

1. Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине Педиатрия
по специальности 31.08.19 Педиатрия

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1	<p>Раздел 1. Физиология и патология детей первого года жизни и раннего возраста</p> <p>Раздел 2. Физиология и патология детей старше 3-х летнего возраста и подростков</p>	УК-1-3, ПК-1-12	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • проявления патологических состояний, симптомов, синдромов в области педиатрии. • принципы диагностики, лечения и тактику ведения больных с наиболее распространенными педиатрическими заболеваниями, в т.ч. при неотложных состояниях у детей <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • выявлять патологические состояния, симптомы, синдромы в области педиатрии. • диагностировать и выбирать тактику, проводить лечение при наиболее распространенных педиатрических заболеваниях в амбулаторно- поликлинических условиях и на дому <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> • методами выявления патологических состояний, симптомов, синдромов в области педиатрии. - способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования в области педиатрии. • владеть методологией диагностики, лечения и тактику ведения больных с наиболее распространенными педиатрическими заболеваниями, в т.ч. при неотложных состояниях, нуждающихся в оказании медицинской помощи 	Тесты Сит. задачи	400 24

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

(полный перечень оценочных средств)

2.1. Тестовые задания по дисциплине

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование
---------------------------------------	--------------------------------

	<p>которой направлено это тестовое задание</p>
<p>1. ЖЕЛУДОК У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА РАСПОЛОЖЕН:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. вертикально 2. косо 3. горизонтально 4. развернут <p>2. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА АНОМАЛИЮ РАЗВИТИЯ ПИЩЕВОДА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта 2. исследование кала на скрытую кровь 3. ультразвуковое исследование 4. копрологический анализ <p>3. ХАРАКТЕР ДЫХАНИЯ У РЕБЕНКА 3 ЛЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. жесткое 2. ослабленное 3. везикулярное 4. пуэрильное <p>4. ОДЫШКА ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ ЛАРИНГИТЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. экспираторного характера 2. инспираторного характера 3. смешанная 4. отсутствует <p>5. ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРОТЕКАЮЩЕЕ С СЫПЬЮ, ОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПИГМЕНТАЦИЮ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. корь 2. ветрянка 3. скарлатина 4. краснуха <p>6. РЕБЕНОК В 5 МЕСЯЦЕВ ПОЛУЧАЕТ ОБЪЕМ МОЛОКА ОТ СВОЕЙ МАССЫ ТЕЛА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1/4 2. 1/5 3. 1/7 4. 1/8 <p>7. ТЕРАПИЯ ЛИХОРАДКИ СЧИТАЕТСЯ НЕЭФФЕКТИВНОЙ, ЕСЛИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. отмечается снижение аксиллярной температуры тела на 0,5°C за 30 мин. 2. «бледная» лихорадка переходит в «розовую» 3. «розовая» лихорадка переходит в «белую» 4. отмечается снижение ректальной температуры тела на 0,5°C за 20 мин. <p>8. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПИЕЛОНЕФРИТА?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. анурия в острый период 2. лейкоцитурия 3. олигурия 4. макрогематурия 	<p>УК-1-3, ПК-1-12</p>

9. ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ТКАНИ ПОЧЕК – ЭТО:

1. гломерулонефрит
2. нефротический синдром
3. пиелонефрит
4. инфекция мочевыводящих путей

10. ОСНОВНЫМ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЛАРИНГИТА У РЕБЁНКА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. спазмолитики
2. антибактериальные препараты
3. антигистаминные препараты
4. ингаляционные и системные ГКС

11. РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ДЕТЯМ НЕ ПОКАЗАНА ПРИ:

1. подозрении на пневмонию
2. подозрении на инородное тело
3. подозрении на объёмный процесс в грудной клетке
4. типичном случае острого бронхита у ребёнка

12. ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

1. полусинтетические пенициллины
2. природные пенициллины
3. макролиды
4. цефалоспорины 1-го поколения

13. К ТИПИЧНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В ПРИСТУПНЫЙ ПЕРИОД НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. увеличение узлов средостения
2. нарушение подвижности грудной клетки
3. усиление сосудистого рисунка
4. вздутие грудной клетки

14. В ОСНОВЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО БРОНХИОЛИТА ЛЕЖИТ:

1. транзиторный отек слизистой бронхов
2. преходящий бронхоспазм
3. кратковременная гиперпродукция бронхиального секрета
4. облитерация бронхиол и артериол одного или нескольких участков легкого

15. К ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ, КОНТРОЛИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, ОТНОСЯТСЯ:

1. бета-2-адреномиметики короткого действия
2. ингаляционные холинолитики
3. противовоспалительные препараты и пролонгированные бронходилататоры
4. антигистаминные

16. НЕ ОБЛАДАЕТ МУКОЛИТИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ:

1. либексин
2. амброксол
3. бромгексин
4. АЦЦ

17. НАЧАЛЬНАЯ СТАДИЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

1. стадия полиурии
2. олигоанурическая стадия
3. шоковая стадия
4. стадия восстановления диуреза

18. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ:

1. около 3-х недель
2. около 14 дней
3. составляет 2-10 дней (чаще 2-3 дня)
4. длится обычно 1-2 дня

19. ЧИСЛО ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ И ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ В СРЕДНЕМ:

1. 25 дыхательных движений и 100 уд./мин
2. 22 дыхательных движения и 85 уд./мин
3. 35 дыхательных движений и 110 уд./мин
4. 20 дыхательных движений и 78 уд./мин

20. ГДЕ ЧАЩЕ ВСЕГО РАСПОЛОЖЕН ПЕРВИЧНЫЙ ОЧАГ ПРИ СЕПСИСЕ НОВОРОЖДЕННОГО:

1. на коже в виде элементов пузырьчатки
2. в пупочной ранке
3. в легких при различных пневмопатиях
4. в кишечнике или желчном пузыре

21. КАКИЕ ГРУППЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЭРБ У ДЕТЕЙ:

1. антациды и антациды в комбинациях
2. ингибиторы протонной помпы
3. прокинетики и корректоры моторики
4. противокашлевые

22. ИНФЕКЦИЕЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. импетиго
2. краснуха
3. Эпштейн-Барр
4. ветряная оспа

23. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ ОТНОСИТСЯ:

1. иерсиниоз
2. скарлатина
3. корь
4. коклюш

24. ВЕДУЩИМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ДЕТЕЙ ОТ 1 ДО 5 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. стафилококк
2. кишечная палочка
3. гемолитический стрептококк
4. пневмококк

25. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ:

1. ингаляционных кортикостероидов

2. пероральных кортикостероидов

3. кетотифена

4. бета-2-адреномиметиков

26. ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ ИММУННЫЕ КОМПЛЕКСЫ АНТИГЕН–АНТИТЕЛО ПОРАЖАЮТ:

1. петлю Генле

2. канальцы

3. чашечки

4. клубочки

27. КАКАЯ ФОРМА ЛЕЙКОЗА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ:

1. острый лимфобластный

2. острый миелобластный

3. острый эритромиелоз

4. острый монобластный

28. ПРИЗНАКОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. резкое беспокойство младенца при попытках взять его на руки

2. наличие звездчатых темных элементов геморрагической сыпи

3. выраженная лейкоцитурия

4. интенсивные боли в ногах и в животе (при отсутствии проявлений кишечной инфекции и наличия хирургической патологии)

29. ПРИЗНАКОМ РАЗВИТИЯ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА У РЕБЁНКА МОЖЕТ БЫТЬ:

1. отеки на лице

2. желтуха

3. отсутствие диуреза (более 6 часов у детей 1-го года жизни, более 8 часов у пациентов старше года)

4. боли в пояснице

30. ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ МЕНИНГЕАЛЬНЫМИ СИМПТОМАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. остановка дыхания

2. бледность, мраморность кожных покровов

3. стойкое выбухание и усиленная пульсация большого родничка, ригидность затылочных мышц

4. симптом Кернига, симптом Брудзинского

31. КАКАЯ АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА ХАРАКТЕРНА ПРИ БРОНХИТЕ С СИНДРОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У РЕБЁНКА:

1. мелко- и среднепузырчатые локальные хрипы в лёгких

2. рассеянные сухие и влажные хрипы в лёгких

3. свистящие хрипы на фоне удлиненного выдоха

4. крупнопузырчатые хрипы на фоне удлиненного вдоха

32. ПРИ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ:

