



**GEE!TEST**

Тест по  
педиатрии

by oldkyx



# Тест по педиатрии

система подготовки к тестам Gee Test  
oldkyx.com

# Список вопросов по педиатрии

---

## 1. Основоположник отечественной педиатрии:

- 1) [-]С.Г.Зыбелин
  - 2) [-]Г.И.Сокольский
  - 3) [-]Н.А.Тольский
  - 4) [+]Н.М.Максимович-Амбодик
  - 5) [-]Н.П.Гундобин
- 

## 2. Открытие первой детской больницы в России состоялось:

- 1) [-]в Москве в 1844 году
  - 2) [+]в Петербурге в 1834 году
  - 3) [-]в Москве в 1842 году
  - 4) [-]в Петербурге в 1806 году,
  - 5) [-]в Петербурге в 1844 году.
- 

## 3. Первый русский ученый педиатр, автор первого руководства по педиатрии «Педиятрика»:

- 1) [-]А.Ф.Тур
  - 2) [-]К.А.Раухфус
  - 3) [+]С.Ф.Хотовицкий
  - 4) [-]И.И.Радецкий
  - 5) [-]М.К.Флоринский.
- 

## 4. Дата рождения первой русской кафедры детских болезней:

- 1) [-]в 1798 году в Медико-хирургической академии

Петербург

2) [-]в 1765 году в Московском университете

3) [-]в 1765 году в Петербургском университете

4) [+]в 1865 году в Медико-хирургической академии  
Петербург

5) [-]в 1835 году в Медико-хирургической академии  
Петербурга.

---

**5. Выдающийся отечественный педиатр и общественный деятель, первый в России детский кардиолог, отоларинголог, патологоанатом, проектант детских больниц:**

1) [-]Н.И.Быстров

2) [-]В.М.Флоринский

3) [-]Н.П.Гундобин

4) [+]К.А.Раухфус

5) [-]М.С.Маслов.

---

**6. Основоположник русской научной педиатрии, заведующий кафедрой детских болезней ВМА, автор книги «Особенности детского возраста» изданной в 1906 г.:**

1) [-]Н.И.Быстров

2) [-]Н.А.Тольский

3) [+]Н.П.Гундобин

4) [-]А.Н.Шкарин

5) [-]М.С.Маслов.

---

**7. Руководитель кафедры и клиники детских болезней ВМА и кафедры факультетской**

**педиатрии в Ленинградском педиатрическом медицинском институте, профессор, академик АМН СССР, основатель изучения конституции организма:**

- 1) [-]А.Ф.Тур
  - 2) [-]А.Н.Шкарин
  - 3) [-]Н.П.Гундобин
  - 4) [+]М.С.Маслов
  - 5) [-]Г.Н.Сперанский
- 

**8. Первый в России профессор-педиатр, организатор общества детских врачей, заведующий клиникой детских болезней МХА:**

- 1) [-]В.М.Флоринский
  - 2) [-]Н.П.Гундобин
  - 3) [+]Н.И.Быстров
  - 4) [-]А.Н.Шкарин
  - 5) [-]М.С.Маслов.
- 

**9. Выдающийся ученый, профессор, академик АМН СССР, лауреат Ленинской премии, главный педиатр Ленинграда в годы блокады во время ВОВ, один из основоположников детской гематологии и эндокринологии, автор книги «Пропедевтика детских болезней»:**

- 1) [-]М.С.Маслов
- 2) [-]Г.Н.Сперанский
- 3) [-]М.Г.Данилевич
- 4) [+]А.Ф.Тур

5) [-]А.Б.Воловик.

---

**10. Выдающийся русский педиатр – «отец русской клинической педиатрии», автор монографий «Семиотика и диагностика детских болезней» и «Клинические лекции», впервые в России применивший противодифтерийную сыворотку:**

- 1) [-]Н.А.Тольский
  - 2) [+]Н.Ф.Филатов
  - 3) [-]А.А.Кисель
  - 4) [-]Г.Н.Сперанский
  - 5) [-]В.И.Молчанов.
- 

**11. Выдающийся педиатр, Герой социалистического труда, академик АМН СССР и член-корр. АН СССР, основатель и редактор журнала «Педиатрия»:**

- 1) [-]В.И.Молчанов
  - 2) [+]Г.Н.Сперанский
  - 3) [-]Н.Ф.Филатов
  - 4) [-]Ю.Ф.Домбровская
  - 5) [-]А.В.Мазурин.
- 

**12. Эмбриональный период длится :**

- 1) [-]до 28-й недели внутриутробного развития плода;
- 2) [+]до 75-го дня внутриутробного развития плода;
- 3) [-]до 10-го дня внутриутробного развития плода;
- 4) [-]до 20-й недели внутриутробного развития плода;

5) [-]до 30-го дня внутриутробного развития плода;

---

**13. Важнейшей особенностью эмбрионального периода является:**

- 1) [-]имплантация образовавшегося бластоцита в слизистую оболочку матки;
  - 2) [+]закладка и органогенез внутренних органов плода;
  - 3) [-]минерализация скелета плода;
  - 4) [-]формирование депо железа плода;
  - 5) [-]формирование депо витаминов в организме плода;
- 

**14. Болезни, возникающие в период с 76-го дня внутриутробной жизни и до рождения называются:**

- 1) [+]фетопатиями;
  - 2) [-]бластопатиями;
  - 3) [-]эмбриопатиями;
  - 4) [-]пороками развития;
  - 5) [-]уродствами;
- 

**15. Проявлениями фетопатии могут быть все состояния, кроме:**

- 1) [-]гипоплазии отдельных органов;
  - 2) [-]задержки внутриутробного развития;
  - 3) [+]рождения близнецов;
  - 4) [-]нарушения депонирования многих компонентов питания;
  - 5) [-]дисплазии отдельных органов и тканей;
- 

**16. Продолжительность периода новорожденности:**

- 1) [-]С рождение до окончания 10-х суток;
  - 2) [+]С рождения до 28-го дня;
  - 3) [-]С рождения до 30-го дня;
  - 4) [-]С рождения до окончания первых суток;
  - 5) [-]С рождения до 15-го дня;
- 

**17. Перинатальным периодом называется период:**

- 1) [-]с рождения до 7-го дня жизни;
  - 2) [-]с рождения до окончания первого месяца жизни;
  - 3) [+]с 23-й недели внутриутробного развития до 7-го дня жизни;
  - 4) [-]с 28-й недели внутриутробного развития до момента рождения;
  - 5) [-]с 30-й недели внутриутробного развития до окончания первого месяца жизни;
- 

**18. Грудной возраст продолжается с:**

- 1) [-]с рождения до конца первого года жизни;
  - 2) [+]с 29-го дня после рождения до конца первого года жизни;
  - 3) [-]с 7-го дня после рождения до конца первого года жизни;
  - 4) [-]с 10-го дня после рождения до конца первого года жизни;
  - 5) [-]с 21-го дня после рождения до конца первого года жизни;
- 

**19. «Период раннего детства» – это период:**

- 1) [-]с 1 года до 7 лет;



- 2) [-]с 3 до 5 лет;
  - 3) [-]с 3 лет до 7 лет;
  - 4) [-]с 1 года до 5 лет;
  - 5) [+]с 1 года до 3 лет;
- 

## **20. «Первый период детства» – это период:**

- 1) [+]с 3 до 7 лет;
  - 2) [-]1 года до 3 лет;
  - 3) [-]С 3 до 5 лет;
  - 4) [-]С 5 до 10 лет;
  - 5) [-]С 5 до 7 лет;
- 

## **21. «Второй период детства» – это период:**

- 1) [-]девочки 10-12 лет, мальчики 11 – 13 лет;
  - 2) [-]девочки 7-13 лет, мальчики 7 – 12 лет;
  - 3) [-]девочки 6 -10 лет, мальчики 6 – 11 лет;
  - 4) [+]девочки 7-11 лет, мальчики 7 – 12 лет;
  - 5) [-]девочки 7-12 лет, мальчики 7- 11 лет;
- 

## **22. Старший школьный возраст начинается:**

- 1) [-]Девочки с 13 лет, мальчики с 14 лет;
  - 2) [+]Девочки с 12 лет, мальчики с 13 лет;
  - 3) [-]Девочки с 13 лет, мальчики с 12 лет;
  - 4) [-]Девочки с 14 лет, мальчики с 15 лет;
  - 5) [-]Девочки с 15 лет, мальчики с 16 лет;
- 

## **23. Какие патологические состояния НЕ характерны для детей грудного возраста?**

- 1) [-]Рахит

2) [-] Железодефицитная анемия

3) [-] Атопический дерматит

4) [+] Детские инфекционные заболевания / корь, краснуха, ветряная оспа и др./

5) [-] Желудочно-кишечные дисфункции

---

**24. В каком возрасте у детей имеется наибольшая склонность к гиперплазии лимфоидной ткани?:**

1) [-] В периоде новорожденности;

2) [-] В грудном возрасте;

3) [+] В периоде первого детства (дошкольном);

4) [-] В младшем школьном возрасте;

5) [-] В старшем школьном возрасте;

---

**25. Характерными патологическими состояниями для детей в периоде новорожденности являются все нижеперечисленные, кроме:**

1) [-] Родовые травмы;

2) [-] Инфекционные заболевания пупка и пупочной ранки;

3) [-] Врожденные дефекты развития;

4) [-] Гемолитическая болезнь;

5) [+] Железодефицитная анемия;

---

**26. Характерная патология для детей в старшем школьном возрасте, за исключением:**

1) [+] проявления экссудативно-катаральной аномалии конституции;

- 2) [-]нарушения полового развития;
  - 3) [-]нейроциркуляторная дисфункция;
  - 4) [-]гастродуоденит;
  - 5) [-]гиперплазия щитовидной железы;
- 

**27. К детям относятся индивиды в возрасте:**

- 1) [-]от рождения до 14 лет;
  - 2) [-]от рождения до 15 лет;
  - 3) [-]от рождения до 16 лет;
  - 4) [-]от рождения до 17 лет;
  - 5) [+]от рождения до 18 лет;
- 

**28. Длина тела плода на 30-й неделе гестации составляет:**

- 1) [-]45 см;
  - 2) [-]35 см;
  - 3) [-]28 см;
  - 4) [+]40 см;
  - 5) [-]25 см;
- 

**29. Масса тела плода на 30-й неделе гестации составляет:**

- 1) [-]1000 г;
  - 2) [-]2000 г;
  - 3) [+]1300 г;
  - 4) [-]2400 г;
  - 5) [-]900 г;
- 

**30. Средняя прибавка в массе тела за второй год жизни составляет:**

- 1) [+]2,5 кг
  - 2) [-]3,5 кг
  - 3) [-]4,0 кг
  - 4) [-]4,5 кг
  - 5) [-]5,0 кг
- 

**31. Низкой массой тела для ребенка любого срока гестации при рождении считается масса тела**

- 1) [-]Менее 1000 г
  - 2) [-]Менее 1500 г
  - 3) [-]Менее 2000 г
  - 4) [+]Менее 2500 г
  - 5) [-]Менее 3000 г
- 

**32. Средняя масса тела здорового новорожденного ребенка в граммах составляет:**

- 1) [-]2700-2800;
  - 2) [-]3900-4000;
  - 3) [-]2900-3100;
  - 4) [+]3400-3800;
  - 5) [-]4000-4200;
- 

**33. Длина тела /см/ здорового новорожденного ребенка в среднем составляет:**

- 1) [-]40-44
- 2) [+]48-52
- 3) [-]45-47
- 4) [-]58-60

**34. Физиологическая убыль массы тела доношенного новорожденного ребенка составляет:**

- 1) [+]**5-8%**
  - 2) [-]10-15%
  - 3) [-]15-20%
  - 4) [-]20-25%
  - 5) [-]Более 25%
- 

**35. К какому возрасту после рождения обычно восстанавливается масса новорожденного после физиологической потери первоначальной массы тела?:**

- 1) [-]14-15 дней;
  - 2) [-]1 месяц;
  - 3) [-]3-4 день;
  - 4) [-]20-21 день;
  - 5) [+]**7-8 день;**
- 

**36. К критериям биологического возраста у детей раннего возраста относятся все нижеперечисленные, кроме:**

- 1) [-]Показатели длины тела и массы тела;
- 2) [+]**Количество постоянных зубов;**
- 3) [-]Число ядер окостенения;
- 4) [-]Количество молочных зубов;
- 5) [-]Психомоторное развитие;

**37. К критериям оценки биологического возраста школьников относятся все нижеперечисленные, кроме:**

- 1) [+]Сроки появления молочных зубов;
- 2) [-]Физическое развитие;
- 3) [-]Вторичные половые признаки;
- 4) [-]Число ядер окостенения;
- 5) [-]Пропорции тела;

---

**38. Окружность грудной клетки /см/ у доношенного новорожденного ребенка в среднем составляет:**

- 1) [-]40-45
- 2) [+]32-34
- 3) [-]28-30
- 4) [-]20-25
- 5) [-]38-40

---

**39. Окружность головы /см/ у доношенного новорожденного ребенка в среднем составляет:**

- 1) [-]40-45
- 2) [-]28-30
- 3) [+]34-36
- 4) [-]20-25
- 5) [-]15-20

---

**40. В каком возрасте окружности головы и грудной клетки сравниваются друг с другом:**

- 1) [+]3-4 мес

- 2) [-]5-6 мес
  - 3) [-]7-8 мес
  - 4) [-]8-9 мес
  - 5) [-]9-10 мес
- 

**41. Окружность головы в возрасте 6 месяцев у здорового ребенка в среднем составляет:**

- 1) [-]52 см;
  - 2) [-]60 см;
  - 3) [-]39 см;
  - 4) [+]43 см;
  - 5) [-]28 см;
- 

**42. Окружность грудной клетки в возрасте 6 месяцев у здорового ребенка в среднем составляет:**

- 1) [-]55 см;
  - 2) [-]40 см;
  - 3) [+]45 см;
  - 4) [-]60 см;
  - 5) [-]50 см;
- 

**43. Окружность головы в возрасте 1 года у здорового ребенка в среднем составляет:**

- 1) [-]50 см;
- 2) [-]42 см;
- 3) [-]38 см;
- 4) [+]46 см;
- 5) [-]30 см;

**44. Окружность грудной клетки в возрасте 1 года у здорового ребенка в среднем составляет:**

- 1) [-]25 см;
  - 2) [+]48 см;
  - 3) [-]40 см;
  - 4) [-]62 см;
  - 5) [-]34 см;
- 

**45. Длина тела у здорового ребенка в возрасте 5 месяцев в среднем составляет:**

- 1) [-]73 см;
  - 2) [-]58 см;
  - 3) [+]64 см;
  - 4) [-]70 см;
  - 5) [-]80 см;
- 

**46. Длина тела здорового ребенка в возрасте 1 года в среднем составляет:**

- 1) [-]66-68 см;
  - 2) [+]75-77 см;
  - 3) [-]80-82 см;
  - 4) [-]68-70 см;
  - 5) [-]85-87 см;
- 

**47. Длина тела новорожденного удваивается к возрасту:**

- 1) [-]7 лет;
- 2) [+]4 года;
- 3) [-]8 лет;



4) [-]1,5 года;

5) [-]2,5 года;

---

**48. Длина тела новорожденного утраивается в среднем к возрасту:**

1) [-]7 лет;

2) [+]12 лет;

3) [-]9 лет;

4) [-]5 лет;

5) [-]10 лет;

---

**49. За второй год жизни здоровый ребенок вырастает обычно на:**

1) [-]2-4 см;

2) [-]7-9 см;

3) [+]12-13 см;

4) [-]5-7 см;

5) [-]18-20 см;

---

**50. За третий год жизни здоровый ребенок вырастает обычно на:**

1) [-]16-18 см;

2) [+]7-8 см;

3) [-]12-13 см;

4) [-]3-5 см;

5) [-]20-22 см;

---

**51. Средние показатели длины тела здорового ребенка в возрасте 3 лет:**

- 1) [-]120 см;
  - 2) [+]94 см;
  - 3) [-]115 см;
  - 4) [-]82 см;
  - 5) [-]132 см;
- 

**52. Половое созревание у мальчиков в среднем начинается в возрасте:**

- 1) [-]9-10 лет;
  - 2) [+]11,5-12 лет;
  - 3) [-]12,5-13 лет;
  - 4) [-]13-14 лет;
  - 5) [-]10,5-11 лет;
- 

**53. Первым признаком полового созревания у мальчиков является:**

- 1) [-]Появление волос на лице;
  - 2) [-]Изменение тембра голоса;
  - 3) [+]Увеличение яичек;
  - 4) [-]Начало роста щитовидного хряща;
  - 5) [-]Появление волос в подмышечных впадинах;
- 

**54. Половое развитие мальчиков считается запаздывающим при отсутствии каких-либо признаков созревания в возрасте:**

- 1) [-]12 лет;
- 2) [-]12,5 лет;
- 3) [+]13,5 лет;
- 4) [-]13 лет;

5) [-]11,5 лет;

---

**55. Половое развитие мальчиков считается преждевременным, если его признаки появляются ранее возраста:**

- 1) [-]11,5-12 лет;
  - 2) [-]12-12,5 лет;
  - 3) [+]10-10,5 лет;
  - 4) [-]10,5-11 лет;
  - 5) [-]11-11,5 лет;
- 

**56. Половое созревание у девочек в среднем начинается в возрасте:**

- 1) [-]9-9,5 лет;
  - 2) [+]10,0-10,5 лет;
  - 3) [-]11-11,5 лет;
  - 4) [-]12-13 лет;
  - 5) [-]13-14 лет;
- 

**57. Первым внешним признаком полового созревания у девочек является:**

- 1) [+]Рост молочных желез;
  - 2) [-]Изменение пропорций тела;
  - 3) [-]Повышенная сальность кожи, юношеские угри;
  - 4) [-]Рост волос в подмышечных впадинах;
  - 5) [-]Рост волос на лобке;
- 

**58. Половое развитие девочек считается ранним, если оно начинается в возрасте:**

- 1) [-]до 10-10,5 лет;
  - 2) [-]до 9-9,5 лет;
  - 3) [-]до 10,10,5 лет;
  - 4) [+]до 8-8,5 лет;
  - 5) [-]до 11-11,5 лет;
- 

**59. Половое развитие девочек считается поздним при отсутствии каких-либо признаков полового созревания в возрасте:**

- 1) [-]12 лет и старше;
  - 2) [-]10 лет и старше;
  - 3) [+]13 лет и старше;
  - 4) [-]10,5 лет и старше;
  - 5) [-]11 лет и старше;
- 

**60. Особенности строения кожи и придатков кожи ребенка первых лет жизни по сравнению с детьми более старшего возраста и взрослыми являются все, кроме:**

- 1) [-]Тонкость и ранимость эпидермиса;
  - 2) [-]Большое количество в эпидермисе и дерме клеток Лангенгарса, тучных клеток, эозинофилов, лимфоцитов;
  - 3) [-]Непрочная связь между эпидермисом и дермой;
  - 4) [-]Низкий уровень функционирования потовых желез;
  - 5) [+]Недоразвитость сальных желез;
- 

**61. Функциональными особенностями кожи у новорожденного и ребенка первых лет жизни являются все, кроме:**

- 1) [-]низкая защитная функция кожи;
  - 2) [+]низкая резорбционная функция кожи;
  - 3) [-]повышенная чувствительность к повреждающему действию солнечных лучей;
  - 4) [-]несовершенная терморегулирующая функция кожи;
  - 5) [-]высокая ранимость кожи;
- 

**62. У новорожденного и грудных детей имеются следующие особенности жировой клетчатки, за исключением:**

- 1) [-]хорошее развитие бурой жировой ткани;
  - 2) [-]высокое содержание твердых жирных кислот в подкожной клетчатке;
  - 3) [-]малое содержание жировой клетчатки в грудной, брюшной полостях, забрюшинном пространстве;
  - 4) [-]наличие в подкожной клетчатке участков эмбрионального характера, обладающих кровообразующей функцией;
  - 5) [+]высокое содержание жидкой олеиновой кислоты в подкожной клетчатке;
- 

**63. Средние сроки появления улыбки у ребенка:**

- 1) [-]2 недели
  - 2) [+]4-5 недель
  - 3) [-]2 месяца
  - 4) [-]3 месяца
  - 5) [-]6 месяцев
- 

**64. Средние сроки появления у ребенка гуления:**

- 1) [-]2 недели
  - 2) [-]4-5 недель
  - 3) [+]7-8 недель
  - 4) [-]3 месяца
  - 5) [-]6 месяцев
- 

**65. Какой из признаков не является признаком статики у ребенка раннего возраста?**

- 1) [-]удерживание головы
  - 2) [-]малыш сидит
  - 3) [-]Ребенок стоит
  - 4) [+]Ребенок лежит
  - 5) [-]Малыш ходит
- 

**66. В каком возрасте, в среднем, ребенок хорошо удерживает голову, находясь в вертикальном положении?**

- 1) [-]2 недели
  - 2) [-]3 недели
  - 3) [-]4 недели
  - 4) [+]2 месяца
  - 5) [-]6 месяцев
- 

**67. Направленные движения рук у ребенка появляются, в среднем, в возрасте**

- 1) [-]1 месяц
- 2) [-]2 месяца
- 3) [-]3 месяца
- 4) [+]4 месяца

5) [-]5 месяцев

---

**68. В каком возрасте, в среднем, ребенок начинает хорошо переворачиваться со спины на живот?**

- 1) [-]4 месяца
  - 2) [+]5 месяцев
  - 3) [-]6 месяца
  - 4) [-]7 месяцев
  - 5) [-]8 месяцев
- 

**69. В какие сроки, в среднем, ребенок начинает самостоятельно садиться?**

- 1) [-]4 месяца
  - 2) [-]5 месяцев
  - 3) [+]6 месяцев
  - 4) [-]7 месяцев
  - 5) [-]8 месяцев
- 

**70. В каком возрасте /в среднем/ здоровый ребенок начинает ползать**

- 1) [-]4 месяца
  - 2) [-]6 месяцев
  - 3) [+]8 месяцев
  - 4) [-]10 месяцев
  - 5) [-]12 месяцев
- 

**71. Когда обычно ребенок начинает стоять без поддержки**

- 1) [-]7 месяцев
  - 2) [-]8 месяцев
  - 3) [-]6 месяцев
  - 4) [+]10 месяцев
  - 5) [-]13 месяцев
- 

**72. Первые шаги с поддержкой у ребенка, в среднем, появляются в**

- 1) [-]7 месяцев
  - 2) [-]8 месяцев
  - 3) [+]10 месяцев
  - 4) [-]13 месяцев
  - 5) [-]15 месяцев
- 

**73. В какие сроки, в среднем, ребенок начинает самостоятельно ходить?**

- 1) [-]7 месяцев
  - 2) [-]8 месяцев
  - 3) [-]9 месяцев
  - 4) [-]10 месяцев
  - 5) [+]12 месяцев
- 

**74. В каком возрасте ребенок начинает узнавать мать среди группы людей?**

- 1) [-]Сразу после рождения
  - 2) [-]1 месяц
  - 3) [+]4 месяца
  - 4) [-]6 месяцев
  - 5) [-]8 месяцев
-



**75. В каком возрасте ребенок начинает перекладывать предметы из руки в руку и удерживать бутылочку с питанием?**

- 1) [-]1 месяц
  - 2) [-]3 месяца
  - 3) [+]5 месяцев
  - 4) [-]8 месяцев
  - 5) [-]10 месяцев
- 

**76. В каком возрасте ребенок начинает отзываться на свое имя?**

- 1) [-]2 месяца
  - 2) [-]4 месяца
  - 3) [-]6 месяцев
  - 4) [+]9 месяцев
  - 5) [-]13 месяцев
- 

**77. В каком возрасте ребенок по просьбе родителей машет рукой, когда говорят «до свидания»**

- 1) [-]3 месяца
  - 2) [-]5 месяцев
  - 3) [-]7 месяцев
  - 4) [+]10 месяцев
  - 5) [-]13 месяцев
- 

**78. Средняя суточная потребность во сне у новорожденного составляет:**

- 1) [+]не менее 20 часов

- 2) [-]18 часов
  - 3) [-]16 часов
  - 4) [-]14 часов
  - 5) [-]12 часов
- 

**79. Критериями нервно-психического развития ребенка являются следующие показатели, за исключением:**

- 1) [-]Моторика и статика
  - 2) [+]Первичное запечатление
  - 3) [-]Условно-рефлекторная деятельность /1 сигнальная система/
  - 4) [-]Речь /2 сигнальная система/
  - 5) [-]Высшая нервная деятельность
- 

**80. В каком возрасте у ребенка исчезает физиологический мышечный гипертонус конечностей?**

- 1) [-]1 месяц
  - 2) [-]2- 2,5 месяца
  - 3) [+]в 3-4 месяца
  - 4) [-]в 5 месяцев
  - 5) [-]в 6-7 месяцев
- 

**81. «Комплекс оживления» у младенца 4-5 месяцев включает в себя следующие проявления, за исключением:**

- 1) [-]Выражение «радостного торжествования» на лице
- 2) [-]Выраженная улыбка на лице

3) [+]Громкий плач

4) [-]Малыш перебирает ручками

5) [-]Малыш перебирает ножками

---

**82. На каком месяце жизни у младенца проверяются зрительное и слуховое сосредоточение?**

1) [-]на 1 месяце

2) [+]на 2 месяце

3) [-]в 3-4 месяца

4) [-]в 5 месяцев

5) [-]в 6-7 месяцев

---

**83. К транзиторным рефлексам орального автоматизма относятся следующие рефлексы, кроме**

1) [-]сосательный рефлекс

2) [+]глотательный рефлекс

3) [-]хоботковый рефлекс

4) [-]поисковый рефлекс Куссмауля

5) [-]ладонно-рото-головной рефлекс Бабкина

---

**84. К транзиторным рефлексам спинального автоматизма относятся следующие рефлексы, кроме**

1) [-]защитный рефлекс

2) [-]рефлекс опоры

3) [+]сухожильные рефлексы конечностей

4) [-]рефлекс автоматической походки

**85. Вскармливание ребенка называется естественным, когда оно осуществляется посредством:**

- 1) [+]непосредственного прикладывания его к груди его биологической матери;
  - 2) [-]кормления сцеженным материнским молоком;
  - 3) [-]вскармливания кормилицей;
  - 4) [-]вскармливания термически обработанным материнским молоком;
  - 5) [-]вскармливания термически обработанным донорским молоком;
- 

**86. После родов молозиво у матери выделяется в течение:**

- 1) [+]первых трех суток;
  - 2) [-]первых 7-8 дней;
  - 3) [-]10-12 дней;
  - 4) [-]15-16 дней;
  - 5) [-]первых трех недель;
- 

**87. В молозиве содержится большое количество:**

- 1) [-]иммуноглобулина М;
- 2) [-]иммуноглобулина G;
- 3) [+]иммуноглобулина А;
- 4) [-]иммуноглобулина Е;
- 5) [-]иммуноглобулина D;

**88. Соотношение белков, жиров и углеводов в женском молоке:**

- 1) [-]1:1,2:1,4
  - 2) [+]1:3:6
  - 3) [-]2:3:4
  - 4) [-]1:4:8
  - 5) [-]3:3,5:7,00
- 

**89. Первое прикладывание ребенка к груди матери следует осуществлять после рождения в течение:**

- 1) [+]первых 30 минут;
  - 2) [-]первого часа;
  - 3) [-]первых 12 часов;
  - 4) [-]первых суток;
  - 5) [-]двух часов;
- 

**90. «Зрелое» молоко начинает вырабатываться:**

- 1) [+]К началу 3-й недели после родов;
  - 2) [-]К концу первого месяца после родов;
  - 3) [-]К концу первой недели после родов;
  - 4) [-]С 4-5 дня после родов;
  - 5) [-]С 7-10 дня после родов;
- 

**91. В молозиве по сравнению со зрелым молоком:**

- 1) [-]Меньше белка, больше жира, больше лактозы;
- 2) [+]Больше белка, меньше жира, меньше лактозы;

- 3) [-]Больше белка, больше жира, больше лактозы;
  - 4) [-]Меньше белка, меньше жира, меньше лактозы;
  - 5) [-]Меньше белка, больше жира, меньше лактозы;
- 

**92. Соотношение сывороточных белков и казеина в женском молоке составляет:**

- 1) [-]50:50;
  - 2) [-]40:60
  - 3) [-]20:80;
  - 4) [-]60:40;
  - 5) [+]80:20;
- 

**93. Основным компонентом жира женского молока являются:**

- 1) [-]Холестерол;
  - 2) [-]Фосфолипиды;
  - 3) [-]Свободные жирные кислоты;
  - 4) [+]Триглицериды;
  - 5) [-]Насыщенные жирные кислоты;
- 

**94. Какие две незаменимые жирные кислоты, которые человеческий организм вырабатывать не может, ребенок получает с грудным молоком?:**

- 1) [-]Пальмитиновую и стеариновую;
  - 2) [+]Линолевою и альфа-линоленовую;
  - 3) [-]Капроновую и гамма-масляную;
  - 4) [-]Линолевою и стеариновую;
  - 5) [-]Пальмитиновую и капроновую;
- 

**95. Желательно, чтобы длительность одного**

## **грудного кормления не превышала:**

- 1) [+]20-30 минут;
- 2) [-]40-50 минут;
- 3) [-]10-15 минут;
- 4) [-]5-10 минут;
- 5) [-]1 часа;

---

## **96. Сцеженное молоко следует:**

- 1) [-]хранить в термостате при температуре 37градусов С не более 3 часов;
- 2) [+]хранить в холодильнике при температуре не выше 4 градусов С не более 3-6 часов;
- 3) [-]хранить при комнатной температуре не более 1-2 часов;
- 4) [-]хранить в холодильнике при температуре не выше 10градусов С не более 5 часов;
- 5) [-]хранить в термостате при температуре 37градусов С не более 1 часа;

---

## **97. Как правило, максимальный объем одного кормления для здорового ребенка на первом году жизни составляет:**

- 1) [-]300 мл;
- 2) [-]120 мл;
- 3) [+]200 мл;
- 4) [-]100 мл;
- 5) [-]350 мл;

---

## **98. Максимальный суточный объем питания, который может получать здоровый ребенок в**

**возрасте 1 года, составляет:**

- 1) [-]1400-1500 мл;
  - 2) [+]1000-1100 мл;
  - 3) [-]500-600 мл;
  - 4) [-]1300-1400 мл;
  - 5) [-]700- 800 мл;
- 

**99. При 7-разовом кормлении грудного ребенка интервалы между кормлениями составляют:**

- 1) [+]3 часа;
  - 2) [-]4 часа;
  - 3) [-]2,5 часа;
  - 4) [-]3,5 часа;
  - 5) [-]4,5 часа;
- 

**100. При 6-разовом кормлении грудного ребенка интервалы между кормлениями составляют:**

- 1) [-]3 часа;
  - 2) [-]4 часа;
  - 3) [-]2,5 часа;
  - 4) [+]3,5 часа;
  - 5) [-]4,5 часа;
- 

**101. При 5-разовом кормлении грудного ребенка интервалы между кормлениями составляют:**

- 1) [-]3 часа;
- 2) [+]4 часа;



3) [-]2,5 часа;

4) [-]3,5 часа;

5) [-]4,5 часа;

---

**102. Объем питания, который должен получать в сутки ребенок в возрасте 1 месяца и имеющий массу тела 4000 г, при расчете «объемным» методом составляет:**

1) [-]400 мл;

2) [+]800 мл;

3) [-]600 мл;

4) [-]500 мл;

5) [-]300 мл;

---

**103. Объем питания, который должен получать в сутки ребенок в возрасте 3 месяцев и имеющий массу тела 5400 г, при расчете «объемным» методом составляет:**

1) [-]400 мл;

2) [-]600 мл;

3) [-]700 мл;

4) [+]900 мл;

5) [-]1000 мл;

---

**104. Объем питания, который должен получать в сутки здоровый ребенок в возрасте 7 месяцев, составляет:**

1) [-]600 мл;

2) [-]700 мл;

- 3) [-]800 мл;
- 4) [-]500 мл;
- 5) [+]1000 мл; :

---

**105. Какое из перечисленных состояний новорожденного ребенка является противопоказанием к его раннему прикладыванию к груди матери?:**

- 1) [-]низкая масса тела при рождении;
- 2) [-]короткая уздечка языка;
- 3) [+]асфиксия;
- 4) [-]субфебрилитет;
- 5) [-]ринит;

---

**106. Какое состояние НЕ является противопоказанием к грудному вскармливанию со стороны матери?**

- 1) [-]открытая форма туберкулеза с бацилловыделением;
- 2) [-]ВИЧ инфекция;
- 3) [+]высев золотистого стафилококка из грудного молока;
- 4) [-]злокачественные новообразования;
- 5) [-]острые психические заболевания;

---

**107. Противопоказанием к естественному вскармливанию со стороны ребенка является:**

- 1) [-]гиполактазия;
- 2) [-]выраженные проявления аллергического диатеза;
- 3) [-]целиакия;
- 4) [+]фенилкетонурия ;

5) [-]муковисцидоз;

---

**108. Какая из нижеперечисленных ситуаций НЕ является абсолютным противопоказанием для кормления ребенка грудным молоком:**

1) [-]мать принимает левомицетин;

2) [-]у матери хроническая почечная недостаточность;

3) [-]у матери открытая форма туберкулеза с бацилловыделением;

4) [-]у ребенка галактоземия;

5) [+]мастит у кормящей женщины;

---

**109. Какой из следующих продуктов дают здоровому ребенку в качестве первого прикорма?:**

1) [-]творог;

2) [-]мясной фарш;

3) [-]кефир;

4) [+]каша;

5) [-]яичный желток;

---

**110. Первый прикорм здоровым детям, находящимся на естественном вскармливании, дают в возрасте не ранее:**

1) [-]2-3 месяцев;

2) [-]3-4 месяцев;

3) [+]5-6 месяцев;

4) [-]7-8 месяцев;

5) [-]8-9 месяцев;

**111. Какой из нижеперечисленных продуктов НЕ следует давать ребенку 1-го года жизни в качестве дополнительного питания?:**

- 1) [-]фруктовый сок;
- 2) [+]цельное коровье молоко;
- 3) [-]отварная рыба;
- 4) [-]часть сваренного вкрутую куриного желтка;
- 5) [-]отварная говяжья печень;

**112. До какого возраста не следует давать детям для питья немодифицированное /цельное/ коровье молоко?:**

- 1) [-]до 6 месяцев;
- 2) [-]до 9 месяцев;
- 3) [+]до 1 года;
- 4) [-]до 2 лет;
- 5) [-]до 4 месяцев;

**113. Какие цифры являются правильными для расчета суточного объема питания «объемным способом» для ребенка 1 месяца:**

- 1) [-]1/7;
- 2) [-]1/6;
- 3) [+]1/5;
- 4) [-]1/4;
- 5) [-]1/3;

**114. Какие цифры являются правильными для расчета суточного объема питания «объемным**

**способом» для ребенка 3 месяца:**

- 1) [-]1/7;
- 2) [+]1/6;
- 3) [-]1/5;
- 4) [-]1/4;
- 5) [-]1/3;

---

**115. Дополнительное питание искусственными молочными смесями при дефиците материнского молока называется:**

- 1) [-]дополнительный фактор;
- 2) [-]прикорм;
- 3) [+]докорм;
- 4) [-]коррекция питания;
- 5) [-]дотация питания;

---

**116. Потребность в углеводах / в граммах на 1 кг массы/ у детей первого года жизни составляет:**

- 1) [-]5,0;
- 2) [-]8,5;
- 3) [+]13,0;
- 4) [-]2,5;
- 5) [-]20,0;

---

**117. Потребность в белках /в граммах на кг массы тела/ у детей 1 месяца жизни составляет:**

- 1) [-]3,2;
- 2) [-]5,0;
- 3) [+]2,2;

4) [-]7,5;

5) [-]10,5;

---

**118. Потребность в жирах /в граммах на кг массы тела/ у детей 4-х месяцев жизни составляет:**

1) [+]6,0;

2) [-]2,0;

3) [-]3,0;

4) [-]8,0;

5) [-]10,0;

---

**119. Потребность ребенка в энергии /в ккал/кг/ в возрасте 7 месяцев составляет:**

1) [-]95;

2) [+]110;

3) [-]140;

4) [-]200;

5) [-]70;

---

**120. Начинать введение сока в рацион грудного ребенка следует не ранее:**

1) [-]1-2 месяца;

2) [-]6-7 месяца;

3) [-]2-3 месяца;

4) [+]5-6 месяца;

5) [-]8-9 месяца;

---

**121. Начинать введение в рацион соков предпочтительнее со следующего вида сока:**

- 1) [-]клубничного;
  - 2) [+]яблочного;
  - 3) [-]виноградного;
  - 4) [-]апельсинового;
  - 5) [-]вишневого;
- 

