инфекции: ветряная оспа в 7 лет. Наследственный анамнез: мама ребенка страдает бронхиальной астмой.

Объективный статус: Состояние удовлетворительное, на момент осмотра одышки не отмечается. Кожные покровы бледные, чистые от сыпи, тургор и влажность сохранены.Дыхание через нос свободное. Периферические л/у не увеличены, безболезненны. В зеве слизистые оболочки физиологической окраски. Аускультативно: сердечные тоны ясные, ритмичные. Перкуторно над легкими выслушивается коробочный оттенок звука. В легких дыхание жесткое, свистящие хрипы

на выдохе по всем легочным полям. Пальпация живота безболезненна, печень и селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме.

Результаты инструментальных методов обследования:

Спирометрия:

Показатели %	Норма	Показатель ребёнка
ЖЁЛ	90-85	86
ФЖЁЛ	80-85	82
$ОФВ_1$	85-75	80

Пикфлоуметрия:

Рост 134 см

ПСВ = 240(↓) л/мин (норма = 276 л/мин)

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

Иммунологический анализ крови (специфические IgE к пыльцевым аллергенам):

Антиген	Концентрация (kU/l)	Класс
Смесь плесневых грибов	0	0
Смесь сорных трав	0	0
Смесь деревьев	0	0
Клещ домашней пыли	>100	6 (очень высокая сенсибилизация)

Задание

1. Сформулируйте основной диагноз
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Консультация каких специалистов показаны дополнительно?
4. Какой препарат необходимо использовать для быстрого купирования симптомов заболевания?
5. Какие препараты необходимы для базисной терапии? Возможны ли побочные действия при применении данных препаратов?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 37

В стационар поступил мальчик 9 лет.

Жалобы на схваткообразные боли в животе боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях.

Анамнез заболевания. 2 недели назад у мальчика поднялась температура до 38°С, появились боли в горле. Участковый педиатр поставил диагноз лакунарной ангины, назначил оксациллин. Через неделю на коже нижних конечностей появилась мелкоточечная сыпь, непостоянные боли в левом коленном суставе. Участковым педиатром направлен в стационар с подозрением на острый живот

Анамнез жизни. Ребенок от 1-й нормально протекавшей беременности, 1 самостоятельных родов. Раннее развитие по возрасту. Прививки в соответствие с календарем. От кори привит однократно. От гриппа не привит. Туберкулезный анамнез: не отягощен. Травмы: закрытая черепно-мозговая травма (ЗЧМТ), сотрясение головного мозга (СГМ) в возрасте 5 лет. Операции: не было. Гемотрансфузии: не проводились. Аллергоанамнез не отягощен. Детские инфекции: не болел. На Д-учете у узких специалистов: невролог – ЗЧМТ СГМ. Наследственный анамнез: по патологии почек не отягощен.

Объективный статус. Т=37,1, ЧСС=90 ударов в минуту, ЧДД=18 в минуту, АД=90/60 мм.рт.ст. состояние ребенка тяжелое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу коленями. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, местами сливная красновато-синюшная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи. Левый коленный и левый голеностопный суставы отечны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь. Живот болезненный при пальпации, печень, селезенка не пальпируются. Стул скудный, небольшими порциями, кашицеобразный, цвета «малинового желе». Мочится хорошо, моча светлая.

Результаты лабораторных методов обследования:
Общий анализ крови: НЬ - 110 г/л, Эр - 3,5х10^{12}/л, Ц.п. - 0,9. Тромб - 435х10^{9}/л, Лейк - 10,5х10^{9}/л, юные - 1%, п/я - 5%, с - 57%, э -2%, л -28%, м - 7%, СОЭ - 25 мм/час.
Биохимический анализ крови: общий белок - 71 г/л, мочевина - 3,7 ммоль/л, креатинин - 47 ммоль/л, билирубин общий - 20,2 мкмоль/л, АСТ-25Ед, АЛТ-20Ед.
Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, относительная плотность - 1012, белок отсутствует, эпителий - 0-1 в п/з, лейкоциты -2-4 в п/з, эритроциты, цилиндры отсутствуют.
Вопросы:
1. Выскажите предположение о диагнозе, учитывая клиническую картину заболевания..Нужны ли дополнительные методы исследования для того, чтобы подтвердить диагноз?
2. Что лежит в основе патогенеза?
3. Перечислите осложнения при данном заболевании. С каким специалистом необходимо проконсультировать больного, учитывая клиническую картину болезни?
4. Какие еще клинические проявления возможны при данном заболевании?
5. Составьте план лечения больного. Объясните механизм действия лекарственных препаратов, применяющихся при данном заболевании.

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 38

Больной О., 5 лет, обратился в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава.
Жалобы: на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда
Анамнез заболевания: с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения, в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии.
Объективный статус: Состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстравазаты. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4-летнем возрасте.
Результаты лабораторных методов обследования:
Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр - 3,0х10^{12}/л, Ретик - 3%, Тромб - 300х10^{9}/л, Лейк - 8,3 х 10^{9}/л, п/я - 3%, с - 63%, э - 3%, л - 22%, м -9%, СОЭ-12мм/час.
Длительность кровотечения по-дьюку - 2 мин 30 сек.
Время свертывания крови по Ли-Уайту более 15 мин.
Вопросы:
1. О каком заболевании у данного больного можно думать?
2. На что следует обратить внимание при сборе анамнеза жизни у родителей ребенка?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Объясните патогенез клинических проявлений заболевания. Почему боль в суставе возникла только через 2 часа после травмы?
5. Назначьте лечение больному. Какой из видов терапии можно считать патогенетическим?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 39

Подросток 17 лет на приеме у участкового педиатра.
Жалобы: частая ежедневная изжога; периодически «голодные» боли в эпигастрии; аппетит, стул и вес стабильны.

Анамнез заболевания: Беспокоит изжога в течение последних 2 лет, усиливается после диетических погрешностей, переедания, позднего ужина. Последний месяц изжога беспокоит после каждого приема пищи, появилась боль при глотании за грудиной. Периодически с положительным эффектом принимает антациды.

Анамнез жизни: Рос и развивался соответственно возрасту. Перенесенные заболевания и операции: ветряная оспа. Наблюдение специалистов: аллерголог иммунолог с диагнозом: "Бронхиальная астма" (обострения несколько раз в месяц, чаще ночью, после обильной пищи, несмотря на адекватно проводимую базисную терапию и соблюдение рекомендаций). Наследственность: у тети по линии отца аллергический ринит, старший брат страдает СД-1. Аллергоанамнез: приступы удушья на цветение ранних деревьев.

Объективный статус: Состояние удовлетворительное, самочувствие хорошее. Рост 176 см, вес 67 кг. Жалоб на момент осмотра не предъявляет. Зев рыхлый, задняя стенка глотки гиперемирована. Язык обложен белым налетом. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации высоко в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Пузырные симптомы отрицательные. Стул оформленный коричневого цвета, регулярный.

Результаты инструментальных методов обследования:

Эзофагогастродуоденоскопия: Пищевод свободно проходим. Слизистая пищевода ярко гиперемирована, отечна до средней трети. «Зубчатая линия» прослеживается неравномерно на 2-3 см выше розетки кардии. Кардия смыкается вяло, складки ее отечные, слизистые их ярко гиперемированы, отечные, в абдоминальном отделе пищевода определяются линейные эрозии. Слизистая желудка пролабирует в пищевод на 4 см. В желудке немного прозрачного содержимого. Складки обычного калибра, хорошо расправляются воздухом. Слизистые желудка бледно-розовые, блестящие. Привратник округлой формы, перистальтика активная, смыкается полностью. Луковица ДПК средних размеров, пустая. Слизистые розовые, блестящие. Б\Д переход проходим свободно. Постлуковичный отдел - складки мелкие, концентрично расположены. Слизистые розового цвета, блестящие. Фатеров сосок по медиальной стенке, конической формы. Желчь на проведение ФЭГДС не выделялась.

УЗИ верхних отделов желудочно-кишечного тракта с водно-сифонной пробой: в желудке натощак большое количество слизи. Отмечается усиление сосудистого рисунка в области пищевода, желудка и кишечника. При компрессии отмечается рефлюксный заброс содержимого желудка в просвет пищевода.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Результат	Единицы
Эритроциты	4,7	х 10^{12}/л
Гемоглобин	149	г/л
Тромбоциты	278	тыс/мкл
Лейкоциты	7,3	х 10^{9}/л (норма до 11,3)
Нейтрофилы п/я	2	%
Нейтрофилы с/я	45	%
Эозинофилы	9	%
Лимфоциты	41	%
Моноциты	3	%
СОЭ	2	мм/ч

Биохимический анализ крови:

Показатель	Ед.	Референсные значения	Результат
АЛТ	ед./л	0-40	35
АСТ	ед./л	0-40	29
Амилаза панкреатическая	ед./л	14-115	78

Общий белок	г/л	64-86	74
Липаза	ед./л	8-78	45
Билирубин общий	мкмоль/л	1,3-20,5	18,2
Железо	мкмоль/л	4,5-27,9	12,2
Глюкоза	ммоль/л	3,0-5,06	5,5

Вопросы

1. Сформулируйте основной диагноз. Что подтверждает связь бронхиальной обструкции с основным заболеванием у пациента?
2. Что рекомендуют пациентам с персистирующими тяжелыми или среднетяжелыми симптомами астмы (особенно, если имеются ночные приступы) и частыми проявлениями изжоги?
3. Что относится к наиболее важным режимным мероприятиям у пациента?
4. Препараты какой группы рекомендованы пациенту в первую очередь?
5. В какой группе рекомендованы занятия физкультурой в стадии полной клинико-эндоскопической ремиссии?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 40

На прием к участковому врачу-педиатру пришел мальчик 10 лет в сопровождении матери.

Жалобы: Кислая отрыжка; изжога, осиплость голоса по утрам; чувство горечи во рту.