1. остеопороз

2. кандидоз полости рта

3. недостаточность коры надпочечников

4. синдром Иценко-Кушинга

33. ТЯЖЕЛАЯ БРОНХООБСТРУКЦИЯ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ОСЛОЖНЯЕТСЯ:

1. абсцессом
2. напряженным пневмотораксом
3. пиотораксом
4. ателектазом

34. ПРИ ЭКСИКОЗЕ НЕ НАЗНАЧАЕТСЯ:

1. лазикс
2. раствор Рингера
3. плазма
4. 10%-ный раствор глюкозы

35. ПРИ ЭКСИКОЗЕ III СТЕПЕНИ РЕБЕНКУ ДО 1 ГОДА ЖИДКОСТЬ НАЗНАЧАЕТСЯ ИЗ РАСЧЁТА НА КГ МАССЫ ТЕЛА В СУТКИ:

1. 15 мл
2. 70-100 мл
3. 200-220 мл
4. 300 мл

36. ПРИ II СТЕПЕНИ ЭКСИКОЗА ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ:

1. 3%
2. 8%
3. 12%
4. 15%

37. НИЖНИЙ КРАЙ ПЕЧЕНИ ПО СРЕДНЕКЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ ВЫСТУПАЕТ ИЗ-ПОД РЕБЕРНОЙ ДУГИ ДО:

1. 2 лет
2. 4 лет
3. 5-7 лет
4. 10 лет

38. ОБСТРУКТИВНЫМ ЛЕГОЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. хроническая пневмония
2. бронхиальная астма
3. эозинофильная пневмония
4. фиброзирующий альвеолит

39. ЦИАНОЗ НОСОГУБНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА ОБЪЯСНЯЕТСЯ:

1. анемией
2. гемолизом
3. гипоксией
4. сгущением крови

40. ПРИ СВД ПО ГИПОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

1. дыхательные упражнения, упражнения с гантелями, у гимнастической стенки
2. занятия на тренажерах
3. батутотерапия
4. продолжительный сон в утренние часы

41. К ФУНКЦИЯМ ПОЧЕК НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. регуляция жирового обмена
2. поддержание гомеостаза
3. регуляция артериального давления
4. гемопоэтическая

42. ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПРИ АНЕМИЯХ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ НАЗНАЧАЮТ ЖЕЛЕЗО:

1. в инъекциях (феррум-лек)
2. капсулах (эрифер)
3. каплях (мальтофер)
4. драже (ферроплекс)

43. УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА У ДЕТЕЙ ПРИ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НИЖЕ (Г/Л):

1. 110-120
2. 70-90
3. 60-80
4. 40-60

44. ОСОБЕННОСТИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ РЕБЕНКА, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ СУДОРОГ, - ВСЕ, КРОМЕ:

1. слабое регулирующее влияние коры
2. высокая активность обменных процессов
3. высокая активность подкорковых структур
4. гидрофильность мозговой ткани

45. ПРИ КАРДИТАХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НАБЛЮДАЮТСЯ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:

1. кардиомегалии
2. быстрого развития недостаточности кровообращения
3. повышения АД
4. экстрасистолии

46. РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ РЕКОМЕНДОВАНА ДЕТЯМ С СИМПТОМАМИ ОРВИ:

1. каждому ребенку
2. всем детям раннего возраста с признаками ОРВИ
3. при появлении физикальных симптомов пневмонии
4. при наличии отита

47. КАКОЙ УРОВЕНЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА СЧИТАЕТСЯ МАРКЕРОМ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ:

1. выше 30 мг/л
2. выше 50 мг/л
3. 3-5 мг/л
4. 5-9 мг/л

48. НА НАЛИЧИЕ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ, ХАРАКТЕРНОЙ ДЛЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ, УКАЗЫВАЕТ:

1. повышение уровня глюкозы в крови более 5,6 ммоль/л
2. выявление в крови повышения С-реактивного белка >2 стандартных отклонений от нормы и прокальцитонина >2 нг/мл
3. превышение уровня общего билирубина в крови за счет прямой фракции
4. низкая относительная плотность мочи

49. ИНФУЗИИ ПАРАЦЕТАМОЛА ПРИ ГИПЕРТЕРМИИ У ДЕТЕЙ ОТ 1 ГОДА И СТАРШЕ ПРОВОДЯТ ИЗ РАСЧЕТА РАЗОВОЙ ДОЗЫ:

1. 1 мг/кг

2. 15 мг/кг (внутривенно, медленно)

3. 15 мг/кг (быстро, струйно)

4. через 1-2 часа

50. ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК НАЧИНАЕТ ХОРОШО ДЕРЖАТЬ ГОЛОВУ:

1. на 4-й неделе жизни

2. не ранее 5 месяцев

3. в 6 месяцев

4. в 2 месяца

51. РЕБЕНОК В 1 ГОД ДОЛЖЕН ИМЕТЬ В СРЕДНЕМ МАССУ ТЕЛА:

1. 7,5-13 кг

2. 8-9 кг

3. 9-11 кг

4. 11,5-13 кг

52. В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЖИЗНИ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ РЕБЕНОК ПОЛУЧАЕТ ВАКЦИНАЦИЮ ОТ:

1. туберкулеза

2. пневмококка

3. полиомиелита

4. вирусного гепатита В

53. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. ЛДГ

2. креатининкиназа

3. повышение концентрации тропонина I или тропонина T

4. повышение АСАТ, АЛАТ

54. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА У РЕБЕНКА, В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ КОТОРОГО ПРЕОБЛАДАЮТ СЕГМЕНТОЯДЕРНЫЕ ЛЕЙКОЦИТЫ:

1. туберкулез

2. пневмония

3. перелом ребра

4. опухоль

55. ИСХОДОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. выздоровления

2. сохранения персистирующего гепатита

3. перехода в ХАГ

4. острой декомпенсации

56. НАСЛЕДСТВЕННО-ОБУСЛОВЛЕННЫМ ДЕФЕКТОМ ОБМЕНА БИЛИРУБИНА ПРИ НОРМАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ И ОТСУТСТВИИ ГЕМОЛИЗА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ:

1. болезнь Жильбера

2. болезнь Клиглера-Найяра I и II типа

3. болезнь Верльгофа

4. болезнь Дабина-Джонсона

57. РЕБЕНОК СПОСОБЕН КОНТРОЛИРОВАТЬ ДЕФЕКАЦИЮ С ВОЗРАСТА:

1. 1 года

2. 2 лет

3. 5 лет

4. 7-9 лет

58. ХАРАКТЕР КАШЛЯ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ БРОНХИТОМ:

1. лающий
2. влажный
3. сухой
4. «репризы»

59. ПОВТОРНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗОВОЙ ДОЗЫ ПАРАЦЕТАМОЛА И ИБУПРОФЕНА ПРИ ГИПЕРТЕРМИИ ВОЗМОЖНО:

1. не ранее чем через 4-5 часов после первого их приема
2. каждые 2 часа
3. через 1 час
4. после термометрии через 1,5 часа

60. ПРИЧИНОЙ ЭКСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. пневмония
2. адено tonsиллит
3. стеноз гортани
4. бронхоспазм

61. ЧТО ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА БОЛЕЗНИ ШЕНЛЕЙНА-ГЕНОХА?

1. септическое воспаление стенок крупных сосудов
2. тромбоцитопения
3. асептическое воспаление стенок микрососудов с множественным тромбообразованием
4. IgE-зависимые реакции

62. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ?

1. H₂-блокаторы
2. ингибиторы протонной помпы
3. антихеликобактерные препараты
4. антацидные препараты

63. КАКОЙ ДИЕТИЧЕСКИЙ СТОЛ ПО ПЕВЗНЕРУ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРИТОВ С ПОВЫШЕННОЙ КИСЛОТНОСТЬЮ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ?