**122. В качестве злакового прикорма ребенку первого года жизни рекомендуется давать следующие виды каши:**

- 1) [-]Манную, кукурузную, рисовую;
  - 2) [-]Овсяную, пшеничную, рисовую кашу;
  - 3) [+]Гречневую, рисовую, кукурузную кашу;
  - 4) [-]Кукурузную, рисовую, ячневую кашу;
  - 5) [-]Рисовую, манную, гречневую кашу;
- 

**123. Каши, содержащие различные добавки / какао, мед, орехи и т.д./ следует вводить в рацион ребенка НЕ ранее:**

- 1) [-]5-6 месяцев;
  - 2) [-]7-8 месяцев;
  - 3) [-]9-10 месяцев;
  - 4) [+]11-12 месяцев;
  - 5) [-]15-16 месяцев;
- 

**124. Мясной фарш вводят в рацион здорового ребенка в возрасте:**

- 1) [-]5-5,5 месяцев;
- 2) [+]7-7,5 месяцев;
- 3) [-]8-8,5 месяцев;

4) [-]9-9,5 месяцев;

5) [-]10-10,5 месяцев;

---

**125. Мясные фрикадельки дают здоровому ребенку первого года жизни в возрасте:**

1) [-]7 месяцев;

2) [-]8 месяцев;

3) [-]9 месяцев;

4) [+]10 месяцев;

5) [-]Не раньше 1 года;

---

**126. Паровую котлету дают здоровому ребенку первого года жизни в возрасте:**

1) [-]7 месяцев;

2) [-]8 месяцев;

3) [-]10 месяцев;

4) [+]12 месяцев;

5) [-]9 месяцев;

---

**127. Желток куриного яйца следует вводить в рацион ребенка в возрасте НЕ ранее:**

1) [-]4 месяцев;

2) [-]5 месяцев;

3) [+]7 месяцев;

4) [-]10 месяцев;

5) [-]12 месяцев;

---

**128. Количество сахара, добавляемого в пищу, для ребенка к возрасту 1 года, в сутки не должна превышать:**



- 1) [-]50 г;
  - 2) [-]75 г;
  - 3) [+]25 г;
  - 4) [-]10 г;
  - 5) [-]65 г;
- 

**129. Кратность дневных кормлений на момент введения первого прикорма в рацион ребенка должна составлять:**

- 1) [-]6 раз;
  - 2) [-]7 раз;
  - 3) [+]5 раз;
  - 4) [-]4 раза;
  - 5) [-]8 раз;
- 

**130. Клиническими признаками гипогалактии являются все, за исключением:**

- 1) [-]Жажды;
  - 2) [-]Сниженных прибавок в массе тела;
  - 3) [-]Редких мочеиспусканий;
  - 4) [+]Вздутия живота;
  - 5) [-]Редкого стула;
- 

**131. Какое из нижеперечисленных мероприятий следует провести как можно быстрее при подозрении на гипогалактию?:**

- 1) [-]Перевести ребенка на более редкий режим питания;
- 2) [-]Добавить в рацион искусственные молочные смеси;
- 3) [-]Ввести в рацион ребенка каши и овощи;

4) [-]Сцеживать молоко «до последней капли» и давать его ребенку из рожка, используя упругую соску;

5) [+]Провести контрольное кормление;

---

### **132. Докорм целесообразнее давать ребенку:**

1) [-]заменяя им отдельные кормления;

2) [-]в начале каждого из кормлений, перед кормлением грудью;

3) [+]в каждое кормление по завершении кормления грудью;

4) [-]только в самое первое и последнее кормления;

5) [-]в середине кормления, давая перед ним и после него грудное молоко;

---

### **133. В чем заключается основное различие между высокоадаптированными молочными смесями и «последующими формулами» / смесями группы «follow up»?:**

1) [-]в качестве углеводного компонента;

2) [-]в составе жирового компонента;

3) [-]в содержании минеральных солей;

4) [-]в составе витаминов;

5) [+]в качестве белкового компонента;

---

### **134. Жировой компонент в смесях с высокой степенью гидролиза белка в основном представлен:**

1) [+]Среднецепочечными триглицеридами;

2) [-]Холестеролом;

3) [-]Фосфолипидами;

4) [-]Свободными жирными кислотами;

5) [-]Насыщенными жирными кислотами;

---

**135. Углеводный компонент смесей с высокой степенью гидролиза белка может включать все, кроме:**

- 1) [-]Глюкозы и модифицированного крахмала;
  - 2) [+]Лактозы и сахарозы;
  - 3) [-]Модифицированного крахмала и фруктозы;
  - 4) [-]Фруктозы и крахмала;
  - 5) [-]Декстрин-мальтозы и глюкозы;
- 

**136. Какие искусственные смеси называются «полуэлементными»?:**

- 1) [-]смеси для кормления детей второго полугодия первого года жизни;
  - 2) [+]смеси с высокой степенью гидролиза белка;
  - 3) [-]смеси для маловесных и недоношенных детей;
  - 4) [-]смеси с невысокой степенью гидролиза белка;
  - 5) [-]смеси на основе изолята белка сои;
- 

**137. При необходимости перевода на искусственное вскармливание грудных детей с отягощенным аллергологическим анамнезом целесообразно назначить:**

- 1) [-]Смеси на основе изолятов белка сои;
- 2) [-]Смеси с высокой степенью гидролиза белка;
- 3) [-]Адаптированные кисломолочные смеси;
- 4) [+]Смеси с невысокой степенью гидролиза белка;
- 5) [-]Козье молоко;

**138. Не рекомендуется употребление ребенком кофе до возраста:**

- 1) [-]5 лет;
  - 2) [-]1 года;
  - 3) [-]7 лет;
  - 4) [+]2 лет;
  - 5) [-]10 лет;
- 

**139. Сосисками и сардельками не рекомендуется кормить ребенка до возраста:**

- 1) [-]7 лет;
  - 2) [+]2 лет;
  - 3) [-]1 года;
  - 4) [-]5 лет;
  - 5) [-]10 месяцев;
- 

**140. Формирование конституции организма ребенка происходит:**

- 1) [-]Только во внутриутробном периоде развития
  - 2) [-]Только в периоде новорожденности
  - 3) [-]Только в периоде полового созревания
  - 4) [-]Только в грудном периоде
  - 5) [+]Во всех периодах детского онтогенеза
- 

**141. Реактивность индивида является проявлением:**

- 1) [-]Только его генотипа
- 2) [+]Его конституции
- 3) [-]Только ранее перенесенных инфекций

4) [-]Только неблагоприятных социальных условий

5) [-]Только характера питания

---

### **142. Термин «диатез» означает:**

1) [-]Предрасположенность к травме

2) [-]Предрасположенность к хромосомным болезням

3) [-]Заболевания кожи и его придатков

4) [+]Предрасположенность к патологии полигенной природы

5) [-]Болезни обмена веществ

---

### **143. В педиатрической практике не выделяют тип конституции:**

1) [-]Астеноидный

2) [-]Дигестивный

3) [+]Гиперстенический

4) [-]Торакальный

5) [-]Мышечный

---

### **144. Термин «экссудативно-катаральная аномалия конституции» означает:**

1) [-]Заболевания кожи и слизистых оболочек

2) [-]Предрасположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям

3) [+]Предрасположенность к заболеваниям кожи и слизистых оболочек

4) [-]Предрасположенность к заболеваниям ЦНС

5) [-]Заболевания эндокринной системы

---

### **145. Термин «аллергический диатез» является синонимом:**

- 1) [-]Бронхиальной астмы
  - 2) [-]Атопического дерматита
  - 3) [-]Аллергического ринита
  - 4) [+]**Предрасположенности к формированию аллергических болезней**
  - 5) [-]Анафилактической реакции
- 

**146. Термин «лимфатико-гипопластическая аномалия конституции» является синонимом:**

- 1) [-]Злокачественных заболеваний лимфатической системы
  - 2) [-]Задержки физического развития
  - 3) [-]Избыточной массы тела
  - 4) [-]Гипоплазии внутренних органов
  - 5) [+]**Предрасположенности к гиперплазии лимфоидной ткани**
- 

**147. Нейроартритический диатез НЕ характеризуется:**

- 1) [+]**Предрасположенностью к инфекционным заболеваниям**
  - 2) [-]Дефицитом массы тела
  - 3) [-]Невротическими состояниями
  - 4) [-]Лабильностью обменных процессов
  - 5) [-]Приступами рвоты
- 

**148. Синонимом мультифакториальной патологии не является:**

- 1) [-]Заболевания с наследственной предрасположенностью
- 2) [-]Болезни полигенной природы

- 3) [-]Заболевания с семейной предрасположенностью
  - 4) [-]Многофакторные болезни
  - 5) [+]Хромосомная патология
- 

**149. Для мультифакториальной патологии не характерно:**

- 1) [+]Определенность этиологии и патогенеза
  - 2) [-]Клинический полиморфизм
  - 3) [-]Гетерогенность
  - 4) [-]Эффективность превентивных мероприятий
  - 5) [-]Несоответствие наследования законам Менделя
- 

**150. Под термином «норма реакции» понимается:**

- 1) [-]Адекватное реагирование на введение медикамента
  - 2) [-]«Нормальная» реактивность организма
  - 3) [-]Референтные значения биохимических показателей
  - 4) [+]Рамки вариабельности фенотипического признака у индивида
  - 5) [-]«Нормальные» показатели массы тела
- 

**151. Для астеноидного типа конституции не характерно:**

- 1) [-]Уплощенная грудная клетка
  - 2) [+]Выраженное развитие жировой ткани
  - 3) [-]Слабое развитие подкожно-жирового слоя
  - 4) [-]Слабое развитие костяка
  - 5) [-]Слабое развитие мышечного компонента сомы
- 

**152. Для астеноидного телосложения**

## **характерно:**

- 1) [-]Соответствие массы тела длине тела
  - 2) [+]Дефицит массы тела по длине
  - 3) [-]Избыток массы тела по длине тела
  - 4) [-]Высокие показатели физического развития
  - 5) [-]Низкие показатели физического развития
- 

## **153. Для торакального телосложения не характерно:**

- 1) [-]Цилиндрическая форма грудной клетки
  - 2) [-]Умеренное развитие подкожно-жирового слоя
  - 3) [+]Выраженное развитие жировой ткани
  - 4) [-]Умеренное развитие костяка
  - 5) [-]Умеренное развитие мышечного компонента сомы
- 

## **154. Для торакального типа конституции характерно:**

- 1) [-]Избыток массы тела по длине
  - 2) [-]Высокорослость
  - 3) [-]Низкорослость
  - 4) [-]Задержка полового развития
  - 5) [+]Умеренный дефицит массы тела по длине
- 

## **155. Для мышечного типа конституции характерно:**

- 1) [-]Уплощенная грудная клетка
- 2) [+]Выраженные мышечный и костный соматические компоненты
- 3) [-]Слабое развитие соединительнотканых структур



4) [-]Избыточное жиротложение

5) [-]Висцеромегалия

---

**156. Для мышечного типа конституции характерно:**

1) [+]Несколько избыточная масса тела по длине

2) [-]Дефицит массы тела по длине

3) [-]Преждевременное половое развитие

4) [-]Низкорослость

5) [-]Высокорослость

---

**157. Для дигестивного телосложения не характерно:**

1) [+]Цилиндрическая грудная клетка

2) [-]Выраженное развитие жирового компонента сомы

3) [-]Массивный костяк

4) [-]Конусообразная форма грудной клетки

5) [-]Равномерное распределение подкожно-жирового слоя

---

**158. Для дигестивного телосложения характерно:**

1) [-]Дефицит массы тела по длине

2) [-]Преждевременное половое развитие

3) [-]Низкорослость

4) [-]Высокорослость

5) [+]Избыток массы тела по длине

---

**159. К хроническим заболеваниям органов пищеварения наиболее предрасположены дети:**

- 1) [-]Торакального типа конституции
  - 2) [-]Дигестивного типа конституции
  - 3) [-]Мышечного типа конституции
  - 4) [+]Астеноидного типа конституции
  - 5) [-]Недифференцированного типа конституции
- 

**160. В более ранние сроки половое развитие начинается у девочек:**

- 1) [-]Астеноидного телосложения
  - 2) [-]Торакального телосложения
  - 3) [-]Мышечного телосложения
  - 4) [-]Недифференцированного типа конституции
  - 5) [+]Дигестивного телосложения
- 

**161. В более поздние сроки половое развитие начинается у мальчиков:**

- 1) [+]Астеноидного телосложения
  - 2) [-]Торакального телосложения
  - 3) [-]Мышечного телосложения
  - 4) [-]Недифференцированного типа конституции
  - 5) [-]Дигестивного телосложения
- 

**162. В более поздние сроки половое развитие начинается у девочек:**

- 1) [-]Торакального телосложения
  - 2) [-]Мышечного телосложения
  - 3) [+]Астеноидного телосложения
  - 4) [-]Недифференцированного типа конституции
  - 5) [-]Дигестивного телосложения
-

**163. Ожирение у детей дигестивного типа конституции развивается:**

- 1) [-]В 10-20% случаев
  - 2) [-]В 100% случаев
  - 3) [-]В 25-35% случаев
  - 4) [+]В 60-70% случаев
  - 5) [-]Не развивается
- 

**164. Аллергические заболевания у детей с экссудативно-катаральной конституции развиваются:**

- 1) [-]Не развиваются
  - 2) [-]В 5% случаев
  - 3) [+]В 25% случаев
  - 4) [-]В 70% случаев
  - 5) [-]В 90% случаев
- 

**165. В периоде новорожденности у детей с экссудативно-катаральной конституцией характерно наличие:**

- 1) [+]Опрелостей
  - 2) [-]Недоразвития придатков кожи
  - 3) [-]Септического состояния
  - 4) [-]Гемолитической болезни
  - 5) [-]Недоразвития надпочечников
- 

**166. При появлении признаков экссудативно-катаральной конституции в грудном возрасте не показано:**

- 1) [-]Исключение из рациона кормящей матери нативного молока
  - 2) [+]Перевод ребенка на искусственное вскармливание
  - 3) [-]Исключение из рациона кормящей матери пряностей
  - 4) [-]Ограничение в рационе кормящей матери сахара
  - 5) [-]Исключение из рациона кормящей орехов и морепродуктов
- 

**167. У детей с лимфатико-гипопластической аномалией конституции на первом году жизни характерно выявление:**

- 1) [-]муковисцидоза
  - 2) [-]язвенной болезни
  - 3) [-]ревматизма
  - 4) [-]лимфопролиферативных заболеваний
  - 5) [+]тимомегалии
- 

**168. Для детей с нейроартритическим диатезом в семейном анамнезе не характерно наличие у родственников:**

- 1) [-]Подагры
  - 2) [+]Частых бронхолегочных заболеваний
  - 3) [-]Почечнокаменной болезни
  - 4) [-]Мигрени
  - 5) [-]Ожирения
- 

**169. При приступе ацетонемической рвоты не показано:**

- 1) [-]Временный отказ от приема пищи

2) [-]Использование пероральных глюкозо-солевых растворов

3) [-]Использование щелочной минеральной воды

4) [+]Назначение антибактериальных средств

5) [-]Проведение инфузионной терапии

---

**170. Для детей с нейроартритическим диатезом не характерно:**

1) [-]Ускоренное нервно-психическое развитие в раннем детстве

2) [-]Сниженный аппетит

3) [-]«Лабильность» настроения

4) [-]Наличие дефицита массы тела по длине

5) [+]Наличие ожирения

---

**171. Синдром внезапной смерти у детей, как правило, встречается:**

1) [-]В первые минуты жизни

2) [-]Вне зависимости от возраста ребенка

3) [+]В грудном периоде

4) [-]У мальчиков

5) [-]У девочек

---

**172. Причиной синдрома внезапной смерти у детей является:**

1) [-]Кардиогенный шок

2) [-]Аспирация инородного тела

3) [-]Острая почечная недостаточность

4) [+]Причина не известна

5) [-]Острая дыхательная недостаточность

---

**173. Понятие «клинико-фармакологическая характеристика препарата» не подразумевает:**

- 1) [-]механизм действия лекарства
  - 2) [-]взаимодействие лекарств
  - 3) [+]стоимость препарата
  - 4) [-]нежелательные эффекты
  - 5) [-]пути введения, всасывание и биоусвояемость
- 

**174. Какие особенности детского организма влияют на фармакокинетику лекарственного средства?:**

- 1) [-]уровень pH желудочного сока
  - 2) [-]скорость желудочной эвакуации
  - 3) [-]содержание воды в организме
  - 4) [-]% содержания жира в организме
  - 5) [+]все перечисленное
- 

**175. Особенностью утилизации и биотрансформации лекарственных препаратов у детей раннего возраста является:**

- 1) [-]меньшая активность всасывания через кожу и слизистую оболочку желудка
- 2) [-]ускоренное всасывание в кишечнике
- 3) [-]меньшая проницаемость гематоэнцефалического барьера
- 4) [+]замедленная почечная экскреция
- 5) [-]особенностей нет

**176. Какой способ введения лекарственных препаратов в организм может быть использован у детей?**

- 1) [-]пероральный
- 2) [-]внутримышечный
- 3) [-]ректальный
- 4) [-]внутривенный
- 5) [+]могут быть использованы все пути введения

---

**177. Лекарственные препараты в педиатрии дозируют в зависимости от:**

- 1) [+]возраста и массы тела ребенка
- 2) [-]стоимости препарата
- 3) [-]фирмы-производителя
- 4) [-]в долях от дозы взрослого
- 5) [-]особенностей дозирования препаратов нет

---

**178. Выбор лекарственного препарата при необходимости терапии кормящей женщины определяется:**

- 1) [-]желанием пациентки
- 2) [-]стоимостью препарата
- 3) [+]проникновением препарата в грудное молоко
- 4) [-]количеством кормлений в течение суток
- 5) [-]лекарственные препараты при грудном вскармливании не назначают

---

**179. Связывание лекарственного препарата с белками плазмы не зависит от:**

- 1) [-]степени поражения печени
  - 2) [-]степени поражения почек
  - 3) [+]широты терапевтического диапазона
  - 4) [-]уровня билирубина в крови
  - 5) [-]возраста ребенка
- 

**180. Величина терапевтической дозы лекарственного препарата не зависит от:**

- 1) [-]возраста ребенка
  - 2) [-]пути введения
  - 3) [-]тяжести заболевания
  - 4) [+]стоимости курса лечения
  - 5) [-]состояния элиминирующих органов
- 

**181. Выберите верное утверждение:**

- 1) [-]у детей до 2 лет лекарственные вещества преимущественно всасываются в желудке
  - 2) [-]в связи с более высоким рН желудочного сока, у детей лучше всасываются кислоты
  - 3) [+]жирорастворимые вещества у детей раннего возраста всасываются хуже, чем у взрослых
  - 4) [-]приём атропина и домперидона замедляет опорожнение желудка
  - 5) [-]у грудных детей большинство введённых внутрь лекарственных веществ всасывается быстрее, чем у взрослых
- 

**182. Острый гемолиз у детей с дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы эритроцитов может быть спровоцирован приёмом:**



- 1) [-]парацетамола
  - 2) [-]бисептола
  - 3) [-]фуразолидона
  - 4) [-]левомицетина
  - 5) [+]всех перечисленных препаратов
- 

**183. К этапам развития новорожденного ребенка относят:**

- 1) [-]Эмбриональный период
  - 2) [-]Интранатальный период
  - 3) [-]Ранний фетальный период
  - 4) [-]Поздний фетальный период
  - 5) [+]Ранний неонатальный период
- 

**184. Ранний неонатальный период – это:**

- 1) [-]1-й год жизни
  - 2) [+]Первые 7 дней жизни
  - 3) [-]2 недели жизни
  - 4) [-]28 дней жизни
  - 5) [-]3 месяца жизни
- 

**185. Какие состояния не относятся к состояниям адаптации новорожденных к условиям внеутробной жизни?**

- 1) [-]Пограничные состояния
  - 2) [-]Переходные состояния
  - 3) [-]Физиологические состояния
  - 4) [+]Терминальные состояния
  - 5) [-]Транзиторные состояния
-

**186. Какое состояние не является транзиторной реакцией адаптации у здорового доношенного новорожденного ребенка?**

- 1) [-] Физиологическая желтуха новорожденного
  - 2) [-] Физиологическая убыль массы тела
  - 3) [+] Сидеропения
  - 4) [-] Мочекислый инфаркт
  - 5) [-] Токсическая эритема новорожденного
- 

**187. Здорового доношенного новорожденного ребенка в роддоме вакцинируют от:**

- 1) [-] Кори
  - 2) [-] Коклюша
  - 3) [-] Дифтерии
  - 4) [-] Полиомиелита
  - 5) [+] Туберкулеза и гепатита В
- 

**188. Какое из названий внутриутробных инфекций не является расшифровкой аббревиатуры «TORCH-инфекции»?**

- 1) [-] Цитомегаловирусная инфекция
  - 2) [-] Краснуха
  - 3) [+] Орнитоз
  - 4) [-] Герпес
  - 5) [-] Токсоплазмоз
- 

**189. Какое из состояний со стороны кожных покровов не относится к переходным состояниям?**

- 1) [-]Транзиторный дисбиоз
  - 2) [+]Монгольские пятна
  - 3) [-]Простая эритема
  - 4) [-]Токсическая эритема
  - 5) [-]Физиологическое шелушение
- 

**190. Какое из состояний пищеварительной системы новорожденного можно отнести к пограничным?**

- 1) [-]Срыгивания новорожденного
  - 2) [-]Пилороспазм
  - 3) [-]Рвота
  - 4) [+]Транзиторный катар кишечника
  - 5) [-]Пилоростеноз
- 

**191. Физиологическая желтуха доношенного новорожденного визуализируется при уровне непрямого билирубина:**

- 1) [-]До 34 мкмоль/л
  - 2) [+]Выше 105-120 мкмоль/л
  - 3) [-]От 35 до 55 мкмоль/л
  - 4) [-]От 56 до 104 мкмоль/л
  - 5) [-]Выше 171 мкмоль/л
- 

**192. Физиологическая желтуха, в отличие от патологической, характеризуется следующими чертами:**

- 1) [+]Возникает на 2-3 день жизни
- 2) [-]Имеется при рождении

- 3) [-]Появляется в первые сутки жизни
- 4) [-]Появляется на второй неделе жизни
- 5) [-]Протекает волнообразно

---

### **193. Фототерапия применяется для лечения:**

- 1) [+]Гипербилирубинемии новорожденного
- 2) [-]Инфекционных заболеваний кожи
- 3) [-]Фетального гепатита
- 4) [-]Атрезии желчевыводящих путей
- 5) [-]Гипотрофии

---

### **194. Для здорового доношенного новорожденного характерны следующие безусловные рефлексы, кроме:**

- 1) [-]Ладонно-ротовой рефлекс Бабкина
- 2) [-]Верхний хватательный рефлекс /Робинсона/
- 3) [+]Рефлекс Россолимо
- 4) [-]Рефлекс рефлексорного спонтанного ползания /по Бауэру/
- 5) [-]Рефлекс Бабинского

---

### **195. Основными причинами физиологической потери массы тела у новорожденных являются кроме:**

- 1) [-]Становление лактации у матери
- 2) [-]Потеря воды через кожу и легкие при дыхании
- 3) [-]Отсыхание пуповинного остатка
- 4) [+]Удаление сыровидной смазки
- 5) [-]Выделение мекония и мочи

**196. У новорожденного ребенка все швы черепа открыты, кроме:**

- 1) [-]Стреловидного
  - 2) [+]Лобного
  - 3) [-]Венечного
  - 4) [-]Затылочного
  - 5) [-]Большого родничка
- 

**197. Новорожденный, родившийся в тяжелой гипоксии, имеет оценку по шкале Апгар:**

- 1) [-]5-7 баллов
  - 2) [-]4-5 баллов
  - 3) [+]3 балла и менее
  - 4) [-]8-9 баллов
  - 5) [-]6-8 баллов
- 

**198. Головной мозг новорожденного ребенка относительно массы тела:**

- 1) [-]Малых размеров, крупные борозды и извилины плохо выражены, малой глубины
  - 2) [-]Больших размеров, крупные борозды и извилины хорошо выражены, большой глубины
  - 3) [+]Больших размеров, крупные борозды и извилины хорошо выражены, малой глубины и высоты
  - 4) [-]Малых размеров, крупные борозды и извилины плохо выражены, большой глубины
  - 5) [-]Больших размеров, крупные борозды и извилины плохо выражены, малой глубины
- 

**199. Головной мозг новорожденного ребенка по**

**сравнению со взрослыми имеет следующие особенности:**

- 1) [-]Лобные и затылочные доли относительно меньше
  - 2) [-]Лобные доли относительно больше, а затылочные – меньше
  - 3) [-]Лобные и затылочные доли развиты, как у взрослых
  - 4) [+]Мозжечок развит слабо, боковые желудочки – большие
  - 5) [-]Мозжечок развит хорошо, а боковые желудочки малы
- 

**200. Особенности кровоснабжения мозга и оттока крови у детей раннего возраста по сравнению со взрослым:**

- 1) [-]Кровоснабжение лучше, отток лучше
  - 2) [+]Кровоснабжение лучше, отток хуже
  - 3) [-]Кровоснабжение хуже, отток хуже
  - 4) [-]Кровоснабжение хуже, отток лучше
  - 5) [-]Магистральный тип кровоснабжения
- 

**201. Для подтверждения диагноза внутрочерепного кровоизлияния необходимо провести следующие исследования:**

- 1) [-]Определить уровень сахара в крови
  - 2) [-]Исследовать глазное дно
  - 3) [+]НСГ /нейросонографию/
  - 4) [-]Рентгенографию черепа
  - 5) [-]Люмбальную пункцию
- 

**202. К синдромам восстановительного периода**

## **перинатального поражения ЦНС не относят:**

- 1) [-]Гипертензионно-гидроцефальный
  - 2) [-]Веgeto-висцеральных нарушений
  - 3) [+]Синдром аспирации мекония
  - 4) [-]Синдром двигательных нарушений
  - 5) [-]Задержка психомоторного развития
- 

## **203. К травматическим повреждениям нервной системы не относят:**

- 1) [-]Внутричерепная родовая травма
  - 2) [-]Субарахноидальное кровоизлияние
  - 3) [-]Сочетанные ишемические и геморрагические поражения ЦНС /гипоксические/
  - 4) [-]Кровоизлияние в спинной мозг /растяжение, разрыв, надрыв/ с травмой позвоночника
  - 5) [+]Повреждение диафрагмального нерва
- 

## **204. Для подтверждения диагноза внутричерепного кровоизлияния необходимо провести нижеперечисленные обследования, кроме:**

- 1) [+]Определить уровень сахара в крови
  - 2) [-]НСГ /нейросонографию/
  - 3) [-]Люмбальную пункцию
  - 4) [-]Ядерно-магнитное резонансное исследование головы
  - 5) [-]Исследовать глазное дно
- 

## **205. При пери- и интравентрикулярных кровоизлияниях II–III степени у новорожденных в**

## **клинической картине не выявляется:**

- 1) [-]Судороги
  - 2) [-]Выбухание и напряжение большого родничка
  - 3) [+]Повышение двигательной активности
  - 4) [-]Снижение гематокрита
  - 5) [-]Мышечная гипотония
- 

## **206. Синдром Дауна является результатом:**

- 1) [-]Полигенных мутаций
  - 2) [-]Моногенных мутаций
  - 3) [+]Хромосомной аберрации
  - 4) [-]Эндокринных нарушений
  - 5) [-]Хронической внутриутробной гипоксии
- 

## **207. У новорожденного:**

- 1) [-]Преобладают процессы катаболизма
  - 2) [-]Преобладают процессы анаболизма
  - 3) [-]Процессы катаболизма и процессы анаболизма уравновешены
  - 4) [+]Вначале преобладают процессы катаболизма, затем – процессы анаболизма
  - 5) [-]Вначале преобладают процессы анаболизма, затем – процессы катаболизма
- 

## **208. Воздействие химических факторов на плод в поздний фетальный период проявляется:**

- 1) [+]Врожденной гипотрофией и незрелостью
- 2) [-]Пороками развития
- 3) [-]Стигмами дизэмбриогенеза



4) [-]Врожденным гепатитом

5) [-]Микроцефалией

---

**209. Учитывая кровоток плода, при гематогенном пути инфицирования среди внутренних органов в первую очередь поражаются**

1) [+]Печень

2) [-]Селезенка

3) [-]Головной мозг

4) [-]Почки

5) [-]Легкие

---

**210. Врожденный порок сердца чаще всего бывает при врожденном**

1) [-]Листерииозе

2) [-]Сифилисе

3) [+]Краснухе

4) [-]Токсоплазмозе

5) [-]Герпесе

---

**211. Клиническими проявлениями краснушной внутриутробной инфекции являются:**

1) [-]Пузырчатка на ладонях и стопах, ринит

2) [+]Глухота, катаракта, микроцефалия, врожденный порок сердца

3) [-]Гипотрофия, желтуха, гнойничковая сыпь на коже

4) [-]Гнойное отделяемое из пупочной ранки, конъюнктивит, желтуха

5) [-]Синдром Дауна

---

**212. Клиническими проявлениями фетального гепатита являются следующие признаки, кроме:**

- 1) [-]Желтуха
  - 2) [-]Увеличение размеров печени
  - 3) [-]Темная моча
  - 4) [+]Грубый систолический шум
  - 5) [-]Обесцвеченный стул
- 

**213. Диагноз фетального гепатита подтверждается**

- 1) [-]Повышением уровня непрямого билирубина
  - 2) [+]Повышением уровня прямого билирубина и активности трансаминаз
  - 3) [-]Повышением уровня остаточного азота
  - 4) [-]Гиперкалиемией
  - 5) [-]Гипергликемией
- 

**214. Этиологическим фактором фетального гепатита не может быть**

- 1) [-]Цитомегаловирус
  - 2) [-]Листерия
  - 3) [-]Вирус гепатита
  - 4) [+]Алкоголизм матери
  - 5) [-]Токсоплазма
- 

**215. К признакам гемолитической болезни новорожденных не относится:**

- 1) [-]Желтуха

2) [-]Анемия

3) [+]Геморрагическая сыпь

4) [-]Ретикулоцитоз

5) [-]Повышение уровня непрямого билирубина

---

**216. При проведении фототерапии патогенетически показано одновременное назначение:**

1) [+]Дополнительное введение жидкости

2) [-]Гидрокортизона

3) [-]Кокарбоксилазы

4) [-]Альбумина

5) [-]Физиологического раствора

---

**217. При гипербилирубинемии новорожденных возможно развитие ядерной желтухи, если уровень непрямого билирубина повысился:**

1) [-]До 56 мкмоль/л

2) [-]До 100 мкмоль/л

3) [-]До 150 мкмоль/л

4) [-]До 250 мкмоль/л

5) [+]Более 340 мкмоль/л

---

**218. Для ускорения созревания глюкурониламинотрансферазы печени используется:**

1) [-]Аскорбиновая кислота

2) [+]Люминал

3) [-]Викасол

4) [-]Серноокислая магнезия

5) [-]Гормоны

---

**219. Какие из признаков являются наиболее типичными при ГБН /гемолитической болезни новорожденных/?**

1) [-]Повышение уровня непрямого билирубина, активность трансаминаз не повышена, анемии нет

2) [-]Повышение уровня непрямого и прямого билирубина, активность трансаминаз не повышена, анемии нет

3) [+]Повышение уровня непрямого билирубина, анемия, ретикулоцитоз

4) [-]Повышение уровня прямого билирубина, активность трансаминаз не повышена, анемии нет

5) [-]Повышение уровня прямого билирубина, активность трансаминаз повышена

---

**220. Гемолитическая болезнь новорожденного может быть обусловлена:**

1) [-]Внутриутробной инфекцией

2) [+]Иммунологическим конфликтом

3) [-]Нарушением конъюгации билирубина

4) [-]Гемоглобинопатией

5) [-]Функциональной незрелостью печени

---

**221. Гемолитическая болезнь новорожденных по системе АВ0 может развиваться, если группа крови:**

1) [+]Матери 0 //, ребенка А/III/ или В /III/

2) [-]Матери А/II/, ребенка 0//

3) [-]Матери В /III/, ребенка 0/I/

4) [-]Матери 0/I/, ребенка 0/I/

5) [-]Матери АВ /IV/, ребенка А/II/ или В /III/

---

**222. Характерными клиническими симптомами желтушной формы гемолитической болезни новорожденного являются ниже перечисленные симптомы, кроме:**

1) [+]Обесцвеченный кал

2) [-]Анемия

3) [-]Увеличение печени

4) [-]Увеличение селезенки

5) [-]Желтуха

---

**223. Характерными клиническими признаками отечной формы гемолитической болезни новорожденного являются ниже перечисленные, кроме:**

1) [-]Анемия

2) [-]Эритробластоз

3) [-]Гепатоспленомегалия

4) [-]Отеки

5) [+]Геморрагическая сыпь на коже

---

**224. Клиническими проявлениями ядерной желтухи являются следующие признаки, кроме:**

1) [-]Желтуха

2) [-]Гипербилирубинемия

3) [-]Симптом «заходящего солнца»

4) [+]Мышечная гипотония

5) [-]Мышечная гипертония

---

**225. Для лечения гемолитической болезни новорожденных не применяется:**

1) [-]Инфузионная терапия

2) [-]Фототерапия

3) [+]Гормональная терапия

4) [-]Заменное переливание крови

5) [-]Антибиотикотерапия

---

**226. Основопологающим методом диагностики при ГБН является:**

1) [-]Исследование коагулограммы

2) [+]Определение группы крови и резус-фактора матери и ребенка

3) [-]Определение типа гемоглобина

4) [-]Исследование костного мозга

5) [-]УЗИ брюшной полости

---

**227. Основной причиной аспирации новорожденных является:**

1) [-]Недоношенность

2) [+]Гипоксия плода

3) [-]Инфекционные заболевания матери

4) [-]Гемолитическая болезнь новорожденных

5) [-]Врожденный порок сердца

---

**228. Для новорожденных с массивной мекониальной аспирацией не характерно:**

- 1) [-]Нарастающий цианоз кожи и слизистых
  - 2) [-]Асимметрия грудной клетки
  - 3) [-]Отсутствие хрипов в легких
  - 4) [+]Мелкопузырчатые хрипы в легких
  - 5) [-]Снижение  $pO_2$  и повышение  $pCO_2$
- 

**229. Этиологическим фактором при пневмонии новорожденных не является:**

- 1) [-]Вирусы
  - 2) [+]Гипотрофия
  - 3) [-]Бактерии
  - 4) [-]Микоплазма
  - 5) [-]Хламидии
- 

**230. Клинические симптомы тяжелой дыхательной недостаточности при пневмонии новорожденных проявляются следующими признаками, кроме:**

- 1) [-]Выраженной одышкой
  - 2) [-]Генерализованным цианозом
  - 3) [-]Гипотонией
  - 4) [-]Гипорефлексией
  - 5) [+]Повышением АД
- 

**231. При пневмонии новорожденных применяют следующие методы диагностики, кроме:**

- 1) [-]Анализ периферической крови
- 2) [+]Нейросонография

- 3) [-]Аускультация
  - 4) [-]Рентгенограмма грудной клетки
  - 5) [-]Мазок из зева на флору и чувствительность к антибиотикам
- 

**232. К инфекционными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки у новорожденных не относятся:**

- 1) [-]Везикулопустулез
  - 2) [+]Токсическую эритему новорожденного
  - 3) [-]Эпидемическую пузырчатку
  - 4) [-]Экфолиативный дерматит Риттера
  - 5) [-]Некротическую флегмону
- 

**233. К инфекционными заболеваниями пупка и пупочной ранки у новорожденных не относятся:**

- 1) [-]Мокнущий пупок
  - 2) [-]Гнойный омфалит
  - 3) [+]Амниотический пупок
  - 4) [-]Флегмонозный омфалит
  - 5) [-]Фунгус пупка
- 

**234. Диагностическими критериями пилороспазма новорожденных не являются:**

- 1) [+]Срыгивания и рвота с первого дня жизни
- 2) [-]Срыгивания и рвота со второй недели жизни
- 3) [-]Симптом «песочных часов»
- 4) [-]Беспокойство
- 5) [-]Рвота створоженным молоком



**235. Наиболее часто встречающимися пневмопатиями у новорожденных являются ниже следующие виды, кроме:**

- 1) [-]Аспирация мекония
  - 2) [+]Транзиторное тахипноэ
  - 3) [-]Первичные ателектазы
  - 4) [-]Болезнь гиалиновых мембран
  - 5) [-]Отечно-геморрагический синдром
- 

**236. Степень тяжести синдрома дыхательных расстройств оценивается по шкале:**

- 1) [-]Апгар
  - 2) [+]Сильвермана
  - 3) [-]Дубовича
  - 4) [-]Дементьевой
  - 5) [-]Боларда
- 