Анамнез заболевания: Первые симптомы заболевания появились 3 месяца назад; последние 3-4 недели изжога после каждого приема пищи, усиливающаяся при наклонах вниз; утром на подушке отмечает следы мокрых пятен.

Анамнез жизни: Мальчик от первой нормально протекавшей беременности, первых родов. Масса тела при рождении 3250 грамм, длина тела 52 см. Период новорожденности - без особенностей. Привит в соответствии с календарем. Учится в школе с изучением иностранных языков, посещает секцию спортивной гимнастики. У бабушки по материнской линии - хронический гастрит, у матери - хронический холецистит, у отца - язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки.

Объективный статус:

Рост 135 см, масса тела 32 кг. Кожные покровы чистые, видимые слизистые бледно-розовые. Множественный кариес. ПЖК развита умеренно, распределена равномерно. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧДД=18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=75 ударов в минуту, АД=110/70 мм.рт.ст. Язык обложен налетом белого цвета. Живот не вздут, мягкий, болезненный при глубокой пальпации в пилородуоденальной зоне. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам.

Результаты лабораторных методов обследования:

Общий анализ крови:

Показатель	Референсные значения	Результат	Единицы
Гемоглобин	120-160	101	г/л
Гематокрит	31-44	35	%
Эритроциты	4,1-4,3	4,7	млн/мкл
Тромбоциты	156-408	250	тыс/мкл
Лейкоциты	4,5-13	11	тыс/мкл
Нейтрофилы	-	60	%
п/я	1,5	5	%
с/я	45-60	55	%
Лимфоциты	0-13	3	%
Моноциты	0-1	0	%
Эозинофилы	0,5-5	1	%
СОЭ	2-10	5	мм/ч

Копрограмма:

Форма	оформленная
Консистенция	плотная
Цвет	тёмно-коричневый
Запах	специфический
Мышечные волокна переваримые (неизмененные, без исчерченностью)	умеренно
Нейтральный жир	немного
Жирные кислоты	немного
Мыла (соли жирных кислот)	немного
Перевариваемая клетчатка	много
Неперевариимая клетчатка	немного
Крахмал	умеренно
Иодофильная флора	много
Слизь	умеренно
Лейкоциты	2-3 в п. зр.
Эритроциты	1-2 в п. зр.
Эпителий	единичный

Дыхательный тест на Helicobacterpylori:АТ не обнаружены.

Результаты инструментальных методов обследования:

Фиброэзофагогастродуоденоскопия:

Пищевод свободно проходим, слизистая ярко гиперемирована в средней и нижней трети пищевода, кардия не смыкается. В желудке натощак умеренное количество прозрачного секрета. Складки эластичны, перистальтика отслеживается. Слизистая бледно-розового цвета. Угол желудка без особенностей. Выходной отдел формировался правильно. Привратник смыкается, проходим. Луковица ДПК не деформирована, слизистая розовая. Залуковичный отдел без особенностей. БДС в типичном месте до 0,3 см.

УЗИ верхних отделов желудочно-кишечного тракта с водно-сифонной пробой: Расширение диаметра абдоминального отдела пищевода и возникновение гастроэзофагеальных рефлюксов в виде расщепления центрального эхосигнала, появления гипоэхогенных включений и маятникообразных движений жидкости в просвете пищевода.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз, с чем следует проводить дифференциальную диагностику?
2. Какие осложнения, которые могут возникать при данной патологии?
3. Какие группы препаратов применяются при лечении данной патологии у детей?
4. Что является показанием для госпитализации? Каков прогноз при данном заболевании?
5. Как проводится вакцинопрофилактика у детей с данной патологией?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 41

Прием участкового педиатра, девочка 7 мес.

Жалобы со слов мамы: на быструю утомляемость; одышка; учащение сердцебиения при сосании; частые бронхиты; недостаточная прибавка в весе.

Анамнез заболевания: одышка стала появляться в возрасте 2 месяцев, в динамике стала более выраженная. До 3 мес. набирала массу удовлетворительно, впоследствии возник и нарастает дефицит массы тела на фоне сохраненного аппетита и активного сосания.

Анамнез жизни: частые бронхолегочные заболевания: ОРВИ в 2 и 6 месяцев, бронхит в 3 и в 5 месяцев, пневмония в 4 месяца.

Объективный статус: подкожно-жировая клетчатка не развита. Рост 69 см (4 коридор). Масса 5,8 кг (1 коридор). Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры с частотой 48 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: верхняя: II ребро; правая: по правому краю грудины; левая: +2 см по левой средне-ключичной линии; верхушечный толчок: в V межреберье по среднеключичной

линии. Ритм сердца правильный, интенсивный систолический шум по левому краю грудины. ЧСС=160 ударов в минуту. АД на руках справа 108/60 мм.рт.ст, слева - 98/55 мм.рт.ст. АД на ногах - 110/64 мм.рт.ст. Пульсация на периферических артериях удовлетворительная.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови в норме

Анализ крови на С-реактивный белок: 4,2 мг/л (норма – до 5 мг/л).

Результаты инструментальных методов обследования:

ЭХО-КГ:

Конечный диастолический размер ЛЖ = 3,0 (↑) см (норма 2,4 - 2,8 см).

Конечный систолический размер ЛЖ = 1,7 (↑) см. (норма 1,3 - 1,6 см).

ЛП = 1,9 см (норма 1,6 - 1,9 см).

Перерыв эхосигнала в верхней трети МЖП - 9 мм, сброс крови - слева направо.

Систолическое давление в ПЖ = 28 мм рт. ст. (норма - до 30 мм рт. ст).

Рентгенограмма органов грудной клетки: костной патологии нет, легочные поля без очаговых инфильтративных затемнений, расширены левые отделы сердца, сосуды легких полнокровны.

ЭКГ: Синусовая тахикардия, ЧСС=180. Электрическая ось сердца отклонена влево. Признаки перегрузки левого желудочка.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз. Что является характерным осложенением данного порока?
2. С чем следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Каковы основные направления лечения сердечной недостаточности при пороках сердца с увеличенным легочным кровотоком?
4. Какие симптомы характерны для сердечной недостаточности по левожелудочковому типу?
5. Какие абсолютные показания определяют проведение оперативного лечения в ранние сроки (в первом полугодии жизни)?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 42

Вызов участкового педиатра к мальчику 11 лет.

Жалобы: Боли в животе (в правом подреберье); тошнота; однократная рвота съеденной пищей.

Анамнез заболевания: Аналогичный приступ наблюдался 7 месяцев назад, был менее выражен и купировался в течение 30-40 минут после приема спазмолитика. До сегодняшнего утра приступов не отмечалось. Последний приступ болей в животе сегодня с утра, через 15 минут после завтрака, состоящего из бутерброда с маслом, яйца и кофе. Купировался спазмолитиком. Мама отмечает появление желтушности кожных покровов.

Анамнез жизни: Рос и развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: аллергический ринит, наблюдается аллергологом-иммунологом. Травмы и операции: перелом плечевой кости в 7 лет. Аллергоанамнез: аллергический ринит в период цветения ранних деревьев. Вакцинирован согласно календарю. Семейный анамнез: у матери – хронический калькулезный холецистит, у отца – хронический гастрит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Эпидемиологический анамнез: за последние 6 месяцев пределы Москвы не покидал, в заведениях фастфуда не питался, инвазивные вмешательства отрицает, контактов с инфекционными больными не было.

Объективный статус: Физическое развитие среднее, гармоничное. Состояние удовлетворительное, самочувствие не страдает, последний эпизод болей в животе накануне утром, купирован приемом спазмолитика. Не лихорадит. Кожные покровы умеренно желтушные, слизистые субиктеричны. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот округлой формы, симметричен, не вздут, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Симптом Кера, Ортнера, Мерфи – положительные. Печень +2,0 см из-под края реберной дуги, край упругий, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, обесцвеченный, 1 раз в сутки, без патологических примесей. Моча темного цвета.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Результата	Единицы
Эритроциты	4,92	х 10^{12}/л
Гемоглобин	130	г/л
Тромбоциты	221	тыс/мкл
Лейкоциты	14,3	х 10^{9}/л (норма до 11,3)
Палочкоядерные	6	%
Сегментоядерные	55	%
Эозинофилы	5	%
Лимфоциты	30	%
Моноциты	4	%
СОЭ	7	мм/ч

Биохимия крови:

Показатель	Ед.	Min	Max	Результата
АЛТ	ед./л	0	40	54
АСТ	ед./л	0	40	46
ЩФ	ед./л	0	370	870
ГГТ	ед./л	0	50	67
Холестерин	ммоль/л	2,6	6,2	6,8
Триглицериды	ммоль/л	0	2,3	2,07
Мочевина	ммоль/л	1,7	8,3	7,5
Креатинин	ммоль/л	44	97	67
Амилаза панкреатическая	ед./л	17	115	100
Общий белок	г/л	64	86	69
Липаза	ед./л	8	78	70
Билирубин общий	мкмоль/л	1,3	20,5	30
Билирубин прямой	мкмоль/л	0	5,5	24
Глюкоза	ммоль/л	5,06	3,0	5,5
С-реактивный белок	г/л	0	8,2	7,1

Гиперхолестеринемия, дислипидемия. Повышение общего билирубина за счет прямой фракции.

Результаты инструментальных методов обследования:

УЗИ органов брюшной полости: ПЕЧЕНЬ: увеличена, контуры ровные, паренхима однородная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена; ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ: обычной формы, толщина стенок до 2 мм (норма - до 2 мм), полость – гиперэхогенные структуры диаметром до 7 мм с эффектом акустической тени, не перемещающиеся при изменении положения тела, значительное количество мелкодисперсного осадка; ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА: паренхима эхонеоднородная, головка 19 мм (норма - до 18), тело 15 мм (норма - до 15), хвост 20 мм (норма - до 18).

Гепатобилисцинтиграфия:

Выявлены признаки гипофункции желчного пузыря.