1. 1
2. 3
3. 4
4. 5

64. ДЛЯ КИШЕЧНОЙ КОЛИ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРЕН СТУЛ:

1. в виде рисового отвара
2. с прожилками крови
3. ярко-оранжевого цвета
4. напоминающий цвет «болотной тины»

65. РЕШАЮЩИМ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. рентгенография грудной клетки
2. бронхография
3. исследование функции внешнего дыхания
4. физикальные данные: стойкие локальные изменения дыхания и наличие влажных

хрипов

66. НЕ ОТНОСИТСЯ К АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТЯМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ОБСТРУКЦИИ ЛЕГКИХ:

1. узкие воздухоносные пути
2. диафрагмальный тип дыхания;
3. мягкость хрящей гортани, трахеи, бронхов
4. носовое дыхание

67. В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ОЦЕНКА МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ В БЕЛКОВОМ ОБМЕНЕ ПРОВОДИТСЯ:

1. по концентрации общего белка и его фракций в сыворотке крови;
2. по показателям коагулограммы
3. по активности ферментов АСТ, АЛТ, глутаматдегидрогеназы
4. по всем перечисленным показателям

68. У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПИЩЕВОД ИМЕЕТ ФОРМУ:

1. цилиндра
2. воронки
3. кувшина
4. песочных часов

69. КОРОВЬЕ МОЛОКО У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЗАДЕРЖИВАЕТСЯ В ЖЕЛУДКЕ:

1. 1-2 часа
2. 2 часа
3. 3-4 часа
4. более 6 часов

70. СЕКРЕТОРНАЯ АКТИВНОСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ ДОСТИГАЕТ УРОВНЯ СЕКРЕЦИИ ВЗРОСЛЫХ В ВОЗРАСТЕ:

1. к 2 годам
2. к 5-6 годам
3. в 10 лет
4. в 14 лет

71. НА ФОНЕ ДУОДЕНИТА ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ:

1. хронический тонзиллит
2. патология билиарного тракта
3. эзофагит
4. колит

72. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНИТЕ:

1. область эпигастрия
2. область мезогастрия
3. пилородуоденальная область
4. левое подреберье

73. РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ПИЛОРОСПАЗМА НАИБОЛЕЕ ЗАКОНОМЕРНО У РЕБЕНКА:

1. с отягощенной наследственностью
2. с отягощенным акушерским анамнезом
3. при позднем прикладывании к груди

4. при раннем смешанном вскармливании

74. УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА У ДЕТЕЙ ПРИ ЛЕГКОЙ ФОРМЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НИЖЕ (Г/Л):

1. 110-90
2. 100-90
3. 90-80
4. 80-70

75. В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО БРОНХИТА С СИНДРОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1. спазмолитические препараты парентерально
2. пероральные формы бронхоспазмолитиков
3. антигистаминные препараты инъекционно
4. ингаляционные β_2 -агонисты или комбинированные препараты через небулайзер

76. ТЯЖЕЛЫЕ, А ТАКЖЕ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ (ОСОБЕННО ПРИ РАЗВИТИИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ И РЕСПИРАТОРНЫХ СИМПТОМОВ) РЕКОМЕНДОВАНО КУПИРОВАТЬ ВВЕДЕНИЕМ:

1. супрастина
2. эпинефрина
3. дезлоратадина
4. антибактериальных препаратов

77. ИБУПРОФЕН У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ:

1. 10 мг/кг
2. 25 мг/кг
3. 30 мг/кг
4. 60 мг/кг

78. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ: ОСИПЛОСТЬ, ГРУБЫЙ НАВЯЗЧИВЫЙ КАШЕЛЬ, БЕСПОКОЙСТВО, СТРАХ, ВОЗМОЖНО АПАТИЯ, РЕЗКАЯ ОДЫШКА С ВЫРАЖЕННЫМ ВТЯЖЕНИЕМ ПОДАТЛИВЫХ МЕСТ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, БЛЕДНОСТЬ, АКРОЦИАНОЗ У РЕБЁНКА СООТВЕТСТВУЮТ:

1. I степени стеноза гортани (стадии компенсации)
2. IV степени стеноза гортани (терминальная стадия, асфиксия)
3. III степени стеноза гортани (стадия декомпенсации)
4. II степени стеноза гортани (стадия неполной компенсации)

79. ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ПНЕВМОНИИ - ДО:

1. нормализации температуры
2. нормализации СОЭ
3. полного рассасывания инфильтрата в легком
4. стойкой нормальной температуры тела в течение 5 дней

80. ПОКАЗАТЕЛЬ ГЕПАТОЦИТОЛИЗА:

1. гипертрансаминаземия
2. гиперхолестеринемия
3. гипербилирубинемия
4. диспротеинемия

81. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ПРИЗНАК:

1. повышение трансаминаз в 1,5-2 раза по сравнению с нормой

2. повышение трансаминаз более чем в 2 раза по сравнению с нормой
3. диспротеинемия
4. гипербилирубинемия

82. К ФИЗИЧЕСКИМ МЕТОДАМ СНИЖЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ОТНОСИТСЯ:

1. прием парацетамола
2. аэрация помещения
3. использование кондиционера в помещении
4. раздевание, обтирание водой комнатной температуры

83. ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ - ЭТО:

1. вызванная приемом пищевого продукта патологическая реакция, в основе которой лежат иммунные механизмы (специфические IgE-опосредованные реакции), клеточный иммунный ответ (не IgE-опосредованные) или их сочетание – реакции смешанного типа
2. нормальная реакция организма человека в ответ на контакт организма с аллергенами
3. рвота после приема пищи
4. вкусовое неприятие

84. КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МОЧИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ДЕТЯМ С ОРВИ:

1. всем с признаками ОРВИ
2. только лихорадящим с катаральными явлениями
3. всем лихорадящим без катаральных явлений
4. не проводится детям с ОРВИ

85. ПЕРВЫЙ ПРИКОРМ ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ВВОДИТСЯ:

1. в 5 месяцев в количестве около 1/3 разового объема питания в первый день
2. в 3,5 месяца, начиная с 1/2 чайной ложки в первый день
3. не ранее 7 месяцев, начиная с 3-х чайных ложек
4. в 5 месяцев в количестве 2-3-х чайных ложек в первый день

86. СТУЛ ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЁННОГО, НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, ИМЕЕТ ОКРАСКУ:

1. зеленую
2. золотисто-желтую
3. коричневую
4. ахоличную

87. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ НЕЙРОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. дегидратация
2. гиперволемия
3. воздействие продуктов тканевого распада
4. низкая проницаемость клеточных мембран

88. ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК НАЧИНАЕТ СИДЕТЬ:

1. в 6 месяцев
2. после 8 месяцев
3. на 4-ом месяце
4. в 9 месяцев

89. ПРИ ОБЕЗВОЖИВАНИИ I СТЕПЕНИ ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ:

1. 4-5%

2. 8%
3. 10%
4. 12%

90. СТЕПЕНЬ ЭКСИКОЗА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

1. частотой стула
2. выраженностью лихорадки
3. потерей массы тела
4. частотой рвоты

91. ДЛЯ ЭКСИКОЗА С ГИПОТОНИЧЕСКОЙ ДЕГИДРАТАЦИЕЙ ХАРАКТЕРНЫ:

1. острая жажда, сухие слизистые, возбуждение
2. гипернатриемия
3. синдром низкого сердечного выброса со снижением артериального давления
4. тахикардия, олигурия, отсутствие жажды, адинамия

92. ВЫСОКИЙ ТИТР АНТИСТРЕПТОЛИЗИНА – «О» НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

1. острой ревматической лихорадке
2. раннем врожденном кардите
3. скарлатине
4. гломерулонефрите

93. СИНДРОМ КРУПА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ:

1. 6 мес. - 3 года
2. старше 3 лет
3. 3-12 лет
4. новорожденных

94. ДЛЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО:

1. интоксикация + дизурия + лейкоцитурия
2. интоксикация + боли в животе/пояснице + лейкоцитурия
3. интоксикация + боли в животе/пояснице + макрогематурия
4. интоксикация + дизурия + макрогематурия

95. КЛЮЧЕВЫМ ПРАВИЛОМ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА ДЕТЯМ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ АТОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ:

1. смещение сроков прикорма
2. поликомпонентных продуктов
3. монокомпонентных продуктов, а также соблюдение принципа постепенного расширения рациона
4. поликомпонентных продуктов, с соблюдением принципа постепенного расширения рациона

96. В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИСФАГИИ У ДЕТЕЙ МЕНЕЕ ЗНАЧИМЫ:

1. инородные тела
2. заболевания пищевода
3. опухоли пищевода
4. изменения нервно-мышечной проводимости

97. КАКОЙ ПРИЗНАК ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПОХРОМНОЙ АНЕМИИ?