**237. К проявлениям гормонального криза у новорожденных относят следующие состояния, кроме:**

- 1) [-]Нагрубание молочных желез
  - 2) [-]Десквамативный вульвовагинит
  - 3) [+]Отечно-геморрагический синдром
  - 4) [-]Кровотечение из влагалища
  - 5) [-]Мириа
- 

**238. К транзиторным изменениям кожных покровов относятся следующие проявления, кроме:**

- 1) [+]Нагрубание молочных желез
  - 2) [-]Простая эритема
  - 3) [-]Токсическая эритема
  - 4) [-]Физиологическое шелушение кожи
  - 5) [-]Мириа
- 

**239. К переходным процессам неонатального периода со стороны ЦНС относят следующие состояния, кроме:**

- 1) [+]Функционирование фетальных коммуникаций
  - 2) [-]Транзиторная неврологическая дисфункция
  - 3) [-]Родовой катарсис
  - 4) [-]Импринтинг
  - 5) [-]Синдром «только что родившегося ребенка»
- 

**240. К транзиторным фетальным коммуникациям относят следующие, кроме:**

- 1) [-]Артериальный /боталлов/ проток
  - 2) [-]Овальное окно
  - 3) [-]Венозный /аранциев/ проток
  - 4) [+]Нижняя полая вена
  - 5) [-]Пупочные сосуды
- 

**241. К переходным процессам неонатального периода со стороны сердечно-сосудистой системы относят следующие состояния, кроме:**

- 1) [-]Функционирование фетальных коммуникаций / шунтирование/
- 2) [-]Транзиторные гиперволемиа и полицитемия

3) [-]Транзиторная гиперфункция миокарда

4) [+]Отечный синдром

5) [-]Транзиторные нарушения метаболизма миокарда

---

**242. К переходным процессам неонатального периода со стороны пищеварительной системы относят следующие состояния, кроме:**

1) [-]Переход на лактотрофное питание

2) [-]Транзиторный катар кишечника

3) [-]Транзиторная функциональная непроходимость

4) [+]Арборизация носовой слизи

5) [-]Транзиторный дисбактериоз

---

**243. К проявлениям транзиторной неврологической дисфункции относят следующие симптомы, кроме:**

1) [-]Преходящее косоглазие

2) [-]Нестойкий тремор

3) [-]Снижение выраженности рефлексов новорожденных

4) [+]Функциональная непроходимость кишечника

5) [-]Рассеянные очаговые знаки

---

**244. В настоящее время в России неонатальный скрининг проводят на следующие заболевания, кроме:**

1) [-]Муковисцидоз и фенилкетонурия

2) [+]Гипофизарный нанизм

3) [-]Адреногенитальный синдром

4) [-]Галактоземия

5) [-]Врожденный гипотиреоз

---

**245. Миелинизация нервных путей в основном завершается:**

- 1) [-]К 1 году
  - 2) [-]К 2-3 годам
  - 3) [+]К 3-5 годам
  - 4) [-]К 5-7 годам
  - 5) [-]К 7- 10 годам
- 

**246. Герминальный матрикс – это зародышевая ткань с высокой метаболической активностью, расположенная:**

- 1) [-]в коре головного мозга
  - 2) [-]на дне третьего желудочка
  - 3) [-]в области мозжечка
  - 4) [+]в перивентрикулярной зоне боковых желудочков головного мозга в области головки хвостатого ядра, вблизи отверстия Монро
  - 5) [-]в области затылочной доли головного мозга
- 

**247. Период максимальной активности герминального матрикса отмечается:**

- 1) [-]на 15 неделе гестации
  - 2) [-]на 16 –18 неделе гестации
  - 3) [-]на 19-20 неделе гестации
  - 4) [-]на 20-23 неделе гестации
  - 5) [+]на 24-32 неделе гестации
- 

**248. Особенности поражений головного**

**мозга у детей раннего возраста являются следующие признаки, кроме:**

- 1) [-]отсутствие корковой локализации функций
- 2) [+]наличие корковой локализации функций
- 3) [-]преобладание общих генерализованных реакций
- 4) [-]высокая гидрофильность тканей мозга
- 5) [-]легкая подверженность гемorragическим и ишемическим перинатальным повреждениям

---

**249. К синдромам позднего восстановительного периода перинатальных поражений ЦНС у детей не относится:**

- 1) [-]гипертензионно-гидроцефальный синдром
- 2) [-]синдром вегето-висцеральных нарушений
- 3) [-]синдром задержки психомоторного развития
- 4) [+]синдром Дауна
- 5) [-]синдром двигательных нарушений

---

**250. При подозрении на резидуально-органическое поражение ЦНС используют следующие методы диагностики, кроме**

- 1) [-]Нейросонография
- 2) [+]Фиброгастродуоденоскопия
- 3) [-]Допплерография сосудов головного мозга
- 4) [-]Магнитно-резонансная или компьютерная томография головного мозга
- 5) [-]Рентгенография черепа и осмотр офтальмолога

---

**251. Какое состояние не относится к**

## дистрофиям?

- 1) [-]Гипотрофия
  - 2) [+]Эйтрофия
  - 3) [-]Паратрофия
  - 4) [-]Квашиоркор
  - 5) [-]Маразм
- 

### **252. При гипотрофии I степени подкожно-жировой слой истончен:**

- 1) [-]на лице
  - 2) [+]на животе
  - 3) [-]на руках
  - 4) [-]на бедрах
  - 5) [-]на лице и всем теле
- 

### **253. При гипотрофии I степени не характерно:**

- 1) [-]снижение жирового слоя на туловище
  - 2) [-]уплощение весовой кривой
  - 3) [-]мышечная гипотония
  - 4) [+]отставание длины тела на 5 см
  - 5) [-]беспокойство
- 

### **254. При гипотрофии I степени не характерно:**

- 1) [-]снижение жирового слоя на туловище
- 2) [-]уплощение весовой кривой
- 3) [+]дефицит массы тела более 30%
- 4) [-]мышечная гипотония
- 5) [-]беспокойство

**255. При гипотрофии I степени индекс Чулицкой составляет:**

- 1) [-]30–40
  - 2) [-]20–30
  - 3) [+]10–20
  - 4) [-]1–10
  - 5) [-]меньше 0
- 

**256. При гипотрофии II степени подкожно-жировой слой истончен:**

- 1) [-]только на лице
  - 2) [+]на туловище и конечностях
  - 3) [-]только на животе
  - 4) [-]только на бедрах
  - 5) [-]на лице и всем теле
- 

**257. Толерантность к пище при гипотрофии I степени:**

- 1) [-]существенно снижена
  - 2) [-]нормальна
  - 3) [+]умеренно снижена
  - 4) [-]умеренно повышена
  - 5) [-]значительно повышена
- 

**258. Аппетит при гипотрофии I степени**

- 1) [-]отсутствует
- 2) [-]снижен
- 3) [+]сохранен
- 4) [-]повышен

5) [-]булимия

---

**259. Какие значения дефицита массы тела в % должны быть у грудного ребенка, если у него гипотрофия II степени?**

- 1) [-]5–9%
  - 2) [-]10–19%
  - 3) [+]20–29%
  - 4) [-]30–39%
  - 5) [-]40% и больше
- 

**260. При гипотрофии II степени индекс Чулицкой составляет:**

- 1) [-]30–40
  - 2) [-]20–30
  - 3) [-]10–20
  - 4) [+]1–10
  - 5) [-]меньше 0
- 

**261. Толерантность к пище при гипотрофии II степени:**

- 1) [+]существенно /более 50%/ снижена
  - 2) [-]не изменена
  - 3) [-]умеренно /до 20%/ снижена
  - 4) [-]умеренно повышена
  - 5) [-]значительно повышена
- 

**262. Аппетит при гипотрофии II степени:**

- 1) [-]отсутствует



- 2) [+]снижен
  - 3) [-]сохранен
  - 4) [-]повышен
  - 5) [-]булимия
- 

**263. Психомоторное развитие при гипотрофии II степени:**

- 1) [-]опережает сверстников
  - 2) [-]соответствует календарному возрасту
  - 3) [-]соответствует костному возрасту
  - 4) [+]умеренно отстает
  - 5) [-]регрессирует
- 

**264. При гипотрофии II степени ребенок:**

- 1) [-]спокоен, уравновешен
  - 2) [+]раздражителен, беспокоен
  - 3) [-]подвижен, активен
  - 4) [-]веселый, жизнерадостный
  - 5) [-]вялый, апатичный
- 

**265. При гипотрофии III степени подкожно-жировой слой истончен:**

- 1) [-]на туловище
  - 2) [-]только на туловище и конечностях
  - 3) [-]только на животе
  - 4) [-]только на бедрах
  - 5) [+]на лице, теле и конечностях
- 

**266. Толерантность к пище при гипотрофии III степени:**

- 1) [-]существенно /до 50%/ снижена
  - 2) [-]нормальна
  - 3) [-]умеренно /до 20%/ снижена
  - 4) [-]повышена
  - 5) [+]до 80% снижена
- 

**267. Дефицит массы тела при гипотрофия III степени составляет:**

- 1) [-]5–15%
  - 2) [-]15–19%
  - 3) [-]20–25%
  - 4) [-]25–29%
  - 5) [+]30% и больше
- 

**268. При гипотрофии III степени индекс Чулицкой составляет:**

- 1) [-]30–40
  - 2) [-]20–30
  - 3) [-]10–20
  - 4) [-]1–10
  - 5) [+]меньше 0
- 

**269. Аппетит при гипотрофии III степени:**

- 1) [+]отсутствует
  - 2) [-]снижен
  - 3) [-]сохранен
  - 4) [-]повышен
  - 5) [-]булимия
- 

**270. Психомоторное развитие при гипотрофии III**

## **степени:**

- 1) [-]опережает сверстников
  - 2) [-]соответствует календарному возрасту
  - 3) [-]соответствует костному возрасту
  - 4) [-]умеренно отстает
  - 5) [+]регрессирует
- 

### **271. При гипотрофии III степени ребенок:**

- 1) [-]спокоен, уравновешен
  - 2) [-]раздражителен, беспокоен
  - 3) [-]подвижен, активен
  - 4) [-]веселый, жизнерадостный
  - 5) [+]вялый, апатичный
- 

### **272. Стартовая диетотерапия при гипотрофии II степени предполагает:**

- 1) [-]усиленное питание
  - 2) [-]питание в соответствии с календарным возрастом
  - 3) [-]водно-чайную паузу
  - 4) [-]питание в соответствии с биологическим возрастом
  - 5) [+]выяснение толерантности к пище
- 

### **273. При стартовой диетотерапии гипотрофии ребенка 1-го года жизни на искусственном вскармливании:**

- 1) [-]вводят дополнительно творог
- 2) [-]добавляют в смесь сливки
- 3) [+]исключают все прикормы
- 4) [-]добавляют мясные продукты

5) [-]заменяют смесь на кисломолочную

---

**274. Расчет объема питания при стартовой диетотерапии гипотрофии ребенка 1-го года жизни производят исходя из:**

- 1) [+]фактической массы тела ребенка
  - 2) [-]прибавки массы тела за последний месяц жизни
  - 3) [-]дефицита массы тела на момент осмотра
  - 4) [-]долженствующей массы тела
  - 5) [-]фактической длины тела ребенка
- 

**275. Расчет суточного объема питания при паратрофии производят исходя из:**

- 1) [-]фактической массы тела ребенка
  - 2) [-]прибавки массы тела за последний месяц жизни
  - 3) [-]избытка массы тела на момент осмотра
  - 4) [+]долженствующей массы тела по возрасту
  - 5) [-]фактической длины тела ребенка
- 

**276. Стартовый суточный объем питания при гипотрофии II степени у ребенка 1-го года составляет:**

- 1) [-]120% от должного по возрасту
  - 2) [-]2/3 от должного по фактической массе тела
  - 3) [+]1/2 от должного по фактической массе тела
  - 4) [-]1/3 от должного по фактической массе тела
  - 5) [-]1/4 от должного по фактической массе тела
- 

**277. Стартовый суточный объем питания при гипотрофии III степени у ребенка 1-го года**

## **составляет:**

- 1) [-]120%от должного
  - 2) [-]не менее 2/3 от должного по возрасту
  - 3) [-]1/2 от должного по фактической массе тела
  - 4) [+]1/3 от должного по фактической массе тела
  - 5) [-]1/4 от должного по фактической массе тела
- 

**278. В периоде выяснения толерантности к пище при гипотрофии недостающий объем пищи возмещают:**

- 1) [-]соками
  - 2) [+]регидратационными растворами
  - 3) [-]кефиром
  - 4) [-]фруктовым пюре
  - 5) [-]раствором глюкозы
- 

**279. В периоде выяснения толерантности к пище при гипотрофии II степени у ребенка 1-го года жизни частота кормлений составляет:**

- 1) [-]3-4
  - 2) [-]4-5
  - 3) [-]5-6
  - 4) [-]10-12
  - 5) [+]7-8
- 

**280. При гипотрофии II степени у ребенка 1-го года жизни суточный объем питания распределяется следующим образом:**

- 1) [-]50% объема приходится на утренние кормления

2) [-]50% объема питания ребенок получает в 3 и 4 кормления

3) [-]50% объема питания ребенок получает в вечерние кормления

4) [-]50% объема питания ребенок получает в ночные кормления

5) [+]равномерно распределяется по всем кормлениям

---

**281. При гипотрофии I степени у ребенка 1-го года жизни период выяснения толерантности к пище продолжается:**

1) [-]12–18 часов

2) [+]1–2 суток

3) [-]3–7 суток

4) [-]15–20 суток

5) [-]1–2 месяца

---

**282. При гипотрофии III степени у ребенка 1-го года жизни период выяснения толерантности к пище продолжается:**

1) [-]12–18 часов

2) [-]1–2 суток

3) [-]3–7 суток

4) [+]10–14 суток

5) [-]1–2 месяца

---

**283. При гипотрофии II степени у ребенка 1-го года жизни в период усиленного питания максимальный объем пищи не должен превышать:**

- 1) [-]500 мл
  - 2) [-]750 мл
  - 3) [+]1/5 фактической массы тела
  - 4) [-]1/6 фактической массы тела
  - 5) [-]1/7 фактической массы тела
- 

**284. В периоде выяснения толерантности к пище при гипотрофии I степени у ребенка 1-го года жизни частота кормлений составляет:**

- 1) [-]4
  - 2) [-]5
  - 3) [-]6
  - 4) [+]7
  - 5) [-]8
- 

**285. При гипотрофии I степени у ребенка 1-го года жизни в период выяснения толерантности к пище суточный объем питания распределяется следующим образом:**

- 1) [+]равномерно распределяется по всем кормлениям
  - 2) [-]10% объема приходится на утренние кормления
  - 3) [-]70% объема питания ребенок получает в 3 и 4 кормления
  - 4) [-]5% объема питания ребенок получает в вечерние кормления
  - 5) [-]40% объема питания ребенок получает в ночные кормления
- 

**286. При гипотрофии II степени у ребенка 1-го года жизни в период усиленного питания в**

## **суточный объем питания:**

- 1) [-]5% объема приходится на утренние кормления
- 2) [-]70% объема питания ребенок получает в 3 и 4 кормления
- 3) [-]10% объема питания ребенок получает в вечерние кормления
- 4) [-]50% объема питания ребенок получает в ночные кормления
- 5) [+]равномерно распределяется по всем кормлениям

---

**287. При гипотрофии II степени у ребенка 1-го года жизни период выяснения толерантности к пище продолжается:**

- 1) [-]12–18 часов
- 2) [-]1–2 суток
- 3) [+]3–7 суток
- 4) [-]15–20 суток
- 5) [-]1–2 месяца

---

**288. При гипотрофии III степени у ребенка 1-го года жизни в период усиленного питания максимальный объем пищи не должен превышать:**

- 1) [-]1500 мл
- 2) [-]750 мл
- 3) [+]1/5 фактической массы тела
- 4) [-]1/6 фактической массы тела
- 5) [-]1/7 фактической массы тела



**289. В периоде выяснения толерантности к пище при гипотрофии III степени у ребенка 1-го года жизни частота кормлений в сутки составляет:**

- 1) [-]5
  - 2) [-]6
  - 3) [-]7
  - 4) [-]8
  - 5) [+]10
- 

**290. Какие назначения нецелесообразны в периоде выяснения толерантности к пище?**

- 1) [+]назначение панкреатических ферментов
  - 2) [-]назначение регидратационных растворов
  - 3) [-]назначение витаминов С, группы В
  - 4) [-]проведение массажа
  - 5) [-]ЛФК
- 

**291. Для гипостатуры характерно:**

- 1) [-]отставание психомоторного развития при нормальном физическом развитии
  - 2) [-]истощение
  - 3) [-]задержка физического развития при соответствующих календарному возрасту психомоторном развитии
  - 4) [+]равномерное отставание длины и массы тела
  - 5) [-]избыточное питание
- 

**292. При гипостатуре биологический возраст ребенка:**

- 1) [+]отстает от календарного возраста
  - 2) [-]соответствует календарному возрасту
  - 3) [-]умеренно опережает календарный возраст
  - 4) [-]невозможно определить
  - 5) [-]значительно опережает календарный возраст
- 

### **293. Паратрофией не следует считать:**

- 1) [-]равномерное превышение массы и длины тела с признаками нарушения метаболизма и с отставанием психомоторного развития
  - 2) [-]соответствующие возрасту масса и длина тела с признаками нарушения метаболизма и с отставанием психомоторного развития
  - 3) [-]равномерное превышение массы и длины тела у ребенка с отставанием психомоторного развития и частыми простудными заболеваниями
  - 4) [+]равномерное превышение массы и длины тела у ребенка с нормальным психомоторном развитии и обменом веществ
  - 5) [-]избыточная масса тела у ребенка с отставанием психомоторного развития и признаками нарушенного метаболизма
- 

### **294. При лечении ребенка с паратрофией назначают:**

- 1) [-]постепенную пищевую разгрузку
- 2) [+]питание, соответствующее календарному возрасту
- 3) [-]водно-чайную диету
- 4) [-]фруктовую диету
- 5) [-]рацион с ограничением углеводов

**295. Для синдрома мальабсорбции у ребенка грудного возраста характерны следующие симптомы, кроме:**

- 1) [-]полифекалии
  - 2) [-]гипотрофии
  - 3) [+]наличие скрытой крови в кале
  - 4) [-]удовлетворительного аппетита
  - 5) [-]анемии
- 

**296. Развитие целиакии связано:**

- 1) [-]с врожденной непереносимостью лактозы
  - 2) [-]с врожденной гипоплазией поджелудочной железы
  - 3) [-]с непереносимостью галактозы
  - 4) [-]с непереносимостью фенилаланина
  - 5) [+]с непереносимостью белка злаковых
- 

**297. Для целиакии характерны следующие симптомы, кроме:**

- 1) [-]истощение
  - 2) [+]рецидивирующие обструктивные бронхиты
  - 3) [-]задержка роста
  - 4) [-]анемия
  - 5) [-]стеаторея
- 

**298. Симптомом целиакии может быть:**

- 1) [+]задержка роста
- 2) [-]шейный лимфаденит
- 3) [-]фебрилитет
- 4) [-]энурез

5) [-]лейкоцитурия

---

**299. Для лабораторной верификации целиакии проводят:**

- 1) [-]анализ мочи на суточную экскрецию оксалатов
  - 2) [-]исследование длительности кровотечения и свертываемости крови
  - 3) [-]исследование белковых фракций сыворотки и трансаминаз
  - 4) [+]**исследование антител к тканевой трансглутаминазе и ретикулину**
  - 5) [-]определение хлоридов пота
- 

**300. Для инструментальной верификации целиакии проводят:**

- 1) [+]**морфологическое исследование биоптата слизистой оболочки тонкой кишки**
  - 2) [-]рентгеновское исследование желудка и двенадцатиперстной кишки
  - 3) [-]ирригографию
  - 4) [-]колоноскопию и биопсию толстой кишки
  - 5) [-]сцинтиграфию поджелудочной железы
- 

**301. При лечении целиакии из рациона исключают:**

- 1) [-]продукты, содержащие коровье молоко
- 2) [+]**продукты из ржи, пшеницы, ячменя, овса**
- 3) [-]продукты из свинины и баранины
- 4) [-]рыбные изделия
- 5) [-]салат, щавель, бобовые

## **302. Муковисцидоз — это:**

- 1) [-]приобретенное заболевание
  - 2) [+]наследственное аутосомно-рецессивное заболевание
  - 3) [-]наследственное аутосомно-доминантное заболевание
  - 4) [-]наследственное заболевание, связанное с полом
  - 5) [-]наследственное хромосомное заболевание
- 

## **303. Симптомами муковисцидоза могут быть следующие, кроме:**

- 1) [-]«жирный» стул
  - 2) [-]выпадение прямой кишки
  - 3) [-]гипотрофия
  - 4) [+]учащенное мочеиспускание
  - 5) [-]навязчивый кашель
- 

## **304. Диагноз муковисцидоза можно подтвердить следующим исследованием:**

- 1) [-]рентгенографией грудной клетки
  - 2) [+]определением концентрации хлоридов в поте
  - 3) [-]цитологическим исследование костного мозга
  - 4) [-]бактериологическим анализом кала
  - 5) [-]ультразвуковым исследованием поджелудочной железы
- 

## **305. При лечении кишечной формы муковисцидоза назначают:**

- 1) [-]глюкокортикостероиды
- 2) [-]анаболические средства
- 3) [+]ферментативные препараты
- 4) [-]антибактериальные средства

5) [-]нестероидные противовоспалительные средства

---

**306. К дефицитным состояниям у детей раннего возраста не относится:**

- 1) [+]Первичный иммунодефицит
  - 2) [-]Витамин D дефицитный рахит
  - 3) [-]Алиментарная железодефицитная анемия
  - 4) [-]Гиповитаминоз
  - 5) [-]Гипотрофия алиментарного происхождения
- 

**307. Что не является общим для дефицитных состояний у детей:**

- 1) [-]Этиология
  - 2) [-]Патогенетические механизмы
  - 3) [-]Возрастная предрасположенность
  - 4) [-]Терапевтические подходы
  - 5) [+]Идентичность клинических проявлений
- 

**308. К понятию «рахит» не относится:**

- 1) [-]Гиповитаминоз витамина D у детей
  - 2) [-]Зависимость от витамина D
  - 3) [+]Ахондропатия
  - 4) [-]«Английская» болезнь
  - 5) [-]Дефицит витамина D
- 

**309. К рахитогенным заболеваниям относится:**

- 1) [+]Спазмофилия
- 2) [-]Фебрильные судороги
- 3) [-]Нефрогенная остеопатия

4) [-]Тубулопатический рахит

5) [-]Эпилепсия

---

**310. К развитию витамин D-дефицитного рахита не предрасполагает:**

1) [-]Дефицит солнечного облучения

2) [-]Вегетарианское питание

3) [-]Отсутствие специфической профилактики

4) [+]Вскармливание адаптированными смесями

5) [-]Заболевание тонкой кишки

---

**311. Источник поступления эргокальциферола в организм:**

1) [-]Мясные продукты

2) [+]Продукты растительного происхождения

3) [-]Грудное молоко

4) [-]Яичный желток

5) [-]Воздействие солнечных лучей

---

**312. Источником поступления холекальциферола в организм является:**

1) [-]Рисовая крупа

2) [-]Гречневая крупа

3) [-]Сок манго

4) [+]Грудное молоко или адаптированные молочные смеси

5) [-]Хлебобулочные изделия

---

**313. Второе гидроксирование метаболитов витамина D3 происходит:**

- 1) [-]В клетках головного мозга
  - 2) [-]В интерстициальной ткани легких
  - 3) [-]В клетках слизистой желудка
  - 4) [+]В тубулярном эпителии
  - 5) [-]В лимфоидной ткани
- 

**314. Первое гидроксирование провитамина D3 происходит:**

- 1) [+]В клетках печени
  - 2) [-]В интерстициальной ткани легких
  - 3) [-]В клетках слизистой желудка
  - 4) [-]В тубулярном эпителии
  - 5) [-]В лимфоидной ткани
- 

**315. Первичным звеном нарушения фосфорно-кальциевого гомеостаза в случае витамин D-дефицитного рахита является:**

- 1) [-]Гиперкальциемия
  - 2) [-]Гипофосфатемия
  - 3) [-]Фосфатурия
  - 4) [+]Гипокальциемия
  - 5) [-]Сидеропения
- 

**316. Действие дигидрохолекальциферола заключается:**

- 1) [-]В торможении продукции IgA
- 2) [-]В ускорении костного созревания
- 3) [+]В способствовании абсорбции кальция в кишечнике
- 4) [-]В ускорении полового развития



5) [-]В ускорении абсорбции железа в кишечнике

---

**317. Обязательным условием для развития витамин D- дефицитного рахита является:**

- 1) [+]Повышение продукции паратгормона
  - 2) [-]Повышение продукции кортизола
  - 3) [-]Снижение продукции щелочной фосфатазы
  - 4) [-]Потеря организмом солей фосфора
  - 5) [-]Понижениепродукции паратгормона
- 

**318. Рахит не бывает:**

- 1) [-]Дефицитным
  - 2) [-]Зависимым
  - 3) [-]Резистентным
  - 4) [+]Иммунным
  - 5) [-]Наследственным
- 

**319. Витамин D- дефицитный рахит наиболее часто встречается:**

- 1) [-]У молодых взрослых
  - 2) [-]В возрасте 10-12 лет
  - 3) [+]На первом году жизни
  - 4) [-]В возрасте 3-6 лет
  - 5) [-]В возрасте 7-9 лет
- 

**320. Ранним признаком развития витамин D-дефицитного рахита является:**

- 1) [-]Деформации нижних конечностей
- 2) [-]Задержка физического развития

3) [-]Изменения на электроэнцефалографии

4) [-]Изменения в геноме

5) [+]Веgetативные расстройства

---

**321. Наименее специфическим для рахита является:**

1) [-]Наличие «реберных четок»

2) [+]Задержка процессов роста

3) [-]Наличие лобных и теменных бугров

4) [-]Рентгенологическое изменение в зонах роста трубчатых костей

5) [-]Наличие гиперплазии остеоидной ткани в эпифизарных зонах

---

**322. Для рахита в периоде разгара не характерно:**

1) [-]Снижение аппетита

2) [-]Наличие вялости и низкой активности ребенка

3) [-]Повышение цифр щелочной фосфатазы

4) [+]Наличие фебрильной лихорадки

5) [-]Присутствие выраженной фосфатурии

---

**323. Витамин D -зависимые формы рахита характеризуются:**

1) [-]Доминантным наследованием

2) [+]Рецессивным наследованием

3) [-]Полигенной обусловленностью

4) [-]Возникновением только под воздействием факторов внешней среды

5) [-]Наличием внешних признаков рахита уже при рождении

---

**324. В возникновении витамин D- резистентных форм рахита ведущую роль играет:**

1) [-]Алиментарный фактор

2) [-]Мальабсорбция

3) [-]Лечение дефицитного рахита недостаточными дозами витамина D

4) [-]Плохие социальные условия

5) [+]**Тубулопатия**

---

**325. Для диагностики дефицитного рахита не требуется определения:**

1) [-]Уровня кальция в сыворотке крови

2) [-]Содержания фосфора в сыворотке крови

3) [+]**Концентрации глюкозы крови**

4) [-]Активности сывороточной щелочной фосфаты

5) [-]Рентгенологической картины трубчатых костей

---

**326. Лечение дефицитного рахита целесообразно проводить:**

1) [+]**педиатром (семейным врачом) в амбулаторных условиях**

2) [-]в соматическом стационаре

3) [-]в ортопедическом стационаре

4) [-]в условиях медико-генетического центра

5) [-]в эндокринологическом стационаре

---

**327. Профилактическая доза витамина D в сутки составляет:**

- 1) [-]100 МЕ
  - 2) [+]400-500 МЕ
  - 3) [-]1000 МЕ
  - 4) [-]2000 МЕ
  - 5) [-]4000 МЕ
- 

**328. Профилактическая доза витамина D в сутки составляет:**

- 1) [-]100 мкг
  - 2) [-]80 мкг
  - 3) [-]60 мкг
  - 4) [-]40 мкг
  - 5) [+]10 мкг
- 

**329. Не нуждаются в дотации витамином D дети:**

- 1) [-]Находящиеся на естественном вскармливании
  - 2) [-]Не болеющие инфекционными заболеваниями
  - 3) [+]На искусственном вскармливании адаптированными смесями
  - 4) [-]Без задержки физического развития
  - 5) [-]Без задержки психомоторного развития
- 

**330. Курсовая лечебная доза витамина D при дефицитном рахите составляет:**

- 1) [-]1000 МЕ
- 2) [+]300000 МЕ
- 3) [-]2 млн. МЕ
- 4) [-]3 млн. МЕ
- 5) [-]5 млн. МЕ

**331. В сочетании с дачей витамина D не рекомендуется проводить:**

- 1) [-]Массаж
  - 2) [-]Коррекцию питания
  - 3) [-]Лечебную физкультуру
  - 4) [-]Комплексную витаминотерапию
  - 5) [+]Курс ультрафиолетового облучения
- 

**332. Для гипокальциемического варианта дефицитного рахита не характерно наличие:**

- 1) [-]Ларингоспазма
  - 2) [-]Судорог
  - 3) [+]Эксикоза
  - 4) [-]Клинических признаков рахита
  - 5) [-]Высокой активности сывороточной щелочной фосфатазы
- 

**333. Терапия лечебными дозами витамина D требует контроля:**

- 1) [+]Кальциурии
  - 2) [-]Фосфатурии
  - 3) [-]Артериального давления
  - 4) [-]ЭКГ
  - 5) [-]Температуры тела
- 

**334. Нехарактерным признаком интоксикации витамином D является:**

- 1) [-]Снижение аппетита
- 2) [-]Рвота

- 3) [-]Нарушение сна
  - 4) [-]Полиурия
  - 5) [+]Ускорение процессов роста
- 

**335. Ведущим этиологическим фактором для возникновения дефицитных состояний у детей раннего возраста является:**

- 1) [-]Наследственный
  - 2) [-]Иммунный
  - 3) [+]Алиментарный
  - 4) [-]Климатический
  - 5) [-]Половая принадлежность индивида
- 

**336. При гипокальциемических судорогах не показано:**

- 1) [-]Парэнтеральное введение 0,5% раствора диазепама
  - 2) [+]Пероральная дача фенобарбитала
  - 3) [-]Внутривенное введение 25% раствора сульфата магния
  - 4) [-]Внутривенное введение 10% раствора глюконата кальция
  - 5) [-]Предупреждение западения языка
- 

**337. Ранним признаком выздоровления от дефицитного рахита не является:**

- 1) [+]Улучшение рентгенологической картины
- 2) [-]Нормализация уровня сывороточного фосфора
- 3) [-]Нормализация уровня сывороточного кальция
- 4) [-]Снижение активности щелочной фосфатазы

5) [-]Повышение активности ребенка

---

**338. При интоксикации витамином D показано:**

- 1) [-]Проведение теста толерантности к глюкозе
  - 2) [-]Назначение антибиотика
  - 3) [-]Проведение курса иммуномодулирующей терапии
  - 4) [+]Проведение дезинтоксикационных мероприятий
  - 5) [-]Консультация эндокринолога
- 

**339. К возникновению дефицита железа особенно предрасположены:**

- 1) [-]Доношенные дети первых месяцев жизни
  - 2) [-]Дети в возрасте 2–3 лет
  - 3) [-]Дети в возрасте 6–8 лет
  - 4) [-]Недоношенные дети к возрасту 12 месяцев
  - 5) [+]Недоношенные дети первых месяцев жизни
- 

**340. К возникновению дефицита железа в большей степени предрасположены:**

- 1) [+]Дети первого года жизни
  - 2) [-]Дети в возрасте 2–3 лет
  - 3) [-]Дети в возрасте 6–8 лет
  - 4) [-]Дети в возрасте 9–10 лет
  - 5) [-]Дети в возрасте 4–5 лет
- 

**341. К возникновению дефицита железа не предрасположены:**

- 1) [-]Недоношенные дети первых месяцев жизни
- 2) [+]Дети в возрасте 5–6 лет

3) [-] Дети 10 месячного возраста, получающие только грудное молоко

4) [-] Дети раннего возраста с повторными пневмониями

5) [-] Дети раннего возраста с рецидивирующим течением пиелонефрита

---

**342. К возникновению дефицита железа не предрасположены:**

1) [-] Недоношенные дети первых месяцев жизни

2) [-] Дети из многоплодной беременности

3) [+] Доношенные дети первых месяцев жизни

4) [-] Дети старшего возраста с синдромом мальабсорбции

5) [-] Дети, страдающие муковисцидозом

---

**343. Гиповитаминозы у детей первого года жизни обычно не развиваются:**

1) [-] При позднем введении прикорма

2) [-] При целиакии

3) [-] При муковисцидозе

4) [+] При своевременном введении прикормов

5) [-] При вегетарианском питании

---

**344. Гиповитаминозы у детей первого полугодия жизни обычно не развиваются:**

1) [-] При вскармливании коровьим молоком

2) [-] При вскармливании козьим молоком

3) [-] При вскармливании кобыльим молоком

4) [-] При вскармливании соевым молоком

5) [+] При вскармливании адаптированными смесями



**345. В условиях поликлиники скрининговая диагностика дефицитных состояний у детей раннего возраста производится на основании:**

- 1) [+]Регулярных осмотров
  - 2) [-]Определения уровня витаминов в моче
  - 3) [-]Определения уровня витаминов в сыворотке крови
  - 4) [-]Определения концентрации 25-ОН-D в сыворотке крови
  - 5) [-]Оценки лейкоцитарной формулы
- 

**346. Витамин D–дефицитный рахит не бывает:**

- 1) [-]В периоде реконвалесценции
  - 2) [+]В инкубационном периоде
  - 3) [-]В периоде расцвета
  - 4) [-]В периоде разгара
  - 5) [-]В начальном периоде
- 

**347. Витамин D–дефицитный рахит бывает:**

- 1) [-]Хроническим
  - 2) [-]Аутоиммунным
  - 3) [+]Рецидивирующим
  - 4) [-]Иммунокомплексным
  - 5) [-]Атопическим
- 

**348. Дефицитный рахит бывает:**

- 1) [-]Витамин А–дефицитным
- 2) [-]Витамин В–дефицитным
- 3) [-]Витамин С–дефицитным
- 4) [+]Витамин D–дефицитным

5) [-]Витамин РР–дефицитным

---

**349. Резистентные формы рахита не характеризуются:**

- 1) [-]Поражением преимущественно нижних конечностей
  - 2) [-]Упорным течением
  - 3) [-]Задержкой физического развития
  - 4) [-]Тубулопатическим происхождением
  - 5) [+]Полным выздоровлением
- 

**350. Витамин D-дефицитный рахит характеризуется**

- 1) [+]Сочетанием с другими дефицитными состояниями
  - 2) [-]Развитием стойкой инвалидизации ребенка
  - 3) [-]Развитием первичного иммунодефицита
  - 4) [-]Развитием стойкой контрактуры суставов
  - 5) [-]Развитием анкилоза суставов
- 

**351. Костным признаком рахита является:**

- 1) [-]Полиартрит
  - 2) [+]Поражение метаэпифизарных зон
  - 3) [-]Синовииит
  - 4) [-]Артроз
  - 5) [-]Спондилоартропатия
- 

**352. Проба Сулковича используется:**

- 1) [-]Для диагностики дефицитного рахита
- 2) [-]Для констатации выздоровления от рахита
- 3) [+]Для контроля переносимости препарата витамина D

4) [-]Для диагностики зависимого рахита

5) [-]Для диагностики резистентного рахита

---

**353. Развитие судорог в периоде разгара рахита характерно:**

1) [-]Для нейроинфекции

2) [-]Для эпилепсии

3) [-]Для респираторно-аффективных припадков

4) [+]**Для гипокальциемического варианта дефицитного рахита**

5) [-]Для резистентных форм рахита

---

**354. Спазмофилия не проявляется:**

1) [-]Симптомом Труссо

2) [-]Симптомом Хвостека

3) [-]Симптомом Маслова

4) [-]Ларингоспазмом

5) [+]**Менингеальными симптомами**

---

**355. Для интоксикации витамином D не характерна**

1) [+]**Гипертермия**

2) [-]Астенизация

3) [-]Снижение аппетита

4) [-]Кишечная дисфункция

5) [-]Полиурия

---

**356. Для раннего выявления гипервитаминоза D необходимо:**

1) [-]Еженедельно проводить клинический анализ крови

2) [+]Еженедельно определять уровень кальция в моче (проба Сулковича)