Вопросы:

1. Какой основной диагноз? Чем осложнилось заболевание?
2. С чем необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. С чем связано желтушность кожи, изменения цвета кала и мочи?
4. Показано ли пациенту оперативное вмешательство и почему?
5. С какой целью назначается урсодезоксихолевая кислота на этапе реабилитации?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 43

На амбулаторном приеме у участкового педиатра девочка 5 лет.

Жалобы: Периодические боли в животе в области правого подреберья; тошнота; горечь во рту; эпизод рвоты.
Анамнез жизни: Росла и развивалась соответственно возрасту. Посещает детский сад с 3 лет. Перенесенные заболевания: ОРВИ 4-5 раз в год. Травмы и операции: не было. Узкими специалистами не наблюдается. Аллергоанамнез: не отягощен. Вакцинирована согласно календарю. Семейный анамнез: у матери – желчнокаменная болезнь (холецистэктомия), у отца – хронический гастрит, гастроэзофагеальнаярефлюксная болезнь.
Объективный статус: Состояние удовлетворительное, самочувствие не страдает. Последний эпизод болей в животе - накануне утром, купировался спазмолитиками. Не лихорадит. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот округлой формы, симметричен, не вздут, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Симптомы Кера, Ортнера, Мерфи – положительные. Печень +1,0 см из-под края реберной дуги, край упругий, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, 1 раз в сутки, без патологических примесей.
Результаты лабораторных методов обследования:
Исследование щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы:
ЩФ – 650 (↑) Ед/л (норма до 370 Ед/л)
ГГТ – 56 (↑) Ед/мл (норма 0-50).
Исследование билирубина (общий, фракции): Общий билирубин – 26,3 (↑) мкмоль/л (норма до 21 мкмоль/л), Прямой билирубин – 15,5 мкмоль/л, Непрямой билирубин – 10,8 мкмоль/л, Повышение общего билирубина за счет прямой фракции.
Липидограмма:
Общий холестерин – 6,8 ммоль/л; триглицериды – 1,07 ммоль/л;
ЛПНП – 3,9 ммоль/л; ЛПВП – 1,1 ммоль/л; ИА – 3,6.
Гиперхолестеринемия, дислипидемия.
Результаты инструментальных методов обследования:
УЗИ органов брюшной полости:
Печень - не увеличена, контуры ровные, паренхима однородная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена; желчный пузырь - обычной формы, толщина стенок до 4 мм (норма - до 2 мм), в области шейки обнаружено гиперэхогенное образование размером 8х10 мм, со слабой акустической тенью; поджелудочная железа - паренхима эхонеоднородная, головка - 19 мм (N - до 18), тело - 15 мм (N - до 15), хвост - 20 мм (N - до 18).
Магнитно-резонансная холангиопанкреатография: Заключение: конкремент 8х10 мм в шейке желчного пузыря.
Гепатобилисцинтиграфия: Выявлены признаки гипофункции желчного пузыря.
Вопросы:
1. Сформулируйте основной диагноз, каковы возможные осложнения данного заболевания?
2. С чем следует проводить дифференциальную диагностику данной патологии?
3. Какие препараты применяют для купирования болевого синдрома?
4. Какой препарат и в какой суточной дозе назначают для растворения желчных камней?
5. В каком возрасте проводится плановая холецистэктомию при данной патологии?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 44

Больной П., 10 лет, поступил в отделение с носовым кровотечением.
Жалобы: Диарея на длительное носовое кровотечение
Анамнез заболевания: Из анамнеза известно, что за 2 недели до настоящего заболевания перенес ОРВИ, после чего на различных участках тела, без определенной локализации появились экхимозы различной величины и мелкоточечная геморрагическая сыпь. Участковым врачом поставлен диагноз: геморрагический васкулит.
Объективный статус: При поступлении состояние ребенка тяжелое. При осмотре обращает на себя внимание обильный геморрагический синдром в виде экхимозов различной величины и давности,

на лице, шее и руках петехиальные элементы. В носовых ходах тампоны, пропитанные кровью. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются

Результаты лабораторных методов обследования:

Общий анализ крови: НЬ - 101 г/л, Эр - 3,2х10^{12}/л, Тромб - 12х10^{9}/л, Лейк - 6,4х 10^{9}/л, п/я - 2%, с - 59%, э - 3%, л - 28%, м - 8%, СОЭ - 5 мм/час.

Миелограмма: костный мозг клеточный, бластные клетки - 2%, нейтрофильный росток - 62%, эозинофильный росток - 4%, лимфоциты -5%, эритроидный росток - 27%, мегакариоциты - 1 на 120 миелокариоцитов, отшнуровка тромбоцитов не нарушена.

Общий анализ мочи; цвет - соломенно-желтый, удельный вес -1008, белок - нет, эпителий плоский - 2-4 в п/з, лейкоциты - 2-4 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - нет, бактерии - нет.

Вопросы:

1. Согласны ли Вы с диагнозом участкового врача? Сформулируйте правильно диагноз.
2. Какие симптомы и данные лабораторного обследования явились важными для постановки диагноза?
3 Какие клинические пробы помогут Вам в постановке диагноза?
4. Назначьте лечение данному больному. Каков прогноз заболевания?
5. Как будет осуществляться плановая иммунизация пациента после выздоровления?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 45

Диспансерный прием ребенка 1 мес.

Жалобы на одышку, усиливающуюся при кормлении; потливость.

Анамнез заболевания: жалобы возникли в возрасте 2 недель; в динамике усиливаются.

Анамнез жизни: Ребенок от первой беременности, первых срочных родов, в переднем виде затылочного предлежания, вес при рождении - 3260 грамм. Течение беременности отягощено сахарным диабетом 1 типа, нефропатией, тромбоцитопенией, многоводием.

Объективный статус: Состояние при осмотре средней тяжести. Грудная клетка правильной формы, участвует в акте дыхания. Аускультативно дыхание ослабленное, крепитирующие хрипы по задним полям. ЧДД=60 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: верхняя: 2 межреберье; правая: на 1 см кнаружи от правого края грудины; левая: по средне-ключичной линии. Верхушечный толчок: в 5 межреберье по средне-ключичной линии. Тоны сердца звучные. ЧСС=160 ударов в минуту. Ритм правильный. АД на левой руке = 95/34 мм.рт.ст; АД на правой руке = 98/42 мм.рт.ст; АД на правой ноге = 62/35 мм.рт.ст; АД на левой ноге = 68/22 мм.рт.ст. Ослабленная пульсация на бедренных артериях.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови в норме. Анализ крови на С-реактивный белок: 3,2 мг/л (норма - до 5 мг/л)

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС=150. ЭОС не отклонена. Преобладание потенциалов миокарда ЛЖ.

ЭХО-КГ: Конечный диастолический размер ЛЖ = 3,0 (↑) см (норма 1,9-2,4 см). Конечный систолический размер ЛЖ = 1,7 см (норма 0,6-1,9 см). МЖП = 0,4 см (норма 0,3-0,5 см). Задняя стенка ЛЖ = 0,5 (↑) см (норма 0,3-0,4 см). ПЖ = 1,0 см (норма 0,8-1,2 см).

В брюшной аорте магистрально измененный кровоток. Нисходящая аорта ниже левой подключичной артерии сужена до 0,37 см. Градиент давления на нисходящей аорте = 32 мм. рт. ст.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз, перечислите возможные осложнения данного заболевания.
2. К какой группе врожденных пороков сердца относится данный порок согласно физиологической классификации?
3. С чем следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Чем может проявиться данный порок в подростковом возрасте? Перечислите симптомы сердечной недостаточности по левожелудочковому типу.
5. Тактика лечения данного порока?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 46

Вызов участкового педиатра на дом к мальчику 4 лет.

Жалобы: отёк кистей рук; уртикарная сыпь; невыраженный зуд.

Анамнез заболевания: начало острое: съел молочный коржик, - в течение 10 мин на лице и туловище появились уртикарные элементы, сопровождающиеся зудом; мама дала антигистаминный препарат, - сыпь стала бледнеть. Наутро сыпь сохранилась, однако новых элементов не появилось; зуд слабый. Аллергоанамнез: пищ. аллергия на белок коровьего молока, атопический дерматит (со 2 г. жизни обострений не отмечено); у матери - поллиноз.

Объективно: состояние удовлетворительное. Самочувствие страдает незначительно - из-за зуда. Уртикарная сыпь крупная, на коже без чёткой локализации, около 20-25 элементов. Отёков нет.

Результаты лабораторных методов обследования

Определение уровня специфических IgE-антител в сыворотке крови:

Антиген	Концентрация (kU/l)	Класс
Белок коровьего молока	>100	6 (очень высокий титр антител)

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз, что является наиболее вероятной причиной заболевания?
2. Как долго могут сохраняться симптомы при хроническом течении заболевания?
3. Какие препараты необходимо назначить пациенту? Какова тактика при неэффективности первой линии терапии?
4. Чем определяется степень тяжести данного заболевания?
5. Какова доза преднизолона, назначаемая при тяжёлом течении данного заболевания?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 47

Мальчик Ю., 2,5 лет, поступил в отделение с **жалобами** на появившуюся желтушность кожных покровов.

Из анамнеза известно, что мальчик родился от первой, нормально протекавшей беременности, срочных родов. При рождении отмечалась длительная выраженная желтушность кожных покровов, по поводу чего проводилось знаменное переливание крови. Когда ребенку было 7 месяцев, родители заметили, что он немного пожелтел, но к врачу не обратились. 3 дня назад у мальчика повысилась температура до 37,8°С, ребенок пожелтел. В поликлинике был сделан анализ крови, в котором выявлена анемия - гемоглобин 72 г/л. Из семейного анамнеза известно, что мать здорова, а у отца периодически желтеют склеры.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Мальчик вялый, сонливый. Кожа и слизистые оболочки бледные с иктеричным оттенком. Обращает на себя внимание деформация черепа: башенный череп, седловидная переносица, готическое небо. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Тоны сердца учащены, выслушивается систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, селезенка +4 см ниже края реберной дуги. Стул, моча интенсивно окрашены.

