

Green Test



Тест по
педиатрии

Тест по педиатрии

Тест по педиатрии построен таким образом, что у вопросов только один правильный ответ. Но вопросов много и готовиться к нему весьма непросто.

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 Петербурга
- 2) в 1765 году в Московском университете
- 3) в 1765 году в Петербургском университете
- 4)+ в 1865 году в Медико-хирургической академии Петербурга
- 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 blastocysta 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 рождения 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
- 5) 61-65

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 кроветворной 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 месяцев
- 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 рефлексy, 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
- 5) рефлекс Моро

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)+ высеив 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 левомецитин;
- 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 жиросложение
- 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 аномалией 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 аномалией конституции характерно наличие:

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

166. При появлении признаков экссудативно-катаральной аномалией 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 новорожденного 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) Атризии желчевыводящих путей
- 5) Гипотрофии

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

- 1) Ладонно-ротовой рефлекс Бабинского
- 2) Верхний хватательный рефлекс /Робинсона/
- 3)+ Рефлекс Россолимо
- 4) Рефлекс рефлекторного 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 внутричерепного 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 синдрому восстановительного периода перинатального поражения ЦНС не относят:

- 1) Гипертензионно-гидроцефальный
- 2) Вегето-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) Листериозе
- 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) Сернокислая 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) Внутритробной 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 /I/, ребенка A/II/ или B /III/
- 2) Матери A/II/, ребенка 0/I/
- 3) Матери B /III/, ребенка 0/I/
- 4) Матери 0/I/, ребенка 0/I/
- 5) Матери AB /IV/, ребенка A/II/ или B /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. Основополагающим 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 мекониевой 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 относят:

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

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

- 1) Мокнувший 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) Милиа

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) Милиа

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) Аденогенитальный 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 геморрагическим 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)+ Эитрофия
- 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 гипотрофии 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) должествующей 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)+ должествующей 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)+ $\frac{1}{5}$ фактической массы тела
- 4) $\frac{1}{6}$ фактической массы тела
- 5) $\frac{1}{7}$ 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 психомоторным развитием 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 исследованием 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)+** Вегетативные 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 ME
- 2)+** 400-500 ME
- 3) 1000 ME
- 4) 2000 ME
- 5) 4000 ME

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 ME
- 2)+ 300000 ME
- 3) 2 млн. ME
- 4) 3 млн. ME
- 5) 5 млн. ME

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) Парентеральное 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) Синовиит
- 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) Ежедневно проводить клинический анализ крови
- 2)+ Ежедневно определять уровень кальция в моче (проба Сулковича)
- 3) Ежедневно проводить общий анализ мочи
- 4) Ежедневно проводить рентгенологический контроль
- 5) Ежедневно 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 predisполагают 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 слизееобразование 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) меконияльный 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) псевдомембранный 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) глютенная 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 по 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) А;
- 2) М;
- 3)+ G;
- 4) А и М;
- 5) G и Е;

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) Х-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 0,1мл/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 0,1мл/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 железодефицитной анемии не является:

- 1) нарастающая бледность кожных покровов
- 2)+ лимфаденопатия
- 3) утомляемость, раздражительность
- 4) трофические нарушения кожи, волос, ногтей
- 5) систолический шум с пунктом максимум на верхушке

450. Основным принципом лечения железодефицитных 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. Железодефицитной 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 + геморрагии
- 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) порывшение 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) закиси 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) 60-65

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 атопических заболеваниях у пациента имеется генетически детерминированная склонность к:

- 1)+ гиперпродукции специфических IgE
- 2) гиперпродукции специфических IgM
- 3) гиперпродукции специфических IgD
- 4) гиперпродукции IFNγ
- 5) гиперпродукции IL2

483. Клетками-мишенями при атопической реакции являются:

- 1) лимфоциты
- 2) моноциты
- 3) эозинофилы
- 4) ретикулоциты
- 5)+ тучные клетки

484. К методам аллергологической 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) Мебгидролин /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 сенсibilизирующим 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
- 5) Локоид

497. К клинико-анамнестическим 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 температурами

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 заболевания 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 С/ 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) острым простым бронхите
- 3) бронхоэктатической болезни
- 4)+** острым бронхитом
- 5) хроническом бронхите 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, стридор, 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 бронхолитом 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 иммуностропным 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 бронхита с облитерацией лежит:

- 1) рецидивирующая обструкция бронхов
- 2)+ облитерация бронхит
- 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 недостаточностью
- 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) сенсibilизирующие 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 мониторингирования 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 мониторингирования 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)+ аколлат

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 комплаинс
- 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 патогномоничен 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) H₂-гистаминоблокаторы

597. Для диагностики хронического гастродуоденита необходимо проведение:

- 1) ультрасонографии брюшной полости
- 2)+ фиброгастродуоденоскопии**
- 3) pH-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)+ фиброколоноскопии с биопсией слизистой оболочки
- 5) компьютерной томографии

603. При целиакии необходимо исключить из диеты:

- 1) коровье молоко
- 2)+ продукты из пшеничной муки
- 3) овощи 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 урсодеоксихолевой 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) бицилина-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) Кистозный фиброз 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) гастролит
- 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)+** квамател
- 5) одестон

630. К антисекреторным препаратам из группы блокаторов протонной помпы относятся:

- 1) фамотидин
- 2) денол
- 3) венгер
- 4)+** омепразол
- 5) трибимол

631. К пленкообразующим препаратам /репарантам/ 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 исследований 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 pH 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 pH 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 H₂ 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) липоидный 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, перенёвших 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 носоглотки /ангины, скарлатины/

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 гипоальбуминемии 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 < 10 г/л

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)+ < 10 г/л

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 СЗ – комплемента 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, перенёсшими 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, перенёсших 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) глюкозурия 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
- 5) ДВС – синдром

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) опухолями 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)+** систоло-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 встречаются 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) доксициклин

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, геморагии, 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 Т4 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)+** гормоны 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 перечисленные 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) адrenокортикотропный 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) велоэргометрию
- 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) экхимозы
- 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) амоксициллин
- 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 дорожного 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 поливитаминных 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 относят:

- 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) врачом-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 взрослую 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 взрослую 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 дородовый 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 ребенка 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 ребенка 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

generated at geetest.ru