3) [-]Еженедельно проводить общий анализ мочи

4) [-]Еженедельно проводить рентгенологический контроль

5) [-]Еженедельно снимать ЭКГ

---

**357. Для судорог у детей раннего возраста характерен:**

1) [-]Тонический характер

2) [-]Клонический характер

3) [+]Клонико-тонический характер

4) [-]Опистотонус

5) [-]Локальный характер

---

**358. Фебрильные судороги развиваются у детей:**

1) [-]Только в возрасте до 1 месяца

2) [-]Только в первые часы после рождения

3) [-]Только в возрасте после 5 лет

4) [+]В возрасте от 6 месяцев до 5 лет

5) [-]Только на фоне рахита

---

**359. Для фебрильных судорог не характерно:**

1) [-]Появление их на фоне лихорадки

2) [-]Развитие их в возрасте от 6 месяцев до 5 лет

3) [-]Развитие их на фоне вирусной инфекции

4) [-]Наследственная предрасположенность к ним

5) [+]Проявление их в виде мышечной фибрилляции

---

**360. Манифестация судорог в подростковом**

## периоде характерна:

- 1) [+]Для эпилепсии
  - 2) [-]Для фебрильного характера судорог
  - 3) [-]Для гипокальциемии
  - 4) [-]Для дефицита витаминов группы В
  - 5) [-]Для фенилкетонурии
- 

## 361. При судорожном синдроме на фоне гипокальциемии наряду с противосудорожной терапией внутривенно медленно вводят:

- 1) [+]кальция глюконат 10% раствор – 0,2 мл/кг (20 мг/кг) после предварительного разведения 20% раствором глюкозы в 2 раза
  - 2) [-]глюкозу 20% раствор – 1,0 мл/кг (200 мг/кг) с последующей госпитализацией в эндокринологическое отделение
  - 3) [-]витамин В1 – 100 мг в/в
  - 4) [-]витамин В6 - 1 г
  - 5) [-]10% раствор кофеина бензоата натрия 0,1-0,75 мл подкожно в зависимости от возраста
- 

## 362. Что подразумевает понятие «Острые расстройства пищеварения»?

- 1) [-]анорексия
- 2) [-]слюнотечение
- 3) [+]диспептические расстройства верхнего и нижнего отделов ЖКТ
- 4) [-]абдоминальный болевой синдром
- 5) [-]метеоризм

**363. В структуру какой патологии входит нейропатическая диспепсия?**

- 1) [-]острый живот
  - 2) [-]кишечная непроходимость
  - 3) [-]протозойные инвазии
  - 4) [+]**функциональная диспепсия**
  - 5) [-]парентеральная диспепсия
- 

**364. Какие факторы предрасполагают детей раннего возраста к острым расстройствам пищеварения?**

- 1) [-]высокий уровень секреторного иммуноглобулина А
  - 2) [-]совершенная дезинтоксикационная функция печени
  - 3) [+]**неустойчивость микробиоценоза кишечника**
  - 4) [-]высокая секреторная активность желудка
  - 5) [-]развитое слизиобразование в кишечнике
- 

**365. Укажите симптом желудочной диспепсии:**

- 1) [-]метеоризм
  - 2) [-]запор
  - 3) [+]**рвота**
  - 4) [-]гипертермия
  - 5) [-]экзантема
- 

**366. Укажите функциональную причину рвоты у детей раннего возраста:**

- 1) [+]**нарушение режима кормления**
- 2) [-]незавершенный поворот кишечника
- 3) [-]халазия кардии

4) [-]атрезия пищевода

5) [-]галактоземия

---

**367. Укажите причину врожденной механической кишечной непроходимости:**

1) [-]каловые камни

2) [-]некротический энтероколит

3) [-]тромбоз мезентериальных сосудов

4) [+]стеноз привратника

5) [-]сепсис

---

**368. Укажите причину приобретенной механической кишечной непроходимости:**

1) [-]аномалии сосудов кишечника

2) [+]каловые камни

3) [-]дефекты брыжейки

4) [-]энтерит

5) [-]мекониальный илеус

---

**369. Укажите причину динамической кишечной непроходимости при у ребенка, находящегося на грудном вскармливании:**

1) [+]употребление кормящей матерью героина

2) [-]инвагинация кишечника

3) [-]кишечные спайки

4) [-]заворот кишечника

5) [-]кольцевидная поджелудочная железа

---

**370. Какую фазу НЕ включает акт рвоты?**

- 1) [-]расслабление кардиального сфинктера
  - 2) [-]расслабление дна желудка
  - 3) [-]поднятие мягкого неба
  - 4) [-]расширение пищевода
  - 5) [+]расслабление диафрагмы
- 

**371. Укажите признак пилоростеноза:**

- 1) [-]гиперпигментация кожи
  - 2) [-]пальпация привратника не возможна
  - 3) [+]эвакуация желудка нарушена
  - 4) [-]увеличение экскреции 17-кетостероидов
  - 5) [-]метаболический ацидоз
- 

**372. Укажите признак адреногенитального синдрома:**

- 1) [-]отсутствие гиперпигментации кожи
  - 2) [-]пальпация привратника возможна
  - 3) [-]эвакуация желудка нарушена
  - 4) [+]увеличение экскреции 17-кетостероидов
  - 5) [-]метаболический алкалоз
- 

**373. Какие физиологические реакции НЕ отмечаются при рвоте и тошноте?**

- 1) [-]гиперсаливация
  - 2) [-]тахикардия
  - 3) [-]снижение желудочной секреции
  - 4) [-]дефекация
  - 5) [+]отеки на ногах
- 

**374. Какое нарушение НЕ является**



## последствием повторных актов рвоты?

- 1) [-]истончение зубной эмали
  - 2) [-]покраснение кожи лица и шеи
  - 3) [-]истощение
  - 4) [-]дегидратация
  - 5) [+]синдром Золлингера-Элисона
- 

## 375. Какой симптом НЕ характерен для кишечной диспепсии?

- 1) [+]слюнотечение
  - 2) [-]метеоризм
  - 3) [-]флатуленция
  - 4) [-]урчания в животе
  - 5) [-]диарея
- 

## 376. Укажите причину, НЕ характерную для острой диареи:

- 1) [-]вирусный гастроэнтерит
  - 2) [+]серозный менингит
  - 3) [-]псевдомембранозный колит
  - 4) [-]лямблиоз
  - 5) [-]терминальный илеит
- 

## 377. Укажите причину, НЕ характерную для хронической диареи:

- 1) [-]непереносимость лактозы
- 2) [-]синдром укороченной кишки
- 3) [-]целиакия
- 4) [-]муковисцидоз

5) [+]долихосигма

---

**378. Укажите причину, НЕ характерную для хронической диареи:**

- 1) [-]дефицит дисахаридаз
  - 2) [+]мегаколон
  - 3) [-]гипогаммаглобулинемия
  - 4) [-]экссудативная энтеропатия
  - 5) [-]глютеновая энтеропатия
- 

**379. Какое нарушение НЕ включено в патогенез диареи?**

- 1) [-]кишечная гиперсекреция
  - 2) [-]повышение осмотического давления в полости кишки
  - 3) [-]нарушение скорости транзита кишечного содержимого
  - 4) [+]гипопротеинемия
  - 5) [-]кишечная гиперэкссудация
- 

**380. Укажите неверный термин:**

- 1) [-]гиперсекреторная диарея
  - 2) [+]нормокинетическая диарея
  - 3) [-]гиперосмолярная диарея
  - 4) [-]гиперкинетическая диарея
  - 5) [-]гиперэкссудативная диарея
- 

**381. Какая причина НЕ вызывает гиперэкссудативную диарею?**

- 1) [-]воспалительные заболевания кишечника
- 2) [-]дизентерия

3) [+]склеродермия в сочетании с синдромом избыточного бактериального роста

4) [-]туберкулез кишечника

5) [-]лимфангиоэктазия тонкой кишки

---

**382. Какая причина НЕ вызывает гиперосмолярную диарею?**

1) [-]целиакия

2) [-]лактазная недостаточность

3) [+]лимфома тонкой кишки

4) [-]дефицит желчных кислот

5) [-]дефицит панкреатических ферментов

---

**383. Какая причина НЕ вызывает гиперсекреторную диарею?**

1) [-]холера

2) [-]употребление слабительных средств

3) [+]целиакия

4) [-]пищевая стафилококковая токсикоинфекция

5) [-]токсинпродуцирующие штаммы E.coli

---

**384. Укажите причину воспалительной диареи:**

1) [+]кампилобактер

2) [-]ротавирусы

3) [-]лямблии

4) [-]холера

5) [-]криптоспоридии

---

**385. Укажите причины водянистой диареи:**

- 1) [-]шигеллы
  - 2) [-]иерсинии
  - 3) [+]ротавирусы
  - 4) [-]инвазивные штаммы E.coli
  - 5) [-]дизентерийная амеба
- 

**386. Назовите признак, НЕ характерный для водянистой диареи:**

- 1) [-]объем стула большой
  - 2) [-]есть признаки дегидратации
  - 3) [+]в копрограмме много лейкоцитов
  - 4) [-]абдоминальные боли не выражены
  - 5) [-]нет высокой лихорадки
- 

**387. Назовите признак, НЕ характерный для воспалительной диареи:**

- 1) [-]высокая лихорадка
  - 2) [-]тенезмы
  - 3) [+]отсутствие лейкоцитов в копрограмме
  - 4) [-]дефекация малыми порциями
  - 5) [-]дегидратация редко
- 

**388. Укажите, какие возбудители НЕ характерны для инвазивной диареи:**

- 1) [-]шигеллы
  - 2) [-]сальмонеллы
  - 3) [-]кампилобактеры
  - 4) [+]ротавирусы
  - 5) [-]клебсиеллы
-

**389. Укажите признак, НЕ характерный для осмотической диареи:**

- 1) [+]спазм сигмы
- 2) [-]отсутствие воспалительных изменений в клиническом анализе крови
- 3) [-]метеоризм
- 4) [-]обильный водянистый стул
- 5) [-]абдоминальные боли не выражены

**390. Укажите критерий, НЕ характерный для секреторной диареи:**

- 1) [-]выраженный токсикоз
- 2) [-]выраженный эксикоз
- 3) [+]высокая лихорадка
- 4) [-]стул жидкий, обильный, водянистый, без патологических примесей
- 5) [-]отсутствие воспалительных изменений в периферической крови и в копрограмме

**391. Какие лечебные мероприятия не показаны при инвазивной диарее?**

- 1) [-]антибактериальные средства
- 2) [-]энтеросорбенты
- 3) [-]жаропонижающие средства
- 4) [-]противорвотные средства
- 5) [+]мочегонные средства

**392. Какие лечебные мероприятия НЕ показаны при осмотической диарее?**

- 1) [+]употребление молочных продуктов
  - 2) [-]ферментные препараты
  - 3) [-]пеногасители
  - 4) [-]регидратация
  - 5) [-]энтеросорбенты
- 

**393. Какие лечебные средства НЕ показаны при секреторной диарее?**

- 1) [-]энтеросорбенты
  - 2) [-]регидратация
  - 3) [-]антибактериальные средства, которые не всасываются или плохо всасываются из кишечника
  - 4) [-]пробиотики
  - 5) [+]противовирусные препараты
- 

**394. Какое осложнение не характерно для острых кишечных инфекций?**

- 1) [-]менингоэнцефалитический синдром
  - 2) [-]геморрагический синдром
  - 3) [-]паралитический илеус
  - 4) [-]инфекционно-токсический шок
  - 5) [+]пароксизмальная тахикардия
- 

**395. Категория детей, которые не подлежат нахождению в доме ребенка:**

- 1) [-]дети –сироты
- 2) [-]дети, родители которых лишены родительских прав;
- 3) [-]дети, родители которых находятся в местах заключения;

4) [-]дети, родители которых ю состоянию здоровья или по уровню материального состояния временно не могут содержать и воспитывать ребенка;

5) [+]дети из неполной семьи

---

**396. В основе формирования групп в доме ребенка лежит:**

1) [+]возраст детей;

2) [-]группа здоровья детей;

3) [-]длина тела детей;

4) [-]масса тела детей;

5) [-]данные лабораторного исследования

---

**397. Формирование режима дня /сна и бодрствования /детей в доме ребенка зависит от:**

1) [+]возраста детей;

2) [-]группы здоровья детей;

3) [-]длины тела детей;

4) [-]массы тела детей;

5) [-]данных лабораторных исследований

---

**398. Основным медицинским документом в доме ребенка является:**

1) [+]медицинская карта ребенка;

2) [-]свидетельство о рождении;

3) [-]прививочная форма;

4) [-]лист питания;

5) [-]выписка из роддома

---

**399. Питание детям в доме ребенка назначается**

## **В ЗАВИСИМОСТИ ОТ:**

- 1) [+]возраста и степени упитанности ребенка
  - 2) [-]группы здоровья ребенка;
  - 3) [-]длины тела ребенка;
  - 4) [-]массы тела ребенка;
  - 5) [-]данных лабораторных исследований
- 

## **400. Наиболее физиологичное питание детей первого года жизни в доме ребенка:**

- 1) [+]адаптированные молочные смеси
  - 2) [-]коровье молоко
  - 3) [-]козье молоко
  - 4) [-]соевые смеси
  - 5) [-]гидролизные смеси
- 

## **401. Прикорм детям в доме ребенка вводят в зависимости от:**

- 1) [+]возраста и степени зрелости ребенка
  - 2) [-]данных объективного осмотра ребенка
  - 3) [-]массы и длины тела ребенка
  - 4) [-]данных лабораторных исследований
  - 5) [-]анамнеза жизни ребенка
- 

## **402. В качестве первого прикорма в рацион здорового ребенка вводят:**

- 1) [+]овощное пюре или кашу
- 2) [-]кефир
- 3) [-]мясной фарш
- 4) [-]мясной бульон



5) [-] творог

---

**403. В качестве второго прикорма в рацион здорового ребенка вводят:**

- 1) [+]овощное пюре или кашу
  - 2) [-]фруктовый сок
  - 3) [-]кефир
  - 4) [-]мясной бульон
  - 5) [-]творог
- 

**404. В качестве третьего прикорма в рацион здорового ребенка вводят:**

- 1) [-]овощное пюре или кашу
  - 2) [-]яичный желток
  - 3) [+]мясной фарш
  - 4) [-]фруктовое пюре
  - 5) [-]творог
- 

**405. Адаптированные молочные смеси вместо цельного коровьего молока предпочтительнее давать детям до**

- 1) [-]до 1 года
  - 2) [-]до 2 лет
  - 3) [+]до 3 лет
  - 4) [-]до 6 мес
  - 5) [-]до 5 лет
- 

**406. Приучают детей есть самостоятельно:**

- 1) [+]с 1 года

- 2) [-]с 2 лет
  - 3) [-]с 3 лет
  - 4) [-]с 6 мес
  - 5) [-]с 5 лет
- 

#### **407. Чай рекомендуем давать детям с**

- 1) [-]с 1 года
  - 2) [+]с 2 лет
  - 3) [-]с 3 лет
  - 4) [-]с 6 мес
  - 5) [-]с 5 лет
- 

#### **408. Питание детей с 1 года до 1, 5 лет включает:**

- 1) [+]протертые блюда – супы, каши, мясо и рыба в виде суфле, паровых котлет, тефтелей;
  - 2) [-]пища может быть более плотной: овощные, творожные запеканки, тушеные овощи, салаты из нарезанных отварных овощей;
  - 3) [-]можно предложить рыбу жареную и отварную, жареную котлету,
  - 4) [-]можно включать в питание сосиски и сардельки;
  - 5) [-]можно включить в рацион блюда из жирного мяса, мяса гусей, уток
- 

#### **409. В период бодрствования ребенка в кроватке подвешивают игрушку над грудью на расстоянии вытянутой руки**

- 1) [+]с 3 мес
- 2) [-]с 6 мес

- 3) [-]с 9 мес
  - 4) [-]с 1 года
  - 5) [-]с 2 лет
- 

**410. Закаливание детей начинают в возрасте:**

- 1) [+]1 мес
  - 2) [-]6 мес
  - 3) [-]1 год
  - 4) [-]2 года
  - 5) [-]3 года
- 

**411. При нахождении ребенка первого года жизни в помещении рекомендуемая температура:**

- 1) [-]22 градусов С - 24 градусов С
  - 2) [+]20 градусов С - 22 градусов С
  - 3) [-]24 градусов С - 26 градусов С
  - 4) [-]26 градусов С - 28градусов С
  - 5) [-]28 градусов С - 32 градусов С
- 

**412. При купании ребенка первого года жизни рекомендуемая температура воды:**

- 1) [+]36,5 градусов С - 37 градусов С
  - 2) [-]37 градусов С - 39 градусов С
  - 3) [-]24 градусов С - 26 градусов С
  - 4) [-]26 градусов С - 28 градусов С
  - 5) [-]28 градусов С - 30 градусов С
- 

**413. Памперсы детям первого года жизни рекомендовано использовать:**

- 1) [+]до 6 - 8 месячного возраста
  - 2) [-]до 3 - 6 месячного возраста
  - 3) [-]до 1 - 3 месячного возраста
  - 4) [-]до 10 - 12 месячного возраста
  - 5) [-]до 12-15 месячного возраста
- 

#### **414. Массаж и гимнастику начинают проводить детям в возрасте**

- 1) [+]4-6 недель
  - 2) [-]6 мес
  - 3) [-]1 год
  - 4) [-]2 года
  - 5) [-]3 года
- 

#### **415. Прогулки на свежем воздухе возможны при минусовой температуре до:**

- 1) [-]- 5 градусов С
  - 2) [+] - 15 градусов С
  - 3) [-]- 20 градусов С
  - 4) [-]- 25 градусов С
  - 5) [-]- 30 градусов С
- 

#### **416. Особенности фагоцитоза, свойственные детям первых месяцев жизни:**

- 1) [+]незавершенный;
  - 2) [-]завершенный;
  - 3) [-]отсроченный;
  - 4) [-]полный;
  - 5) [-]преждевременный;
-

## **417. Важнейшими факторами защиты новорожденного от инфекций являются:**

- 1) [-]повышенный хемотаксис и высокая бактерицидность фагоцитов;
- 2) [-]высокая способность к образованию интерферона;
- 3) [+]материнские антитела (IgG), прошедшие трансплацентарно и секреторный IgA молозива и женского молока;
- 4) [-]более высокие по сравнению со взрослыми уровни IgM и IgA;
- 5) [-]материнские антитела (IgM), прошедшие трансплацентарно и секреторный IgA молозива и женского молока;

---

## **418. Трансплацентарно к плоду переходят иммуноглобулины матери класса**

- 1) [-]A;
- 2) [-]M;
- 3) [+]G;
- 4) [-]A и M;
- 5) [-]G и E;

---

## **419. Уровень IgG в сыворотке у детей при рождении по сравнению с матерью**

- 1) [-]такой же;
- 2) [-]выше;
- 3) [-]существенно ниже;
- 4) [-]отсутствует (следы);
- 5) [+]такой же или несколько выше;

**420. Уровень IgM в сыворотке у детей при рождении по сравнению с матерью**

- 1) [-]такой же;
  - 2) [-]выше;
  - 3) [-]ниже;
  - 4) [+]очень низкий (следы);
  - 5) [-]такой же или выше;
- 

**421. Уровень IgA в сыворотке у детей при рождении по сравнению с матерью**

- 1) [-]такой же;
  - 2) [-]выше;
  - 3) [-]ниже;
  - 4) [+]очень низкий (следы);
  - 5) [-]такой же или выше;
- 

**422. Уровень IgM в сыворотке крови у детей приближается к уровню взрослых**

- 1) [+]к 6-8 годам
  - 2) [-]к 2-3 годам;
  - 3) [-]к 4-5 годам;
  - 4) [-]к 8-9 годам;
  - 5) [-]к 10-12 годам;
- 

**423. Уровень IgA в сыворотке крови у детей приближается к уровню взрослых**

- 1) [-]к 1 году;
- 2) [-]к 2-3 годам;
- 3) [-]к 5-6 годам;

4) [-]к 8-9 годам;

5) [+]к 10-12 годам;

---

**424. Критическим периодом становления иммунитета в связи с катаболизмом материнских антител является возраст:**

1) [-]1-2 лет;

2) [-]3-5 лет;

3) [-]первого месяца жизни;

4) [+]3-6 месяцев;

5) [-]10-12 месяцев;

---

**425. Система местного иммунитета у большинства детей завершает развитие к возрасту:**

1) [-]10-12 месяцев;

2) [-]1-2 лет;

3) [-]2-3 лет;

4) [+]4-6 лет;

5) [-]7-8 лет;

---

**426. Для какого вида иммунодефицита наиболее характерны гнойные инфекции кожи и подкожной клетчатки?**

1) [-]Недостаточность системы комплемента;

2) [-]Т-клеточные дефекты;

3) [+]Недостаточность системы фагоцитоза;

4) [-]Недостаточность системы В-лимфоцитов;

5) [-]Транзиторная иммунная недостаточность

новорожденных и детей раннего возраста;

---

### **427. Синдром Луи-Бар это:**

- 1) [-]Синдром «гипоплазии хрящей и волос»;
  - 2) [-]X-сцепленная гипогаммаглобулинемия с дефицитом гормона роста;
  - 3) [+]Синдром атаксии-телеангиоэктазии;
  - 4) [-]Нарушение адгезивных свойств фагоцитов;
  - 5) [-]Циклическая нейтропения;
- 

### **428. Поражение кожи, как при красной волчанке /СКВ-подобный синдром/, характерно для:**

- 1) [+]Недостаточности системы комплемента;
  - 2) [-]Т-клеточных дефектах;
  - 3) [-]Недостаточности системы фагоцитоза;
  - 4) [-]Недостаточности системы В-лимфоцитов;
  - 5) [-]Комбинированных Т- и В-клеточных иммунодефицитов;
- 

### **429. Тест восстановления нитросинего тетразолия /НСТ-тест/ проводят для подтверждения:**

- 1) [-]Недостаточности системы комплемента;
  - 2) [-]Т-клеточного дефекта;
  - 3) [+]Нарушений системы фагоцитоза;
  - 4) [-]Недостаточности системы В-лимфоцитов;
  - 5) [-]Комбинированных Т-и В-клеточных иммунодефицитов;
- 

### **430. Ребенка 1-го года жизни следует считать частоболеющим, если частота ОРЗ /эпизодов в год/ составляет:**



- 1) [-]2 и более раз;
  - 2) [-]7 и более раз;
  - 3) [-]6 и более раз;
  - 4) [+]4 и более раз;
  - 5) [-]3 и более раз;
- 

**431. При какой частоте ОРЗ в год следует считать часто болеющим ребенка 4-5 лет?**

- 1) [-]2 и более раз в год;
  - 2) [-]7-8 и более раз в год;
  - 3) [-]4 и более раз в год;
  - 4) [+]5 и более раз в год;
  - 5) [-]3 и более раз в год;
- 

**432. При «красной», «розовой», «теплой» или «доброкачественной» лихорадке кожные покровы:**

- 1) [+]умеренно гиперемированы, кожа может быть влажная за счет усиленного потоотделения;
  - 2) [-]кожа бледная с «мраморным» рисунком, конечности холодные;
  - 3) [-]характерные высыпания располагаются по всему телу;
  - 4) [-]характерно появление пятнисто-папулезной сыпи;
  - 5) [-]появляется экзантема;
- 

**433. При «белой», «бледной», «холодной» или «злокачественной» лихорадки кожные покровы:**

- 1) [-]умеренно гиперемированы, может быть влажная за счет усиленного потоотделения;

2) [+]кожа бледная с «мраморным» рисунком, конечности холодные;

3) [-]характерные высыпания располагаются по всему телу;

4) [-]характерно появление пятнисто-папулезной сыпи;

5) [-]появляется экзантема;

---

#### **434. Лечение «бледной» лихорадки начинают с:**

1) [-]физического охлаждения – обтирания водой комнатной температуры 30-32°C.

2) [-]ингаляции бета2-агонистов короткого действия.

3) [-]введения преднизолона парентерально в дозе 2мг/кг;

4) [+]введения сосудорасширяющих препаратов: папаверин, но-шпа, платифиллин, никотиновая кислота.

5) [-]приема парацетамола в дозе 10 мг/кг через рот, в свечах

---

#### **435. Лечение «розовой» лихорадки включает в себя мероприятия:**

1) [-]ингаляции 0,025% р-ра нафтизина через небулайзер;

2) [-]назначение курса антибиотикотерапии;

3) [-]с введения сосудорасширяющих препаратов: папаверин, но-шпа, платифиллин, никотиновая кислота.

4) [+]прием парацетамола в дозе 10 мг/кг через рот или в свечах и физическое охлаждение

5) [-]введение преднизолона парентерально в дозе 2мг/кг;

---

#### **436. Аспирин в педиатрической практике с целью снижения температуры тела при вирусных инфекциях не применяют ввиду возможного развития:**

- 1) [+]синдрома Рея;
  - 2) [-]синдрома «отмены»;
  - 3) [-]из-за опасности развития агранулоцитоза;
  - 4) [-]частого развития острых аллергических реакций;
  - 5) [-]синдрома Кушинга
- 

### **437. Синдром Рея:**

1) [+]тяжелая, часто смертельная гепато-энцефалопатия с гипераммониемией, развивающейся после использования аспирина при лихорадке, обусловленной ветряной оспой или гриппом

2) [-]инфекционное заболевание, вызываемое грамотрицательной палочкой *Haemophilus pertussis* /Борде-Жангу/;

3) [-]определяется развитием в организме аллергических реакций немедленного типа;

4) [-]является начальной стадией танатогенеза;

5) [-]характерна уртикарная или макулопапулезная сыпь;

---

**438. Метамизол натрия /анальгин/ применяют только для оказания неотложной помощи из-за опасности развития:**

1) [-]синдрома Рея;

2) [-]синдрома «отмены»;

3) [+]агранулоцитоза;

4) [-]аллергических реакций;

5) [-]синдрома Кушинга

---

**439. При неэффективности лечения «розовой» лихорадки парацетамолом per os проводят**

## **мероприятия:**

- 1) [+] жаропонижающие препараты вводят внутримышечно;
- 2) [-] для купирования используют бета2 – агонисты короткого действия;
- 3) [-] необходимо введение 2,4% раствора эуфиллина в дозе 5 мг/кг;
- 4) [-] внутривенно ввести 0,1% раствор адреналина в дозе 0,1 мл/год;
- 5) [-] вводят 10% раствор кофеина бензоата натрия

---

### **440. При неэффективности лечения «белой» лихорадки проводят мероприятия:**

- 1) [-] жаропонижающие препараты вводят внутримышечно;
- 2) [-] для купирования используют бета2 – агонисты короткого действия;
- 3) [-] необходимо введение 2,4% раствора эуфиллина в дозе 5 мг/кг;
- 4) [-] внутривенно ввести 0,1% раствор адреналина в дозе 0,1 мл/год;
- 5) [+] внутримышечное введение 50% раствора анальгина, 2% раствора папаверина или раствора но-шпы в сочетании с 2,5% раствором пипольфена,

---

### **441. При «розовой» лихорадке эффективным считают снижение аксиллярной температуры тела:**

- 1) [-] на 0,5 градусов С за 10 мин.
- 2) [+] на 0,5 градусов С за 30 мин.
- 3) [-] на 0,5 градусов С за 60 мин.

4) [-]на 0,5 градусов С за 90 мин.

5) [-]на 0,5 градусов С за 120 мин.

---

## **442. Медикаментозная терапия при фебрильных судорогах у детей:**

1) [+]вводят препараты группы диазепинов /седуксен, валиум, реланиум, сибазон/ из расчета 0,1 мг/кг 0,5% раствора внутривенно или внутримышечно;.

2) [-]используют бета2 – агонисты короткого действия;

3) [-]необходимо введение 2,4% раствора эуфиллина в дозе 5 мг/кг;

4) [-]внутривенно ввести 0,1% раствор адреналина в дозе 0,1мл/год;

5) [-]вводят 10% раствор кофеина бензоата натрия 0,1-0,75 мл;

---

## **443. При судорожном синдроме на фоне лихорадки /фебрильные судороги/ наряду с противосудорожной терапией вводят:**

1) [-]кальция глюконат 10% раствор – 0,2 мл/кг 20 мг/кг после предварительного разведения 20% раствором глюкозы в 2 раза

2) [-]глюкозу 20% раствор – 1,0 мл/кг 200 мг/кг с последующей госпитализацией в эндокринологическое отделение

3) [-]витамин В1 – 100 мг в/в

4) [+]внутримышечно: 50% раствор анальгина /метамизола натрия 0,1 мл/год жизни с 2,5% раствором пипольфена / возможно использовать растворы тавегила или супрастина/

5) [-]10% раствор кофеина бензоата натрия 0,1-0,75 мл подкожно в зависимости от возраста

**444. Особенно интенсивно железо накапливается в организме плода:**

- 1) [-]равномерно в течение беременности
- 2) [-]в I триместре беременности
- 3) [-]во II триместре беременности
- 4) [+]в III триместре беременности
- 5) [-]не накапливается

**445. Железодефицитная анемия по степени насыщения эритроцитов гемоглобином является:**

- 1) [-]нормохромной
- 2) [+]гипохромной
- 3) [-]гиперхромной
- 4) [-]полихромной
- 5) [-]монохромной

**446. При железодефицитной анемии выявляется повышение:**

- 1) [-]процента насыщения трансферрина
- 2) [-]уровня сывороточного железа
- 3) [-]уровня ферритина в сыворотке
- 4) [-]концентрации гемоглобина в эритроците
- 5) [+]железосвязывающей способности сыворотки крови

**447. Причинами развития железодефицитных анемий у детей являются все, кроме:**

- 1) [-]алиментарная
- 2) [-]синдром мальабсорбции

- 3) [-]инфекционные заболевания
  - 4) [+]аплазия костного мозга
  - 5) [-]ювенильные маточные кровотечения у девочек
- 

**448. Депо железа в организме является:**

- 1) [+]костный мозг
  - 2) [-]мышцы
  - 3) [-]сердце
  - 4) [-]почки
  - 5) [-]лимфатические узлы
- 

**449. Клиническим симптомом железodefицитной анемии не является:**

- 1) [-]нарастающая бледность кожных покровов
  - 2) [+]лимфаденопатия
  - 3) [-]утомляемость, раздражительность
  - 4) [-]трофические нарушения кожи, волос, ногтей
  - 5) [-]систолический шум с пунктуm максимум на верхушке
- 

**450. Основным принципом лечения железodefицитных анемий является:**

- 1) [-]витаминотерапия витамином В1
  - 2) [-]витаминотерапия витамином С
  - 3) [-]витаминотерапия витамином К
  - 4) [-]использование в диетотерапии продуктов, богатых белками
  - 5) [+]назначение препаратов железа
- 

**451. Железodefицитной анемии свойственны симптомы, характеризующиеся**

- 1) [+]трофическими изменениями кожи, ногтей, волос
  - 2) [-]увеличением печени
  - 3) [-]повышенной кровоточивостью
  - 4) [-]судорожными подергиваниями конечностей
  - 5) [-]увеличением селезенки
- 

**452. При микроскопии эритроцитов при железодефицитной анемии выявляют:**

- 1) [-]шизоцитоз
  - 2) [+]анизоцитоз с наклонностью к микроцитозу
  - 3) [-]сфероцитоз
  - 4) [-]макроцитоз
  - 5) [-]мишеневидные эритроциты
- 

**453. Анемии, возникающие в результате недостаточного поступления в организм или нарушенного всасывания продуктов, необходимых для построения молекулы гемоглобина, называются:**

- 1) [-]гемолитическими
  - 2) [+]дефицитными
  - 3) [-]гипо- и апластическими
  - 4) [-]постгеморрагическими
  - 5) [-]фибропластическими
- 

**454. Большая часть железа в желудочно-кишечном тракте всасывается:**

- 1) [-]в полости рта
- 2) [+]в 12-перстной кишке



- 3) [-]в толстой кишке
  - 4) [-]в желудке
  - 5) [-]в подвздошной кишке
- 

**455. При железодефицитной анемии цветовой показатель:**

- 1) [-]не изменяется
  - 2) [-]повышен
  - 3) [-]нормальный или повышен
  - 4) [+]снижен
  - 5) [-]колеблется
- 

**456. В основе наследственного микросфероцитоза лежит дефект:**

- 1) [+]белковой части мембран эритроцитов
  - 2) [-]липидной части мембран эритроцитов
  - 3) [-]молекулы гемоглобина
  - 4) [-]всасывания железа
  - 5) [-]утилизации гемоглобина
- 

**457. Признаками гемолиза являются:**

- 1) [-]анемия + ретикулопения
  - 2) [+]ретикулоцитоз + повышение непрямого билирубина + анемия
  - 3) [-]повышение уровня непрямого билирубина + геморагии
  - 4) [-]бледность + спленомегалия
  - 5) [-]боли в животе
- 

**458. Для железодефицитной анемии специфично:**

- 1) [-]лейкоцитоз
  - 2) [+]снижение цветового показателя
  - 3) [-]снижение гематокрита
  - 4) [-]снижение количества лейкоцитов
  - 5) [-]снижение количества ретикулоцитов
- 

**459. Среди клинических симптомов при железодефицитной анемии не встречается:**

- 1) [-]глоссит
  - 2) [-]бледность
  - 3) [+]желтуха
  - 4) [-]анорексия
  - 5) [-]истончение и выпадение волос
- 

**460. Наиболее частой причиной железодефицитной анемии у девочек пубертатного возраста является**

- 1) [-]глистная инвазия
  - 2) [-]нарушение всасывания железа
  - 3) [+]хроническая кровопотеря
  - 4) [-]авитаминоз
  - 5) [-]недостаточное поступление железа с пищей
- 

**461. Для диагностики железодефицитной анемии наиболее важно:**

- 1) [-]снижение гемоглобина
- 2) [-]наличие источника кровопотери
- 3) [+]снижение сывороточного железа
- 4) [-]снижение железосвязывающей способности

5) [-]ретикулоцитоз

---

**462. Анемия при дефиците фолиевой кислоты:**

- 1) [-]гипохромная
  - 2) [-]нормохромная
  - 3) [+]макроцитарная
  - 4) [-]полихромная
  - 5) [-]монохромная
- 

**463. Для В12-дефицитной анемии характерна:**

- 1) [-]микроцитарная анемия
  - 2) [-]повышение числа ретикулоцитов
  - 3) [-]снижение числа ретикулоцитов
  - 4) [+]макроцитарная анемия
  - 5) [-]повышение уровня сывороточного железа
- 

**464. Причиной снижения уровня гемоглобина и количества эритроцитов в период новорожденности является:**

- 1) [+]укороченная длительность жизни эритроцитов
  - 2) [-]гемоконцентрация
  - 3) [-]аплазия костного мозга
  - 4) [-]низкий уровень АТФ в мембране эритроцитов
  - 5) [-]дефицит печеночной глюкуронилтрансферазы
- 

**465. Депонированное железо представлено в организме в виде:**

- 1) [-]двуокиси железа
- 2) [+]гемосидерина

- 3) [-]закуси железа
- 4) [-]гемоглобина
- 5) [-]сывороточного железа

---

**466. Наиболее распространенной причиной развития железодефицитной анемии у детей раннего возраста является:**

- 1) [+]алиментарная
- 2) [-]инфекции у ребенка
- 3) [-]недоношенность
- 4) [-]внутриутробные инфекции
- 5) [-]кровопотери

---

**467. Уровень гемоглобина в г/л у новорожденных:**

- 1) [-]90-110
- 2) [-]100-140
- 3) [-]110-130
- 4) [-]120-140
- 5) [+]180-220

---

**468. Количество лейкоцитов 10 в 9-ой степени/л у новорожденных**

- 1) [-]3-4
- 2) [-]6-10
- 3) [-]8-12
- 4) [-]10-12
- 5) [+]16-30

---

**469. Количество лимфоцитов в процентах на 4-**

## **5 день жизни**

- 1) [-]10-15
  - 2) [-]20-30
  - 3) [-]30-40
  - 4) [+]40-45
  - 5) [-]50-60
- 

## **470. Количество лимфоцитов в процентах в возрасте от 1 месяца до 1 года**

- 1) [-]10-15
  - 2) [-]20-30
  - 3) [-]30-40
  - 4) [+]50-60
  - 5) [-]40-45
- 

## **471. Количество лимфоцитов в процентах в возрасте 4-5 лет**

- 1) [-]10-15
  - 2) [-]20-30
  - 3) [-]30-40
  - 4) [-]40-45
  - 5) [+]50-60
- 

## **472. Количество нейтрофилов в процентах на 4-5 день жизни**

- 1) [-]10-15
- 2) [-]25-30
- 3) [-]30-35
- 4) [+]40-45

5) [-]60-6 5

---

**473. Количество нейтрофилов в процентах в возрасте от 1 месяца до 1 года**

- 1) [-]10-15
  - 2) [+]25-30
  - 3) [-]35-45
  - 4) [-]45-65
  - 5) [-]50-60
- 

**474. Количество нейтрофилов в процентах в возрасте 4-5 лет**

- 1) [-]10-15
  - 2) [-]25-30
  - 3) [-]30-40
  - 4) [-]40-45
  - 5) [+]50-60
- 

**475. Диагноз тромбоцитопатии основывается на наличии:**

- 1) [-]тромбоцитопении
  - 2) [-]геморрагического синдрома по гематомному типу
  - 3) [+]функциональной неполноценности тромбоцитов
  - 4) [-]изменений в миелограмме
  - 5) [-]изменений в коагулограмме
- 