Данные лабораторных методов исследования

Общий анализ крови: НЬ - 72 г/л, Эр - 2,0х10^{12}/л, Ц.п. - 1,1, Ретик - 16%, Лейк- 10,2х10^{9}/л, п/я-2%, с-45%, э-3%, л-37%, м -13%, СОЭ -24 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 82 г/л, билирубин: непрямой - 140,4 мкмоль/л, прямой - нет, свободный гемоглобин - отсутствует.

Осмотическая резистентность эритроцитов: min - 0,58, max - 0,32. 60% эритроцитов имеют сферическую форму.

Вопросы

1. О каком диагнозе идет речь? На основании каких данных Вы поставили этот диагноз?
2. По какому типу наследования передается это заболевание
3. Объясните патогенез гемолиза и перечислите осложнения при этом заболевании.
4. Какие лабораторные показатели гемолиза имеются у данного пациента.

5. Какой метод лечения является оптимальным, показан ли он данному больному и почему?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 48

Мальчик 12 лет поступил в онкогематологическое отделение

Жалобы: на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах.

Анамнез заболевания: в течение последних 3 месяцев мальчик стал быстро уставать, снизился аппетит. 2 недели назад родители заметили, что ребенок побледнел. Настоящее ухудшение состояния отмечалось 10 дней назад, когда повысилась температура до 39,3°С, увеличились подчелюстные лимфатические узлы. В амбулаторном анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до $200x10^9$/л, с подозрением на хронический лейкоз мальчик был госпитализирован.

Анамнез жизни: Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания и операции: лакунарные ангины 2 раза в год. Наблюдение специалистов: ЛОР с диагнозом: “Хронический тонзиллит”. Наследственность: у бабушки по линии отца – сахарный диабет. Аллергоанамнез не отягощен. Вакцинирована в соответствии с календарем.

Обективный статус: состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы размерами до 1,5 см, подвижные, безболезненные; подмышечные, паховые лимфатические узлы до 1,0 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +4,0 см, селезенка +2,0 см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

Результаты лабораторных методов обследования:

Общий анализ крови: НЬ - 86 г/л, Эр - $3,2x10^{12}$/л, Тромб - единичные, Лейк - $208x10^9$/л, бласты - 76%, п/я - 1%, с - 4%, л - 19%, СОЭ - 64 мм/час.

Миелограмма: костный мозг гиперплазирован, бласты - 96%, нейтрофильный росток - 3%, эритроидный росток - 1%, мегакариоциты - не найдены.

Цитохимическое исследование костного мозга: ШИК-реакция гранулярная в 95% бластов, реакция на миелопероксидазу и судан отрицательная.

Иммунологическое исследование костного мозга: выявлены маркеры зрелой Т-клетки.

Исследование ликвора: цитоз - 200/3, белок - 960 ммоль/л, реакция Панди -+++, бласты - 100%.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз согласно классификации. . Что явилось решающим в постановке диагноза?
2. Объясните патогенез клинических симптомов.
3. Какие методы исследования необходимо еще провести этому ребенку?
4. Что явилось причиной развития неврологической симптоматики?
5. Назовите основные этапы лечения этого заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 49

Девочка 10 лет с мамой на приеме у врача-педиатра участкового.

Жалобы со слов матери на боли в животе и пояснице; повышение t; слабость; снижение аппетита; головную боль.

Анамнез заболевания: больна 4 день. Заболела остро, появилось учащенное мочеиспускание и боли в животе. Через сутки отмечено повышение t до 37,5°С. На следующие сутки - повышение t до 37,7°С, появление болей в животе и поясничной области. Получала жаропонижающие препараты.

Анамнез жизни: Девочка от первой беременности, протекавшей на фоне повышения АД, отеков. Роды срочные, самостоятельные. Масса тела при рождении 3250 грамм, длина 52 см. Находилась на грудном вскармливании до 4 мес. Перенесенные заболевания: ОРВИ, бронхит. Аллергоанамнез без особенностей.

Объективный статус: Состояние средней тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, бледные, сухие, небольшой цианоз

носогубного треугольника. Л/у без особенностей. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание проводится с обеих сторон, везикулярное, хрипов нет. Границы сердца перкуторно не расширены. Тоны ритмичные, ЧСС=96 ударов в минуту, АД=100/65 мм.рт.ст. Живот мягкий. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не определяется. Почки не пальпируются. Синдром поколачивания по 12 ребру слабоположительный с обеих сторон. Отеков нет. Масса тела 29 кг, длина тела 138 см.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Единицы измерения
Гематокрит	31	44	38	%
Гемоглобин	120	150	115	г/л
Эритроциты	4,1	4,26	4,0	млн/мкл
Тромбоциты	156	408	268,0	тыс/мкл
Лейкоциты	4,5	13	19,8	тыс/мкл
Нейрофилы п/я	1	5	8	%
Нейрофилы с/я	25	53	60	
Лимфоциты	25	40	31	%
Моноциты	0	13	0	%
Базофилы	0	1	0	%
Эозинофилы	0,5	5	1	%
СОЭ	2	10	32	мм/ч

Бактериологическое исследование мочи: Выделена Escherichiacoli - 107 КОЕ/мл

Общий анализ мочи:

Тест	**Результат**	**Единица измерения**	**Должные значения**
Прозрачность	Мутная	<>	
Цвет	Светло-желтый	<>	
Эритроциты в поле зрения	0,6	В п.з.	0,1-3
Лейкоциты	4545,1	клеток/мкл	0-17,5
Лейкоциты в поле зрения	818,1	В п.з.	0-4
Плоский эпителий	0,7	/мкл	0-39,6
Плоский эпителий в поле зрения	0,1	В п.з.	0-7
Цилиндры	2,59	/мкл	0-5
Бактерии	14995,2	/мкл	0-60

Результаты инструментальных методов обследования:

УЗИ почек и мочевого пузыря: Почки умеренно увеличены с двух сторон, имеется расширение и уплотнение стенок ЧЛС. Мочевой пузырь без патологии.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз, какова тактика ведения данного пациента?
2. Укажите показания для госпитализации ребенка с данным заболеванием.
3. Выберете наиболее оптимальную схему антибактериальной терапии в амбулаторных условиях:
4. Укажите препарат, который наиболее часто используется для длительной антимикробной профилактики рецидивов заболевания:
5. Какое исследование необходимо провести при повторении эпизодов (2-х и более) ИМВП у детей старше года?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 50

На прием в поликлинику обратилась мама с девочкой 5-ти лет.

Жалобы на боль в надлобковой области; рези при мочеиспускании; ночное недержании мочи; частые позывы на мочеиспускание в дневное время.

Анамнез заболевания: ребенок болен 3-й день. 2 дня назад девочка почувствовала недомогание, часто ходила в туалет. Т была 37°С. На следующий день частые мочеиспускания сохранились, стали болезненными. Девочка ощущала режущие боли внизу живота, t было нормальная. Родители дали ибупрофен, но боли не исчезли. Ночью ребенок дважды помочился в кровать. Утром родители вместе с ребенком обратились к участковому педиатру в поликлинику.

Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, протекавшей физиологически. Роды нормальные, в срок. Масса тела при рождении 3250 грамм, длина 51 см. Прививки по календарю. Туб. анамнез: не отягощен. Аллергоанамнез не отягощен. Травмы: нет. Операции: нет. Гемотрансфузии не проводились. Перенесенные заболевания: ОРВИ до 3-х р./год. Детские инфекции: ветряная оспа. С 1 года наблюдалась у детского гинеколога по поводу синехий половых губ. Мать девочки страдает хроническим пиелонефритом. Девочка нередко подвергалась переохлаждениям (занимается в бассейне).

Объективный статус: Т = 36,4°С. Бледность лица. Отеков нет. В ротоглотке без катаральных явлений. Периферические л/у не увеличены. При объективном обследовании органов дыхания патологии не обнаружено. ЧДД=22 в минуту. ЧСС=102 удара в минуту, тоны сердца громкие, ритмичные. Живот безболезненный во всех отделах, мягкий при пальпации, печень, селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Пальпация задних и передних мочеточниковых точек безболезненна с обеих сторон. Почки не пальпируются. Мочеиспускание учащено, болезненно. Моча желтая, мутная на вид. Наружные половые органы развиты правильно, кожа не гиперемирована, патологических образований и выделений из половых путей нет. Вторичные половые признаки не развиты. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Ед.	Min	Max	Результат
Гематокрит	%	31	44	40
Гемоглобин	г/л	120	150	126
Эритроциты	млн/мкл	4,1	4,26	4,2
Тромбоциты	тыс/мкл	156	408	180,0
Лейкоциты	тыс/мкл	6,0	12,5	10,2
Нейрофилы	%			
п/я		1	5	2
с/я	%	45	60	48
Лимфоциты	%	25	40	40
Моноциты	%	0	13	10
Эозинофилы	%	0	5	0
СОЭ	мм/час	2	10	8

Клинический анализ мочи:

Показатель	Ед. измерения	Норма	Результат
Цвет		Жёлтый	Жёлтый
Прозрачность		Полная	Мутная
Лейкоциты	Кл. в п/зр	До 5	150
Эритроциты	Кл. в п/зр	Единичные	30
Эпителий	Кл. в п/зр	Единичные	3-4
Белок	‰	До 0,033	0,033
Соли		нет	нет

Бактериологический анализ мочи: высевается Escherichiacoli в титре 1*106 микробных тел.

Результаты инструментальных методов обследования:

УЗИ почек и мочевого пузыря: структура почки и ЧЛС без патологических изменений. Размеры почек соответствуют возрастной норме. Граница между корковым слоем и чашечками почки четкая.