**476. Для лечения идиопатической пурпуры используются:**

- 1) [-]нестероидные противовоспалительные препараты

- 2) [-]антибиотики
  - 3) [+]глюкокортикостероидные препараты
  - 4) [-]препараты витамина К
  - 5) [-]антикоагулянты
- 

#### **477. Атопия - это:**

- 1) [+]состояние гиперчувствительности, которое протекает по I типу иммунопатологических реакций
  - 2) [-]состояние гиперчувствительности, которое протекает по II типу иммунопатологических реакций
  - 3) [-]состояние гиперчувствительности, которое протекает по III типу иммунопатологических реакций
  - 4) [-]состояние гиперчувствительности, которое протекает по IV типу иммунопатологических реакций
  - 5) [-]атипично протекающий инфекционный процесс
- 

#### **478. Для иммунной стадии аллергической реакции характерно:**

- 1) [-]повреждение тканей
  - 2) [-]потеря калия
  - 3) [-]накопление белка
  - 4) [-]высвобождение медиаторов аллергии
  - 5) [+]взаимодействие аллергена с антителом
- 

#### **479. Для патохимической стадии аллергической реакции характерно:**

- 1) [-]повреждение тканей
- 2) [-]потеря калия
- 3) [-]накопление белка
- 4) [+]высвобождение медиаторов аллергии

5) [-]взаимодействие аллергена с антителом

---

**480. Для патофизиологической стадии аллергической реакции характерно:**

- 1) [+]повреждение тканей
  - 2) [-]потеря калия
  - 3) [-]накопление белка
  - 4) [-]высвобождение медиаторов аллергии
  - 5) [-]взаимодействие аллергена с антителом
- 

**481. При отсутствии первичной профилактики у детей с аллергическим диатезом возможно развитие:**

- 1) [-]мочекаменной болезни
  - 2) [+]атопической бронхиальной астмы
  - 3) [-]синдрома мальабсорбции
  - 4) [-]синдрома внезапной смерти
  - 5) [-]подагры
- 

**482. При atopических заболеваниях у пациента имеется генетически детерминированная склонность к:**

- 1) [+]гиперпродукции специфических IgE
  - 2) [-]гиперпродукции специфических IgM
  - 3) [-]гиперпродукции специфических IgD
  - 4) [-]гиперпродукции IFNгамма
  - 5) [-]гиперпродукции IL2
- 

**483. Клетками-мишенями при atopической реакции являются:**



- 1) [-]лимфоциты
  - 2) [-]моноциты
  - 3) [-]эозинофилы
  - 4) [-]ретикулоциты
  - 5) [+]тучные клетки
- 

**484. К методам аллергологический диагностики НЕ относится:**

- 1) [-]сбор аллергологического анамнеза
  - 2) [-]определение общего IgE
  - 3) [-]определение специфических IgE в сыворотке крови
  - 4) [-]проведение кожных скарификационных проб
  - 5) [+]определение активности воспалительного процесса по биохимическим показателям крови
- 

**485. Элиминация аллергена это:**

- 1) [-]медикаментозная терапия аллергических заболеваний
  - 2) [-]проведение аллергенспецифической иммунотерапии
  - 3) [+]мероприятия по снижению контакта с причиннозначимыми экзогенными аллергенами
  - 4) [-]иммуномодулирующая терапия
  - 5) [-]определение концентрации аллергенов клещей домашней пыли в жилище
- 

**486. У детей раннего возраста наиболее часто встречается:**

- 1) [-]аллергия на химические и биологические вещества
- 2) [+]пищевая аллергия
- 3) [-]лекарственная аллергия

4) [-]бытовая аллергия

5) [-]пыльцевая аллергия

---

**487. К аллергическим заболеваниям НЕ относится:**

1) [-]атопический дерматит

2) [-]аллергический ринит

3) [-]бронхиальная астма

4) [+]острый обструктивный бронхит

5) [-]крапивница

---

**488. Поллиноз - это:**

1) [-]инфекционный конъюнктивит

2) [+]аллергический рино-конъюнктивит с сенсibilизацией к пыльце растений

3) [-]аллергический рино-конъюнктивит с сенсibilизацией к бытовым аллергенам

4) [-]паразитоз кишечника

5) [-]кожная реакция при пищевой аллергии

---

**489. При сенсibilизации к пыльце березы имеется перекрестная аллергическая реакция на:**

1) [+]яблоки, морковь, орехи, сельдерей

2) [-]подсолнечное семя, масло

3) [-]дыню, бананы

4) [-]домашнюю пыль

5) [-]эпидерму домашних животных

---

**490. Длительность назначения антигистаминных препаратов I поколения НЕ**

**должна превышать:**

- 1) [-]1 месяц
- 2) [-]3 месяца
- 3) [+]5-7 дней
- 4) [-]20 дней
- 5) [-]1 год

---

**491. К антигистаминным препаратам I поколения относится**

- 1) [-]Фексофенадин /Телфаст/
- 2) [+]Клемастин /Тавегил/
- 3) [-]Дезлоратадин /Эриус/
- 4) [-]Цетиризин /Зиртек/
- 5) [-]Лоратадин /Кларитин/

---

**492. К антигистаминным препаратам II поколения относится**

- 1) [-]Дифенгидрамин /Димедрол/
- 2) [-]Меггидролин /Диазолин/
- 3) [+]Цетиризин /Зиртек/
- 4) [-]Клемастин /Тавегил/
- 5) [-]Хлорпирамин /Супрастин/

---

**493. Для диагностики пищевой аллергии НЕ используют:**

- 1) [+]УЗИ органов брюшной полости
- 2) [-]определение специфических IgE к пищевым продуктам
- 3) [-]сбор аллергологического анамнеза
- 4) [-]ведение пищевого дневника

5) [-]двойной слепой провокационный тест с использованием плацебо

---

#### **494. Атопический дерматит - это:**

- 1) [-]острое аллергическое воспаление кожных покровов
  - 2) [-]острое инфекционное заболевание кожи и подкожной клетчатки
  - 3) [-]аллергическая реакция на контакт с химическими веществами
  - 4) [+]хроническое аллергическое заболевание с поражением кожных покровов
  - 5) [-]эпизодические уртикарные высыпания на коже
- 

#### **495. У детей первого года жизни с атопическим дерматитом наиболее частым сенсibiliзирующим фактором являются аллергены:**

- 1) [-]клещей домашней пыли
  - 2) [-]злаков
  - 3) [+]коровьего молока
  - 4) [-]домашней пыли
  - 5) [-]животных
- 

#### **496. К наружным противовоспалительным средствам неинфицированного атопического дерматита НЕ относится:**

- 1) [-]Элидел
- 2) [-]Адвантан
- 3) [-]Элоком
- 4) [+]Синтомициновая эмульсия

---

**497. К клинико-anamнестическим признакам атопического дерматита НЕ относится:**

- 1) [-]наличие аллергических заболеваний у родственников
- 2) [-]зуд кожных покровов
- 3) [-]типичная морфология и локализация кожных высыпаний
- 4) [+]изменения в анализе периферической крови, указывающие на активность бактериального воспаления
- 5) [-]высокий уровень общего и аллерген-специфических IgE в сыворотке крови

---

**498. Крапивница - это:**

- 1) [-]острое инфекционное воспаления кожи и подлежащих тканей
- 2) [-]гиперемия и мокнутие в области щек у детей раннего возраста
- 3) [-]лихенификация в области локтевых и подколенных ямок у детей старшего возраста
- 4) [+]уртикарные зудящие элементы, усиливающиеся при расчесывании кожи
- 5) [-]папулезные парные сильно зудящие элементы на кистях рук, в области живота

---

**499. При оказании неотложной помощи при крапивнице и ангионевротическом отеке /отеке Квинке/ НЕ используют:**

- 1) [+]антибактериальные препараты
- 2) [-]антигистаминные препараты I поколения
- 3) [-]антигистаминные препараты II поколения

4) [-]антилейкотриеновые препараты

5) [-]системные глюкокортикостероиды

---

**500. При оказании неотложной помощи при анафилактическом шоке используют все перечисленные препараты, КРОМЕ:**

1) [-]0,1% раствор адреналина

2) [-]раствор кофеина

3) [-]коллоидные /не белковые!/ кровезаменители

4) [-]3% раствор преднизолона

5) [+]мочегонные препараты

---

**501. Предрасполагающим фактором к развитию лекарственной аллергии является:**

1) [-]экссудативно-катаральная аномалия конституции

2) [+]аллергический диатез

3) [-]лимфатико-гипопластическая аномалия конституции

4) [-]нейроартритический диатез

5) [-]частые респираторные заболевания

---

**502. Многоформная экссудативная эритема является клиническим проявлением:**

1) [-]системного заболевания соединительной ткани

2) [-]фазой развития атопического дерматита

3) [+]проявлением лекарственной непереносимости

4) [-]инфекционного заболевания кожи

5) [-]грибковым поражением кожи

---

**503. К «малым» формам респираторных аллергозов /аллергических заболеваний верхних**

## **дыхательных путей/ НЕ относится:**

- 1) [-]аллергический ринит
  - 2) [-]рецидивирующий аллергический ларинготрахеит
  - 3) [-]аллергический фарингит
  - 4) [-]аллергический рино-конъюнктивит
  - 5) [+]бронхиальная астма
- 

### **504. Клещ домашней пыли:**

- 1) [+]вызывает сенсibilизацию у предрасположенных к аллергии лиц, что приводит к развитию аллергических респираторных заболеваний
  - 2) [-]является переносчиком инфекционных заболеваний
  - 3) [-]размножается при влажности ниже 30%
  - 4) [-]устойчив к высоким температурам
  - 5) [-]устойчив к низким температурам
- 

### **505. Для аллергических заболеваний верхних дыхательных путей НЕ характерна:**

- 1) [-]наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям
  - 2) [-]упорно рецидивирующий характер заболевания
  - 3) [-]эффект элиминации
  - 4) [-]эозинофилия в анализе периферической крови
  - 5) [+]хороший эффект от проведения антибактериальной терапии
- 

### **506. Выявление эозинофилов при цитологическом исследовании мазков-перепечатков со слизистой оболочки носа**

## **свидетельствует о наличии:**

- 1) [-]острого инфекционного респираторного заболевания
  - 2) [-]паразитоза кишечника
  - 3) [-]инородного тела полости носа
  - 4) [+]**аллергического ринита**
  - 5) [-]нормального состояния слизистой оболочки полости носа
- 

## **507. Аллергический ринит это:**

- 1) [+]**хроническое аллергическое воспаление слизистой оболочки носа у пациентов с сенсibilизацией к экзогенным неинфекционным аллергенам**
  - 2) [-]хроническое воспалительное заболевание на основе аномалии развития полости носа
  - 3) [-]хронический инфекционный процесс
  - 4) [-]симптом системного заболевания соединительной ткани
  - 5) [-]острый инфекционный процесс
- 

## **508. К клиническим проявлениям аллергического ринита НЕ относится:**

- 1) [-]пароксизмальное чихание
  - 2) [-]ринорея
  - 3) [-]ощущение зуда в носу
  - 4) [-]заложенность носа
  - 5) [+]**гнойное отделяемое из носа**
- 

## **509. К базисной противовоспалительной терапии аллергического ринита относятся следующие препараты, КРОМЕ:**



- 1) [-]антигистаминные препараты
  - 2) [-]антилейкотриеновые препараты
  - 3) [-]интраназальные кромоны
  - 4) [+]интраназальные антибактериальные препараты
  - 5) [-]топические интраназальные глюкокортикостероиды
- 

## **510. Аллергенспецифическая иммунотерапия показана при:**

- 1) [+]атопических заболеваниях респираторного тракта с доказанной сенсibilизацией к экзогенным неинфекционным аллергенам
  - 2) [-]при частых респираторных заболеваниях
  - 3) [-]при атопическом дерматите
  - 4) [-]при отсутствии эффективности противоаллергической фармакологической терапии
  - 5) [-]при аллергических заболеваниях ЖКТ
- 

## **511. К элиминационным мероприятиям при бытовой сенсibilизации относятся следующие КРОМЕ:**

- 1) [-]замена перьевых подушек на синтетические
  - 2) [-]ограничение мягкой мебели, ковров, портьер в доме
  - 3) [-]содержание книг на закрытых стеклом полках
  - 4) [-]стирка постельного белья в горячей /не ниже 70 градусов C/ воде не реже 2 раз в неделю
  - 5) [+]поддержание в квартире влажности менее 30%
- 

## **512. К анатомо-физиологическим особенностям органов дыхания у детей НЕ относится:**

- 1) [-]узкие и короткие носовые ходы

- 2) [-]«экспираторное» строение грудной клетки
  - 3) [-]незавершенность развития придаточных пазух
  - 4) [+]широкие, относительно взрослых, бронхи и бронхиолы
  - 5) [-]меньшая, чем у взрослых, выраженность дыхательной мускулатуры
- 

**513. «Лающий» кашель характерен для больных:**

- 1) [-]острым простыми бронхитом
  - 2) [-]острым обструктивным бронхитом
  - 3) [-]ринофарингитом
  - 4) [-]пневмонией
  - 5) [+]ларинготрахеитом
- 

**514. Спастический навязчивый кашель со свистящим обертоном характерен для больных:**

- 1) [-]коклюшем
  - 2) [-]острым простым бронхитом
  - 3) [+]бронхиальной астмой
  - 4) [-]бронхоэктатической болезнью
  - 5) [-]острым трахеитом
- 

**515. Коклюшеподобный кашель без реприз характерен для больных:**

- 1) [+]муковисцидозом
- 2) [-]острым ринитом
- 3) [-]острой пневмонией
- 4) [-]острым простым бронхитом
- 5) [-]аденоидитом

## **516. Битональный кашель характерен для:**

- 1) [-]муковисцидоза
  - 2) [-]острого обструктивного бронхита
  - 3) [+]**аспирации инородного тела, увеличения внутригрудных лимфатических узлов**
  - 4) [-]острого простого бронхита
  - 5) [-]ларинготрахеита
- 

## **517. Приступообразный кашель с репризами характерен для:**

- 1) [+]**судорожного периода коклюша**
  - 2) [-]острого простого бронхита
  - 3) [-]приступа бронхиальной астмы
  - 4) [-]бронхоэктатической болезни
  - 5) [-]острого трахеита
- 

## **518. Кашель и чувство затруднения дыхания при физической нагрузке возникает у детей, больных:**

- 1) [-]острой пневмонией
  - 2) [-]ринофарингитом
  - 3) [-]коклюшем
  - 4) [+]**бронхиальной астмой**
  - 5) [-]острым простым бронхитом
- 

## **519. Коробочный оттенок перкуторного звука определяется у больных:**

- 1) [-]бронхоэктатической болезнью
- 2) [-]острым простым бронхитом

3) [+]острым обструктивным бронхитом

4) [-]острым ларинготрахеитом

5) [-]острой пневмонией

---

**520. Локальное ослабление дыхания**  
**характерно для:**

1) [+]начального периода острой пневмонии

2) [-]приступного периода бронхиальной астмы

3) [-]острого ларинготрахеита

4) [-]острого простого бронхита

5) [-]острого обструктивного бронхита

---

**521. Диффузное ослабление дыхания**  
**характерно для:**

1) [-]острой пневмонии

2) [-]острого простого бронхита

3) [-]острого ринофарингита

4) [+]приступного периода бронхиальной астмы

5) [-]коклюша

---

**522. Влажные мелкопузырчатые хрипы над**  
**всей поверхностью легких выслушиваются при:**

1) [-]острой пневмонии

2) [-]остром простом бронхите

3) [-]бронхоэктатической болезни

4) [+]остром бронхиолите

5) [-]хроническом бронхиолите с облитерацией

---

**523. Во время кормления грудью матери,**  
**ребенок, сделав 2-3 сосательных движения,**

**прерывает сосание, запрокидывает голову и начинает плакать. Это состояние характерно для:**

- 1) [-]пневмонии
  - 2) [+]среднего катарального или гнойного отита
  - 3) [-]бронхита
  - 4) [-]ринита
  - 5) [-]фарингита
- 

**524. Возникновению отита у детей раннего возраста способствует анатомо-физиологическая особенность евстахиевой трубы:**

- 1) [-]длинная, узкая
  - 2) [-]длинная, широкая
  - 3) [-]короткая, узкая
  - 4) [+]короткая, широкая
  - 5) [-]извитая, узкая
- 

**525. Характер кашля при ларинготрахеите:**

- 1) [-]приступообразный без реприз
  - 2) [-]продуктивный, влажный
  - 3) [-]сухой, навязчивый
  - 4) [+]грубый, “лающий”
  - 5) [-]приступообразный с репризами
- 

**526. Характерный кашель при наличии инородного тела в крупном бронхе:**

- 1) [-]приступообразный
- 2) [+]битональный
- 3) [-]сухой, навязчивый;

4) [-]грубый, “лающий”

5) [-]приступообразный с репризами

---

### **527. Характер дыхания при обструкции верхних дыхательных путей:**

1) [-]экспираторное затруднение дыхания

2) [+]инспираторное затруднение дыхания

3) [-]затруднение вдоха и выдоха

4) [-]тахипноэ

5) [-]нормальное дыхание

---

### **528. Характер дыхания при обструкции бронхов:**

1) [+]экспираторное затруднение дыхания

2) [-]инспираторное затруднение дыхания

3) [-]затруднение вдоха и выдоха

4) [-]нормальное дыхание

5) [-]тахипноэ

---

### **529. Подозрение на синусит бактериальной этиологии должно возникнуть при жалобах на:**

1) [+]боль или чувство давления в области пазух, головную боль, слизисто-гнойное отделяемое из носа

2) [-]ринит с серозным отделяемым из полости носа

3) [-]заложенность носа без нарушения общего состояния

4) [-]головную боль

5) [-]пароксизмы чихания.

---

### **530. Для острого стрептококкового тонзиллита / ангины/ характерно:**

1) [+]острое начало заболевания, боль в горле,

## Выраженные симптомы интоксикации

- 2) [-]постепенное начало, незначительные симптомы интоксикации
- 3) [-]вялое течение, незначительный катаральный синдром
- 4) [-]бессимптомное течение
- 5) [-]грубый кашель, боль за грудиной

---

## 531. Возможные осложнения при остром стрептококковом тонзиллите /ангине/:

- 1) [-]менингит, энцефалит
- 2) [+]**ревматизм, гломерулонефрит, паратонзиллярный абсцесс**
- 3) [-]пневмония, бронхит
- 4) [-]пиелонефрит
- 5) [-]пиодермии

---

## 532. Для I степени стенозирующего ларинготрахеита характерно:

- 1) [+]**осиплость голоса вплоть до афонии, лающий кашель, стрidor, слышимый на расстоянии, инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры при нагрузке**
- 2) [-]сухой приступообразный кашель
- 3) [-]стридор, слышимый на расстоянии, инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры в покое
- 4) [-]боль при глотании, дисфагия, выраженная интоксикация, темно-вишневая инфильтрация надгортанника
- 5) [-]аритмичное или парадоксальное дыхание, брадикардия, снижение артериального кровяного давления, остановка дыхания или сердечной деятельности

### **533. Для II степени стенозирующего ларинготрахеита характерно:**

- 1) [-]только осиплость голоса вплоть до афонии, лающий кашель
- 2) [+]стридор, слышимый на расстоянии, инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры в покое
- 3) [-]боль при глотании, дисфагия, выраженная интоксикация, темно-вишневая инфильтрация надгортанника
- 4) [-]аритмичное или парадоксальное дыхание, брадикардия, снижение артериального кровяного давления, остановка дыхания или сердечной деятельности
- 5) [-]периоды беспокойства сменяются периодами адинамии, резкая бледность кожных покровов, холодный пот, периоральный и акроцианоз в покое, переходящий в генерализованный при беспокойстве ребенка, затруднение вдоха и выдоха

---

### **534. Для стенозирующего ларинготрахеита вирусной этиологии характерно:**

- 1) [+]отечно-инфильтративные изменения слизистой оболочки
- 2) [-]спазм гладкой мускулатуры бронхов
- 3) [-]плотные пленки серого цвета, спаянные со слизистой оболочкой
- 4) [-]фибринозные и фибринозно-гнойные изменения слизистой оболочки
- 5) [-]язвенно-некротические изменения слизистой оболочки

---

### **535. Дифференциальную диагностику острого ларинготрахеита со стенозом следует проводить**



**со следующими заболеваниями, КРОМЕ:**

- 1) [-]ларингоспазм
  - 2) [-]острый эпиглоттит
  - 3) [-]инородное тело дыхательных путей
  - 4) [-]истинный /дифтерийного/ круп
  - 5) [+]ринофарингит
- 

**536. Отвлекающая терапия при стенозирующем ларинготрахеите включает в себя мероприятия, КРОМЕ:**

- 1) [-]теплые ножные и ручные ванночки – температура воды от 37,0 градусов С с постепенным повышением до 40 градусов С
  - 2) [-]общие ванны той же температуры
  - 3) [+]сухой теплый воздух в помещении
  - 4) [-]теплое дробное питье
  - 5) [-]горячие компрессы на икроножные мышцы
- 

**537. Для эпиглоттита характерны следующие клинические проявления:**

- 1) [-]осиплость голоса вплоть до афонии, лающий кашель
  - 2) [-]стридор, слышимый на расстоянии, инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры
  - 3) [+]боль при глотании, дисфагия, саливация, выраженная интоксикация, темно-вишневая инфильтрация надгортанника
  - 4) [-]сухой кашель, боль за грудиной
  - 5) [-]влажный кашель
- 

**538. Какова тактика врача поликлиники при остром эпиглоттите?**

1) [-]Назначить жаропонижающие и обезболивающие препараты, оставить ребенка на дому под наблюдением участкового педиатра.

2) [-]Назначить антибиотики и продолжать лечение в амбулаторных условиях.

3) [-]Назначить лечение и порекомендовать обратиться к ЛОР-врачу поликлиники.

4) [+]**Срочно госпитализировать в ЛОР-отделение.**

5) [-]Обеспечить лечение и врачебное наблюдение на дому, при ухудшении состояния – ребенка госпитализировать в отделение респираторных инфекций.

---

### **539. Основными симптомами острого простого бронхита является:**

1) [+]**сухой кашель, переходящий во влажный на фоне умеренной инфекционной интоксикации**

2) [-]«лающий» кашель

3) [-]приступообразный кашель с репризами

4) [-]выраженная интоксикация с повышением температуры тела без кашля

5) [-]спастический кашель и свистящие хрипы

---

### **540. С целью улучшения мукоцилиарного клиренса НЕ применяют:**

1) [-]муколитические препараты

2) [-]мукокорректоры

3) [-]ингаляции физиологического раствора

4) [-]настои отхаркивающих трав

5) [+]**противокашлевые препараты**

**541. При трахеобронхите дети предъявляют жалобы на боли:**

- 1) [+]за грудиной
  - 2) [-]в горле
  - 3) [-]в боку
  - 4) [-]в ухе
  - 5) [-]в спине
- 

**542. При аускультации детей с острым простым бронхитом выявляется:**

- 1) [+]жесткое дыхание и рассеянные сухие и/или среднепузырчатые хрипы
  - 2) [-]диффузные мелкопузырчатые хрипы
  - 3) [-]локальные мелкопузырчатые хрипы
  - 4) [-]локальное ослабление дыхания
  - 5) [-]диффузное ослабление дыхания
- 

**543. Для острого обструктивного бронхита характерны:**

- 1) [-]инспираторная одышка
  - 2) [+]экспираторная одышка
  - 3) [-]влажные мелкопузырчатые хрипы
  - 4) [-]притупление перкуторного звука
  - 5) [-]увеличение размеров сердечной тени на рентгенограмме
- 

**544. Этиологическими факторами острого обструктивного бронхита наиболее часто являются:**

- 1) [-]пневмотропные бактериальные возбудители
  - 2) [-]грамотрицательная флора
  - 3) [-]холодный воздух
  - 4) [-]аллергены
  - 5) [+]респираторные вирусы
- 

**545. Для острого обструктивного бронхита характерна:**

- 1) [-]инспираторная одышка
  - 2) [+]экспираторная одышка
  - 3) [-]влажные мелкопузырчатые хрипы
  - 4) [-]притупление перкуторного звука
  - 5) [-]очаговые тени на рентгенограмме
- 

**546. Препаратами выбора при остром обструктивном бронхите являются:**

- 1) [-]антибиотики
  - 2) [-]мукокорректоры
  - 3) [+]бета2-адреномиметики
  - 4) [-]седативные средства
  - 5) [-]антигистаминные препараты I поколения
- 

**547. При аускультации детей с острым бронхиолитом выслушиваются:**

- 1) [-]локальные мелкопузырчатые хрипы;
  - 2) [-]локальное ослабление дыхания;
  - 3) [-]жесткое дыхание
  - 4) [-]диффузные сухие хрипы
  - 5) [+]диффузные мелкопузырчатые хрипы
-

**548. Острой считается пневмония, разрешающаяся в сроки до:**

- 1) [-]2 недель
- 2) [+]6 до 8 недель
- 3) [-]3 месяцев
- 4) [-]4 месяцев
- 5) [-]6 месяцев.

---

**549. Основными симптомами пневмонии в первые дни заболевания являются:**

- 1) [-]экспираторная одышка
- 2) [-]ринит
- 3) [-]коробочный оттенок перкуторного звука
- 4) [-]сухие хрипы
- 5) [+]признаки инфекционной интоксикации, локальное ослабление дыхания

---

**550. Для крупозной пневмонии характерны следующие признаки кроме:**

- 1) [-]острое начало без предшествующих катаральных проявлений со стороны ВДП
- 2) [-]румянец на щеке с одной стороны
- 3) [-]боль в боку
- 4) [-]озноб
- 5) [+]сухие хрипы с обеих сторон

---

**551. Рецидивирующий бронхит – заболевание, протекающее с:**

- 1) [+]рецидивами острого простого бронхита 3 и более раз в

году

- 2) [-]рецидивами острого обструктивного бронхита
- 3) [-]частотой рецидивов 1-2 раза в год
- 4) [-]длительностью заболевания 1-2 недели
- 5) [-]локальной аускультативной картиной

---

**552. К препаратам, обладающим иммуотропным действием и показанным при рецидивирующем бронхите относятся:**

- 1) [-]ацикловир
- 2) [-]амоксиклав
- 3) [+]рибомунил и бронхо-мунал
- 4) [-]пиридоксин
- 5) [-]сингуляр

---

**553. Профилактика респираторных инфекций НЕ включает в себя:**

- 1) [+]ограничение физической активности
- 2) [-]ограничение контактов с больными
- 3) [-]закаливание
- 4) [-]специфическую вакцинацию
- 5) [-]неспецифическую иммуномодуляцию

---

**554. Часто болеющие дети - это:**

- 1) [-]дети с повторными инфекционными заболеваниями различных органов и систем
- 2) [-]дети малыми формами респираторной аллергии
- 3) [-]дети, больные муковисцидозом
- 4) [-]дети, инфицированные микобактериями туберкулеза

5) [+]дети с повторными респираторными инфекциями, болеющие чаще, чем их сверстники

---

**555. Причиной рецидивирующей обструкции бронхов в раннем детстве НЕ является:**

- 1) [-]бронхолегочная дисплазия
  - 2) [-]муковисцидоз
  - 3) [-]бронхиальная астма
  - 4) [-]острые респираторные инфекции у детей с гиперреактивностью бронхов
  - 5) [+]перенесенная острая пневмония бактериальной этиологии
- 

**556. В основе формирования хронического бронхиолита с облитерацией лежит:**

- 1) [-]рецидивирующая обструкция бронхов
  - 2) [+]облитерация бронхиол
  - 3) [-]хронический инфекционно- воспалительный процесс
  - 4) [-]необратимая обструкция бронхов
  - 5) [-]персистирующая вирусная инфекция.
- 

**557. К клиническим типичным проявлениям бронхоэктатической болезни НЕ относятся:**

- 1) [-]признаки хронической гипоксии
- 2) [-]продуктивный кашель больше в утренние часы с отделением гнойной мокроты
- 3) [-]локальная аускультативная симптоматика
- 4) [+]наличие сухих свистящих хрипов на выдохе
- 5) [-]повышенная утомляемость и отставание в физическом развитии

**558. Оперативное лечение при бронхоэктатической болезни НЕ показано в случае:**

- 1) [-]формирования бронхоэктазов в результате неблагоприятного исхода острой пневмонии
- 2) [+]подтверждения синдрома Зиверта-Картагенера
- 3) [-]наличия локальных бронхоэктазов, не поддающихся консервативной терапии
- 4) [-]формирования бронхоэктазов в результате аспирации инородного тела
- 5) [-]формирования бронхоэктазов в результате осложненного течения ателектаза

---

**559. Поражение легких при муковисцидозе является следствием:**

- 1) [-]снижением подвижности ресничек
- 2) [-]снижения концентрации альфа1-антитрипсина
- 3) [+]повышение вязкости мокроты и, как следствие, нарушение мукоцилиарного клиренса
- 4) [-]нарушения механики дыхания
- 5) [-]иммунодефицитного состояния

---

**560. Бронхиальная астма - это:**

- 1) [-]хроническое инфекционное воспаление слизистой оболочки бронхов
- 2) [-]хроническое обструктивное заболевание с необратимой обструкцией бронхов и нарастающей дыхательной недостаточность
- 3) [-]хроническое обструктивное заболевание с нарушением реологических свойств мокроты и задержкой физического



развития

4) [-]хроническое заболевание дыхательной системой с локальным фиброзом легочной ткани

5) [+]заболевание дыхательной системы, в основе которого лежит хроническое аллергическое воспаление слизистой оболочки бронхов и бронхиальная гиперреактивность

---

### **561. Для острого приступа атопической бронхиальной астмы НЕ характерно**

1) [+]повышение температуры тела и признаки инфекционной интоксикации

2) [-]спастический малопродуктивный кашель

3) [-]экспираторное удушье

4) [-]свистящие хрипы на выдохе

5) [-]коробочный оттенок перкуторного звука

---

### **562. Триггеры – это:**

1) [-]сенсibiliзирующие аллергены

2) [-]препараты для купирования острого приступа удушья

3) [-]приборы для ингаляционной терапии

4) [-]факторы, предрасполагающие к развитию бронхиальной астмы

5) [+]факторы, провоцирующие обострение бронхиальной астмы

---

### **563. Гиперреактивность бронхов - это:**

1) [+]неадекватно сильная бронхоконстрикторная реакция на специфические и неспецифические триггеры

2) [-]повышенная восприимчивость нижних дыхательных путей к инфекционным возбудителям

3) [-]склонность к неадекватному образованию слизи бокаловидными клетками слизистой оболочки бронхов

4) [-]рецидивирующие заболевания нижних дыхательных путей

5) [-]изменение реологических свойств мокроты

---

**564. Особенностью бронхиальной астмы у детей раннего возраста является:**

1) [-]экспираторный характер удушья

2) [-]вздутие грудной клетки

3) [+]**выявление влажных хрипов при аускультации и более продуктивный кашель**

4) [-]коробочный оттенок перкуторного звука

5) [-]участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания

---

**565. Функциональными показателями, подтверждающими наличие обструкции бронхов у детей старше 5 лет, является:**

1) [-]показатель ОФВ1 от 80 до 100% от должных величин

2) [+]**показатель ОФВ1 менее 80% от должных величин**

3) [-]снижение жизненной емкости легких

4) [-]отрицательная проба с бета2-агонистом

5) [-]суточная лабильность бронхов менее 20%

---

**566. Признаком атопической формы бронхиальной астмы НЕ является:**

1) [-]отягощенный семейный анамнез по аллергическим заболеваниям

2) [-]отягощенный личный аллергологический анамнез

3) [-]повышение уровня общего IgE

4) [+]признаки активности инфекционного процесса в анализе периферической крови и при биохимическом исследовании

5) [-]положительные результаты кожных скарификационных проб с неинфекционными экзогенными аллергенами

---

### **567. Пикфлоуметр – это:**

1) [-]Прибор для мониторингования частоты сердечных сокращений

2) [-]Прибор для проведения ингаляций

3) [-]Прибор для определения газового состава крови

4) [+]Прибор для определения пиковой скорости выдоха

5) [-]Прибор для мониторингования частоты дыхания у маленьких детей

---

### **568. Спейсер - это:**

1) [-]устройство для ингаляции растворов лекарственных препаратов

2) [-]прибор для определения пиковой объемной скорости выдоха

3) [-]название лекарственного препарата для оказания неотложной помощи при приступе удушья

4) [+]приспособление для облегчения использования и повышения эффективности действия лекарственных препаратов в форме дозирующих аэрозольных ингаляторов

5) [-]ультразвуковой ингалятор

---

**569. В периоде ремиссии бронхиальной астмы и при проведении эффективно базисной терапии суточная лабильность бронхов не должна превышать:**

- 1) [+]20%
  - 2) [-]30%
  - 3) [-]40%
  - 4) [-]50%
  - 5) [-]53%
- 

**570. Препаратами первого выбора для купирования острого приступа удушья при бронхиальной астме являются:**

- 1) [+]бета2-адреномиметики короткого действия
  - 2) [-]ингаляционные глюкокортикостероиды
  - 3) [-]м-холинолитик;
  - 4) [-]антибиотики
  - 5) [-]метилксантины замедленного высвобождения
- 

**571. К препаратам базисной терапии бронхиальной астмы НЕ относятся:**

- 1) [-]Интал и Тайлед;
  - 2) [+]бета2-адреномиметики короткого действия;
  - 3) [-]ингаляционный глюкокортикостероиды;
  - 4) [-]фиксированные комбинации бета2-адреномиметиков длительного действия и ингаляционных глюкокортикостероидов;
  - 5) [-]блокаторы лейкотриеновых рецепторов.
- 

**572. К противовоспалительным негормональным ингаляционным препаратам, используемым в базисной терапии бронхиальной астмы относятся:**

- 1) [-]серетид
  - 2) [-]симбикорт
  - 3) [-]пульмикорт
  - 4) [+]интал и тайлед
  - 5) [-]фликсотид
- 

**573. Для повышения эффективности действия лекарственных препаратов, содержащихся в дозирующем индивидуальном ингаляторе используют:**

- 1) [-]компрессорный небулайзер
  - 2) [-]ультразвуковой небулайзер
  - 3) [-]пикфлоуметр
  - 4) [-]паровой ингалятор
  - 5) [+]спейсер
- 

**574. К препаратам, уменьшающим обструкцию бронхов НЕ относится:**

- 1) [-]сальбутамол
  - 2) [-]фенотерол
  - 3) [-]формотерол
  - 4) [-]сальметерол
  - 5) [+]аколат
- 

**575. К комбинированной терапии бронхиальной астмы фиксированными комбинациями относится использование:**

- 1) [-]ингаляционных глюкокортикостероидов
- 2) [-]кромонов

- 3) [-]бета2-агонистов короткого действия
  - 4) [-]бета2-агонистов длительного действия
  - 5) [+]серетида и симбикорта
- 

**576. Исследование функции внешнего дыхания с помощью спирографа возможно детям:**

- 1) [-]первого года жизни
  - 2) [-]в любом возрасте
  - 3) [-]с 3-х лет
  - 4) [+]с 6-ти лет
  - 5) [-]с 10-ти лет
- 

**577. Основным преимуществом ингаляционных глюкокортикостероидов по сравнению с системными глюкокортикостероидами в лечение бронхиальной астмы у детей является:**

- 1) [-]удобство применения
  - 2) [+]меньший риск развития осложнений, характерных для системной стероидной терапии
  - 3) [-]более высокая эффективность
  - 4) [-]более высокий комплайнс
  - 5) [-]меньшая стоимость лечения
- 

**578. Небулайзер - это:**

- 1) [-]прибор для исследования функции внешнего дыхания
- 2) [-]прибор для определения газов крови
- 3) [-]устройство для повышения эффективности применения дозированных ингаляторов
- 4) [-]прибор для кислородотерапии

5) [+]прибор для ингалирования жидких лекарственных форм лекарственных препаратов

---

### **579. Экзогенный аллергический альвеолит - это:**

- 1) [+]аллергическое воспаление легочного интерстиция
  - 2) [-]инфекционно-воспалительное заболевание легких
  - 3) [-]хроническая обструктивная болезнь
  - 4) [-]острое вирусное заболевание с вовлечением респираторного отдела дыхательной системы
  - 5) [-]заболевание с эпизодами обратимой обструкции бронхов
- 