Фиброзная капсула почки ровная. Эхогенность почек не изменена. Патологических включений и образований не выявлено. Мочевой пузырь обычной формы. Стенки мочевого пузыря утолщены. На дне пузыря отмечается "эхонегативная" взвесь в умеренном количестве. После микции объем остаточной мочи в пузыре увеличен.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз, с чем следует проводить дифференциальную диагностику?
2. Какие препараты этиотропной терапии можно использовать у данного пациента? Какова длительность курса?
3. Каковы показания к проведению цистоуретроскопию при данном заболевании? Какие факторы могут способствовать развитию рецидивов заболевания?:
4. Консультация какого специалиста необходима с целью дифференциальной диагностики у данного пациента?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 51

Амбулаторный прием в детской поликлинике, девочка 14 лет.

Жалобы: приступы учащенного сердцебиения с частотой примерно 200 в мин, длительностью 3 мин, проходят самостоятельно.

Анамнез заболевания: приступы тахикардии отмечаются в течение последних двух лет около 2 р./год. Приступы возникают внезапно на фоне спокойного состояния, причину возникновения приступов девочка назвать не может. Болей в сердце, головокружения и синкопов не отмечает.

Анамнез жизни: заболеваний ССС у родителей нет; случаи внезапной смерти в молодом возрасте в семье и у родственников отрицает; вредных привычек не имеет.

Объективный статус: Состояние при осмотре удовлетворительное. Температура тела 36,6°С. Щитовидная железа не увеличена. Кожные покровы: бледно-розовые, чистые, умеренно-влажные, видимые слизистые обычной окраски. Границы относительной сердечной тупости: верхняя – III ребро; правая – по правому краю грудины; левая – по левой средне-ключичной линии. Верхушечный толчок в V м/р по среднеключичной линии. При аускультации число сердечных сокращений соответствует пульсу. Тоны сердца: ясные. ЧСС=78 ударов в минуту. АД справа = 110/70 мм.рт.ст; слева = 110/68 мм.рт.ст; на ногах = 126/74 мм.рт.ст. Пульсация на бедренных артериях отчетливая. Шумы на сонных артериях, на брюшной аорте – не выслушиваются. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Мочеиспускание не нарушено, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Результаты лабораторных методов обследования:

Общий анализ крови в норме; Биохимический анализ крови: K 3,7, ммоль/л, Na 142 ммоль/л, Тропонин 0 мкг/л, КФК -58 ед/л; Гормоны щитовидной железы в норме

Результаты инструментальных методов обследования:

Эхо-КГ: Конечный диастолический размер левого желудочка 4,4 см (норма 4,0-4,8 см). Конечный систолический размер левого желудочка 2,8 см. (норма 2,2-2,8 см). Правый желудочек - 1,9 (норма 1,4-2,0) см; Межжелудочковая перегородка - 0,9 (норма 0,61-0,97) см; Левое предсердие 3,3 см (норма 2,25-3,31 см). Правое предсердие - 3,8 см (норма 3,1-4,2 см). Фракция выброса - 64% (норма более 60%). Митральный клапан пролабирует в полость левого желудочка на 2 мм. Митральная регургитация - (нет).

ЭКГ: Суправентрикулярная тахикардия с частотой сокращений 192 удара в минуту.

Электрическая ось сердца не отклонена. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. QRS = 48 ms (норма 45-85), QT = 221 ms (норма 260-380), QT(c) = 452 ms (норма - не более 460).

2).Синусовая аритмия с частотой сердечных сокращений 56-75 ударов в минуту. Электрическая ось сердца не отклонена.Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. PQ = 160 ms (норма 120-190), QRS = 80ms (норма 45-85), QT = 360 ms (норма 260-380).

Холтеровское (суточное) мониторирование ЭКГ: За период наблюдения регистрировался синусовый ритм с ЧСС от 49 до 159 (средняя 73) уд/мин. В 13:32 зарегистрирован эпизод суправентрикулярной тахикардии длительностью 128 сек. Сегмент ST без достоверно

патологических смещений. Циркадный индекс ЧСС в норме. Вариабельность сердечного ритма сохранена.

Вопросы

1. Сформулируйте основной диагноз. Каков механизм возникновения данного заболевания? Возможное
2. Механизм возникновения данного заболевания и возможное осложнение?
3. С какого препарата начинается неотложная медикаментозная терапия при стабильном состоянии пациента?
4. Контроль эффективности лечения приступа суправентрикулярной тахикардии осуществляется на основании:
5. Развитие каких побочных эффектов характерно для большинства классических антиаритмических препаратов?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 52

На амбулаторном приёме у участкового педиатра мальчик 2-х месяцев жизни.

Жалобы. Беспокойство через 30 мин после еды; слизь и прожилки крови в стуле.

Анамнез заболевания. После перевода ребенка на искусственном вскармливании в 1 мес. 1 нед. ребёнок стал более беспокойным, часто плачет, плохо спит, во время кормления отказывается сосать, кричит. В возрасте 1,5 месяцев был сдан кал на углеводы, выявлено увеличение углеводов до 3%, назначен препарат, содержащий лактозу. На фоне лечения консистенция кала стала более густой, частота стула снизилась до 6 раз в сутки, но появилась слизь и прожилки крови:

Анамнез жизни. Ребенок рожден от второй беременности, вторых родов со сроком гестации 38 недель; течение беременности: токсикоз первой половины, угроза прерывания на ранних сроках; масса тела 3620 грамм, длина 54 см; семья относится к категории благополучных, малыш получает адаптированную гипоаллергенную смесь; аллергический анамнез не отягощен; наследственный анамнез: у отца были проявления атопического дерматита до 2 лет, у матери крапивница на арахис; вакцинирован согласно календарю.

Объективно. Состояние удовлетворительное, самочувствие хорошее; не лихорадит; кожные покровы бледно-розовой окраски, очень сухая, вокруг ануса - гиперемия; в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные; при пальпации живот мягкий, безболезненный; печень +2 см, селезенка не пальпируется; частота стула до 6 раз в сутки, консистенция желеобразная, оттенок зеленоватый, присутствует слизь в большом количестве, прожилки крови; Масса 5100 грамм (6 коридор), длина 58 см (5 коридор).

Психометрия: Аз - следит взором за движущейся перед глазами игрушкой; Ас - прислушивается; Э - улыбается; Д.о. - удерживает голову 1-2 минуты в вертикальном положении.

Результаты лабораторных методов обследования:

Определение уровня специфических IgE-антител в сыворотке крови:

Антиген	Концентрация (kU/l)	Класс
Молоко коровье	45	4 (высокий титр антител)

Вопросы:

1. Сформулируйте окончательный диагноз. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
2. Какие проявления данного заболевания, кроме имеющихся у пациента, могут быть?
3. На вскармливание какой смесью необходимо перевести ребенка?
4. В каком возрасте необходимо вводить прикорм данному пациенту?
5. Каковы правила введения прикорма такому пациенту?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 53

На приеме в поликлинике у врача-педиатра участкового мальчик 9 лет вместе с мамой.

Жалобы на головную боль; недомогание; изменение цвета мочи.

Анамнез заболевания: три недели назад перенес лакунарную ангину, последнюю неделю посещал школу. В течение двух последних дней появилось недомогание, головная боль, однократно было носовое кровотечение, стал редко мочиться, появился красный цвет мочи.
Анамнез жизни: Ребенок от 1-й беременности, протекавшей физиологически. Роды нормальные, в срок. Масса при рождении 3180 грамм, длина 50 см. Прививки по календарю. Реакция Манту – отрицательная. Аллергоанамнез не отягощен. Перенесенные заболевания: ОРВИ до 5 р./год, после 5-летнего возраста – трижды лакунарные ангины. Травм, операций не было. Гемотрансфузии не проводились. У матери ребенка хронический тонзиллит.
Объективный статус: выражена бледность кожных покровов, пастозность лица, отеки на голенях. Видимые слизистые: чистые, бледно-розовые, влажные, блестящие. Миндалины чистые от налетов, гипертрофия миндалин 3 ст. Костно-мышечная система: без видимых деформаций. Мышечный тонус удовлетворительный. Область суставов визуально не изменена, движения в суставах в полном объеме, безболезненные. Периферические л/у: пальпируются по основным группам - заднешейные, тонзиллярные - мелкие, единичные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Дыхательная система: носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Перкуторно ясный легочный звук. Дыхание в легких везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Сердечно-сосудистая система: область сердца и магистральных сосудов визуально не изменена. Перкуторно границы относительной тупости сердца в пределах возрастной нормы. Сердечные тоны громкие, ритмичные.
Пищеварительная система: язык влажный, чистый. Живот обычной формы, симметричный, активно участвует в акте дыхания, доступен глубокой пальпации, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул 1 р./сут., оформленный, без патологических примесей. Мочевыделительная система: область почек визуально не изменена. Пальпация области почек безболезненна. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. За сутки мочился 2 раза, моча цвета «мясных помоев». Наружные половые органы развиты и сформированы правильно.
Результаты лабораторных методов обследования:
Клинический анализ крови:

Показатель	Результат	Единицы измерения
Гемоглобин	111	г/л
Эритроциты	4,2	10^{12}/л
Средний объем эритроцитов	80	fl
Тромбоциты	368	10^{9}/л
Средний объем тромбоциты	8,3	fl
Тромбокрит	0,3	%
Лейкоциты	8,9	10^{9}/л
Нейрофилы	64	%
Лимфоциты	22	%
Эозинофилы	4	%
Моноциты	8	%
СОЭ	25	мм/ч

Мазок из зева и носа на микрофлору: получен рост непатогенной (облигатной) флоры.

Результаты инструментальных методов обследования:
УЗИ почек и мочевого пузыря:
По данным УЗИ выявлено – небольшое увеличение почек в размерах, нарушение дифференцировки слоев паренхимы, умеренное повышение эхогенности паренхимы, чашечно-лоханочная система без деформации. Мочевой пузырь без изменений.
Вопросы:
1. Каков предположительный наиболее вероятный диагноз?
2. Укажите схему и сроки использования антибактериальных препаратов у данного пациента

3. Как долго после перенесенного заболевания ребенок будет подлежать диспансерному учету на участке?
4. Составьте план лабораторных и инструментальных исследований на участке, а также частоту осмотра врачами-специалистами:
5. Укажите прогноз заболевания, а также рекомендации по вакцинации после перенесенного заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 54

На амбулаторном приеме девочка 10 лет.

Жалобы: на боли в эпигастральной области, появляющиеся через 30-40 минут после еды; тяжесть после приема пищи; тошнота.

Анамнез заболевания: ребенок болен в течение 2 лет. Боли носят периодический характер, купируются самостоятельно в покое. В течение последнего месяца боли в животе участились. Девочка режим питания не соблюдает, предпочитает еду всухомятку. Отмечается весенне-осенняя сезонность.

Анамнез жизни: росла и развивалась соответственно возрасту; аллергоанамнез: не отягощен; вакцинирована согласно календарю; семейный анамнез: у матери – хронический гастрит, у отца – хронический панкреатит.

Объективный статус: кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот округлой формы, симметричен, не вздут, при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптом Менделя – положительный. Печень у края реберной дуги, край упругий, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, 1 раз в сутки, без патологических примесей.

Результаты лабораторных методов обследования:

Определение антигена Helicobacter pylori экспресс-методом в кале: Антиген Helicobacter pylori положительный

Результаты инструментальных методов обследования:

Фиброэзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода бледно-розовая, кардия смыкается полностью. В желудке много мутной слизи с примесью желчи, очаговая гиперемия в области тела и антрального отдела, складки гипертрофированы, на стенках желудка множественные разнокалиберные выбухания в антральном отделе, слизистая ДПК розовая.
Уреазный тест – положительный.
Внутрижелудочная pH-метрия: Определяется повышенная кислотность.
Гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка: Признаки хронического воспаления, выявлены вегетативные и кокковые формы H. pylori.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз, с чем следует проводить дифференциальную диагностику?
2. Что является неинвазивным методом диагностики Helicobacter pylori?
3. Что включает эрадикационная терапия? Какова ее продолжительность?
4. Какова стандартная доза ИПП?
5. Какой основной путь заражения H. Pylori?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 55

В поликлинике у педиатра мальчик 4-х лет с мамой.

Жалобы на повышение t; недомогание; слабость; снижение аппетита; периодические боли в животе; повторная рвота в течение суток.

Анамнез заболевания: при сборе анамнеза выявлено, что в течение года у ребенка отмечались подъемы t до фебрильных цифр без явных катаральных явлений. Однако расценивались указанные симптомы как проявления ОРВИ, по поводу чего мама самостоятельно давала ребенку противовирусные, жаропонижающие препараты, а также неоднократно получал короткие курсы

пероральных антибактериальных средств (из группе пенициллинов и цефалоспоринов). Анализы мочи и крови не сдавали.

Анамнез жизни: ребенок от 3-й беременности (2 м/а), протекавшей с угрозой прерывания в 1-м триместре. Роды первые, в срок, путем кесарева сечения. Масса тела 3220 грамм, длина 51 см. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Прививки по календарю. Туб. анамнез не отягощен. Травм, операций не было. Гемотрансфузии не проводились. Аллергоанамнез не отягощен. Перенесенные заболевания: ОРВИ 2 р./год, ветряная оспа в 3 года. Наследственность отягощена по артериальной гипертонии, желчекаменной болезни, сахарному диабету 2-го типа.

Объективный статус: Состояние средней тяжести. Т = 37,8°С. ЧСС=110 ударов в минуту. АД=100/60 мм.рт.ст. Кожные покровы чистые, обычной окраски, теплые. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные. Миндалины не выступают из-за края небных дужек, не гиперемированы. Задняя стенка глотки не гиперемирована. Носовое дыхание свободное. Отделяемого из носовых ходов нет. Кашля нет. Аускультативно дыхание в легких пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Область почек не изменена. Симптом поколачивания по поясничной области положительный с двух сторон. Мочеиспускание 4-5 раз в сутки, периодически отмечается беспокойство при мочеиспускании. Стул - оформленный, со склонностью к запорам (1 раз в 2-3 дня).

Результаты лабораторных методов обследования:

Общий анализ мочи:

Тест	**Результат**	**Единица измерения**	**Должные значения**
Прозрачность	Мутная	<>	
Цвет	Светло-желтый	<>	
Эритроциты в поле зрения	0,6	В.п.э.	0,1-3
Лейкоциты	4545,1	/мкл	0-17,5
Лейкоциты в поле зрения	818,1	В.п.э.	0-4
Плоский эпителий в поле зрения	0,1	В.п.э.	0-7
Цилиндры	2,59	/мкл	0-5
Бактерии	14995,2	/мкл	0-60

Клинический анализ крови:

Показатели крови	Обнаруженные значения
Эритроциты, * 10^{12}/л	3,4
Гемоглобин, г/л	120
Лейкоциты. *10^{9}/л	15,2
Эозинофилы,%	2
Нейрофилы,%	75
Лимфоциты,%	24
Моноциты,%	1
СОЭ, мм/час	42

Бактериологическое исследование мочи:

Показатель	Результат
Белок	0,3 г/л
Лейкоциты	170-180 поля зрения
Эритроциты	3-5 в поле зрения
Реакция	Щелочная
бактериурия	++

Результаты инструментальных методов обследования:

УЗИ почек и мочевого пузыря: Уплотнение стенок ЧЛС (чашечно-лоханочной системы), пиелоэктазия слева (лоханка 9 мм на наполненный мочевой пузырь, 14 мм - после микции).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз, где должен лечиться данный пациент?
2. Определите показания для госпитализации в соответствии с клиническими рекомендациями
3. Укажите препарат, который наиболее часто используется для длительной антимикробной профилактики рецидивов данного заболевания
4. Составьте план диспансерного наблюдения на участке, какие специалисты должны дополнительно осмотреть ребенка для профилактики рецидивов?
5. Какое исследование необходимо провести у данного пациента при повторением эпизодов (2-х и более) ИМВП?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 56

Осмотр 3-х летнего ребенка в поликлиническом отделении лечебно-профилактического учреждения. Пришел с мамой, на плановый прием к педиатру.

Жалобы: Низкая прибавка в весе; отставание в нервно-психическом развитии;неустойчивый стул с неприятным запахом;выраженное вздутие живота в течение последнего года;после употребления каши и хлеба мама замечает нарушение стула и увеличение размеров живота.

Анамнез заболевания: Ребенок болен около 1 года, когда впервые мама обратила внимание на разжижение стула после хлебобулочных изделий и выраженный метеоризм. На участке педиатр обращал внимание на низкую прибавку массы тела и снижение темпов роста. Была рекомендована консультация эндокринолога и гастроэнтеролога, однако мать не посетила с ребенком данных специалистов.

Анамнез жизни: Ребенок от 1-й беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания в 1-м триместре. Роды самостоятельные, в срок. Масса тела 3470 грамм, длина 53 см. Прививки по календарю. Туб. анамнез: не отягощен. Аллергоанамнез: на амоксициллин - крапивница. Травмы: нет. Операции: нет. Гемотрансфузии не проводились. Перенесенные заболевания: ОРВИ до 4-5 р./год. Детские инфекции: ветряная оспа в 2 года. В семье заболеваниями гастродуоденальной зоны страдает отец (хронический гастродуоденит) и дедушка по линии отца (язвенная болезнь ДПК).

Объективный статус

Кожные покровы бледно-розового цвета, сухие, тургор кожи снижен. Зев не гиперемирован. Дыхание через нос свободное, ЧДД=26 в минуту. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС=104 ударов в минуту. Живот увеличен в объеме за счет выраженной аэроколии, безболезненный. Печень из под края реберной дуги выступает на 1,5 см, желчепузырные симптомы отрицательны. Мочеиспускание свободное безболезненное. Стул неоформленный 2-3 раза в день.

Результаты лабораторных методов обследования:

Антитела к эндомизию, IgA:IgA (Anti-EndomysialAntibodies, EMA, IgA) 1:645 (норма <1:5).

Антитела к тканевой трансглутаминазеIgA:IgA (ReticulinAntibodyIgGIgA, ARA) 1:280 (норма <1:10).

Результаты инструментальных методов обследования:

Эзофагофиброгастродуоденоскопия с биопсией слизистой ДПК:

Гистологические результаты биопсии тканей 12-й кишки: ворсины укорочены, большая часть их уплощена. Крипты не глубокие, на отдельных участках расширенные. Бокаловидные клетки неравномерно располагаются среди эпителиоцитов. Отмечается расширение собственной пластинки за счет обильной лимфоплазмоцитарной инфильтрации, уменьшения ворсин и увеличения внутриэпителиальных лимфоцитов, больше 10 в отдельных ворсинах. Морфологическая картина хронического дуоденита с частичной атрофией ворсин, соответствует глютеновой энтеропатии.

Заключение: признаки умеренного хронического дуоденита.

Фиброколоноскопия: на момент осмотра патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Какой предполагаемый диагноз? С чем следует проводить дифференциальную диагностику?
2. Какая гистологическая картина соответствует данной патологии?

3. Что является основой лечения ребенка с данной патологией? Какие каши можно использовать в рационе ребенка?
4. Какие препараты могут быть назначены данным пациентам для улучшения усвоения микронутриентов:
5. Когда возможно проведение вакцинопрофилактики у данного ребенка
6.