### **580. Из всех перечисленных видов патологии гепатобилиарной системы наиболее часто у детей встречается:**

- 1) [-]хронический гепатит
  - 2) [-]аномалии желчного пузыря
  - 3) [+]дисфункциональные расстройства билиарного тракта
  - 4) [-]хронический холецистит
  - 5) [-]желчнокаменная болезнь
- 

### **581. Основой патогенеза дисфункциональных нарушений билиарного тракта у детей являются:**

- 1) [-]воспалительные изменения желчного пузыря и желчных протоков
- 2) [-]нарушение коллоидного состояния желчи
- 3) [+]дискоординация моторики желчного пузыря и тонуса сфинктерного аппарата вследствие нарушения нейрогуморальной регуляции или патологической висцеро-

висцеральной рефлексии

4) [-]острые кишечные инфекции

5) [-]хронический гепатит

---

**582. Провоцирующими факторами формирования дисфункциональных нарушений билиарного тракта у детей могут быть:**

1) [-]кишечные паразитозы

2) [-]пищевая аллергия

3) [-]хронический заболевания гастродуоденальной зоны и кишечника

4) [-]неадекватный уровень физических и психоэмоциональных нагрузок, хронический стресс

5) [+]все перечисленное

---

**583. Для патологии желчевыделительной системы не патогномничен симптом:**

1) [-]Мерфи

2) [-]Кера

3) [+]Пастернацкого

4) [-]Грекова-Ортнера

5) [-]Георгиевского-Мюсси

---

**584. Какой признак не обусловлен дисфункциональными нарушениями билиарного тракта?**

1) [-]боль в правом подреберье

2) [-]тошнота

3) [-]привкус горечи во рту



4) [+]телеангиоэктазии на коже

5) [-]желтоватый налет на языке

---

**585. Основной метод диагностики дисфункциональных нарушений билиарного тракта у детей:**

1) [+]УЗИ желчного пузыря

2) [-]общий анализ крови

3) [-]фиброэзофагогастродуоденоскопия

4) [-]анализ мочи на уробилин

5) [-]копрограмма

---

**586. Какой признак не характерен для холецистита?**

1) [-]воспалительные изменения в гемограмме

2) [-]связь обострения с погрешностью в диете

3) [-]утолщение стенки желчного пузыря при УЗИ

4) [+]эритроциты при микроскопии осадка желчи, полученной при дуоденальном зондировании

5) [-]субфебрилитет

---

**587. В терапии дисфункциональных нарушений билиарного тракта у детей используют:**

1) [-]желчегонные препараты в зависимости от типа дискинезии

2) [-]спазмолитики

3) [-]диетические рекомендации

4) [-]нейротропные препараты

5) [+]все перечисленное

**588. Основным скрининговым методом диагностики желчнокаменной болезни у детей является:**

- 1) [+]ультрасонография органов брюшной полости
  - 2) [-]фиброэзофагогастродуоденоскопия
  - 3) [-]дуоденальное зондирование
  - 4) [-]оценка клинических проявлений
  - 5) [-]биохимическое исследование крови
- 

**589. Лямблии паразитируют:**

- 1) [-]в печени
  - 2) [-]в желчном пузыре
  - 3) [-]в толстой кишке
  - 4) [+]в проксимальных отделах тонкой кишки
  - 5) [-]в желудке
- 

**590. Аутоинвазия возможна при:**

- 1) [-]аскаридозе
  - 2) [-]трихоцефалезе
  - 3) [-]дифиллоботриозе
  - 4) [+]энтеробиозе
  - 5) [-]тениозе
- 

**591. При дифиллоботриозе инвазия происходит вследствие:**

- 1) [-]нарушения правил личной гигиены
- 2) [-]употребления в пищу загрязненных земель фруктов и овощей
- 3) [+]использования в пищу недостаточно термически

обработанной пресноводной рыбы

4) [-]употребления в пищу сырого мяса

5) [-]укусов насекомых

---

**592. Хронический вирусный гепатит целесообразно дифференцировать:**

1) [-]с наследственными пигментными гепатозами

2) [-]с обменными заболеваниями печени

3) [-]с врожденными аномалиями развития печени и желчных протоков

4) [-]с токсическим /медикаментозным/ гепатитом

5) [+]со всем перечисленным

---

**593. Наиболее достоверным методом диагностики хронического гепатита является:**

1) [-]клинико-биохимический

2) [-]вирусологический

3) [+]морфологический

4) [-]иммунологический

5) [-]все перечисленные

---

**594. Какой синдром не типичен для хронического гепатита?**

1) [-]желтухи

2) [-]холестаза

3) [-]гепатоцитолита

4) [+]колитический

5) [-]печеночно-клеточной недостаточности

---

**595. Наличие изжоги свидетельствует:**

- 1) [-]о наличии язвенного колита
  - 2) [-]о наличии дисфункции желчного пузыря
  - 3) [-]о гельминтозе
  - 4) [+]о забросе содержимого желудка в пищевод
  - 5) [-]о наличии пупочной грыжи
- 

**596. Для проведения эрадикации *H.pylori* не используется:**

- 1) [-]Де-нол
  - 2) [-]Амоксициллин
  - 3) [+]Фламин
  - 4) [-]Ингибиторы протонной помпы
  - 5) [-]H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторы
- 

**597. Для диагностики хронического гастродуоденита необходимо проведение:**

- 1) [-]ультрасонографии брюшной полости
  - 2) [+]фиброгастродуоденоскопии
  - 3) [-]рН-метрии пищевода
  - 4) [-]фиброколоноскопии
  - 5) [-]копрологического исследования
- 

**598. Синдром раздраженной кишки:**

- 1) [+]является функциональной патологией
- 2) [-]может протекать без болевого синдрома
- 3) [-]характерен для детей грудного возраста
- 4) [-]не требует консультации психолога и психофармакотерапии
- 5) [-]всегда проявляется диареей

**599. Для функциональной диспепсии не характерно наличие:**

- 1) [-]тошноты
  - 2) [-]отрыжки
  - 3) [+]изжоги
  - 4) [-]тяжести в эпигастрии
  - 5) [-]ощущения переполнения желудка
- 

**600. К биохимическим маркерам холестаза относятся:**

- 1) [-]повышение уровня печеночных трансаминаз
  - 2) [-]снижение уровня белка
  - 3) [-]повышение уровня сывороточного железа
  - 4) [+]повышение билирубина /прямого и общего/, ГГТ, щелочной фосфатазы, холестерина
  - 5) [-]все перечисленное
- 

**601. Ведущую роль в лечении функциональных запоров у детей раннего возраста играет:**

- 1) [-]лекарственная терапия
  - 2) [-]физиотерапия
  - 3) [+]нормализация режима и коррекция диеты
  - 4) [-]лечебная физкультура
  - 5) [-]фитотерапия
- 

**602. Для диагностики неспецифического язвенного колита необходимо проведение:**

- 1) [-]ультразвукового исследования брюшной полости
- 2) [-]ирригографии

- 3) [-]пальцевого ректального исследования
  - 4) [+]фибροколоноскопии с биопсией слизистой оболочки
  - 5) [-]компьютерной томографии
- 

**603. При целиакии необходимо исключить из диеты:**

- 1) [-]коровье молоко
  - 2) [+]продукты из пшеничной муки
  - 3) [-]овоци и фрукты
  - 4) [-]говядину
  - 5) [-]бобовые
- 

**604. Основой терапии функциональных заболеваний пищеварительного тракта у детей школьного возраста является:**

- 1) [-]назначение биопрепаратов
  - 2) [-]назначение прокинетиков
  - 3) [+]психотерапевтическая коррекция, нормализация режима труда и отдыха, диеты
  - 4) [-]массаж, лечебная физкультура
  - 5) [-]все перечисленное
- 

**605. Для болезни Крона не характерно:**

- 1) [-]поражение любого отдела желудочно-кишечного тракта
- 2) [-]прерывистость поражения слизистой оболочки по типу «прыжков кенгуру»
- 3) [+]непрерывное сливное поражение слизистой оболочки только толстой кишки с образованием язв и эрозий
- 4) [-]терминальный илеит

5) [-]формирование гранулем

---

**606. Неспецифический язвенный колит характеризуется:**

- 1) [+]повторным появлением разжиженного стула с примесью крови и слизи
- 2) [-]выраженным абдоминальным болевым синдромом
- 3) [-]повторной рвотой
- 4) [-]иррадиацией болей в поясничную область
- 5) [-]развитием синдрома мальабсорбции

---

**607. Причиной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей может быть:**

- 1) [-]Инфекционно-воспалительная патология мочевыделительной системы
- 2) [-]Рахит
- 3) [+]Недостаточность нижнего пищеводного сфинктера
- 4) [-]Неревматический кардит
- 5) [-]Иммунодефицитное состояние

---

**608. Медикаментозная терапия гастроэзофагеальной болезни у детей предусматривает использование:**

- 1) [-]антибиотиков широкого спектра действия
- 2) [-]внутривенных иммуноглобулинов
- 3) [+]антисекреторных средств и прокинетиков
- 4) [-]нестероидных противовоспалительных средств
- 5) [-]витамина D

---

**609. Клиническая картина функциональной**

## **диспепсии у детей включает:**

- 1) [-]судороги;
- 2) [-]длительный субфебрилитет;
- 3) [-]артралгии;
- 4) [-]экзантему;
- 5) [+]отсутствие признаков органического поражения желудка на макроструктурном и гистологическом уровнях.

---

## **610. Показаниями к проведению медикаментозной антихеликобактерной терапии у детей являются:**

- 1) [-]очаговые поверхностные изменения слизистой оболочки желудка;
- 2) [-]наличие в семье больных желчнокаменной болезнью;
- 3) [-]гемолитическая анемия;
- 4) [+]эрозивные поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки;
- 5) [-]сахарный диабет.

---

## **611. В патогенезе язвенной болезни у детей имеют значение:**

- 1) [-]повышенная интенсивность муцинообразования слизистой оболочки;
- 2) [+]повышение кислотно-пептической агрессии;
- 3) [-]инфицирование *Campylobacter*;
- 4) [-]пониженное количество гастрино-гистаминоподуцирующих клеток;
- 5) [-]повышение секреции бикарбонатов в антральном отделе желудка.



**612. Выявление инфицированности Helicobacter pylori включает:**

- 1) [-]рентгенографию желудка;
  - 2) [-]электрогастрографию;
  - 3) [+]уреазный тест;
  - 4) [-]копрологическое исследование;
  - 5) [-]бактериологическое исследование кала.
- 

**613. Медикаментозная терапия язвенной болезни у детей предусматривает использование:**

- 1) [-]препаратов 5-аминосалициловой кислоты;
  - 2) [-]препаратов урсodeоксихолевой кислоты;
  - 3) [-]празиквантела;
  - 4) [+]ингибиторов протонной помпы;
  - 5) [-]регидрона.
- 

**614. Провоцирующими факторами формирования дисфункциональных расстройств билиарного тракта у детей являются:**

- 1) [-]вегетарианство;
  - 2) [-]врожденные пороки сердца;
  - 3) [+]кишечные паразитозы /лямблиоз, аскаридоз/;
  - 4) [-]инфекционный мононуклеоз;
  - 5) [-]тромбоцитопатии.
- 

**615. Диагностика дисфункциональных расстройств билиарного тракта включает:**

- 1) [-]определение уровня кальция и фосфора в сыворотке крови;

- 2) [-]определение количества эластазы в кале;
  - 3) [-]проведение дыхательного хелик-теста;
  - 4) [+]УЗИ с функциональной пробой;
  - 5) [-]ирригографию.
- 

**616. Лечение гипотонически-гипокинетического типа дисфункциональных расстройств билиарного тракта предусматривает:**

- 1) [-]ограничение физических нагрузок;
  - 2) [-]назначение миотропных спазмолитиков;
  - 3) [+]электрофорез с сернокислой магнезией на область правого подреберья;
  - 4) [-]прием внутрь гидрокарбонатно-хлоридно-натриевых вод низкой минерализации;
  - 5) [-]прием внутрь отвара ромашки.
- 

**617. Лечение приступа желчной колики включает использование:**

- 1) [-]витамина Д внутрь;
  - 2) [+]спазмолитиков парентерально;
  - 3) [-]препаратов кальция внутрь;
  - 4) [-]бициллина-3 внутримышечно;
  - 5) [-]препаратов железа парентерально.
- 

**618. Диагностика хронического гепатита включает:**

- 1) [-]копрологическое исследование;
- 2) [-]определение уровня щелочной фосфатазы в сыворотке крови;

3) [+]определение серологических маркеров вирусов гепатита;

4) [-]оценку уровня артериального давления;

5) [-]тест с Д-ксилозой.

---

**619. Терапия хронического вирусного гепатита у детей предусматривает назначение:**

1) [+]препаратов интерферона;

2) [-]тетрациклина;

3) [-]блокаторов H1-гистаминорецепторов;

4) [-]вермокса;

5) [-]безглютеновой диеты.

---

**620. Клиническая картина гипертонического типа дискинезии толстой кишки включает:**

1) [-]упорные прогрессирующие запоры;

2) [+]схваткообразный характер абдоминальной боли с локализацией в нижних и нижнебоковых отделах живота;

3) [-]энкопрез в виде каломазания;

4) [-]по данным ирригографии толстая кишка расширена, опорожнение замедленно;

5) [-]по данным колодинамического исследования объем дистального отдела толстой кишки увеличен.

---

**621. Лечение гипотонической дискинезии толстой кишки у детей предусматривает:**

1) [-]исключение грубой клетчатки, прием пищи в теплом виде;

2) [+]антихолинэстеразные препараты;

3) [-]электрофорез с платифиллином;

4) [-]антациды;

5) [-]упражнения на расслабление.

---

**622. В основе патогенеза целиакии у детей имеет место :**

1) [-]Врожденная дисахаридазная недостаточность

2) [+]Стойкая непереносимость белков злаковых культур

3) [-]Кистофиброз поджелудочной железы

4) [-]Аллергия к белку коровьего молока

5) [-]Кишечная инфекция

---

**623. Важным диагностическим критерием неспецифического язвенного колита у детей является:**

1) [-]синдром рвот и срыгиваний;

2) [-]синдром холестаза;

3) [+]синдром гемоколита;

4) [-]экзантема;

5) [-]мерцательная аритмия.

---

**624. Эндоскопические и гистологические признаки неспецифического язвенного колита у детей включают:**

1) [-]стриктуры кишки;

2) [+]язвы слизистой оболочки поверхностные, неправильной формы;

3) [-]воспаление затрагивает все слои слизистой оболочки кишки;

4) [-]гранулемы;

5) [-]воспалительный процесс ограниченный, сегментарный, очаговый.

---

**625. Лечение неспецифического язвенного колита у детей предусматривает:**

- 1) [-]молочную диету;
  - 2) [+]сульфасалазин;
  - 3) [-]фенобарбитал;
  - 4) [-]ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента;
  - 5) [-]инсулин.
- 

**626. Методы диагностики дисбактериоза кишечника включают:**

- 1) [-]желудочное зондирование;
  - 2) [-]ирригографию;
  - 3) [+]бактериологическое исследование состава фекалий;
  - 4) [-]определение уровня сывороточного железа;
  - 5) [-]реакцию Грегерсена /кал на скрытую кровь/.
- 

**627. К пробиотическим препаратам на основе лактобактерий относится:**

- 1) [-]пробифор;
  - 2) [-]биофлор;
  - 3) [+]витафлор;
  - 4) [-]биоспорин;
  - 5) [-]энтерол.
- 

**628. К антацидным препаратам относится:**

- 1) [-]гастрофарм
- 2) [-]дюспаталин

3) [-]мебеверин

4) [+]маалокс

5) [-]омепразол

---

**629. К антисекреторным препаратам из группы блокаторов вторых гистаминовых рецепторов относятся:**

1) [-]фосфалугель

2) [-]рабепразол

3) [-]амоксициллин

4) [+]квamatел

5) [-]одестон

---

**630. К антисекреторным препаратам из группы блокаторов протонной помпы относятся:**

1) [-]фамотидин

2) [-]денол

3) [-]вентер

4) [+]омепразол

5) [-]трибимол

---

**631. К пленкообразующим препаратам / репаратантам/ относятся:**

1) [+]денол

2) [-]вермокс

3) [-]альбендазол

4) [-]трихопол

5) [-]аллохол

**632. К системным антацидным препаратам относятся:**

- 1) [+] гидрокарбонат натрия
  - 2) [-] маалокс
  - 3) [-] фосфалугель
  - 4) [-] магалфил
  - 5) [-] альмагель
- 

**633. Какова оптимальная длительность курса эрадикации хеликобактерной инфекции у детей?**

- 1) [-] 3 недели
  - 2) [-] 5 дней
  - 3) [-] 7 дней
  - 4) [+] 10 дней
  - 5) [-] 20 дней
- 

**634. Какие методы не применяются для диагностики хеликобактерной инфекции?**

- 1) [-] серологические
  - 2) [-] ПЦР кала
  - 3) [-] уреазный тест
  - 4) [-] гистоморфологическое исследование биотатов слизистой оболочки желудка
  - 5) [+] рентгеновские
- 

**635. Какие препараты используют в схемах эрадикации хеликобактерной инфекции?**

- 1) [-] билтрицид
- 2) [-] вермокс

3) [-]адвантан

4) [+]амоксициллин

5) [-]беродуал

---

**636. Укажите факторы, незначимые в патогенезе язвенной болезни:**

1) [-]гиперхлоргидрия

2) [+]гиперхолестеринемия

3) [-]нарушение регенерации слизистой оболочки

4) [-]нарушения микроциркуляции

5) [-]гиперпепсиногенемия

---

**637. Назовите симптом, характерный для типичной формы ГЭРБ:**

1) [-]рецидивирующий синусит

2) [-]кардиалгии

3) [+]изжога

4) [-]кариес

5) [-]рецидивирующая бронхолегочная патология

---

**638. Какой препарат относят к прокинетикам?**

1) [-]амоксициллин

2) [-]макмирор

3) [+]мотилиум

4) [-]альбендазол

5) [-]рифаксимин

---

**639. Какой метод не используют для диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни?**



- 1) [-]ФЭГДС
  - 2) [-]суточный мониторинг рН в пищеводе
  - 3) [+]проба Сулковича
  - 4) [-]пищеводная манометрия
  - 5) [-]импедансометрия пищевода
- 

**640. Какой метод не используют для диагностики аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы?**

- 1) [-]рентгенография пищевода и желудка в позе Тренделенбурга
  - 2) [-]ФЭГДС
  - 3) [+]гистоморфологическое исследование биоптатов слизистой оболочки пищевода
  - 4) [-]импедансометрия пищевода
  - 5) [-]пищеводная манометрия
- 

**641. Какой метод не используют для диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни?**

- 1) [-]ФЭГДС
  - 2) [-]гистоморфологическое исследование биоптатов слизистой оболочки пищевода
  - 3) [+]кал на реакцию Грегерсена
  - 4) [-]рентгенография пищевода и желудка в позе Тренделенбурга
  - 5) [-]суточный мониторинг рН в пищеводе
- 

**642. Чем опасно развитие метаплазии слизистой оболочки пищевода при**

## гастроэзофагеальной рефлюксной болезни?

- 1) [+]Малигнизацией
- 2) [-]Развитием атрофии
- 3) [-]Вирусным поражением пищевода
- 4) [-]Развитием гипотонии пищевода
- 5) [-]Развитием гипотрофии

---

## 643. Какое осложнение НЕ характерно для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни?

- 1) [+]Атрезия пищевода
- 2) [-]Аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- 3) [-]Кишечная метаплазия слизистой оболочки пищевода
- 4) [-]Пептическая язва пищевода
- 5) [-]Халазия кардии

---

## 644. Какие побочные явления характерны для препаратов из группы блокаторов H<sub>2</sub> гистаминовых рецепторов

- 1) [-]анемия
- 2) [+]синдром отмены с развитием гиперхлоргидрии
- 3) [-]запоры
- 4) [-]боли в правом подреберье
- 5) [-]боли в левом подреберье

---

## 645. Какие существуют показания для назначения месалазина?

- 1) [+]Неспецифический язвенный колит
- 2) [-]Функциональный запор
- 3) [-]Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

4) [-]Хронический гастрит

5) [-]Язвенная болезнь желудка

---

**646. Частота мочеиспусканий в сутки у детей в возрасте одного года составляет:**

1) [-]более 25 раз

2) [-]20 - 25 раз

3) [+]15 - 16 раз

4) [-]20 -30 раз

5) [-]5 - 6 раз

---

**647. Относительная плотность мочи у детей первого полугодия жизни составляет:**

1) [+]1,002 - 1,010

2) [-]1,010 - 1,015

3) [-]1,015 – 1,020

4) [-]1,011 – 1,022

5) [-]1,012 – 1,025

---

**648. Для детей какого возраста свойственно внепочечное положение лоханок:**

1) [+]для детей грудного возраста

2) [-]для детей раннего детства

3) [-]для детей старшего школьного возраста

4) [-]для детей 1 – го периода детства /дошкольного возраста/

5) [-]для детей младшего школьного возраста

---

**649. В каком возрасте у детей емкость мочевого пузыря составляет 200-250 мл?**

- 1) [-]у новорожденных
  - 2) [-]у детей первого года жизни
  - 3) [-]у детей раннего возраста
  - 4) [-]у детей дошкольного возраста
  - 5) [+]у детей школьного возраста
- 

**650. Размеры клубочков и их фильтрационная способность продолжают увеличиваться у детей**

- 1) [-]первого года жизни
  - 2) [-]до 5 лет
  - 3) [-]до 10 лет
  - 4) [-]до 15 лет
  - 5) [+]до 18 – 19 лет
- 

**651. Суточный диурез у ребёнка в возрасте одного года составляет:**

- 1) [-]250 мл.
  - 2) [+]400 мл.
  - 3) [-]700 мл.
  - 4) [-]1000 мл.
  - 5) [-]более 1000 мл.
- 

**652. Основным выделительным органом во внутриутробном периоде жизни ребёнка является:**

- 1) [-]кожа
- 2) [-]слизистые оболочки дыхательных путей
- 3) [+]плацента
- 4) [-]почки

5) [-]желудочно – кишечный тракт

---

**653. При умеренно выраженной протеинурии выделение белка в сутки с мочой составляет:**

- 1) [-]0,02 – 0,05 г/сутки
  - 2) [-]0,05 – 0,10 г/сутки
  - 3) [-]0,15 – 0,50 г/сутки
  - 4) [+]0,5 – 1,0 г/сутки
  - 5) [-]2,0 – 3,0 г/сутки
- 

**654. При каком из нижеперечисленных заболеваний можно думать о клубочковой протеинурии:**

- 1) [+]Болезнь Альпорта
  - 2) [-]хронический пиелонефрит
  - 3) [-]интерстициальный нефрит
  - 4) [-]инфекция мочевыводящих путей
  - 5) [-]острый пиелонефрит
- 

**655. Минимальный диурез, свидетельствующий об олигурии у ребёнка 7 лет составляет менее:**

- 1) [-]20 мл/сутки
  - 2) [+]250 мл/сутки
  - 3) [-]400 мл/сутки
  - 4) [-]500 мл/сутки
  - 5) [-]1000 мл/сутки
- 

**656. Среди заболеваний мочевыделительной системы у детей наиболее часто встречаются:**

- 1) [-]острый постстрептококковый гломерулонефрит
  - 2) [-]липидный нефроз
  - 3) [-]хронический гломерулонефрит
  - 4) [+]инфекции мочевыделительной системы и пиелонефрит
  - 5) [-]тубулопатии
- 

**657. Наиболее частым возбудителем пиелонефрита являются:**

- 1) [-]клебсиелла
  - 2) [+]кишечная палочка
  - 3) [-]микоплазма
  - 4) [-]эпидермальный стафилококк
  - 5) [-]гемолитический стрептококк
- 

**658. Хроническим пиелонефрит можно считать в случаях, когда клинические и лабораторные признаки его наблюдаются:**

- 1) [-]в течение 3 – 4 месяцев
  - 2) [-]в течение 6 месяцев
  - 3) [-]в течение 6 – 8 месяцев
  - 4) [-]в течение 8 – 10 месяцев
  - 5) [+]более 12 месяцев
- 

**659. В анализах мочи при инфицировании мочевыделительной системы характерны изменения в виде:**

- 1) [-]гематурии
- 2) [-]протеинурии
- 3) [+]лейкоцитурии

4) [-]цилиндрурии

5) [-]оксалурии

---

**660. Дифференциальный диагноз острого пиелонефрита следует в первую очередь проводить с:**

1) [-]острым постстрептококковым гломерулонефритом

2) [+]инфекцией мочевыводящих путей

3) [-]интерстициальным нефритом

4) [-]обострением хронического гломерулонефрита

5) [-]рефлюкс – нефропатией

---

**661. Какой из ниже перечисленных признаков Вы считаете наиболее важным для дифференциального диагноза между пиелонефритом и инфекцией нижних отделов мочевых путей?**

1) [-]наличие лейкоцитурии и бактериурии

2) [-]боли в животе

3) [-]частые мочеиспускания

4) [-]появление ночного энуреза

5) [+]снижение относительной плотности мочи

---

**662. Какой из диагностических методов является наиболее информативным для диагноза пузырно – мочеточникового рефлюкса:**

1) [-]УЗИ – диагностика

2) [-]посев мочи на микробное число и флору

3) [-]изотопная ренография

4) [-]в/венная урография

5) [+]восходящая цистография

---

**663. К факторам, которые могут непосредственно участвовать в формировании нейрогенных дисфункций мочевого пузыря, НЕ относится:**

1) [-]недостаточность супраспинального торможения спинальных центров регуляции мочеиспускания

2) [-]несинхронное развитие /созревание/ систем регуляции акта мочеиспускания

3) [-]нарушение чувствительности рецепторов мочевого пузыря

4) [-]нарушение биоэнергетики детрузора

5) [+]дизэмбриогенез почечной ткани

---

**664. Стартовой медикаментозной терапией пиелонефрита в остром периоде является назначение:**

1) [-]нитрофурановых препаратов

2) [-]нитроксолина /5-НОК/

3) [+]антибиотиков широкого спектра действия

4) [-]препаратов налидиксовой кислоты

5) [-]препаратов растительного происхождения

---

**665. Диспансерное наблюдение за детьми, перенёсших острый пиелонефрит, продолжается:**

1) [-]в течение одного года

2) [+]в течение трёх лет

3) [-]в течение пяти лет



4) [-] сразу после выздоровления снимается с учёта

5) [-] до перевода во взрослую сеть здравоохранения

---

**666. Острый гломерулонефрит чаще встречается в возрасте:**

1) [-] От 1 года до 3-х лет

2) [-] 4 – 5-ти лет жизни

3) [-] 6 – 7 лет жизни

4) [-] 8–9 лет жизни

5) [+] старше 10 - 12 лет

---

**667. Развитию острого гломерулонефрита может предшествовать:**

1) [+] импетиго

2) [-] дизентерия

3) [-] острая пневмония

4) [-] острый или хронический пиелонефрит

5) [-] острая менингококковая инфекция

---

**668. Острый гломерулонефрит может развиваться через:**

1) [-] 3 – 4 дня после острого стрептококкового заболевания носоглотки /ангины, скарлатины/

2) [+] 10 -14 дней после острого стрептококкового заболевания носоглотки /ангины, скарлатины/

3) [-] 3 недели после острого стрептококкового заболевания носоглотки /ангины, скарлатины/

4) [-] 1 –2 дня после острого стрептококкового заболевания носоглотки /ангины, скарлатины/

5) [-] 1 месяц после острого стрептококкового заболевания

**669. Какой из нижеперечисленных симптомов при остром гломерулонефрите не являются экстраренальным:**

- 1) [-]симптомы интоксикации
  - 2) [-]отёчный синдром
  - 3) [+]изменения цвета мочи – покраснение её
  - 4) [-]гипертензионный синдром
  - 5) [-]изменение глазного дна
- 

**670. Какой из нижеперечисленных ренальных симптомов является обязательным в клинике острого гломерулонефрита:**

- 1) [-]боли в животе
  - 2) [-]олигурия
  - 3) [+]гематурия
  - 4) [-]боли в области поясницы
  - 5) [-]выраженная протеинурия
- 

**671. У детей раннего и дошкольного возраста острый гломерулонефрит чаще протекает:**

- 1) [-]с гипертензионным синдромом
  - 2) [-]с нарушением зрения
  - 3) [-]с изменениями на глазном дне
  - 4) [+]с нефротическим синдромом
  - 5) [-]с выраженной изолированной гематурией
- 

**672. С каким из ниже перечисленных заболеваний можно не дифференцировать**

## **острый гломерулонефрит?:**

- 1) [-]с быстро прогрессирующим гломерулонефритом
- 2) [-]с дисметаболическими нефропатиями
- 3) [+]с ночным недержанием мочи
- 4) [-]с интерстициальным нефритом
- 5) [-]с тромбоцитопатиями

---

## **673. Стартовая терапия острого гломерулонефрита включает обязательно:**

- 1) [-]ЛФК
- 2) [-]массаж
- 3) [-]диуретики
- 4) [+]антибактериальную терапию
- 5) [-]консервативную санацию очагов инфекции

---

## **674. Для какого заболевания почек характерно обнаружение в крови (моче, слюне) повышенного уровня Ig A?:**

- 1) [-]острый гломерулонефрит
- 2) [-]хронический гломерулонефрит /гематурический вариант/
- 3) [+]Болезнь Берже
- 4) [-]Синдром Альпорта
- 5) [-]транзиторная микроскопическая гематурии

---

## **675. Противопоказанием для назначения глюкокортикоидов является:**

- 1) [-]выраженный отёчный синдром
- 2) [-]выраженная протеинурия

3) [-]признаки почечной недостаточности

4) [-]стойкий гипертензионный синдром

5) [+]опухоли почек

---

**676. Какое содержание белка в крови можно считать средней степени тяжёлым при гипоальбуминуемии у детей с нефротическим синдромом ?:**

1) [-]уровень альбумина в пределах 30 г/л

2) [+]уровень альбумина в пределах 20 - 25 г/л

3) [-]уровень альбумина в пределах 20 - 15 г/л

4) [-]уровень альбумина в пределах 15 - 10 г/л

5) [-]уровень альбумина в пределах

---

**677. Какой из нижеперечисленных факторов можно исключить как наиболее вероятную причину развития идиопатического нефротического синдрома у детей ?:**

1) [-]наследственная предрасположенность, в том числе, к развитию аллергических заболеваний

2) [+]рахит

3) [-]профилактические прививки

4) [-]латентно протекающие вирусные, стрептококковые инфекции, токсоплазмоз

5) [-]длительный приём противосудорожных препаратов

---

**678. Гиповолемический шок у детей с нефротическим синдромом возможен при уровне белка в крови:**

1) [-]25 г/л

- 2) [-]20 г/л
  - 3) [-]15 г/л
  - 4) [-]10 г/л
  - 5) [+]
- 

**679. Какой из нижеперечисленных признаков заболеваний можно считать не характерным для течения генуинного нефротического синдрома у детей раннего возраста ?:**

- 1) [-]олигурия
  - 2) [-]протеинурия
  - 3) [-]отёки
  - 4) [-]быстрый эффект от применения глюкокортикоидов
  - 5) [+]гипертензионный синдром
- 

**680. Какой из нижеперечисленных признаков не является обязательным показанием к биопсии почек при нефротическом синдроме у детей:**

- 1) [-]неэффективный курс преднизолонотерапии в течение двух месяцев
  - 2) [-]наличие у больного стойких признаков нефритического синдрома /гематурии, гипертензии, азотемии/
  - 3) [+]выраженная протеинурия /более 1 г/кв.м поверхности тела в сутки/ и отёки у ребёнка в возрасте от 1 года до 7 лет
  - 4) [-]снижение уровня С3 – компонента в сыворотке крови
  - 5) [-]наличие в семье ребёнка нескольких больных с нефропатиями
- 

**681. Основной патогенетической терапией при нефротическом синдроме у детей является**

## **использование:**

- 1) [-]бессолевой диеты с ограничением жидкости
  - 2) [-]в/венное введение реополиглюкина или раствора альбумина
  - 3) [+]назначение глюкокортикоидов
  - 4) [-]назначение диуретиков
  - 5) [-]назначение антибиотиков
- 

## **682. Диспансерное наблюдение за детьми, перенёвшими генуинный идиопатический синдром, проводится:**

- 1) [-]в течение одного года
  - 2) [-]в течение 3-х лет
  - 3) [-]в течение 5-и лет
  - 4) [-]в течение 8 – 10 лет
  - 5) [+]до перевода ребёнка под наблюдение взрослой поликлиники
- 

## **683. При диспансерном наблюдении детей, перенёвших идиопатический нефротический синдром, НЕ рекомендуется:**

- 1) [-]анализы мочи и измерения АД – реже 1 раза в квартал в последующие 2 года после выписки из стационара
- 2) [-]консультации стоматолога и отоларинголога реже двух раз в год
- 3) [-]анализы мочи при интеркуррентных заболеваниях
- 4) [+]введение иммуноглобулина
- 5) [-]проведение профилактических прививок по эпидемиологическим показаниям

**684. При хронической почечной патологии наследственные и врождённые заболевания почек диагностируются:**

- 1) [-]в 1% - 5% случаях
  - 2) [-]в 5% - 10% случаях
  - 3) [-]в 10% - 20% случаях
  - 4) [+]в 20% - 35% случаях
  - 5) [-]в более чем 35% случаях
- 

**685. Гидронефроз можно считать первичным, если он обусловлен:**

- 1) [-]развитием опухолевого процесса в области почек
  - 2) [-]наличием конкрементов в мочевыводящих путях
  - 3) [-]развитием воспалительного процесса в области почек
  - 4) [+]наличием гипоплазии мочеточника
  - 5) [-]развитием везикулоуретрального рефлюкса
- 

**686. Отставание в физическом развитии ребенка характерно для:**

- 1) [+]Хронической почечной недостаточности
  - 2) [-]Острого пиелонефрита
  - 3) [-]Пузырно-мочеточникового рефлюкса
  - 4) [-]Одностороннего гидронефроза
  - 5) [-]Инфекции мочевыводящих путей
- 

**687. Наиболее распространённой формой врождённой аномалии развития почек является:**

- 1) [-]односторонняя агенезия почки
- 2) [-]гипоплазия почек

3) [+]удвоение почки

4) [-]нефроптоз – односторонний или двусторонний

5) [-]кистозная болезнь почек

---

**688. Какое из ниже перечисленных заболеваний нельзя считать тубулопатией?:**

1) [-]гликозурия почечная

2) [-]фосфат – диабет

3) [+]гипоталамический несахарный диабет

4) [-]синдром Фанкони – Дебре – де Тони

5) [-]почечный тубулярный ацидоз

---

**689. Какой из ниже перечисленных признаков не является характерным для острой почечной недостаточности:**

1) [-]олигурия или анурия

2) [-]нарастающая азотемия

3) [-]электролитный дисбаланс

4) [-]декомпенсированный метаболический ацидоз

5) [+]задержка процессов роста тела ребёнка

---

**690. Какая причина не является доминирующей в развитии острой почечной недостаточности у детей дошкольного и школьного возраста?:**

1) [-]интерстициальный нефрит

2) [-]бактериальные поражения почек

3) [+]тяжёлая асфиксия и синдром дыхательных расстройств

4) [-]ожоговый или травматический шок



**691. Какой из ниже перечисленных признаков не является характерным для олигоанурической стадии острой почечной недостаточности?:**

- 1) [-]резкое снижение диуреза
  - 2) [-]нарушение ритма и проводимости сердца
  - 3) [+]высокая относительная плотность мочи
  - 4) [-]тошнота, рвота
  - 5) [-]судорожный синдром
- 

**692. Какой из ниже перечисленных признаков не характерен в начальной стадии выздоровления при острой почечной недостаточности?::**

- 1) [+]полиурия
  - 2) [-]гипо-изостенурия
  - 3) [-]анемия
  - 4) [-]никтурия
  - 5) [-]мышечная слабость
- 

**693. Какой из ниже перечисленных признаков биохимических исследований не является характерным для диагноза острой почечной недостаточности?:**

- 1) [-]азотемия
- 2) [-]гиперкалиемия
- 3) [+]гиперкальциемия
- 4) [-]гипохлоремия

5) [-]метаболический ацидоз

---

**694. В олигурической стадии острой почечной недостаточности альтернативным методом терапии является:**

1) [-]внутривенное введение альбумина

2) [-]переливание компонентов крови

3) [-]плазмаферез

4) [+]гемодиализ

5) [-]внутривенное введение изотонического раствора натрия хлорида

---

**695. Для детей до 5 лет наиболее частой причиной хронической почечной недостаточности является:**

1) [+]врождённые аномалии почек

2) [-]хронический гломерулонефрит

3) [-]гемолитико-уремический синдром

4) [-]хронический цистит

5) [-]фокальный сегментарный гломерулосклероз

---

**696. Проведение гемодиализа при хронической почечной недостаточности показано при уровне креатинина в сыворотке крови:**