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 57

Медосмотр для участия в спортивных соревнованиях ребенка 15 лет.
Жалобы на повышенную утомляемость; периодические головные боли.
Анамнез заболевания: повышение артериального давления (АД) до 160/80 мм.рт.ст. было выявлено 2 раза на осмотре у педиатра 14 летнем возрасте; препараты не принимает.
Анамнез жизни: занимается плаванием с 7 лет; вредных привычек не имеет; в питании предпочитает соленые блюда; генеалогический анамнез: дедушка со стороны папы умер от инфаркта миокарда в 60 лет.
Объективный статус: Состояние при осмотре удовлетворительное. Масса тела 77 кг, рост 179 см, индекс Кетле (ИМТ) = 24 кг/м2. (↑). Эмоционально лабилен. Щитовидная железа не увеличена. Кожные покровы: бледно-розовые, чистые, умеренно-влажные, видимые слизистые обычной окраски. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Границы относительной сердечной тупости: верхняя - III ребро; правая - по правому краю грудины; левая - по левой средне-ключичной линии; верхушечный толчок в V межреберье по среднеключичной линии; при аускультации число сердечных сокращений соответствует пульсу; тоны сердца: ясные, выслушивается неинтенсивный систолический шум слева от грудины, максимально на верхушке; ЧСС=72 ударов в минуту, АД справа = 160/80 мм.рт.ст., АД слева = 150/80 мм.рт.ст, АД на ногах: справа = 170/94 мм.рт.ст., слева = 168/90 мм.рт.ст.; пульсация на бедренных артериях отчетливая; шумы на сонных артериях, на брюшной аорте - не выслушиваются. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет; мочеиспускание не нарушено, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.
Результаты лабораторных методов обследования:
Общий анализ мочи, биохимический анализ крови (калий, натрий, мочевина, креатинин, глюкоза, липидный профиль): в норме.
Результаты инструментальных методов обследования:
Эхокардиография: Конечный диастолический размер ЛЖ = 4,8 см (норма 4,0-4,8 см).
Конечный систолический размер ЛЖ = 2,8 см (норма 2,2-2,8 см). Задняя стенка ЛЖ = 0,9 см (норма 0,61-0,97 см). МЖП = 0,9 см (норма 0,61-0,97 см). ЛП = 3,3 см (норма 2,25-3,31 см). Фракция выброса = 65% (норма более 60%). Аорта = 2,8 см (норма 2,10-2,8 см). Аортальная регургитация - нет.
Электрокардиограмма: Синусовый ритм с ЧСС=72, электрическая ось сердца горизонтальная. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД):

	Процентили АД	
	50-й	95-й
Дневные часы	124/73	137/85
Ночные часы	107/50	122/67
Суточный	120/67	130/77

Из 68 измерений АД - успешных 59. В дневные часы среднее АД = 140/77 мм.рт.ст. В ночные часы среднее АД = 124/64 мм.рт.ст. Среднее АД за сутки: 137/74 мм.рт.ст.
Максимальное систолическое АД = 158 мм.рт.ст. Минимальное систолическое АД = 105 мм.рт.ст. Максимальное диастолическое АД = 98 мм.рт.ст. Минимальное диастолическое АД = 51 мм.рт.ст. Средняя ЧСС за сутки – 63 мм.рт.ст. Вариабельность АД в норме.
Показатели нагрузки повышенным давлением за сутки: индекс времени систолического АД = 81%, индекс времени диастолического АД = 25%. Утренняя динамика (скорость подъема АД) - повышена.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) почек: Размеры почек: правая - 101 х 40 мм, паренхима - 14 мм; левая - 106 х 44 мм, паренхима - 14 мм, структурные; ЧЛ не расширена; КМД сохранена; отток мочи не нарушен; надпочечники четко не визуализируются.
Осмотр глазного дна: Мелкие артерии не изменены; вены нормального диаметра.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз, при каких средних уровнях систолического и/или диастолического артериального давления устанавливается данный диагноз?
2. Каковы наиболее частые причины данного заболевания у детей в возрасте 7-15 лет являются?
3. Какова тактика ведения данного больного при выявлении артериальной гипертензии 1 степени низкого риска? Основные принципы составления рациона питания ребенка с артериальной гипертензией.
4. Чем будет проводится медикаментозная терапия данного заболевания? Каковы побочные эффекты бета-адреноблокаторов?
5. О чем свидетельствует индекс Кетле [масса тела, кг/(длина тела, м)2] у мальчика 15 лет, равный 24 кг/м2?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 58

На приеме участкового педиатра школьник 16 лет с мамой.

Жалобы: на боли в эпигастральной области, возникающие через 2-3 часа после приёма пищи и прекращающиеся после еды;ночные боли; отрыжка кислым; тошнота.

Анамнез заболевания: Данные симптомы беспокоят в течение последнего года, преимущественно, весной и осенью. К врачу не обращался, для уменьшения болей принимает фосфалюгель с временным эффектом. Настоящее ухудшение развилось 7 дней назад, обратился в районную поликлинику.

Анамнез жизни: Рос и развивался нормально. Учится в 10 классе, занимается профессионально боксом, режим питания последние полгода не соблюдает. Перенесенные заболевания: ветряная оспа. Наследственность: у мамы хронический гастродуоденит. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Рост 1,70 м, вес 65 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски, влажные. Периферические л/у не увеличены. Отеков нет, Т = 36,3°С. Зев не гиперемирован. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС=75 ударов в минуту. АД=115/75 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом тотально, живот участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет. Перкуторные размеры печени и селезенки в пределах нормы. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул оформленный, регулярный.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Результата	Нормы
Эритроциты (RBC),*1012/л	5,2	М.4,4-5,0 Ж.3,8-4,5
Гемоглобин (Hb),г/л	159	М.130-160 Ж.120-140
Гематокрит(HCT),%	0,42	М.0,40-0,48 Ж.0,36-0,44
Цветовой показатель(ЦП)	0,92	0,8-1,0
Усреднённое значение объема эритроцита (MCV),(фл)	84	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH),(пг)	28	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC),г/дл	36,2	32,0-37,0
Ретикулоциты (RET),%	10	2-12

Тромбоциты (PLT),*109/л	210	180-320
Лейкоциты (WBC),*109/л	7,6	4-9
Лейкоцитатная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные,%	2	16
Нейтрофилы сегментоядерные,%	60	47-72
Эозинофилы,%	4	1-5
Базофилы,%		0-1
Лимфоциты,%	32	19-37
Моноциты,%	2	2-10
СОЭ,%	8	М.2-10 Ж.2-15

Кал на скрытую кровь:
Реакция кала на скрытую кровь - отрицательная.

Результаты инструментальных методов обследования:

Эзофагогастродуоденоскопия с уреазным тестом:
Пищевод свободно проходим. Слизистая пищевода розовая. «Зубчатая линия» прослеживается равномерно. Кардия смыкается полностью, перистальтика активная. В желудке немного мутного содержимого. Складки обычного калибра, хорошо расправляются воздухом. Слизистые желудка розового цвета в теле, в антральном отделе отечны, отмечается мелкопятнистая гиперемия. Привратник розетковидной формы, перистальтика активная. Луковица ДПК обычных размеров, пустая. Слизистые очагово гиперемированы, отечны. По малой кривизне на (12 часах) отмечается активная язва, плоская размером около 0,3 см, дно покрыто фибрином. Б/д переход проходим. Постлуковичный отдел – складки обычного калибра, концентрично расположены. Слизистые очагово гиперемированы по вершинам складок. Фатеров сосок по медиальной стенке, уплощен, отечен.
Быстрый уреазный тест – положительный.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз:
2. Что включает стандартная схема первой линии эрадикационной терапии? Какова стандартная продолжительность эрадикационной терапии?
3. Контроль эрадикации Helicobacter pylori после антихеликобактерной терапии следует провести через ___ недель:
4. С какой целью назначаются антацидные препараты (алюминия гидроксид или фосфат, магния гидроксид) в комплексной терапии?
5. В течение скольких лет проводится диспансерное наблюдение за пациентом с язвенной болезнью? Какова кратность проведения фиброгастродуоденоскопии в стадии реконвалесценции?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 59

На прием к врачу пришла девочка 12 лет с жалобами на боли в животе, в области эпигастрия, вокруг пупка, возникающие натощак, через 2 часа после приема пищи; ночные боли; изжога; отрыжка воздухом.

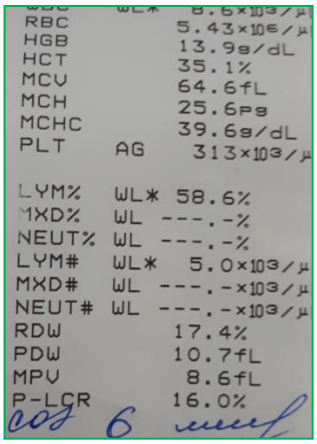
Анамнез заболевания: Первые симптомы заболевания появились 5 месяцев назад, постепенно участились, приняли интенсивный характер боли в области живота. Амбулаторно девочка получала лечение препаратами «Альмагель», «Мезим-Форте» с непродолжительным положительным эффектом.

Анамнез жизни: Девочка от второй нормально протекавшей беременности, вторых срочных родов. Масса при рождении 3200 г, длина тела 55 см. Период новорожденности без особенностей. Привита в соответствии с календарем.Учится в школе с интенсивным изучением иностранных языков, посещает кружок танцев, шахматы. У бабушки по материнской линии - гипертоническая болезнь, у дедушки по отцовской линии - хронический холецистит, у отца - язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки.

Объективный статус: Рост 140 см, масса тела 40 кг. Кожные покровы чистые, выражена потливость ладоней и стоп, красный стойкий разлитой дермографизм.Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно.Дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧДД=20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=70 ударов в минуту. АД=100/65 мм.рт.ст. Язык обложен налетом белого цвета. Живот не вздут, мягкий, болезненный в области эпигастрия, проекции пилородуоденальной зоны. Печень не увеличена, край безболезненный. Стул 1 раз в день или через день, плотно оформленный.По другим органам- без патологии.

Результаты лабораторных методов обследования:

Общий анализ крови:



Определение моноклонального фекального антигена Helicobacterpylori: Положительный.