1) [-]не больше 0,250 ммоль/л

2) [-]не больше 0,320 ммоль/л

3) [-]не больше 0,528 ммоль/л

4) [+]больше 0,528 ммоль/л

5) [-]не больше 0,480 ммоль/л

## 697. Диагноз энурез можно ставить детям

- 1) [-]в возрасте одного года жизни
- 2) [-]в возрасте двух лет
- 3) [-]в течение второго полугодия жизни
- 4) [+]начиная с 5 – 6-го года жизни
- 5) [-]в возрасте 3 – 4-х лет

## 698. С какими болезнями сердечно-сосудистой системы наиболее часто сталкивается педиатр:

- 1) [-]опухольями сердца
- 2) [-]ревматической лихорадкой
- 3) [-]ишемической болезнью сердца
- 4) [+]функциональными заболеваниями сердца
- 5) [-]поражениями сердца при наследственных болезнях и синдромах

## 699. «Основным вопросом» детской кардиологии следует считать:

- 1) [+]выявление врожденных пороков сердца
- 2) [-]физиотерапевтическое лечение
- 3) [-]социологические исследования
- 4) [-]фундаментальные исследования в области атеросклероза
- 5) [-]медико-генетическое консультирование

## 700. Для выявления функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы у детей, прежде всего, необходимо провести:

- 1) [-]биохимический анализ крови

- 2) [-]рентгенографию органов грудной клетки
  - 3) [+]электрокардиографию
  - 4) [-]электрофизиологическое исследование сердца
  - 5) [-]магнитно-резонансную томографию сердца
- 

**701. Какое количество дополнительных коммуникаций для кровотока существует в норме при фетальном кровообращении:**

- 1) [-]три
  - 2) [-]четыре
  - 3) [-]пять
  - 4) [+]шесть
  - 5) [-]восемь
- 

**702. Боли в области сердца у детей чаще обусловлены:**

- 1) [-]заболеваниями сердца
  - 2) [-]артериальной гипертензией
  - 3) [+]нейрогенными факторами
  - 4) [-]наследственными заболеваниями
  - 5) [-]онкологическими заболеваниями
- 

**703. Частота сердечных сокращений у здорового ребенка 5-ти лет составляет:**

- 1) [-]140 уд./мин
- 2) [-]120 уд./мин
- 3) [+]100 уд./мин
- 4) [-]80 уд./мин
- 5) [-]60 уд./мин

**704. Соотношение частоты дыхания и частоты сердечных сокращений у здорового ребенка раннего возраста составляет:**

- 1) [-]1 / 2,5
- 2) [+]1 / 3
- 3) [-]1 / 4
- 4) [-]1 / 5
- 5) [-]1 / 6

---

**705. Для органического шума сердца характерно:**

- 1) [-]интенсивность 1–2-й степени
- 2) [-]изменчивость при физической нагрузке
- 3) [-]непостоянность
- 4) [-]локализация в пределах границ сердца
- 5) [+]возникновение в период диастолы сердца

---

**706. При измерении артериального давления данную процедуру необходимо провести:**

- 1) [-]один раз
- 2) [-]два раза
- 3) [+]три раза
- 4) [-]четыре раза
- 5) [-]пять раз

---

**707. К формированию врожденных аномалий сердца приводит воздействие тератогенных факторов на следующем сроке внутриутробного развития:**

- 1) [+]до 10 недель
  - 2) [-]20–25 недель
  - 3) [-]25–30 недель
  - 4) [-]30–35 недель
  - 5) [-]35–40 недель
- 

**708. Какой термин соответствует понятию «врожденный порок сердца»:**

- 1) [-]кардиомиопатия
  - 2) [-]бластопатия
  - 3) [+]эмбриопатия
  - 4) [-]фетопатия
  - 5) [-]гистопатология
- 

**709. Резкое увеличение пульсового давления является одним из симптомов:**

- 1) [-]артериальной гипертензии
  - 2) [-]артериальной гипотензии
  - 3) [+]недостаточности аортального клапана
  - 4) [-]стеноза аортального клапана
  - 5) [-]коарктации аорты
- 

**710. Необходимое исследование при подозрении на врожденный порок сердца, проводимое на догоспитальном этапе:**

- 1) [-]кардиоинтервалография
- 2) [-]холтеровское мониторирование ЭКГ
- 3) [+]эхокардиография
- 4) [-]электрофизиологическое исследование

5) [-]биопсия эндокарда

---

**711. При болезни Толочинова-Роже оперативная коррекция:**

- 1) [+]не показана
  - 2) [-]показана срочная операция
  - 3) [-]проводится в возрасте 5 лет
  - 4) [-]проводится в возрасте 10 лет
  - 5) [-]проводится во взрослом возрасте
- 

**712. При дефекте межжелудочковой перегородки органический шум сердца наиболее выражен:**

- 1) [-]на верхушке сердца
  - 2) [-]во втором межреберье справа у грудины
  - 3) [+]в третьем-четвертом межреберье слева у грудины
  - 4) [-]на крупных сосудах шеи
  - 5) [-]в эпигастральной области
- 

**713. При дефекте межпредсердной перегородки систолический шум обусловлен:**

- 1) [-]сбросом крови через дефект межпредсердной перегородки
  - 2) [-]относительной недостаточностью митрального клапана
  - 3) [-]относительной недостаточностью трехстворчатого клапана
  - 4) [+]относительным стенозом легочной артерии
  - 5) [-]относительным стенозом устья аорты
- 

**714. Незаращение овального отверстия**

**является:**

- 1) [+]вариантом индивидуальной нормы
  - 2) [-]врожденным пороком сердца
  - 3) [-]приобретенным заболеванием
  - 4) [-]осложнением нейроциркуляторной дисфункции
  - 5) [-]следствием отставания в физическом развитии
- 

**715. При открытом артериальном протоке наиболее типичен шум:**

- 1) [-]систолический во втором межреберье слева у грудины
  - 2) [-]систолический на верхушке сердца
  - 3) [-]систолический в левой аксиллярной области
  - 4) [+]систо-диастолический во втором межреберье слева у грудины
  - 5) [-]диастолический во втором межреберье справа у грудины
- 

**716. Симптомом изолированного стеноза легочной артерии является:**

- 1) [-]выраженная брадикардия
  - 2) [+]одышка
  - 3) [-]цианоз
  - 4) [-]повышение пульсового давления
  - 5) [-]систолический шум на верхушке сердца
- 

**717. Для тетрады Фалло наиболее характерным клиническим признаком является:**

- 1) [-]в анамнезе частые бронхиты и пневмонии
- 2) [+]цианоз



- 3) [-]расщепление второго тона на легочной артерии
  - 4) [-]артериальная гипертензия
  - 5) [-]сглаженная талия сердца на рентгенограмме
- 

### **718. Комплекс Эйзенменгера включает в себя:**

- 1) [-]дефект межпредсердной перегородки
  - 2) [-]стеноз легочной артерии
  - 3) [-]гипертрофию левого желудочка
  - 4) [+]легочную гипертензию
  - 5) [-]артериальную гипотензию
- 

### **719. При каком врожденном пороке сердца не наблюдается легочная гипертензия:**

- 1) [+]изолированном стенозе легочной артерии
  - 2) [-]открытом артериальном протоке
  - 3) [-]дефекте межжелудочковой перегородки
  - 4) [-]дефекте межпредсердной перегородки
  - 5) [-]транспозиции магистральных сосудов
- 

### **720. При стенозе устья аорты выслушивают:**

- 1) [-]мягкий систолический шум во 2-м межреберье слева от грудины
- 2) [-]грубый систоло-диастолический шум на основании сердца
- 3) [+]грубый систолический шум во 2-м межреберье справа от грудины
- 4) [-]грубый систолический шум на верхушке сердца
- 5) [-]диастолический шум во 2-ом межреберье справа от грудины

**721. Артериальная гипертензия характерна для следующего врожденного порока сердца:**

- 1) [-]стеноза аорты
  - 2) [+]коарктации аорты
  - 3) [-]стеноза легочной артерии
  - 4) [-]дефекта межжелудочковой перегородки
  - 5) [-]открытого артериального протока
- 

**722. При изолированной коарктации аорты в типичном месте одной из жалоб ребенка является:**

- 1) [-]боли в грудной клетке при глубоком вдохе
  - 2) [-]боли в области левой лопатки, иррадиирующие в левую верхнюю конечность
  - 3) [-]боли в животе после еды
  - 4) [-]боли в пояснице при наклонах туловища
  - 5) [+]боли и слабость в ногах при ходьбе
- 

**723. При выявлении врожденного порока сердца, ребенка обязательно должен проконсультировать:**

- 1) [-]педиатр
  - 2) [-]терапевт
  - 3) [-]хирург
  - 4) [+]кардиохирург
  - 5) [-]патологоанатом
- 

**724. В какую фазу течения врожденного порока сердца показано плановое оперативное лечение:**

- 1) [-]в фазу первичной адаптации
  - 2) [+]в фазу относительной компенсации
  - 3) [-]в фазу декомпенсации
  - 4) [-]при комплексе Эйзенменгера
  - 5) [-]сразу, при выявлении врожденного порока сердца
- 

**725. Наиболее грозным осложнением врожденных пороков сердца с гемодинамически значимым обогащением малого круга кровообращения является:**

- 1) [-]нарушение ритма сердца
  - 2) [-]артериальная гипертензия
  - 3) [+]легочная гипертензия
  - 4) [-]инсульт
  - 5) [-]ишемия миокарда
- 

**726. Выраженность клинической симптоматики при тетраде Фалло в большей степени зависит от:**

- 1) [-]площади дефекта межжелудочковой перегородки
  - 2) [-]площади дефекта межпредсердной перегородки
  - 3) [-]степени гипертрофии правого желудочка
  - 4) [-]степени декстропозиции аорты
  - 5) [+]степени стеноза легочной артерии
- 

**727. Диагностически значимым симптомом миокардита у детей является:**

- 1) [-]повышение артериального давления
- 2) [-]свистящие хрипы в легких
- 3) [+]появление систолического шума в области верхушки

сердца

- 4) [-]увеличение звучности тонов сердца
- 5) [-]фебрильная лихорадка с ознобами

---

**728. Для инфекционно-токсической фазы инфекционного эндокардита характерен шум:**

- 1) [+]«дующего» характера
- 2) [-]«грохочущего» характера
- 3) [-]«жужжащего» характера
- 4) [-]«машинного» характера
- 5) [-]«опоясывающего» характера

---

**729. Признаком гиподиастолии при перикардите у детей является:**

- 1) [-]легочная гипертензия
- 2) [-]артериальная гипотензия
- 3) [+]повышение венозного давления в системе верхней полой вены
- 4) [-]брадикардия
- 5) [-]брадипноэ

---

**730. Для функциональных нарушений ритма и проводимости сердца характерно:**

- 1) [-]прогрессирующее течение
- 2) [-]наличие жалоб и клинической симптоматики
- 3) [-]нарушение гемодинамики
- 4) [+]транзиторный характер
- 5) [-]признаки поражения сердца

---

**731. Для органических нарушений ритма и**

## **проводимости сердца характерно:**

- 1) [+]постоянный характер
  - 2) [-]отсутствие признаков поражения сердца
  - 3) [-]отсутствие жалоб
  - 4) [-]отсутствие клинической симптоматики
  - 5) [-]частые боли в животе
- 

## **732. Основной причиной тахикардии у детей является:**

- 1) [-]ваготония
  - 2) [+]симпатикотония
  - 3) [-]гипотиреоз
  - 4) [-]внутричерепная гипертензия
  - 5) [-]активное занятие спортом
- 

## **733. Брадикардию чаще встречают при:**

- 1) [-]лихорадке
  - 2) [-]дегидратации
  - 3) [-]тиреотоксикозе
  - 4) [+]повышении внутричерепного давления
  - 5) [-]лечении глюкокортикостероидами
- 

## **734. У детей наиболее часто встречают следующие экстрасистолы:**

- 1) [+]предсердные с неполной компенсаторной паузой
- 2) [-]атриовентрикулярные с неполной компенсаторной паузой
- 3) [-]желудочковые с полной компенсаторной паузой
- 4) [-]вставочные без компенсаторной паузы

5) [-]формирующие аллоритмию

---

**735. Причиной атриовентрикулярной блокады сердца чаще является:**

- 1) [-]симпатикотония
  - 2) [+]перенесенный ранее кардит
  - 3) [-]незаращение овального отверстия
  - 4) [-]артериальная гипертензия
  - 5) [-]синусовая брадикардия
- 

**736. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса у ребенка раннего возраста является:**

- 1) [+]вариантом возрастной нормы
  - 2) [-]признаком гипертрофии правого предсердия
  - 3) [-]признаком гипертрофии правого желудочка
  - 4) [-]признаком дисфункции атриовентрикулярного соединения
  - 5) [-]признаком симпатикотонии
- 

**737. Основным методом лечения блокад сердца в стадии декомпенсации является:**

- 1) [-]кардиотрофическая терапия
  - 2) [-]терапия сердечными гликозидами
  - 3) [-]терапия диуретическими средствами
  - 4) [+]электрокардиостимуляция
  - 5) [-]хирургическое лечение
- 

**738. Основным симптомом синдрома укороченного интервала PQ является:**

- 1) [-]головные боли

- 2) [+]приступы тахикардии
  - 3) [-]энурез
  - 4) [-]эпизоды брадикардии
  - 5) [-]боли в животе
- 

**739. Основным симптомом синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта является:**

- 1) [-]нарушение зрения
  - 2) [-]антимонголоидный разрез глаз
  - 3) [-]монголоидный разрез глаз
  - 4) [-]отставание в психомоторном развитии
  - 5) [+]приступы тахикардии
- 

**740. Инфекционным этиологическим фактором ревматической лихорадки является:**

- 1) [-]золотистый стафилококк
  - 2) [-]зеленящий стрептококк
  - 3) [-]альфа-гемолитический стрептококк
  - 4) [+]бета-гемолитический стрептококк
  - 5) [-]энтерококк
- 

**741. Характерной особенностью современного течения ревматической лихорадки у детей является:**

- 1) [-]выраженная клиническая манифестация
- 2) [-]яркая неврологическая симптоматика
- 3) [-]быстрое формирование приобретенных пороков сердца
- 4) [-]системность поражения
- 5) [+]латентное течение

**742. Осложнением ревматической лихорадки чаще является следующий приобретенный порок сердца:**

- 1) [+]недостаточность аортального клапана
  - 2) [-]недостаточность клапана легочной артерии
  - 3) [-]недостаточность трехстворчатого клапана
  - 4) [-]дефект межжелудочковой перегородки
  - 5) [-]дефект межпредсердной перегородки
- 

**743. Антибактериальным препаратом выбора при ревматической лихорадке является:**

- 1) [-]гентамицин
  - 2) [-]цефазолин
  - 3) [-]ципрофлоксацин
  - 4) [+]пенициллин
  - 5) [-]доксциклин
- 

**744. Наиболее часто встречающейся у детей иммунопатологической болезнью соединительной ткани является:**

- 1) [-]системная красная волчанка
  - 2) [+]ювенильный ревматоидный (идиопатический) артрит
  - 3) [-]дерматомиозит
  - 4) [-]склеродермия
  - 5) [-]системный васкулит
- 

**745. Суставной синдром при ювенильном ревматоидном /идиопатическом/ артрите не включает в себя:**



- 1) [-]артралгию при движении и пальпации
  - 2) [-]припухлость и повышение температуры кожи в области сустава
  - 3) [-]утреннюю скованность
  - 4) [+]отсутствие стойкой деформации сустава
  - 5) [-]стойкую деформацию сустава
- 

**746. Клинические критерии «системности» ювенильного ревматоидного /идиопатического/ артрита не включают в себя:**

- 1) [-]лихорадку
  - 2) [-]сыпь
  - 3) [-]лимфаденопатию
  - 4) [-]артралгию / артрит
  - 5) [+]синусит
- 

**747. Наличие полисерозита свидетельствует в пользу следующего варианта ювенильного ревматоидного /идиопатического/ артрита:**

- 1) [+]суставно-висцерального
  - 2) [-]олигоартикулярного I типа
  - 3) [-]олигоартикулярного II типа
  - 4) [-]полиартикулярного серонегативного
  - 5) [-]полиартикулярного серопозитивного
- 

**748. Препаратом выбора для проведения «пульс-терапии» ювенильного ревматоидного /идиопатического/ артрита является:**

- 1) [-]преднизолон

- 2) [-]дексаметазон
  - 3) [-]циклоспорин
  - 4) [+]метилпреднизолон
  - 5) [-]плаквенил
- 

**749. Основным препаратом для базисной терапии ювенильного ревматоидного / идиопатического/ артрита является:**

- 1) [-]вольтарен
  - 2) [-]супрастин
  - 3) [+]метотрексат
  - 4) [-]пенициллин
  - 5) [-]гепарин
- 

**750. Клиническая триада симптомов системной красной волчанки включает:**

- 1) [-]пневмонию, пиелонефрит, эндокардит
  - 2) [+]дерматит, артрит, полисерозит
  - 3) [-]лихорадку, геморрагии, лимфаденит
  - 4) [-]гепатоспленомегалию, кашель, потерю сознания
  - 5) [-]артрит, боли в животе, поражение кишечника
- 

**751. В структуре дисплазий соединительной ткани у детей чаще диагностируют:**

- 1) [-]хромосомные болезни
- 2) [-]генные болезни
- 3) [-]болезни с наследственной предрасположенностью / мультифакториальные/
- 4) [-]ненаследственные варианты

5) [+]недифференцированные синдромы дисплазии соединительной ткани

---

**752. Для синдрома Марфана не характерен следующий признак:**

- 1) [-]деформации скелета
  - 2) [-]гипоплазия мускулатуры
  - 3) [-]пролапс митрального клапана
  - 4) [+]дигестивный тип конституции
  - 5) [-]миопия
- 

**753. Изменения кожи при дисплазии соединительной ткани не включают в себя:**

- 1) [-]повышенную растяжимость
  - 2) [-]множественность пигментных пятен
  - 3) [+]иктеричность
  - 4) [-]очаги депигментации
  - 5) [-]гипертрихоз
- 

**754. Изменения костей при дисплазии соединительной ткани не включают в себя:**

- 1) [-]повышенную ломкость костей
  - 2) [+]признаки остеомиелита
  - 3) [-]деформации грудной клетки
  - 4) [-]сколиоз
  - 5) [-]ювенильный остеохондроз
- 

**755. В моче у больных с синдромом дисплазии соединительной ткани выявляют повышенное содержание:**

- 1) [-]уратов
  - 2) [-]креатинина
  - 3) [-]лигнина
  - 4) [+]оксипролина
  - 5) [-]ацетилцистеина
- 

**756. Признаком сердечной недостаточности не является:**

- 1) [-]холодные конечности
  - 2) [-]тахикардия
  - 3) [-]тахипноэ
  - 4) [-]гепатомегалия
  - 5) [+]краниотабес
- 

**757. Одной из основных причин миокардиальной сердечной недостаточности у новорожденных является:**

- 1) [-]стеноз устья аорты
  - 2) [+]асфиксия во время родов
  - 3) [-]трехпредсердное сердце
  - 4) [-]коарктация аорты
  - 5) [-]аорто-легочное соединение
- 

**758. Одной из основных причин гемодинамической сердечной недостаточности у новорожденных является:**

- 1) [-]кардиомиопатия
- 2) [-]аномальное отхождение левой коронарной артерии от легочной артерии

3) [-]миокардит

4) [+]крупный дефект межжелудочковой перегородки

5) [-]послеоперационная дисфункция сердечной мышцы

---

**759. Симптомом нарушения сердечной деятельности при сердечной недостаточности не является:**

1) [-]задержка физического развития

2) [-]потливость

3) [-]мраморность кожи

4) [-]холодные конечности

5) [+]акромегалия

---

**760. Препаратом выбора для увеличения сократительной способности миокарда при застойной сердечной недостаточности у детей является:**

1) [-]коргликон

2) [+]дигоксин

3) [-]строфантин

4) [-]фуросемид

5) [-]рибоксин

---

**761. Препаратом выбора для увеличения сократительной способности миокарда при острой сердечной недостаточности у детей является:**

1) [-]нитроглицерин

2) [-]гидралазин

3) [+]добутамин

4) [-]каптоприл

5) [-]солкосерил

---

**762. Препаратом выбора для уменьшения пред- и постнагрузки при длительном лечении сердечной недостаточности у детей является:**

1) [+]каптоприл

2) [-]фосфокреатин

3) [-]триметазидин

4) [-]цитохром С

5) [-]адреналин

---

**763. К признакам врожденного гипотиреоза не относятся:**

1) [-]затянувшаяся желтуха новорожденного

2) [-]большая масса при рождении

3) [-]макроглоссия

4) [+]тахикардия, гипертермия

5) [-]снижение T4 и повышение ТТГ

---

**764. Высокорослость у детей диагностируют при превышении длины тела на:**

1) [-]1 стандартное отклонение SD

2) [+]2 и более стандартных отклонения SD

3) [-]до 2 стандартных отклонений SD

4) [-]от 1 до 2 стандартных отклонений SD

5) [-]от 3 стандартных отклонений SD

---

**765. Какое исследование необходимо**

**обязательно провести для исключения или подтверждения хромосомного заболевания у детей:**

- 1) [-]клинический анализ крови
  - 2) [-]определение щелочной фосфатазы в крови
  - 3) [+]кариотипирование
  - 4) [-]определение уровня тиреотропных гормонов в крови
  - 5) [-]определение уровня соматотропного гормона в крови
- 

**766. Задержкой полового развития у девочек считается отсутствие менструаций в:**

- 1) [-]11 лет
  - 2) [-]12 лет
  - 3) [-]13 лет
  - 4) [-]14 лет
  - 5) [+]15 лет и старше
- 

**767. Клиническое обследование ребенку показано, если показатели длины тела находятся:**

- 1) [-]от 10 до 25 центиля
  - 2) [-]от 75 до 90 центиля
  - 3) [+]ниже 3 центиля или выше 97 центиля
  - 4) [-]от 3 до 10 центиля
  - 5) [-]от 25 до 75 центиля
- 

**768. Для дифференциальной диагностики форм задержки роста у детей необходимо учитывать:**

- 1) [-]рост родителей
  - 2) [-]пропорции тела
  - 3) [-]костный возраст
  - 4) [-]скорость роста
  - 5) [+]все перечисленное выше
- 

**769. Медикаментозная терапия у подростков с конституциональной задержкой физического развития проводится:**

- 1) [-]во всех случаях обязательно
  - 2) [-]не проводится
  - 3) [-]с обязательного разрешения родителей подростка
  - 4) [+]только по согласованию с подростком, в том случае, если он болезненно воспринимает свое состояние
  - 5) [-]по единоличному решению врача
- 

**770. При врожденном гипотиреозе в первую очередь нарушаются функции:**

- 1) [-]сердечно – сосудистой системы
  - 2) [+]центральной нервной системы
  - 3) [-]легочной системы
  - 4) [-]иммунной системы
  - 5) [-]мочевыделительной системы
- 

**771. Диагноз врожденного гипотиреоза подтверждается:**

- 1) [-]снижением уровня Т4
- 2) [-]снижением уровня ТТГ
- 3) [-]повышением уровней Т4 и ТТГ



4) [+]снижением уровня Т4 и повышением ТТГ

5) [-]повышением уровня Т4 и снижением ТТГ

---

**772. Диагноз ожирения устанавливают, если избыток массы тела от должной по длине тела составляет более:**

1) [-]30 процентов

2) [-]20 процентов

3) [-]25 процентов

4) [+]15 процентов

5) [-]10 процентов

---

**773. Наиболее часто встречаемая форма ожирения у детей:**

1) [-]при пубертатном гипоталамическом синдроме

2) [-]при синдроме Иценко – Кушинга

3) [+]конституционально- экзогенная

4) [-]при опухолях надпочечников

5) [-]при генетических синдромах

---

**774. Клиническими признаками врожденного гипотиреоза у детей являются все, кроме:**

1) [-]брадикардия

2) [+]тахикардия

3) [-]замедление роста

4) [-]запоры

5) [-]задержка психомоторного развития

---

**775. Лечение врожденного гипотиреоза левотироксином проводят:**

- 1) [-]только на первом году жизни
  - 2) [-]в течение первых 2-3 лет жизни
  - 3) [-]до 5 лет
  - 4) [+]пожизненно
  - 5) [-]до 12 лет
- 

**776. При выявлении какого уровня глюкозы крови при проведении глюкозотолерантного теста диагностируют инсулинзависимый сахарный диабет?:**

- 1) [+]11,1 ммоль/л
  - 2) [-]10,1 ммоль/л
  - 3) [-]9,1 ммоль/л
  - 4) [-]8,1 ммоль/л
  - 5) [-]7,1 ммоль/л
- 

**777. Какому заболеванию соответствуют следующие клинические признаки у девочек: при рождении гипертрофия клитора и больших половых губ, ускорение роста, раннее половое развитие по мужскому типу.**

- 1) [-]синдром Дауна
  - 2) [+]адреногенитальный синдром
  - 3) [-]синдром Шерешевского – Тернера
  - 4) [-]гипофизарный нанизм
  - 5) [-]ни одному из перечисленных заболеваний
- 

**778. Для синдрома Дауна характерны:**

- 1) [-]только задержка физического развития

- 2) [-]только задержка психомоторного развития
  - 3) [+]задержка физического и психомоторного развития
  - 4) [-]только врожденные пороки сердца
  - 5) [-]только нарушения иммунитета
- 

**779. Для какого синдрома характерен кариотип 47, ХХУ ?:**

- 1) [-]синдром Дауна
  - 2) [-]синдром Шерешевского – Тернера
  - 3) [+]синдром Клайнфельтера
  - 4) [-]синдром Дауна и синдром Шерешевского – Тернера
  - 5) [-]ни для одного из перечисленных синдромов
- 

**780. Первые фенотипические признаки синдрома Клайнфельтера появляются:**

- 1) [-]в грудном возрасте
  - 2) [-]в периоде раннего детства
  - 3) [+]в пре- и пубертатном периоде
  - 4) [-]в периоде новорожденности
  - 5) [-]в дошкольном возрасте
- 

**781. При фенилкетонурии поражается в первую очередь:**

- 1) [-]мышечная система
  - 2) [+]центральная нервная система
  - 3) [-]лимфатическая система
  - 4) [-]сердечно-сосудистая
  - 5) [-]ни одна из перечисленных систем
- 

**782. Для какого синдрома характерен кариотип**

## 45ХО ?

- 1) [-]синдром Дауна
  - 2) [+]синдром Шерешевского – Тернера
  - 3) [-]синдром Клайнфельтера
  - 4) [-]синдром Дауна и синдром Шерешевского – Тернера
  - 5) [-]ни для одного из перечисленных синдромов
- 

**783. В грудном периоде и периоде раннего возраста важнейшими гормонами, обеспечивающими полноценное развитие ребенка /физическое и умственное/ являются:**

- 1) [-]инсулин и паратгормон
  - 2) [-]андрогены
  - 3) [-]эстрогены
  - 4) [+]гомоны щитовидной железы
  - 5) [-]все выше перечисленные гормоны
- 

**784. Гипофизарный нанизм /гипопитуитаризм/ – это заболевание, связанное с:**

- 1) [-]недостатком соматотропного гормона
  - 2) [-]недостатком тиреотропного гормона
  - 3) [+]недостатком соматотропного гормона или его тканевых посредников – соматомединов
  - 4) [-]недостатком гонадотропных гормонов
  - 5) [-]недостатком адренокортикотропного гормона
- 

**785. Задержка роста при гипофизарном нанизме отмечается у детей:**

- 1) [-]с дошкольного возраста

- 2) [-]с младшего школьного
  - 3) [-]со старшего школьного
  - 4) [+]с 6-месячного возраста
  - 5) [-]с периода новорожденности
- 

**786. Какие признаки должны заставить врача заподозрить диабетический кетоацидоз?:**

- 1) [-]недомогание
  - 2) [-]существенное похудание за последние недели
  - 3) [-]никтурия, энурез
  - 4) [-]полидипсия, полиурия
  - 5) [+]все выше перечисленные признаки
- 

**787. Какие факторы влияют на нарушение процессов роста в длину?**

- 1) [-]нарушение генотипа
  - 2) [-]эндокринные нарушения
  - 3) [-]нарушения центральной нервной системы
  - 4) [-]нарушения питания
  - 5) [+]все выше перечисленные факторы
- 

**788. Какое заболевания НЕ сопровождается нарушениями роста у детей?**

- 1) [-]целиакия
  - 2) [-]врожденные пороки сердца
  - 3) [-]болезнь Крона
  - 4) [+]функциональная диспепсия
  - 5) [-]гидроцефалия III желудочка
- 

**789. Методика обследования больных с**

## **нарушением роста детей включает:**

- 1) [-]оценку роста и скорости роста, пропорции тела
  - 2) [-]определение биологического («костного») возраста
  - 3) [-]подробный анамнез, включая семейный
  - 4) [-]проведение функциональных проб
  - 5) [+]все выше вышеперечисленные обследования
- 

## **790. При первой степени ожирения избыток массы тела составляет:**

- 1) [+]15-24процентов
  - 2) [-]25-49процентов
  - 3) [-]50-99процентов
  - 4) [-]более 100процентов
  - 5) [-]до 15процентов
- 

## **791. Трисомия по 21-й паре хромосом характерна для:**

- 1) [-]синдрома Шерешевского – Тернера
  - 2) [-]синдрома Клайнфельтера
  - 3) [+]синдрома Дауна
  - 4) [-]адреногенитального синдрома
  - 5) [-]синдрома Патау
- 

## **792. Для адреногенитального синдрома у мальчиков НЕ характерно:**

- 1) [-]ускорение роста
- 2) [-]ускорение созревания скелета
- 3) [+]низкие темпы роста
- 4) [-]преждевременное половое созревание

5) [-]раннее завершение процессов роста

---

**793. Для адреногенитального синдрома у девочек НЕ характерно:**

- 1) [+]низкие темпы роста
  - 2) [-]гипертрофия клитора и больших половых губ
  - 3) [-]ускорение роста
  - 4) [-]раннее половое созревание
  - 5) [-]гирсутизм
- 

**794. Аденогипофиз не выделяет следующий гормон:**

- 1) [-]соматотропный гормон
  - 2) [-]адренокортикотропный гормон
  - 3) [+]паратгормон
  - 4) [-]фолликулостимулирующий гормон
  - 5) [-]гонадотропные гормоны
- 

**795. Нейроциркуляторная дисфункция у детей – это:**

- 1) [-]функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы
- 2) [-]функциональные нарушения нервной системы
- 3) [-]функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта
- 4) [-]функциональные нарушения мочевыделительной системы
- 5) [+]комплекс функциональных нарушений различных систем организма

**796. Для нейроциркуляторной дисфункции характерен следующий синдром:**

- 1) [-]синдром интоксикации
  - 2) [-]синдром дегидратации
  - 3) [-]синдром мальабсорбции
  - 4) [+]синдром дизадаптации
  - 5) [-]синдром декомпенсации
- 

**797. Вторичная нейроциркуляторная дисфункция часто сочетается:**

- 1) [-]с отсутствием соматической патологии
  - 2) [-]с острым соматическим заболеванием
  - 3) [-]с острым инфекционным заболеванием
  - 4) [-]с острым хирургическим заболеванием
  - 5) [+]с хроническим соматическим заболеванием
- 

**798. Для определения исходного вегетативного тонуса используют:**

- 1) [-]соматометрию
  - 2) [-]велозергометрию
  - 3) [-]эхокардиографию
  - 4) [+]кардиоинтервалографию
  - 5) [-]рентгенографию
- 

**799. Для синдрома ваготонии характерно:**

- 1) [+]ипохондрия
- 2) [-]бледность кожи
- 3) [-]гиперактивность
- 4) [-]тахикардия



5) [-]повышенный аппетит

---

### **800. Для синдрома ваготонии характерно:**

- 1) [-]белый дермографизм
  - 2) [+]брадикардия
  - 3) [-]повышенный аппетит
  - 4) [-]артериальная гипертензия
  - 5) [-]высокая температура при инфекциях
- 

### **801. Для синдрома ваготонии характерно:**

- 1) [-]пониженное слюноотделение
  - 2) [-]атонические запоры
  - 3) [+]энурез
  - 4) [-]увеличенный диаметр зрачка
  - 5) [-]беспокойный короткий сон
- 

### **802. Для синдрома симпатикотонии характерно:**

- 1) [-]жалобы на тошноту и боли в животе
  - 2) [+]вспыльчивость
  - 3) [-]синкопальные состояния
  - 4) [-]аллергические реакции
  - 5) [-]зябкость
- 

### **803. Для синдрома симпатикотонии характерно:**

- 1) [-]дыхательная аритмия
- 2) [-]склонность к покраснению кожи
- 3) [-]повышенная сальность кожи
- 4) [+]ощущение сердцебиения
- 5) [-]одышка

## 804. Для синдрома симпатикотонии характерно:

- 1) [-]локальный гипергидроз
  - 2) [-]мраморность кожи
  - 3) [+]увеличение частоты сердечных сокращений
  - 4) [-]длительный субфебрилитет
  - 5) [-]склонность к отекам
- 

## 805. Следствием нейроциркуляторной дисфункции является следующее изменение:

- 1) [-]стеноз митрального клапана
  - 2) [+]функциональное нарушение ритма и проводимости сердца
  - 3) [-]серозный менингит
  - 4) [-]синдром Дауна
  - 5) [-]дивертикул кишечника
- 

## 806. Следствием нейроциркуляторной дисфункции не является следующее изменение:

- 1) [-]функциональная диспепсия
  - 2) [-]никтурия
  - 3) [-]эксхимозы
  - 4) [+]дисплазия шейного отдела позвоночника
  - 5) [-]эпизоды бронхиальной обструкции
- 

## 807. Нейроциркуляторная дисфункция чаще встречается у детей в следующем периоде развития:

- 1) [-]в периоде новорожденности
- 2) [-]в грудном периоде

3) [-]в периоде раннего возраста

4) [-]в дошкольном периоде

5) [+]в школьном периоде

---

**808. Каким специалистом, кроме педиатра, должен наблюдаться ребенок с нейроциркуляторной дисфункцией:**

1) [-]хирургом

2) [-]инфекционистом

3) [+]неврологом

4) [-]диетологом

5) [-]фтизиатром

---

**809. Каким специалистом, кроме педиатра, должен наблюдаться ребенок с нейроциркуляторной дисфункцией:**

1) [-]урологом

2) [+]психоневрологом

3) [-]ортопедом

4) [-]эпидемиологом

5) [-]онкологом

---

**810. Какой вариант обследования показан детям с нейроциркуляторной дисфункцией:**

1) [-]соматическое обследование

2) [-]неврологическое обследование

3) [-]психологическое обследование

4) [+]комплексное обследование

5) [-]хирургическое обследование

**811. Основным принципом лечения нейроциркуляторной дисфункции является:**

- 1) [-]активная комплексная медикаментозная терапия
  - 2) [+]преимущественно немедикаментозная терапия
  - 3) [-]симптоматическая терапия
  - 4) [-]эпизодическая терапия
  - 5) [-]отсутствие терапии
- 

**812. Какой режим назначают ребенку с нейроциркуляторной дисфункцией:**

- 1) [-]постельный
  - 2) [-]полупостельный
  - 3) [-]домашний
  - 4) [+]охранительный (с ограничениями)
  - 5) [-]общий
- 

**813. Какое лечение редко применяется при первичной нейроциркуляторной дисфункции:**

- 1) [-]психотерапия
  - 2) [-]физиотерапия
  - 3) [-]рефлексотерапия
  - 4) [+]хирургическая операция
  - 5) [-]лечебная физкультура
- 

**814. Препаратом выбора коррекции выраженной ваготонии у детей с нейроциркуляторной дисфункцией является:**

- 1) [-]амоксциллин
- 2) [+]белладонна

- 3) [-]эуфиллин
- 4) [-]циклоспорин
- 5) [-]сульфасалазин

---

**815. Препаратом выбора коррекции выраженной симпатикотонии у детей с нейроциркуляторной дисфункцией является:**

- 1) [-]тавегил
- 2) [-]аскорутин
- 3) [-]метронидазол
- 4) [+]**фенибут**
- 5) [-]мальтофер

---

**816. Каков прогноз для жизни нейроциркуляторной дисфункции у детей:**

- 1) [-]фатальный
- 2) [-]неблагоприятный
- 3) [-]сомнительный
- 4) [+]**благоприятный**
- 5) [-]невозможно определить

---

**817. В обязанности участкового педиатра не входит:**

- 1) [-]Оказание врачебной помощи ребенку на дому
- 2) [-]Проведение профилактики дефицитных состояний у детей раннего возраста
- 3) [-]Поддержка грудного вскармливания
- 4) [-]Ведение амбулаторных приемов
- 5) [+]**Оказание специализированной врачебной помощи**

**818. Неспецифическая профилактика инфекционных болезней не включает:**

- 1) [-]Поддержку грудного кормления
  - 2) [-]Адекватное возрасту питание ребенка
  - 3) [-]Физические и закаливающие мероприятия
  - 4) [+]Вакцинацию
  - 5) [-]Профилактику дефицитных заболеваний
- 

**819. С целью вакцинопрофилактики у детей не используют:**

- 1) [-]Живые вакцины
  - 2) [+]Иммуноглобулины
  - 3) [-]Убитые вакцины
  - 4) [-]Анатоксины
  - 5) [-]Химические вакцины
- 

**820. На первом году жизни детей вакцинируют:**

- 1) [-]От инфекционного мононуклеоза
  - 2) [-]От ветряной оспы
  - 3) [-]От цитомегаловирусной инфекции
  - 4) [+]От гепатита В
  - 5) [-]От вирусной инфекции Эпштейна – Барр
- 

**821. Общая реакция на вакцинацию АКДС обычно ограничивается:**

- 1) [-]Лихорадкой через 7 дней
- 2) [-]Появлением легких судорожных подергиваний конечностей
- 3) [+]Кратковременной лихорадкой в первые 2-3-ое суток

4) [-]Появлением катаральных явлений

5) [-]Появлением диареи

---

### **822. Какая вакцина вводится перорально:**

1) [-]АКДС

2) [-]Против гепатита В

3) [-]Против эпидемического паротита

4) [-]Против кори

5) [+]Против полиомиелита

---

### **823. Противопоказанием к любой вакцинации является:**

1) [-]Атопический дерматит в стадии стойкой ремиссии

2) [-]Наличие аутоиммунных заболеваний в семье

3) [-]Бронхиальная астма в стадии стойкой ремиссии

4) [+]Генерализованная реакция на предыдущую вакцинацию

5) [-]Дисбактериоз кишечника

---

### **824. Профилактику и лечение железодефицитной анемии проводят:**

1) [-]диетой

2) [-]парацетамолом

3) [-]панкреатином

4) [+]мальтофером

5) [-]фесталом

---

### **825. Инкубационный период при краснухе составляет:**

1) [-]Не менее 7 дней

2) [-]От нескольких часов до нескольких дней

3) [-]7– 9 дней

4) [+]11 – 21 дней

5) [-]Более 21 дня

---

**826. Инкубационный период при скарлатине составляет:**

1) [+]1 – 7 дней

2) [-]Несколько часов

3) [-]11 – 21 дней

4) [-]15 – 45 дней

5) [-]Не известно

---

**827. Сроки изоляции больного на дому при ОРЗ составляют:**

1) [-]До 3 дней

2) [+]7 – 10 дней

3) [-]Не менее 21 дня

4) [-]Не менее 30 дней

5) [-]Изоляции не требуется

---

**828. Сроки изоляции больного на дому при ветряной оспе составляют:**

1) [-]До 3 дней

2) [-]Не менее 21 дня

3) [-]Не менее 30 дней

4) [+]Не менее 10 дней

5) [-]Изоляции не требуется



**829. Беременных женщин регистрируют при контакте:**

- 1) [+]С больным краснухой
  - 2) [-]С больным острой респираторной инфекцией
  - 3) [-]С больным ангиной
  - 4) [-]С больным инфекционным мононуклеозом
  - 5) [-]С больным скарлатиной
- 

**830. Неболевших школьников изолируют на дому при контакте:**

- 1) [-]С больным краснухой
  - 2) [+]С больным скарлатиной
  - 3) [-]С больным острой респираторной инфекцией
  - 4) [-]С больным ангиной
  - 5) [-]С больным инфекционным мононуклеозом
- 

**831. Показанием для госпитализации инфекционного больного прежде всего является:**

- 1) [+]Выраженность синдрома интоксикации
  - 2) [-]Обильная экзантема
  - 3) [-]Наличие выраженных катаральных симптомов
  - 4) [-]Наличие лихорадки
  - 5) [-]Увеличение шейных лимфатических узлов
- 

**832. Синдром интоксикации обычно менее выражен:**

- 1) [-]При скарлатине
- 2) [-]При ангине
- 3) [-]При гриппе

4) [-]При инфекционном мононуклеозе

5) [+]При краснухе

---

**833. При диагностике ангины НЕ требуется обязательно:**

1) [-]исключить дифтерию

2) [-]исключить скарлатину

3) [-]назначить антибактериальную терапию

4) [+]провести консультацию ЛОР-врача

5) [-]исключить инфекционный мононуклеоз

---

**834. При лечении на дому ОРЗ обычно НЕ назначают:**

1) [-]Обильное питье

2) [-]Постельный режим

3) [-]Сосудосуживающие местные средства

4) [-]Жаропонижающее средство

5) [+]Антибиотикотерапию

---

**835. Специфическая профилактика инфекционных болезней включает:**

1) [-]Поддержку грудного кормления

2) [-]Адекватное возрасту питание ребенка

3) [+]Вакцинацию

4) [-]Физические и закаливающие мероприятия

5) [-]Профилактику дефицитных заболеваний

---

**836. Основным направлением деятельности участкового педиатра НЕ является:**

- 1) [-]Профилактическая работа
  - 2) [-]Лечебно-диагностическая работа
  - 3) [-]Медицинское образование населения
  - 4) [-]Научная работа
  - 5) [+]**Юридически-консультативная работа**
- 

**837. Подразделением детской поликлиники НЕ является:**

- 1) [-]Регистратура
  - 2) [-]Прививочный кабинет
  - 3) [-]Кабинет здорового ребенка
  - 4) [+]**Столовая для диетического питания детей**
  - 5) [-]Квартирная помощь
- 

**838. Подразделением детской поликлиники НЕ является:**

- 1) [-]Боксы для приема первичных больных
  - 2) [-]Кабинет физических методов лечения
  - 3) [+]**Фтизиатрическое отделение**
  - 4) [-]Рентгенологический кабинет
  - 5) [-]Регистратура
- 

**839. Обязательным документом в детской поликлинике является:**

- 1) [-]История болезни
  - 2) [+]**Карта индивидуального развития ребенка**
  - 3) [-]Карта родословной ребенка
  - 4) [-]Справка об успеваемости школьника
  - 5) [-]Карта выбывшего из стационара
-

## **840. В функции детской поликлиники НЕ входит:**

- 1)  Организация медицинской помощи в специализированных домах ребенка
  - 2)  Проведение диспансерного наблюдения за детьми грудного возраста
  - 3)  Организация и проведение врачебной помощи на дому
  - 4)  Профилактическая работа
  - 5)  Проведение санитарно-просветительной работы
- 

## **841. В обязанности участкового педиатра НЕ входит:**

- 1)  Оказание врачебной помощи ребенку на дому
  - 2)  Проведение профилактики дефицитных состояний у детей раннего возраста
  - 3)  Поддержка грудного вскармливания
  - 4)  Ведение амбулаторных приемов
  - 5)  Оказание специализированной врачебной помощи
- 

## **842. В обязанности участкового педиатра НЕ входит:**

- 1)  Проведение патронажа новорожденного на дому
  - 2)  Проведение дородового патронажа
  - 3)  Оформление направления на госпитализацию
  - 4)  Проведение дезинфекции в инфекционном очаге
  - 5)  Регистрация контактных по скарлатине
- 

## **843. Для острых инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей характерно:**

- 1) [-]Повышение температуры тела выше 40 градусов
  - 2) [-]Продолжительность периода лихорадки более 7-10 дней
  - 3) [+]Лихорадка на протяжении не более 3-5 дней
  - 4) [-]Длительный субфебрилитет
  - 5) [-]Как правило, температура тела не повышается
- 

**844. Для острых респираторных заболеваний верхних дыхательных путей НЕ характерно наличие:**

- 1) [-]Ринофарингита
  - 2) [+]Экспираторной одышки
  - 3) [-]Лихорадки неправильного типа
  - 4) [-]Снижения аппетита в лихорадочном периоде
  - 5) [-]Кашля
- 

**845. Острые респираторные заболевания реже возникают:**

- 1) [+]У детей в периоде новорожденности
  - 2) [-]У детей раннего возраста
  - 3) [-]У детей, посещающих детский сад
  - 4) [-]У детей, посещающих ясли
  - 5) [-]У детей, вакцинированных АКДС
- 

**846. Показанием для назначения антибиотика при ОРЗ является:**

- 1) [-]Наличие заложенности носа
- 2) [-]Продолжительность ринита более 3 дней
- 3) [-]Продолжительность кашля более 3 дней

4) [-]Наличие влажного кашля

5) [+]Длительность лихорадки более 3 дней

---

### **847. Показанием для госпитализации по поводу ОРЗ НЕ является**

1) [-]Длительный фебрилитет у ребенка грудного возраста

2) [-]Наличие неукротимой рвоты

3) [-]Полный отказ от еды и питья ребенка грудного возраста

4) [+]Однократный жидкий стул у ребенка грудного возраста

5) [-]Наличие одышки у ребенка грудного возраста

---

### **848. Наличие везикулезной сыпи характерно:**

1) [-]Для острой респираторной инфекции

2) [-]Для лакунарной ангины

3) [+]Для ветряной оспы

4) [-]Для скарлатины

5) [-]Для краснухи

---

### **849. Наличие экзантемы НЕ характерно:**

1) [-]Для скарлатины

2) [+]Для коклюша

3) [-]Для краснухи

4) [-]Для инфекционного мононуклеоза

5) [-]Для ветряной оспы

---

### **850. Наличие налетов на миндалинах НЕ характерно:**

1) [+]Для ветряной оспы

- 2) [-]Лакунарной ангины
  - 3) [-]Скарлатины
  - 4) [-]Инфекционного мононуклеоза
  - 5) [-]Фолликулярной ангины
- 

**851. Назначение антибиотика пенициллинового ряда НЕ показано:**

- 1) [-]При фолликулярной ангине
  - 2) [-]При лакунарной ангине
  - 3) [-]При скарлатине
  - 4) [-]При длительной фебрильной лихорадке
  - 5) [+]При краснухе
- 

**852. Наименее специфическим симптомом для ангины является:**

- 1) [+]Общее недомогание
  - 2) [-]Боли в горле при глотании
  - 3) [-]Высокая лихорадка
  - 4) [-]Увеличение региональных лимфатических узлов
  - 5) [-]Наличие налетов на миндалинах
- 

**853. Бактериологическое исследование зева проводится в обязательном порядке при всех состояниях, за исключением:**

- 1) [-]фолликулярная ангина
- 2) [+]острая респираторная инфекция
- 3) [-]лакунарная ангина
- 4) [-]дифтерия
- 5) [-]скарлатина

## **854. Вызов врача на дом считается первичным:**

- 1) [-] При проведении патронажа новорожденного
  - 2) [-] При первом обращении к данному врачу
  - 3) [+] При вызове врача по поводу вновь возникшего заболевания
  - 4) [-] При проведении дородового патронажа
  - 5) [-] При проведении противоэпидемических мероприятий
- 

## **855. Вызов врача на дом считается повторным:**

- 1) [-] При 2-ом обращении к данному врачу
  - 2) [-] При повторном обращении в течение календарного года
  - 3) [-] При повторном обращении в данном возрастном периоде ребенка
  - 4) [+] При повторном обращении по поводу данного заболевания
  - 5) [-] При проведении дезинфекции в инфекционном очаге
- 

## **856. Посещение ребенка на дому считается активным:**

- 1) [-] Если он выполнен по инициативе ребенка
  - 2) [-] Если он выполнен по инициативе родителей
  - 3) [-] Если он выполнен с использованием автотранспорта
  - 4) [-] Если он выполнен по инициативе соседей
  - 5) [+] Если он выполнен по инициативе самого врача
- 

## **857. Активные посещения на дому необязательны при наличии у ребенка:**

- 1) [+] Острой респираторной инфекции



- 2) [-]Фолликулярной ангины
  - 3) [-]Лакунарной ангины
  - 4) [-]Скарлатины
  - 5) [-]Инфекционного мононуклеоза
- 

**858. Инкубационный период при острой респираторной инфекции составляет:**

- 1) [+]От нескольких часов до нескольких дней
  - 2) [-]Не менее 7 дней
  - 3) [-]11 – 21 дней
  - 4) [-]7– 9 дней
  - 5) [-]Более 21 дня
- 

**859. Инкубационный период при ветряной оспе составляет:**

- 1) [-]От нескольких часов до нескольких дней
  - 2) [+]11 – 21 дней
  - 3) [-]Не более 7 дней
  - 4) [-]7– 9 дней
  - 5) [-]Более 21 дня
- 

**860. Сроки изоляции больного на дому при ангине составляют:**

- 1) [-]До 3 дней
  - 2) [+]Не менее 10 дней
  - 3) [-]Не менее 21 дня
  - 4) [-]Не менее 30 дней
  - 5) [-]Изоляции не требуется
- 

**861. Сроки изоляции больного на дому при**

## **краснухе составляют:**

- 1) [-]До 3 дней
  - 2) [-]Не менее 21 дня
  - 3) [+]10 дней
  - 4) [-]Не менее 30 дней
  - 5) [-]Изоляции не требуется
- 

## **862. Сроки изоляции больного на дому при скарлатине составляют:**

- 1) [-]До 3 дней
  - 2) [-]Не более 6 дня
  - 3) [-]Не менее 30 дней
  - 4) [-]Изоляции не требуется
  - 5) [+]Не менее 10 дней
- 

## **863. При какой болезни, безусловно, показана госпитализация больного:**

- 1) [-]Острое респираторное заболевание
  - 2) [-]Ангина
  - 3) [-]Корь
  - 4) [+]Коклюш у детей первых 6 месяцев жизни
  - 5) [-]Ветряная оспа
- 

## **864. При какой болезни всегда показана госпитализация больного:**

- 1) [-]Острое респираторное заболевание
- 2) [-]Ангина
- 3) [-]Корь
- 4) [-]Коклюш у детей - школьников

5) [+]Менингококковая инфекция

---

**865. Наличие мелкопятнистой сыпи характерно:**

- 1) [-]Для ангины
  - 2) [-]Для гриппа
  - 3) [+]Для скарлатины
  - 4) [-]Для ветряной оспы
  - 5) [-]Для коклюша
- 

**866. Ребенка с ОРЗ целесообразно проконсультировать:**

- 1) [+]Консультации обычно не требуется
  - 2) [-]С иммунологом
  - 3) [-]С инфекционистом
  - 4) [-]С пульмонологом
  - 5) [-]С аллергологом
- 

**867. Основанием для консультации ребенка с ОРЗ у ЛОР-врача является:**

- 1) [-]Наличие слизистого отделяемого из носа
  - 2) [+]Беспокойство ребенка 1-го года жизни во время сосания груди матери
  - 3) [-]Наличие кишечной дисфункции у ребенка 1-го года жизни
  - 4) [-]Снижение аппетита
  - 5) [-]Наличие лихорадки
- 

**868. Антенатальная профилактика дефицитных состояний НЕ включает:**

- 1) [-]Полноценное питание беременной

2) [-]Рациональный образ жизни будущей мамы

3) [-]Прием беременной поливитаминовых комплексов с микроэлементами

4) [-]Прием препарата витамина D

5) [+]Динамический контроль тонуса матки

---

**869. В первые 6 месяцев жизни ребенка не проводят вакцинацию:**

1) [+]От эпидемического паротита

2) [-]От туберкулеза

3) [-]От полиомиелита

4) [-]От коклюша

5) [-]От дифтерии

---

**870. На первом году жизни детей вакцинируют:**

1) [-]От приобретенного иммунодефицита

2) [-]От дизентерии

3) [-]От холеры

4) [-]От сальмонеллеза

5) [+]От столбняка

---

**871. На первом году жизни детей не вакцинируют:**

1) [-]От коклюша

2) [-]От дифтерии

3) [+]От скарлатины

4) [-]От столбняка

5) [-]От туберкулеза

---

**872. От какого заболевания календарем не**

## **предусмотрена вакцинация:**

- 1) [-]От коклюша
- 2) [+]От скарлатины
- 3) [-]От дифтерии
- 4) [-]От столбняка
- 5) [-]От туберкулеза

---

### **873. Вакцина АКДС расшифровывается как:**

- 1) [+]Адсорбированная коклюшная, дифтерийная, столбнячная
- 2) [-]Адсорбированная колиэнтеритная, дизентерийная, сальмонеллезная
- 3) [-]Ассимилированная коклюшная, дифтерийная, столбнячная
- 4) [-]Анатоксин коклюшный, дифтерийный, столбнячный
- 5) [-]Адсорбированная краснушная, дифтерийная, столбнячная

---

### **874. Местная реакция на введение АКДС обычно проявляется**

- 1) [-]Образованием участка склеродермии
- 2) [+]Незначительной болезненностью и легкой припухлостью в месте инъекции
- 3) [-]Формированием микроабсцесса
- 4) [-]Некротизированием участка кожи
- 5) [-]Образование волдыря в месте введения

---

### **875. После какой вакцинации образуется рубчик:**

- 1) [+]БЦЖ
  - 2) [-]АКДС
  - 3) [-]АДС
  - 4) [-]Против гепатита
  - 5) [-]Против кори
- 

**876. Образование инфильтрата и некроза после БЦЖ происходит:**

- 1) [-]Через 10 дней
  - 2) [+]Через 1 – 3 месяца
  - 3) [-]Через 2 недели
  - 4) [-]Через 6 месяцев
  - 5) [-]Через 12 месяцев
- 

**877. Вакцинацию имеет право проводить:**

- 1) [-]Любая медсестра
  - 2) [-]Только процедурная медсестра
  - 3) [+]Только сертифицированный специалист
  - 4) [-]Любой социальный работник
  - 5) [-]Только педиатр
- 

**878. К местным поствакцинальным осложнениям НЕ относят:**

- 1) [-]Образование абсцесса
  - 2) [-]Возникновение пиодермии
  - 3) [-]Возникновение регионарного лимфаденита
  - 4) [+]Легкая припухлость и болезненность в месте инъекции
  - 5) [-]Образование келоидного рубца
- 

**879. К общим поствакцинальным осложнениям**

## НЕ относятся:

- 1) [-] Судорожный синдром
  - 2) [-] Поствакцинальный энцефалит
  - 3) [-] Генерализованный вакцинальный процесс
  - 4) [-] Выраженная интоксикация
  - 5) [+] Кратковременное повышение температуры тела в первые 2-ое суток
- 

## 880. Временным противопоказанием для вакцинации НЕ является:

- 1) [+] Пониженный аппетит при нормальном развитии ребенка
  - 2) [-] ОРЗ
  - 3) [-] Острая пневмония
  - 4) [-] Ветряная оспа
  - 5) [-] Острый энтероколит
- 

## 881. Какое состояние является противопоказанием к любой вакцинации:

- 1) [-] Атопический дерматит в стадии стойкой ремиссии
  - 2) [+] Генерализованная реакция на предыдущую вакцинацию
  - 3) [-] Наличие аутоиммунных заболеваний в семье
  - 4) [-] Бронхиальная астма в стадии стойкой ремиссии
  - 5) [-] Дисбактериоз кишечника
- 

## 882. Что является противопоказанием для применения живых вакцин?:

- 1) [-] Частые простудные заболевания
- 2) [-] Дисбактериоз кишечника

3) [+]Иммунодефицитные состояния

4) [-]Судороги в анамнезе

5) [-]Синдром внезапной смерти в семье

---

**883. У ребенка 7 лет отсутствует рубчик после вакцинации БЦЖ. Ваша тактика:**

1) [-]Провести обязательную ревакцинацию

2) [+]Провести ревакцинацию только в случае отрицательной реакции Манту

3) [-]Ребенок ревакцинации не подлежит

4) [-]Провести ревакцинацию только в случае положительной реакции Манту

5) [-]Ревакцинировать в случае сомнительной реакции Манту

---

**884. Сколько групп здоровья устанавливают у детей?**

1) [-]2

2) [-]3

3) [-]4

4) [+]5

5) [-]6

---

**885. К какой группе здоровья относятся дети: здоровые, с нормальным развитием и нормальным уровнем функций?**

1) [+]1

2) [-]2

3) [-]3



4) [-]4

5) [-]5

---

**886. К какой группе здоровья относятся дети: здоровые, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям?**

1) [-]1

2) [+]2

3) [-]3

4) [-]4

5) [-]5

---

**887. К какой группе здоровья относятся дети: больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма?**

1) [-]1

2) [-]2

3) [+]3

4) [-]4

5) [-]5

---

**888. К какой группе здоровья относятся дети: больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями организма?**

1) [-]1

- 2) [-]2
  - 3) [-]3
  - 4) [+]4
  - 5) [-]5
- 

**889. К какой группе здоровья относятся дети: больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма?**

- 1) [-]1
  - 2) [-]2
  - 3) [-]3
  - 4) [-]4
  - 5) [+]5
- 

**890. К каким группам здоровья относятся больные с хронической патологией?**

- 1) [-]1, 2, 3
  - 2) [-]2, 3, 4
  - 3) [+]3, 4, 5
  - 4) [-]1, 3, 4
  - 5) [-]2, 3, 5
- 

**891. Какие дети относятся к первой группе здоровья?:**

- 1) [+]здоровые, с нормальным развитием и нормальным уровнем функций
- 2) [-]здоровые, но имеющие функциональные и некоторые

морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям

3) [-]больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма

4) [-]больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями организма

5) [-]больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма

---

## **892. Какие дети относятся к пятой группе здоровья?:**

1) [-]здоровые, с нормальным развитием и нормальным уровнем функций

2) [-]здоровые, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям

3) [-]больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма

4) [-]больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями организма

5) [+]больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма

---

## **893. Какие дети относятся к второй группе здоровья? :**

1) [-]здоровые, с нормальным развитием и нормальным уровнем функций

2) [+]здоровые, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям

3) [-]больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма

4) [-]больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями организма

5) [-]больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма

---

## **894. Какие дети относятся к третьей группе здоровья?:**

1) [+]больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма

2) [-]здоровые, с нормальным развитием и нормальным уровнем функций

3) [-]здоровые, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям

4) [-]больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями организма

5) [-]больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма

## **895. Какие дети относятся к четвертой группе здоровья?:**

1) [-]больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма

2) [-]здоровые, с нормальным развитием и нормальным уровнем функций

3) [-]здоровые, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям

4) [+]больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями организма

5) [-]больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма

---

## **896. Дети, страдающие хроническими заболеваниями, наблюдаются:**

1) [-]педиатром

2) [-]врачем-специалистом

3) [+]педиатром и врачом-специалистом

4) [-]главным врачом

5) [-]регистратором

---

## **897. Сколько лет наблюдают детей, страдающих ревматизмом, после активной фазы заболевания и при отсутствии порока сердца?**

1) [-]1 год

2) [-]3 года

- 3) [-]6 лет
  - 4) [-]10 лет
  - 5) [+]5 лет
- 

**898. В какое медицинское учреждение переводят ребенка после стационарного лечения по поводу ревматизма?**

- 1) [-]туберкулезный диспансер
  - 2) [-]поликлинику
  - 3) [+]санаторий
  - 4) [-]диагностический центр
  - 5) [-]СЭС
- 

**899. Сколько лет наблюдают детей, страдающие диффузными / иммунопатологическими / заболеваниями соединительной ткани?**

- 1) [-]3 года
  - 2) [-]5 лет
  - 3) [-]4 года
  - 4) [+]До передачи во взрослую поликлинику
  - 5) [-]10 лет
- 

**900. Сколько лет наблюдаются дети, страдающие НЦД, после исчезновения жалоб?**

- 1) [-]1 год
- 2) [+]2-3 года
- 3) [-]4-5 лет
- 4) [-]9-10 лет

5) [-]До передачи во взрослоу поликлинику

---

**901. Сколько лет наблюдают детей с рецидивирующим бронхитом после последнего обострения?**

1) [+]2,5 -3 года

2) [-]1-2 года

3) [-]4-5 лет

4) [-]7 лет

5) [-]До передачи во взрослоу поликлинику

---

**902. По заключению какого специалиста снимают с учета детей с рецидивирующим бронхитом?**

1) [-]аллерголога

2) [+]пульмонолога

3) [-]педиатра

4) [-]ЛОР-врача

5) [-]хирурга

---

**903. Какие контрольные исследования проводятся детям с бронхиальной астмой в межприступном периоде?**

1) [-]ЭКГ

2) [-]ФВД

3) [-]клинический анализ крови

4) [-]ЭКГ, ФВД, клинический анализ крови

5) [+]ФВД, клинический анализ крови

---

**904. С какой частотой проводят общие анализы**

**мочи детям, страдающих хроническим пиелонефритом в периоде ремиссии?**

- 1) [-]ежегодно
  - 2) [+]ежемесячно
  - 3) [-]ежеквартально
  - 4) [-]еженедельно
  - 5) [-]ежедневно
- 

**905. Зачем и на каком сроке беременности проводится второй дородовой патронаж?**

- 1) [-]до 10-й недели
  - 2) [-]на 1-й неделе
  - 3) [-]на 2-ом месяце
  - 4) [+]после 32-й недели
  - 5) [-]на 3-м месяце
- 

**906. Какие перинатальные факторы риска выясняются при проведении дородового патронажа?**

- 1) [-]отягощенная наследственность, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез
- 2) [-]состояние здоровья матери и отца
- 3) [-]осложнения в состоянии внутриутробного развития плода
- 4) [-]социально-бытовые факторы
- 5) [+]отягощенная наследственность, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, состояние здоровья матери и отца, осложнения в состоянии внутриутробного развития плода, социально-бытовые факторы



**907. Кто проводит первичный патронаж новорожденного?**

- 1) [-]педиатр
  - 2) [-]медицинская сестра
  - 3) [+]педиатр и медицинская сестра
  - 4) [-]педиатром и терапевтом
  - 5) [-]педиатр и детский невропатолог
- 

**908. Когда проводят первичный патронаж новорожденного?**

- 1) [+]В первые 3 дня после выписки из родильного дома
  - 2) [-]На 10-й день жизни
  - 3) [-]В возрасте 6 месяцев
  - 4) [-]В возрасте одного месяца
  - 5) [-]В возрасте 2-х месяцев
- 

**909. Сколько групп риска выделяют по результатам первичного патронажа новорожденного?**

- 1) [-]две
  - 2) [-]три
  - 3) [-]четыре
  - 4) [+]пять
  - 5) [-]десять
- 

**910. Какие разделы включает сбор анамнеза при первичном патронаже новорожденного?**

- 1) [-]генеалогический
- 2) [-]акушерско-гинекологический

3) [-]социальный

4) [+]генеалогический, акушерско-гинекологический, социальный

5) [-]генеалогический, акушерско-гинекологический

---

**911. Возраст матери старше 30 лет является фактором риска развития:**

1) [+]патологии ЦНС, врожденных пороков и наследственно обусловленных заболеваний

2) [-]внутриутробного инфицирования

3) [-]трофических нарушений

4) [-]внутриутробного инфицирования, трофических нарушений

5) [-]патологии ЦНС, внутриутробного инфицирования, трофических нарушений

---

**912. Инфекция у матери ребенка, возникшая в родах и послеродовом периоде является фактором риска для развития у ребенка**

1) [-]патологии ЦНС

2) [-]врожденных пороков и наследственно обусловленных заболеваний

3) [+]внутриутробного инфицирования

4) [-]трофических нарушений

5) [-]внутриутробного инфицирования, трофических нарушений

---

**913. Инфекция, перенесенная матерью ребенка во время беременности, может быть фактором риска**

1) [+]патологии ЦНС, врожденных пороков, внутриутробного инфицирования, трофических нарушений

2) [-]внутриутробного инфицирования

3) [-]трофических нарушений

4) [-]внутриутробного инфицирования, трофических нарушений

5) [-]патологии ЦНС, внутриутробного инфицирования, трофических нарушений

---

### **914. В родильном доме проводят скрининг на**

1) [-]фенилкетонурию, гипотиреоз

2) [-]гипотиреоз, муковисцидоз

3) [-]муковисцидоз, галактоземию

4) [-]галактоземию, адреногенитальный синдром

5) [+]фенилкетонурию, гипотиреоз, муковисцидоз, галактоземию, адреногенитальный синдром

---

### **915. Какие анализы нужно сделать ребенку в возрасте 3 месяцев?**

1) [-]клинический анализ крови

2) [-]общий анализ мочи

3) [+]клинический анализ крови и общий анализ мочи

4) [-]холестерин сыворотки крови

5) [-]глюкоза сыворотки крови

---

### **916. С какой частотой нужно проводить антропометрию ребенку на 1-ом году жизни?**

1) [-]1 раз в 6 месяцев

2) [+]1 раз в месяц

3) [-]1 раз в неделю

4) [-]1 раз в 3 месяца

5) [-]1 раз в год

---

**917. С какой частотой нужно проводить оценку физического развития ребенку на 1-м году жизни?**

1) [-]1 раз в 6 месяцев

2) [-]1 раз в неделю

3) [-]1 раз в 3 месяца

4) [-]1 раз в год

5) [+]1 раз в месяц

---

**918. Детей второго года жизни педиатр осматривает**

1) [+]1 раз в квартал

2) [-]1 раз в месяц

3) [-]1 раз в год

4) [-]1 раз в 6 месяцев

5) [-]1 раз в 2 месяца

---

**919. С какой частотой нужно проводить оценку психомоторного развития ребенку на 1-м году жизни?**

1) [-]1 раз в 6 месяцев

2) [-]1 раз в неделю

3) [-]1 раз в 3 месяца

4) [-]1 раз в год

5) [+]1 раз в месяц

---

**920. На первом году жизни ребенка должны осмотреть**

1) [+]невропатолог, ортопед, офтальмолог,  
оториноларинголог, стоматолог

2) [-]невропатолог, ортопед

3) [-]офтальмолог, оториноларинголог

4) [-]оториноларинголог, стоматолог

5) [-]невропатолог, стоматолог

---

**921. Большой родничок можно пропальпировать у ребенка в возрасте**

1) [-]до 7 лет

2) [-]до 18 лет

3) [+]до 12-18 месяцев

4) [-]до 5 лет

5) [-]до 3-х лет

---

**922. Частота сердечных сокращений у новорожденного составляет в среднем:**

1) [+]110-140 уд/мин

2) [-]60-80 уд/мин

3) [-]80- 100 уд/мин

4) [-]160- 180 уд/мин

5) [-]180- 200 уд/мин

---

**923. Средняя частота дыхания у новорожденного составляет:**

1) [-]20 – 30 в минуту

2) [-]30 - 40 в минуту

3) [+]40 - 50 в минуту

4) [-]60 - 70 в минуту

5) [-]70 – 80 в минуту

---

**924. Печень у новорожденного может выступать из-под края реберной дуги**

- 1) [-]более чем на 3 см
  - 2) [-]не более чем на 4 см
  - 3) [-]не более чем на 5 см
  - 4) [+]не более чем на 2 см
  - 5) [-]не более чем на 6 см
- 

**925. Верхушечный толчок пальпируется у новорожденного**

- 1) [-]на 0,5-1 см кнутри от левой среднеключичной линии
  - 2) [+]на 1,5-2 см кнаружи от левой среднеключичной линии
  - 3) [-]по левой среднеключичной линии
  - 4) [-]по краю грудины
  - 5) [-]по второму ребру
- 

**926. Частота сердечных сокращений у ребенка 1 года жизни составляет в среднем**

- 1) [+]120 уд/мин
  - 2) [-]60 уд/мин
  - 3) [-]80 уд/мин
  - 4) [-]160 уд/мин
  - 5) [-]180 уд/мин
- 

**927. Профилактика и лечение железодефицитной анемии проводится**

- 1) [+]мальтофером

- 2) [-]диетой
  - 3) [-]парацетамолом
  - 4) [-]панкреатином
  - 5) [-]фесталом
- 

**928. В какой дозе назначается витамин D женщине в последние три месяца беременности?**

- 1) [-]100-200 МЕ в сутки
  - 2) [+]**250-500 МЕ в сутки**
  - 3) [-]500- 1000 МЕ в сутки
  - 4) [-]1000-1500 МЕ в сутки
  - 5) [-]2000-3000 МЕ в сутки
- 

**929. Специфическая антенатальная профилактика витамином D не проводится беременным женщинам старше 35 лет с заболеваниями:**

- 1) [+]**сердечно-сосудистой системы**
  - 2) [-]дыхательной системы
  - 3) [-]нервной системы
  - 4) [-]мочевыделительной системы
  - 5) [-]эндокринной системы
- 

**930. Какое вскармливание на 1-м году жизни является наиболее адекватным для ребенка?**

- 1) [-]искусственное
- 2) [-]смешанное
- 3) [+]**естественное**
- 4) [-]смешанное ближе к естественному

5) [-]смешанное ближе к искусственному

---

**931. Специфическую профилактику рахита проводят на 1-м году жизни**

- 1) [+]с 1 месяца до года
  - 2) [-]с 2-х месяцев до года
  - 3) [-]с 3-х месяцев до года
  - 4) [-]с 4-х месяцев до года
  - 5) [-]с 5 месяцев до года
- 

**932. Профилактическая доза витамина D на 1-ом году жизни составляет**

- 1) [-]10 МЕ в сутки
  - 2) [-]100 МЕ в сутки
  - 3) [+]400 МЕ в сутки
  - 4) [-]1000 МЕ в сутки
  - 5) [-]2000 МЕ в сутки
- 

**933. В каких случаях можно не назначать профилактику рахита витамином D?**

- 1) [-]естественное вскармливание
  - 2) [-]искусственное вскармливание простой смесью
  - 3) [+]искусственное вскармливание адаптированной смесью
  - 4) [-]искусственное вскармливание кефиром
  - 5) [-]смешанное вскармливание с использованием простой смеси
- 

**934. Первый прикорм на естественном вскармливании вводят:**

- 1) [+]в 5-6 месяцев



- 2) [-]в 6-7 месяцев
  - 3) [-]в 7-8 месяцев
  - 4) [-]в 8-9 месяцев
  - 5) [-]в 9-10 месяцев
- 

**935. Второй прикорм на естественном вскармливании вводят:**

- 1) [-]в 5-6 месяцев
  - 2) [+]в 6-7 месяцев
  - 3) [-]в 7-8 месяцев
  - 4) [-]в 8-9 месяцев
  - 5) [-]в 9-10 месяцев
- 

**936. В качестве блюда третьего прикорма используют**

- 1) [-]кашу
  - 2) [-]молоко
  - 3) [-]кефир
  - 4) [+]мясной фарш
  - 5) [-]творог
- 

**937. Масса тела ребенка к одному году увеличивается:**

- 1) [-]в 2 раза
  - 2) [+]в 3 раза
  - 3) [-]в 4 раза
  - 4) [-]в 5 раз
  - 5) [-]в 6 раз
- 

**938. За первый год жизни ребенок вырастает**

**на:**

- 1) [+]25 см
  - 2) [-]10 см
  - 3) [-]15 см
  - 4) [-]30 см
  - 5) [-]40 см
- 

**939. Обхват головы за первый год жизни увеличивается в среднем**

- 1) [-]на 3 см
  - 2) [-]на 5 см
  - 3) [+]на 10 см
  - 4) [-]на 15 см
  - 5) [-]на 20 см
- 

**940. Систолическое артериальное давление у ребенка в возрасте одного года**

- 1) [+]90 мм рт.ст.
  - 2) [-]100 мм рт.ст.
  - 3) [-]110 мм рт.ст.
  - 4) [-]120 мм рт.ст.
  - 5) [-]130 мм рт.ст.
- 

**941. Пуэрильное дыхание выслушивается у детей**

- 1) [+]раннего возраста
- 2) [-]школьного возраста
- 3) [-]подросткового возраста
- 4) [-]2-го периода детства

5) [-]юношеского возраста

---

**942. Индекс Чулицкой на 1-м году жизни составляет**

- 1) [-]5-10 см
  - 2) [-]10-15 см
  - 3) [-]15-20 см
  - 4) [+]20-25 см
  - 5) [-]30-40 см
- 

**943. Дети на 1-м году жизни в среднем начинают сидеть в**

- 1) [-]2 месяца
  - 2) [-]3 месяца
  - 3) [-]4 месяца
  - 4) [-]5 месяцев
  - 5) [+]6 месяцев
- 

**944. Зубы на первом году жизни в среднем появляются:**

- 1) [-]с 10 дней
  - 2) [-]с 1 месяца
  - 3) [-]с 1,5 месяцев
  - 4) [-]с 2 месяцев
  - 5) [+]с 6 месяцев
- 

**945. Какое количество зубов в среднем у ребенка в возрасте одного года?**

- 1) [-]3 зуба

- 2) [-]4 зуба
- 3) [-]5 зубов
- 4) [+]8 зубов**
- 5) [-]10 зубов