Уреазный дыхательный тест с С13-меченым атомом углерода: положительный

Результаты инструментальных методов обследования:

Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФГДС):

Слизистая пищевода розовая. Слизистая желудка во всех отделах и слизистая луковицы гиперемирована, гипертрофирована, в просвете желудка умеренное количество мутной желчи. На передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки язвенный дефект 0,6х0,5 см, покрытый грязно-серым фибриновым налётом, окружённым венчиком гиперемии.

Измерение кислотности среды методом внутрижелудочной pH-метрии:

Уровень pH	Состояние	Результаты пациента
0,9-1,2	Выраженная гиперацидность (повышенная кислотность)	
1,3-1,5	Умеренная гиперацидность	1,4
1,6-2,2	Норма	
2,3-3,5	Умеренная гипоацидность (пониженная кислотность)	
3,6-6,9	Выраженная гипоацидность	
7,0-7,5	Анацидность	

УЗИ органов брюшной полости:

Печень: контур ровный, четкий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная, сосуды не расширены. Желчный пузырь: 53 х 22 мм, без патологии.Поджелудочная железа: контур ровный, чёткий, размеры-18 мм, тело-15 мм, хвост-19 мм, эхоструктура паренхимы однородная. Селезёнка: контур ровный, четкий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз,
2. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
3. С чем следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Что включает в себя тактика ведения и комплексная терапия данного больного?
5. Что относится к препаратам первой линии терапии при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 60

Подросток 15 лет на приеме у участкового педиатра.

Жалобы: на слабость; боли в животе, усиливающиеся перед дефекацией; жидкий стул 3-4 раза в сутки, малыми порциями, с примесью алой крови в 2-3 порциях;температура 36,7;аппетит несколько снижен;за последние полгода похудел на 6 кг; эпизодически – пастозность стоп.

Анамнез заболевания: эпизоды послабления стула отмечает последние полгода, по 5-6 дней в месяц, в последние недели участились ночные дефекации. Мальчик связывает появившиеся симптомы с нерегулярным и неправильным питанием, частым употреблением фастфуда. Родители решили обратиться к врачу в связи с тем, что несколько дней назад ребенком было отмечено появление в кале примеси крови.

Анамнез жизни: мальчик от 1 беременности, протекавшей без особенностей, 1 срочных самостоятельных родов. Мр=3750 грамм, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Грудное вскармливание до 3 месяцев. Аллергологический анамнез не отягощен. Перенесенные заболевания: ротавирусная инфекция в возрасте 2 лет, сальмонеллез в 14 лет. Узкими специалистами не наблюдается. Семейный анамнез: дедушка по материнской линии умер от рака толстой кишки.

Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Вес 54 кг. Рост 176 см. Кожные покровы чистые, сыпи нет, бледные, acnevulgaris на лице. Зев не гиперемирован, слизистые влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС=86 ударов в минуту, АД=110/70 мм.рт.ст. Язык суховат, несколько обложен светлым налетом у корня. Живот симметричный, несколько вздут, мягкий, при пальпации незначительно болезненный в обеих подвздошных областях, больше слева, перитонеальных знаков нет. Печень и селезенка не увеличены. Стул мягкоофрмленный с кровью в количестве одной столовой ложки, располагающейся сверху, на каловых массах.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Референсные значения	Результат	Единицы измерения
Эритроциты	3,6-5,1	32	х 10^{12}/л
Гемоглобин	115-150	96	г/л
Цветовой показатель	0,85-1,15	0,81	%
Тромбоциты	180-360	567	тыс/мкл
Лейкоциты	4,3-9,5	5,3	х 10^{9}/л (норма до 11,3)
п/я	0,5-6	1	%
с/я	40-65	68	%
Эозинофилы	0,5-6	1	%
Лимфоциты	25-50	28	%
Моноциты	2-10	2	%
СОЭ	4-15	15	мм/ч

Биохимия крови:

Показатель	Ед.	Min	Max	Результат
АЛТ	ед./л	0	40	35
АСТ	ед./л	0	40	29
Альбумин	г/л	27	40	24
Общий белок	г/л	64	86	59
Липаза	ед./л	8	78	70
Билирубин общий	мкмоль/л	1,3	20,5	6,2
Железо	мкмоль/л	4,5	27,9	8,2
Глюкоза	ммоль/л	5,06	3,0	5,5
СРБ	мг/л	0,1	8,2	21

Копрограмма:

Показатель	Результат

Реакция на скрытую кровь	положительная
Лейкоциты	20-22 в п. зр.
Эритроциты	5-10 в п. зр
Слизь	в большом количестве
Яйца гельминтов и патогенные простейшие	не обнаружены

Фекальный кальпротектин методом иммуноферментного анализа (ИФА): 168 Мк/г (↑) (норма 0-50).

Результаты инструментальных методов обследования:

Колоноскопия с биопсией: Эндоскоп проведен в купол слепой кишки. Слизистая прямой и сигмовидной кишки умеренно гиперемирована с подслизистыми кровоизлияниями. На слизистой фибринозные наложения и плоские изъязвления неправильной формы, покрытые гноем и фибрином. Слизистая поперечно-ободочной кишки не изменена, сосудистый рисунок сохранен, гаустрация выражена. Слизистая проксимальных отделов толстой кишки представляется неизмененной.

Гистологическое заключение: полиморфноклеточная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки толстой кишки.

Эзофагогастродуоденоскопия: в норме

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз. Какое осложнение развилось у больного?
2. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Что относится к «симптоме тревоги» при хронической диарее?
4. Какой препарат в качестве терапии первой линии для индукции и поддержания ремиссии используют при данном заболевании?
5. Что является препаратом первой линии биологической терапии при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС N 61

Девушка 17 лет с мамой на приеме у участкового педиатра.

Жалобы: жидкий стул до 6-8 раз в день (ночью стула нет), малыми порциями, с примесью алой крови практически во всех порциях;тенезмы, боли в животе с тенденцией к усилению перед актом дефекации;метеоризм;последние дни t = 37,5°С, присоединилась слабость;аппетит несколько снижен;за последние полгода похудела на 7 кг;беспокоят высыпания на коже нижних конечностей.

Анамнез заболевания: неустойчивый стул отмечает на протяжении последних 1,5 лет, расценивала как «пищевые отравления» по 5-7 дней каждые 2-3 месяца, связывала со стрессовой ситуацией в школе, нарушением режима питания, частым употреблением фастфуда, нерегулярным питанием. Самостоятельно принимала Мезим, Дротаверин с нестойким положительным эффектом.

Анамнез жизни: росла и развивалась соответственно возрасту. Учится в 11 классе, готовится к поступлению в институт. Перенесенные заболевания и операции: сотрясение головного мозга в 11 лет. Узкими специалистами не наблюдается. Наследственность: мать страдает сахарным диабетом 2 типа, у бабушки по линии матери аутоиммунный тиреоидит. Аллергоанамнез не отягощен. Эпидемиологический анамнез: в контакте с инфекционными больными не состояла, последние 6 месяцев за пределы России не выезжала.

Объективный статус: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС=88 ударов в минуту; АД=110/70 мм.рт.ст. Язык суховат, несколько обложен светлым налетом. Живот симметричный, несколько вздут, мягкий, при пальпации незначительно болезненный в обеих подвздошных областях, больше слева, урчит при пальпации; перитонеальных знаков нет. Печень по краю реберной дуги, селезенка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненно.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Референсные значения	Результат

Эритроциты,10^{12}/г	3,7-4,7	3,8
Гемоглобин, г/л	130-160	102
Цветовой показатель	0,82-1,05	0,80
Ретикулоциты, %	2,0-12,0	2
СОЭ, мм/ч	2,0-10,0	28
Тромбоциты,10^{9}/л	180-320	290
Лейкоциты,10^{9}/л	4,0-8,8	10,1
Нейтрофилы палочкоядерные,%	1-6	2
Нейтрофилы сегментоядерные,%	45,0-70,0	69
Эозинофилы,%	0-5	2
Базофилы,%	0-1	1
Лимфоциты,%	18,0-40,0	26

Копрограмма:

Показатель	Результат
Реакция на скрытую кровь	положительная
Крахмал	обнаружен
Растительная клетка	обнаружена
Жирные кислоты	не обнаружены
Мышечные волокна с исчерченностью и без исчерченности	не обнаружены
Лейкоциты	20-30 в п. зр.
Эритроциты	15-20 в п. зр
Яйца гельментинов и патогенные простейшие	не обнаружены

Электролиты крови: калий: 3,5 ммоль/л, натрий: 114 (↓) ммоль/л.

Фекальный кальпротектин: 262 (↑) (норма 0-50).

Результаты инструментальных методов обследования:

Колоноскопия с биопсией:

Эндоскоп проведен в купол слепой кишки. Слизистая прямой, сигмовидной, нисходящей и левой половины поперечно-ободочной кишки умеренно гиперемирована с подслизистыми кровоизлияниями. На слизистой фибринозные наложения и плоские изъязвления неправильной формы, покрытые гноем и фибрином. Слизистая правых отделов ободочной кишки не изменена, сосудистый рисунок сохранен, гаустрация выражена. Гистологическое заключение: полиморфноклеточная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки толстой кишки.

Эзофагогастродуоденоскопия:

Пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается. В просвете желудка жидкость и слизь. Складки выражены, хорошо раздуваются при инсуффляции. Слизистая в антральном отделе умеренно отечна, очагово гиперемирована. Привратник сомкнут, проходим. Луковица обычной формы и величины, слизистая ее не изменена.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз, с чем следует проводить дифференциальную диагностику?
2. Какое осложнение развилось у данного пациента?
3. Какой предпочтительный путь введения препарата 5-аминосалициловой кислоты?
4. Что следует добавить к лечению при неэффективности стартовой терапии заболевания у данной больной? Какова суммарная продолжительность терапии глюкокортикоидами при данном заболевании?
5. Что является самым опасным осложнением данного заболевания?