1. снижение тромбоцитов
2. снижение эритроцитов
3. повышение ретикулоцитов

4. низкий цветовой показатель

98. В СТРУКТУРЕ СВД ВЫДЕЛЯЮТ СИНДРОМ:

1. судорожный
2. нефротический
3. угнетения
4. психо-вегетативный

99. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ КАРДИТА НЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. циркуляторные расстройства
2. брадикардия
3. расширение границ сердца
4. глухость сердечных тонов

100. ПРИ «КРАСНОЙ» ЛИХОРАДКЕ ОДНОКРАТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ МЕР ДОЛЖНО ПРОДОЛЖАТЬСЯ:

1. 10 минут
2. не более 30-40 мин
3. в течение 1,5-2 часов
4. не показано

101. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. отеки
2. лихорадка
3. бледность и сухость кожи
4. артериальная гипертензия

102. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РАННИХ ВРОЖДЕННЫХ КАРДИТОВ У ДЕТЕЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. увеличение размеров сердца
2. высокий вольтаж комплекса QRS
3. низкие антропометрические показатели
4. грубый систолический шум, проводится на спину

103. ДИАГНОЗ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЛАРИНГИТА СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ:

1. клинической картины
2. общего анализа крови
3. с-реактивного белка
4. рентгенографии грудной клетки

104. ДЛЯ ОСТРОГО ЦИСТИТА ХАРАКТЕРНО:

1. интоксикация + дизурия + макрогематурия
2. отсутствие интоксикации + дизурия + лейкоцитурия
3. интоксикация + дизурия + лейкоцитурия
4. интоксикация + боли в животе/пояснице + лейкоцитурия

105. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ОРВИ:

1. 1-2 дня
2. 2-7 дней
3. 7-11 дней
4. 9-14 дней

106. ОСТРОМУ ЛАРИНГИТУ СВОЙСТВЕННО:

1. укорочение перкуторного звука над легкими
2. ослабленное дыхание
3. грубый кашель, осиплость голоса
4. отсутствие одышки

107. РАСПОЛОЖЕНИЕ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ СТАНОВИТСЯ ТАКИМ ЖЕ, КАК У ВЗРОСЛЫХ, В ВОЗРАСТЕ:

1. 7-10 лет
2. 14-16 лет
3. 4-5 лет
4. 12-14 лет

108. ПРИ ЭКСИКОЗЕ III СТЕПЕНИ РЕБЕНКУ ОТ 1 ДО 5 ЛЕТ ЖИДКОСТЬ НАЗНАЧАЕТСЯ ИЗ РАСЧЁТА НА КГ МАССЫ ТЕЛА В СУТКИ:

1. 20 мл
2. 100 мл
3. 175 мл
4. 300 мл

109. В КОПРОГРАММЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ:

1. нейтрального жира
2. лейкоцитов в количестве 10 и более
3. детрита
4. зерен крахмала

110. ПРИ ВСКАРМЛИВАНИИ МАТЕРИНСКИМ МОЛОКОМ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ОСНОВНОЙ ФЛОРОЙ В КИШЕЧНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. e. coli
2. лактобактерии
3. клостридии
4. бифидобактерии

111. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ В ДИАГНОСТИКЕ ГАСТРИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. эндоскопическое исследование
2. рентгеноконтрастное исследование
3. УЗИ
4. уреазный тест на h. pylori

112. КАКОЙ ИЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ КАТЕГОРИЧЕСКИ ЗАПРЕЩАЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТЕРМИИ У ДЕТЕЙ:

1. парацетамол
2. аспирин
3. но-шпа
4. ибупрофен

113. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ПИЕЛОНЕФРИТА:

1. стрептококк
2. микоплазма
3. кишечная палочка
4. стафилококк

114. ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПРОСТОЙ ДИСПЕПСИИ У ГРУДНОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. кишечная палочка
2. стафилококк
3. вирусное заболевание
4. неправильное введение новой смеси

115. ДЛЯ СТУЛА ГРУДНОГО РЕБЕНКА ПРИ ПРОСТОЙ ДИСПЕПСИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:

1. крови
2. стула в виде "болотной тины"
3. белых комочков
4. большого количества слизи

116. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ОБЪЕМ ЖЕЛУДКА У РЕБЕНКА В 1 ГОД СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ:

1. 100 мл
2. 250 мл
3. 400 мл
4. 500 мл

117. ЧАСТОМУ СРЫГИВАНИЮ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СПОСОБСТВУЕТ СЛАБОЕ РАЗВИТИЕ:

1. кардиального отдела
2. привратника
3. двигательной активности кишечника
4. сфинктера Одди

118. ЯЗВЕННЫЙ ДЕФЕКТ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

1. в постбульбарном отделе
2. в луковице 12-перстной кишки
3. на малой кривизне желудка
4. в антральном отделе желудка

119. ДИАГНОЗ ПИЛОРИЧЕСКОГО ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА НАИБОЛЕЕ ТОЧЕН:

1. при положительном уреазном тесте с биоптатом
2. при клинико-эндоскопическом исследовании
3. при исследовании копрограммы
4. при гистологическом обнаружении микроба в биоптате

120. МАССИВНАЯ ЛЕЙКОЦИТУРИЯ И БАКТЕРИУРИЯ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1. пиелонефрита
2. хронической почечной недостаточности
3. дисметаболической нефропатии
4. гломерулонефрита

121. РЕБЕНОК, БОЛЬНОЙ ПИЕЛОНЕФРИТОМ, В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ДОЛЖЕН МОЧИТЬСЯ:

1. соответственно возрасту
2. редко
3. часто
4. не имеет значения

122. К ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО

ПИЕЛОНЕФРИТА НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. цистография
2. урография
3. УЗИ
4. ангиография почечных артерий

123. РАЗВИТИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ПОСЛЕ ИНФЕКЦИИ:

1. стафилококковой
2. стрептококковой
3. колибацилярной
4. протейной

124. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ГЕМОФИЛИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. подкожных и внутримышечных гематом
2. длительных кровотечений при травмах, экстракции зубов
3. кровоизлияний в сустав
4. геморрагической звездчатой сыпи на бедрах и ягодицах

125. К ГЕМОВОМУ ЖЕЛЕЗУ ОТНОСЯТ:

1. ферритин
2. миоглобин
3. гемосидерин
4. трансферрин

126. КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ СТАРТОВЫМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА?

1. седуксен (реланиум)
2. димедрол
3. парацетамол
4. люминал

127. ОСТРЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗИРУЕТСЯ:

1. ослаблением перкуторного звука
2. влажными непостоянными хрипами
3. пуэрильным дыханием
4. одышкой

128. ЧТО НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИ ЛАКТАЦИОННОМ КРИЗЕ У КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ:

1. более частые прикладывания ребёнка к груди
2. прием лактогонных напитков
3. увеличение питьевого режима
4. перевод питания ребёнка на заменители грудного молока

129. КАКИЕ ХРИПЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БРОНХИТА У ДЕТЕЙ:

1. мелкопузырчатые хрипы над отдельным участком легкого
2. проводные непостоянные крупнопузырчатые хрипы
3. среднепузырчатые и свистящие хрипы
4. крепитирующие односторонние хрипы

130. ПОДОЗРЕНИЕ НА ТИПИЧНУЮ ПНЕВМОНИЮ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИТА ВОЗНИКАЕТ:

1. при наличии упорного металлического кашля

2. при наличии кашля с репризами
3. при наличии затруднённого вдоха
4. при наличии лихорадки более 3-х дней и асимметрии хрипов/физикальных изменений в легких

131. В СЛУЧАЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО РЕЗУЛЬТАТА БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ИЛИ ЭКСПРЕСС-ТЕСТА НА В-ГЕМОЛИТИЧЕСКИЙ СТРЕПТОКОКК ГРУППЫ А ПАЦИЕНТ НУЖДАЕТСЯ:

1. в системном антибактериальном лечении
2. в симптоматическом лечении тонзиллита
3. в срочной госпитализации
4. в вакцинации

132. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО СТРЕПТОКОККОВОГО ТОНЗИЛЛИТА НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. острая ревматическая лихорадка
2. ювенильный ревматоидный артрит
3. постстрептококковый гломерулонефрит
4. синдром стрептококкового токсического шока (Strep TSS)

133. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ПЕРЕХОДНЫМ СОСТОЯНИЯМ НОВОРОЖДЕННЫХ:

1. «молочный струп»
2. физиологическая желтуха
3. токсическая эритема
4. транзиторный дисбактериоз

134. ЧИСЛО ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА:

1. 25-35 в мин.
2. 40-60 в мин.
3. 60-70 в мин.
4. 20-30 в мин.

135. ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ В 1 МИНУТУ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ С 1 ГОДА ДО 3 ЛЕТ В НОРМЕ:

1. 130 - 150
2. 110 - 120
3. 80 - 100
4. 90 - 160

136. У НОВОРОЖДЕННОГО В ПЕРВЫЕ НЕДЕЛИ ЖИЗНИ СТУЛ БЫВАЕТ ЗА СУТКИ:

1. однократный
2. 1-2 раза
3. 4-6 раз
4. 10 раз

137. ДЛЯ СНЯТИЯ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ПРИ РОЗОВОЙ ЛИХОРАДКЕ НЕ НАЗНАЧАЕТСЯ:

1. парацетамол
2. ибупрофен
3. физические методы охлаждения
4. аспирин

138. МАЛЫЙ РОДНИЧОК У МЛАДЕНЦА ЗАКРЫВАЕТСЯ:

1. в 5 месяцев
2. в 2-3 месяца
3. к моменту рождения
4. в 6 месяцев

139. МАССА ПЕЧЕНИ У НОВОРОЖДЁННЫХ СОСТАВЛЯЕТ ОТ МАССЫ ТЕЛА:

1. 1%
2. 2%
3. 5%
4. 8%

140. ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА РАСПОЛАГАЕТСЯ НА УРОВНЕ:

1. X грудного позвонка
2. XII грудного позвонка
3. I поясничного позвонка
4. II- III поясничного позвонка

141. ПРИ ЭКСИКОЗЕ III СТЕПЕНИ РЕБЕНКУ ОТ 6 ЛЕТ ЖИДКОСТЬ НАЗНАЧАЕТСЯ ИЗ РАСЧЁТА НА КГ МАССЫ ТЕЛА В СУТКИ:

1. 30 мл
2. 50-70 мл
3. 130 мл
4. 200-220 мл

142. ПЯТНА ФИЛАТОВА-КОПЛИКА ЯВЛЯЮТСЯ РАННИМ СИМПТОМОМ:

1. коклюша
2. краснухи
3. иерсиниоза
4. кори

143. ДЛИНА ПИЩЕВОДА НОВОРОЖДЁННОГО СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ:

1. 2-4 см
2. 4-8 см
3. 10-11 см
4. около 20 см

144. ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ НЕ ОГРАНИЧИВАЮТ:

1. углеводы
2. поваренную соль
3. употребление жидкости
4. употребление белка

145. КАРДИНАЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СЛУЖИТ:

1. ведение пищевого дневника
2. определение IgE
3. эозинофилия
4. бронхоскопия

146. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ РЕБЕНКА С ПИЕЛОНЕФРИТОМ СТРОИТСЯ ПО ПРИНЦИПУ:

1. бессолевой диеты
2. усиленного белкового питания
3. молочно-растительной диеты с умеренным ограничением сахара

4. молочно-растительной диеты с умеренным ограничением белка и соли

147. ПРОВЕДЕНИЕ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧИ РЕКОМЕНДОВАНО ПРИ:

1. наличии макрогематурии
2. наличии микрогематурии
3. наличии протеинурии
4. наличии лейкоцитурии

148. ПИЩЕВЫЕ АЛЛЕРГЕНЫ – ЭТО:

1. любые пищевые вещества, чаще всего белковой природы, стимулирующие выработку IgE или клеточный иммунный ответ
2. продукты питания и микробиологические факторы
3. шоколад, кофе, кондитерские изделия, цитрусовые, морепродукты
4. вирусы, бактерии

149. ПРИ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ ПНЕВМОНИИ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ:

1. гентамицин
2. тетрациклин
3. макролиды
4. защищенные пенициллины

150. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЭТИОЛОГИЯ ВРОЖДЕННЫХ КАРДИТОВ:

1. токсико-аллергическая
2. вирусная
3. бактериальная
4. гипоксическая

151. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ВИРУСНОГО БРОНХИТА НЕ ТРЕБУЕТ НАЗНАЧЕНИЯ:

1. дренажа грудной клетки
2. обильного питья
3. антибиотиков
4. муколитиков и отхаркивающих

152. ДЛЯ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ КОМЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. кетоацидоз
2. гипернатриемия
3. гипергликемия
4. дегидратация

153. ПРИ «КРАСНОЙ» ЛИХОРАДКЕ В КАЧЕСТВЕ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

1. парацетамол в разовой дозе 10-15 мг/кг
2. ибупрофен в разовой дозе 5-10 мг/кг детям старше 6 мес.
3. аспирин 250 мг однократно ребенку 5 лет
4. 50% раствора метамизола 0,1 мл на год жизни

154. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПАРЕНТЕРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ:

1. олигоурия или анурия
2. гиповолемический шок
3. 2 стадия обезвоживания
4. жидкий стул 3-5 раз в сутки

155. НОРМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЯХ У ДЕТЕЙ ПОДСЧИТЫВАЮТСЯ ПО ФОРМУЛЕ:

1. $90+n$, где n – это возраст ребёнка в годах
2. $60+n$, где n – это возраст ребёнка в годах
3. $90+2n$, где n – это возраст ребёнка в годах
4. $60+2n$, где n – это возраст ребёнка в годах

156. ЧТО ОТНОСИТСЯ К НОРМАЛЬНОЙ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОЙ РЕАКЦИИ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ ДВУХ СУТОК:

1. местная гиперемия + местная болезненность
2. отказ от еды, аллергическая сыпь
3. местный инфильтрат более 8 см в диаметре
4. температура тела более 39 градусов

157. ВЫДЕЛЕНИЕ ВИРУСОВ БОЛЬНЫМ С ОРВИ МАКСИМАЛЬНО:

1. на 1 сутки
2. на 3 сутки
3. на 8 сутки
4. на 10 сутки

158. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНАЯ СЫПЬ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ:

1. анулярная сыпь
2. узловатая эритема
3. геморрагическая сыпь в виде неправильной формы элементов, плотных на ощупь, выступающих над уровнем кожи
4. мелкопятнистая сыпь в области крупных складок

159. ЧИСЛО СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА:

1. 160-180 уд. в мин.
2. 90-100 уд. в мин.
3. 120-140 (до 160) уд. в мин.
4. 100-120 уд. в мин.

160. ТЯЖЕЛЫЕ, А ТАКЖЕ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АЛЛЕРГИИ У РЕБЕНКА РЕКОМЕНДОВАНО КУПИРОВАТЬ ВВЕДЕНИЕМ:

1. эпинефрина
2. супрастина
3. антибактериальных препаратов
4. дезлоратадина

161. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ВНЕПИЩЕВОДНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ГЭРБ У ДЕТЕЙ:

1. оториноларингологические заболевания
2. неврологические нарушения
3. стоматологические проявления
4. бронхолёгочные симптомы

162. ЧТО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИНДРОМА ВРОЖДЕННОЙ КРАСНУХИ:

1. сыпь в первые сутки после рождения
2. поражение глаз
3. нарушение слуха
4. гидроцефалия

163. СРОК ЗАКРЫТИЯ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА:

1. 4 месяца
2. 4-6 месяцев
3. 8-10 месяцев
4. 12-18 месяцев

164. ДЛЯ КАКОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА ОСОБЕННО ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ «ЗИЯНИЯ АНУСА»?

1. сальмонелез
2. острая дизентерия (шигеллез)
3. коли-инфекция (эшерихоз)
4. стафилококковая кишечная инфекция

165. ДОЗА АМОКСИЦИЛЛИНА КЛАВУЛОНАТА ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИЕМА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ:

1. 30 мг/кг/сут.
2. 40 мг/кг/сут.
3. 50 мг/кг/сут.
4. 90 мг/кг/сут.

166. ОСТРЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ:

1. бактериальной микст-инфекции
2. микоплазмоза
3. респираторно-вирусной инфекции
4. грибкового процесса

167. ЧТО НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ БРОНХИТА МИКОПЛАЗМЕННОЙ И ХЛАМИДИЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ:

1. нормальная температура тела
2. наличие бронхообструкции
3. острое начало и отсутствие кашля
4. инфильтративные и очаговые тени в лёгких

168. В ПАТОГЕНЕЗЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ:

1. системная воспалительная реакция организма, развивающаяся в ответ на бактериемию и токситемию
2. проникновения возбудителя в оболочки мозга по лимфатическим путям
3. проникновения возбудителя в оболочки мозга периневрально
4. способность менингококка вегетировать

169. ДЕТИ, НЕ БОЛЕВШИЕ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ И БЫВШИЕ В КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ ЕЮ, ПОДЛЕЖАТ ИЗОЛЯЦИИ НА СРОК:

1. 21 день
2. 18 дней
3. 7 дней
4. 5 дней

170. ДЛЯ БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ ХАРАКТЕРНА НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ:

1. жиров
2. витаминов группы В
3. глютена
4. моносахаридов

171. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДИЗЕНТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. полифагия
2. метеоризм
3. стул, напоминающий рисовый отвар
4. тенезмы

172. ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНЫЕ РЕФЛЮКСЫ МОГУТ СПОСОБСТВОВАТЬ РАЗВИТИЮ:

1. дивертикула желудка
2. антрального гастрита
3. язвы пищевода
4. эзофагита

173. БОЛЬ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НЕ СВЯЗАНА С ЗАБОЛЕВАНИЕМ:

1. панкреатит
2. хронический колит
3. хронический гастродуоденит
4. дисфункция билиарного тракта

174. СТРОГИЙ ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ ПОКАЗАН РЕБЕНКУ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ:

1. в первые три дня болезни
2. до полного выздоровления
3. в острый период заболевания
4. в период бактериурии

175. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. пузырно-мочеточниковый рефлюкс
2. фимоз у мальчиков
3. нарушение гигиены у девочек
4. избыточное употребление углеводов

176. КАКОЕ ИЗ ИЗМЕНЕНИЙ НАБЛЮДАЕТСЯ В АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ:

1. анемия
2. нейтрофильный лейкоцитоз
3. лимфоцитоз
4. эозинофилия

177. ОСНОВНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ МОЧЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

1. олигоурии
2. гематурии
3. лейкоцитурии
4. протеинурии

178. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ АНЕМИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ:

1. белководефицитная
2. железодефицитная
3. постгеморрагическая
4. гемолитическая

179. ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ ПРИ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ:

1. гематомный
2. петехиально-пятнистый
3. васкулито-пурпурный
4. смешанный

180. ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК, ОТЛИЧАЮЩИЙ БРОНХИТ ОТ ПНЕВМОНИИ:

1. крепитация
2. одышка
3. ослабленное дыхание
4. разнокалиберные хрипы

181. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ ВЕСА НОВОРОЖДЕННЫХ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ:

1. 1-2%
2. 3%
3. 8%
4. 15%

182. ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В 1 МИНУТУ У РЕБЁНКА ДО 1 ГОДА ЖИЗНИ В НОРМЕ:

1. 20 - 25
2. 30 - 35
3. 40 - 60
4. 20 - 50

183. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ БЕТА-ЛАКТАМАЗПРОДУЦИРУЮЩИМИ ШТАММАМИ ПНЕВМОКОККА, ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

1. макролиды
2. амоксициллин, потенцированный клавулановой кислотой
3. азитрокс
4. ампициллин

184. РЕШАЮЩИМ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. рентгенография грудной клетки
2. бронхография
3. исследование функции внешнего дыхания
4. физикальные данные: стойкие локальные изменения дыхания и наличие влажных хрипов

185. ИЗ МЕТОДОВ ВЕРИФИКАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ:

1. общеклинические физикальные исследования
2. рентгенография органов грудной клетки
3. бронхоскопия с цитологическим и бактериологическим исследованием бронхиального содержимого
4. посев мокроты

186. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ИССЛЕДОВАНИЕ:

1. обзорная рентгенограмма легких
2. боковая рентгенограмма легких
3. томограммы прямая и боковая
4. бронхоскопия

187. ОСНОВНЫМ ДЕЙСТВУЮЩИМ ФЕРМЕНТОМ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. химозин
2. трипсин
3. пепсин
4. казеин

188. МАКРОГЛОССИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

1. микседеме
2. отите
3. синусите
4. обструктивном бронхите

189. ПЕРВУЮ ФАЗУ ПИЩЕВАРЕНИЯ (СТВОРАЖИВАНИЕ МОЛОКА) ОБЕСПЕЧИВАЕТ ФЕРМЕНТ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА:

1. химозин
2. трипсин
3. пепсин
4. казеин

190. ЖЕНСКОЕ МОЛОКО ЗАДЕРЖИВАЕТСЯ В ЖЕЛУДКЕ:

1. 1 час
2. 2-3 часа
3. 3-4 часа
4. 5-6 часов

191. ПРИ СОЛЕДЕФИЦИТНОМ ТИПЕ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ РАСТВОРОВ РИНГЕРА И 10% ГЛЮКОЗЫ В СООТНОШЕНИИ:

1. 3:1
2. 1:1
3. 1:2
4. 1:3

192. ДЛЯ НЕЙРОТОКСИКОЗА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ НАЛИЧИЕ:

1. судорожного синдрома
2. гипертермического синдрома
3. обезвоживания
4. тахикардии

193. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ НЕ ПОКАЗАНО:

1. мясо
2. масло растительное
3. кислые фрукты
4. сладкие фрукты

194. НА РАЗВИТИЕ ХОЛЕСТАЗА НЕ ВЛИЯЕТ:

1. повреждение гепатоцита
2. патология билиарных путей
3. дисбактериоз
4. обилие жира в пище

195. ВИБРАЦИОННЫМ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ:

1. Мерфи
2. Ортнера

3. Пастернацкого
4. Образцова

196. ПРИ ДИСХОЛИИ В ОСАДКЕ ДУОДЕНАЛЬНОГО СОДЕРЖИМОГО ОБНАРУЖИВАЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. кристаллов билирубината кальция
2. лейкоцитов
3. кристаллов холестерина
4. липидных частиц

197. РЕКОМЕНДОВАННАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ:

1. 10-14 дней
2. не назначают
3. 5 дней
4. 7 дней

198. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ БЕССОЛЕВАЯ ДИЕТА НЕ НАЗНАЧАЕТСЯ:

1. артериальная гипертензия
2. острый гломерулонефрит
3. острый пиелонефрит
4. острая почечная недостаточность

199. ФИТОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. основным средством
2. вспомогательным средством
3. не показана
4. этиотропным средством

200. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ:

1. боли в пояснице, в животе
2. болезненное мочеиспускание
3. лихорадка
4. массивные отеки

201. СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ВЫПИВАЕМОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ДОЛЖНО:

1. соответствовать физиологической потребности
2. превышать физиологическую потребность в 1,5-2 раза
3. превышать физиологическую потребность в 3-4 раза
4. быть меньше физиологической потребности

202. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПИЕЛОНЕФРИТА:

1. уросепсис
2. амилоидоз
3. вторично сморщенная почка
4. хроническая почечная недостаточность

203. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ПО ТЕЧЕНИЮ И ИСХОДУ СРЕДИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. дисметаболическая нефропатия
2. пиелонефрит
3. гломерулонефрит

4. нефроптоз

204. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ МОЖЕТ ДЛИТЕЛЬНО СОХРАНЯТЬСЯ:

1. общая слабость
2. артериальная гипертензия
3. изменения в моче
4. ускоренная СОЭ

205. ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДОЗА ВИТАМИНА Д ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЛАДЕНЧЕСКОГО РАХИТА 3 СТ., ОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ:

1. до 1000 МЕ в сутки
2. не более 2000 МЕ в сутки 30 дней
3. не менее 20000 МЕ в сутки
4. 3000 МЕ в сутки 45 дней

206. ПРИ ДИФфуЗНОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ:

1. клубочки
2. канальцы
3. чашечки
4. лоханки

207. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СВД НЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. расстройства эмоциональной сферы
2. нарушения дыхания
3. рецидивирующая крапивница
4. расстройства пищеварения

208. КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ СИНДРОМ ВКЛЮЧАЕТ СИМПТОМЫ, КРОМЕ:

1. боли в сердце
2. лабильный пульс и давление
3. вазомоторные реакции (бледность, цианоз, зябкость)
4. высокое артериальное давление

209. ПРИ «КРАСНОЙ» ЛИХОРАДКЕ В КАЧЕСТВЕ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

1. парацетамол в разовой дозе 10—15 мг/кг
2. ибупрофен в разовой дозе 5—10 мг/кг детям старше 6 мес.
3. аспирин 250 мг однократно ребенку 5 лет
4. физические методы охлаждения после введения жаропонижающих препаратов

210. ПРИ «БЕЛОЙ» ЛИХОРАДКЕ У ДЕТЕЙ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1. 50% раствора метамизола натрия из расчета 0,1 мл на год жизни
2. 2% раствора папаверина детям до 1 года — 0,1—0,2 мл, старше года — 0,1-0,2 мл на год жизни
3. раствор дротаверина в дозе 0,1 мл на год жизни
4. аспирин от 100 мг до 500 мг в соответствии с возрастом

211. ПРИ ЭКСИКОЗЕ 2 СТЕПЕНИ ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ:

1. 1-3%
2. 4-5%
3. 6-10%
4. 10-15%

212. ВНЕБОЛЬНИЧНУЮ ПНЕВМОНИЮ ЧАЩЕ ДРУГИХ ВЫЗЫВАЕТ:

1. пневмококк
2. стрептококк
3. стафилококк
4. микоплазма

213. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ МАНИФЕСТАЦИЯ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА:

1. геморрагический синдром
2. суставной синдром
3. абдоминальный синдром
4. астенический синдром

214. УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТЬ В СУСТАВАХ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

1. острой ревматической лихорадки
2. ювенильного ревматоидного артрита
3. реактивного артрита
4. болезни Шенлейн-Геноха

215. БАКТЕРИУРИЯ – ЭТО:

1. любое количество бактерий в 1 мл мочи
2. присутствие более 10^4 КОЕ в 1 мл мочи
3. присутствие более 10^3 КОЕ в 1 мл мочи
4. присутствие более 10^5 КОЕ в 1 мл мочи

216. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА СОСТАВЛЯЕТ:

1. 10-14 дней
2. 7-10 дней
3. 5-7 дней
4. 3-5 дней

217. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ФЛЮОРОГРАФИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

1. с 15-ти лет
2. с 16-ти лет
3. с 14-ти лет
4. с 12-ти лет

218. ФОРМА № 63/У – ЭТО:

1. история развития ребенка
2. карта профилактических прививок
3. карта организованного ребенка
4. медицинская карта стационарного больного

219. ПО РЕНТГЕНОГРАММЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ - ПРИЗНАКИ ПЕРИВАСКУЛЯРНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ И УСИЛЕНИЯ ПРИКОРНЕВЫХ ЗОН, ЭМФИЗЕМАТОЗНОСТИ, НИЗКОМ СТОЯНИИ КУПОЛОВ ДИАФРАГМЫ, ОТСУТСТВИЕ ТЕНЕЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

1. хронической пневмонии
2. острого бронхита
3. ОРВИ
4. обструкции бронхов

220. ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В 1 МИНУТУ У РЕБЁНКА ДО 1 ГОДА ЖИЗНИ В НОРМЕ:

1. 30 - 35
2. 20 - 25
3. 40 - 60
4. 20 - 50

221. ПУЭРИЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНО ВСЕМ, КРОМЕ:

1. малая воздушность легочной ткани
2. узость трахеи
3. узкий просвет бронхиол
4. тонкая стенка грудной клетки

222. К ОСОБЕННОСТЯМ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСИТСЯ ВСЁ, КРОМЕ:

1. большая величина относительно массы тела
2. плохое кровоснабжение
3. низкая ферментативная активность
4. высокая ферментативная активность

223. К ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 4 МЕСЯЦА ОТНОСИТСЯ ВСЁ, КРОМЕ:

1. ползает
2. переворачивается со спины на живот
3. узнает мать
4. громко смеется

224. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ У РЕБЕНКА В 14-15 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 30 в минуту
2. 16-18 в минуту
3. 20 в минуту
4. 25 в минуту

225. У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 МЕСЯЦА ДО 1 ГОДА УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ:

1. 120-140 г/л
2. 110-120 г/л
3. 100-110 г/л
4. выше 140 г/л

226. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ В РАЦИОН ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ВВОДЯТ МЯСНОЙ ФАРШ?

1. 6 мес.
2. 8 мес.
3. 12 мес.
4. 9 мес.

227. КОЛИЧЕСТВО КОРМЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ В 4 МЕСЯЦА СОСТАВЛЯЕТ:

1. 7 раз
2. 6 раз
3. 5 раз
4. 4 раза

228. ШКАЛА АПГАР ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ОЦЕНКУ ВСЕХ ПРИЗНАКОВ, КРОМЕ:

1. частоты сердечных сокращений
2. степени сознания
3. степени дыхания

4. мышечного тонуса

229. ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ВЫЯВЛЕНО СНИЖЕНИЕ:

1. уровня насыщения трансферрина
2. уровня сывороточного белка
3. концентрации метгемоглобина в эритроцитах
4. железосвязывающей способности сыворотки крови

230. АТИПИЧНЫЕ ПНЕВМОНИИ ВЫЗЫВАЮТСЯ:

1. пневмококком
2. хламидиями
3. стафилококком
4. гемофильной палочкой

231. КРИТЕРИЯМИ ТЯЖЕСТИ РАХИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. выраженность костных деформаций
2. количество отделов костной системы, вовлеченных в патологический процесс
3. количество органов и систем, вовлеченных в процесс
4. все вышеперечисленное

232. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. тип лейкоцитурии
2. анатомические аномалии развития мочевой системы
3. посев мочи на стерильность
4. биохимические показатели крови

233. РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НЕРЕВМАТИЧЕСКИХ КАРДИТОВ У ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ, КРОМЕ:

1. период возникновения кардита
2. этиологический фактор
3. форма (по преимущественной локализации)
4. течение

234. ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ БОЛИ В ЖИВОТЕ, КАК ПРАВИЛО, БЫВАЮТ:

1. ранние
2. ранние и поздние
3. ранние и ночные
4. поздние и ночные

235. В НОРМЕ В МОЧЕ МОГУТ СОДЕРЖАТЬСЯ ОКСАЛАТЫ:

1. 10 мг/кг
2. до 1 мг/кг
3. в любом количестве
4. не могут

236. ПАТОГЕНЕЗ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ ОБУСЛОВЛЕН:

1. тромбоцитопенией
2. дефицитом факторов свертывания
3. патологией сосудистой стенки
4. тромбоцитопатией

237. ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ ГЕМОФИЛИИ:

1. аутосомно-рецессивный
2. аутосомно-доминантный
3. сцепленный с X-хромосомой
4. сцепленный с Y-хромосомой

238. МОЧЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. макрогематурией
2. цилиндрурией
3. бактериурией
4. высокой протеинурией

239. У ДЕТЕЙ ИМЕЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОЖИ:

1. роговой слой хорошо развит
2. слабая связь эпидермиса и дермы
3. низкая эластичность кожи
4. содержит мало воды

240. ГРУБЫЙ, ЛАЮЩИЙ КАШЕЛЬ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ:

1. коклюше
2. бронхите
3. пневмонии
4. ларингите

241. ДЛЯ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО:

1. микроцитоз
2. мегалобластный тип кроветворения
3. гипохромия
4. повышение уровня сывороточного железа

242. ДЛЯ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ:

1. де-нола
2. флемоксина
3. клацида
4. грамурина

243. СНИЖЕНИЕ ЭЛАСТИЧНОСТИ КОЖИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ:

1. экзикозе
2. паратрофии
3. анемии
4. рахите

244. ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ЯИЧНЫЙ ЖЕЛТОК НАЧИНАЮТ ВВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ:

1. 4 мес.
2. 5 мес.
3. 6 мес.
4. 7 мес.

245. ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ:

1. кашель вначале сухой, затем влажный
2. экспираторная одышка
3. диффузные сухие и разнокалиберные влажные хрипы

4. локальные мелкопузырчатые хрипы

246. УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА У РЕБЕНКА В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЖИЗНИ:

1. 110 – 130 г/л
2. 120 – 140 г/л
3. 145 – 225 г/л
4. 130 – 150 г/л

247. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ИНГАЛЯЦИОННЫЕ БЕТА-2-АДРЕНОМИМЕТИКИ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ У ДЕТЕЙ:

1. не чаще 2-х раз в сутки
2. не чаще 3-4 раз в сутки
3. так часто, как этого требует состояние ребёнка
4. эти препараты нельзя использовать у детей

248. ЭОЗИНОФИЛИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРИ:

1. крапивнице
2. хронической надпочечниковой недостаточности
3. гельминтозах
4. верно все вышеперечисленное

249. ПРИЗНАКИ ТЯЖЕЛОГО АСТМАТИЧЕСКОГО ПРИСТУПА – ВСЕ, КРОМЕ:

1. цианоз
2. боли при глотании
3. PCO_2 более 40
4. величина максимальной скорости выдоха менее 50% от должной

250. ОРГАНАМИ-МИШЕНЯМИ ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. ЖКТ
2. кожа
3. органы дыхания
4. верно все вышеперечисленное

251. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ЭРИТРОЦИТОВ ОБЫЧНО СОСТАВЛЯЕТ:

1. 15 - 10 дней
2. 15 - 20 дней
3. 30 – 45 дней
4. 60 - 120 дней

252. КАК МЕНЯЕТСЯ УРОВЕНЬ СЫВОРОТОЧНОГО ЖЕЛЕЗА ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ?

1. резко повышен
2. снижен
3. никогда не меняется
4. повышен незначительно

253. РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ РАЗВИВАЕТСЯ:

1. независимо от перенесенной инфекции
2. через 5-8 дней после перенесенной инфекции
3. через 1–4 недели после перенесенной инфекции
4. на фоне инфекционного процесса

254. УКАЖИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА:

1. симметричная геморрагическая сыпь в виде папул и пятен на разгибательных поверхностях суставов
2. подкожные и внутримышечные гематомы
3. непрекращающиеся кровотечения при мелких травмах
4. верно все вышеперечисленное

255. ПРИ 3 СТЕПЕНИ ЭКСИКОЗА ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ:

1. 10% и более
2. до 5%
3. 6-9%
4. 5-8%

256. СИМПТОМОМ СИДЕРОПЕНИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. желтушность кожи и слизистых
2. сухость кожи и слизистых
3. атрофия сосочков языка
4. ангулярный стоматит

257. ДЛЯ ДЕТЕЙ ВТОРОГО ГОДА ЖИЗНИ НОРМАЛЬНЫМ СЧИТАЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО ЛИМФОЦИТОВ В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ:

1. 20-30%
2. 60-70%
3. 45%
4. 50-60%

258. ПРИ АНЕМИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГЕМОГЛОБИН РАВЕН:

1. 90-120 г/л
2. 70-90 г/л
3. 70-60 г/л
4. менее 60 г/л

259. ЖЕЛТУХА В ПЕРВЫЕ 24 ЧАСА МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬСЯ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ПРИЧИНАМИ, КРОМЕ:

1. гемолитическая болезнь по системе АВ0
2. Rh-несовместимость
3. цитомегалия
4. бактериальный сепсис

260. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НИЖЕ НЕЛЬЗЯ РАСЦЕНИВАТЬ КАК ТРАНЗИТОРНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ?

1. общая гиперемия кожи
2. появление желтухи на 3-й день жизни
3. набухание молочных желез
4. температура тела в первые 2 дня 35°C

261. НА КАКИХ УЧАСТКАХ ТЕЛА ХОРОШО РАЗВИТА ПОДКОЖНАЯ ЖИРОВАЯ КЛЕТЧАТКА ПРИ РОЖДЕНИИ ЗДОРОВОГО ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА?

1. конечности
2. спина
3. лицо (комочки Биша)
4. верно все вышеперечисленное

262. ПРИ ОТКРЫТОМ АРТЕРИАЛЬНОМ ПРОТОКЕ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧЕН ШУМ:

1. систолический во втором межреберье слева
2. систоло-диастолический во втором межреберье слева
3. систолический во втором межреберье справа
4. диастолический во втором межреберье слева

263. КАКОЙ ГОРМОН НЕ СИНТЕЗИРУЮТ НАДПОЧЕЧНИКИ?

1. альдестерон
2. андрогены
3. кортизол
4. инсулин

264. ПРИЗНАКОМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. систолический шум на верхушке
2. диастолический шум на верхушке
3. систолический шум в 5-й точке
4. систолический шум во II-III межреберье у левого края грудины

265. ПО ПЕРИОДУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕРЕВМАТИЧЕСКИЙ КАРДИТ МОЖЕТ БЫТЬ:

1. врожденный
2. наследственно обусловленный
3. наследственно обусловленный с аутосомно-доминантным типом наследования
4. верно все вышеперечисленное

266. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ:

1. в ранние утренние часы
2. вечером
3. ночью
4. в дневные часы

267. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПО ВАГОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. ночные боли в ногах (в первую половину ночи)
2. склонность к брадикардии
3. склонность к тахикардии
4. увеличенное потоотделение

268. ПРИ ГЕМОФИЛИИ В КОАГУЛОГРАММЕ ХАРАКТЕРНО ИЗМЕНЕНИЕ ТЕСТОВ:

1. АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время)
2. тромбопластиновое время
3. тромбиновое время
4. верно все вышеперечисленное

269. ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОРАЖАЕТСЯ:

1. слизистая оболочка мочевого пузыря
2. кровеносная и лимфатическая система почек
3. чашечно-лоханочный аппарат, канальцы и интерстиций
4. клубочек

270. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СНИЖЕНИЕМ ВСЕХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, КРОМЕ:

1. цветового показателя

2. гематокрита
3. количества эритроцитов
4. количества ретикулоцитов

271. В ЛЕЧЕНИИ ПИЕЛОНЕФРИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:

1. мочегонные средства
2. гипотензивные препараты
3. антибиотики
4. антиагреганты

272. ДЛЯ КАКОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНА ИНВАЗИВНАЯ ДИАРЕЯ:

1. шигеллез
2. энтеротоксигенный эшерихиоз
3. ротавирусная инфекция
4. холера

273. ВЕДУЩИМИ БИОХИМИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ХПН ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. повышенный уровень мочевины в крови
2. низкий клиренс по эндогенному креатинину
3. гипокальциемия
4. повышенный уровень креатинина в крови

274. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТМЕЧАЮТСЯ ВСЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ:

1. острое начало
2. высокая лихорадка
3. боль в боку
4. мелкопузырчатые хрипы в начале заболевания

275. ЭФФЕКТИВНЫМИ ПРИ СТРЕПТОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ:

1. амоксициллина
2. макролидов
3. левомицетина
4. цефалоспоринов

276. В ЭТИОЛОГИИ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИГРАЮТ РОЛЬ ВСЕ ВОЗБУДИТЕЛИ, КРОМЕ:

1. вирус парагриппа 3 типа
2. риновирус
3. аденовирус
4. стафилококк

277. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ОТ 1 ГОДА ДО 3 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ АЛЛЕРГИЯ:

1. пищевая
2. бытовая, эпидермальная, грибковая
3. пыльцевая
4. лекарственная

278. БАЗИСНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ЛЕГКОГО ПЕРСИСТИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ МОГУТ БЫТЬ ВСЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ:

1. кромогликата натрия
2. недокромила натрия
3. ингаляционных кортикостероидов
4. системных кортикостероидов

279. ДИАГНОЗ МУКОВИСЦИДОЗА БАЗИРУЕТСЯ НА НАЛИЧИИ ВСЕХ СИМПТОМОВ, КРОМЕ:

1. кишечного синдрома
2. случаев муковисцидоза у сибсов
3. положительного потового теста
4. макрогематурии

280. ГАСТРИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С *HELICOBACTER PYLORI*, ОТНОСИТСЯ К:

1. аутоиммунному (тип А)
2. бактериально-обусловленному (тип В)
3. смешанному (тип А и В)
4. химико-токсически индуцированному (тип С)

281. АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ ВСЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ:

1. альмагеля
2. метронидазола (трихопола)
3. амоксициллина
4. де-нола

282. ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНО:

1. кислотообразование нормальное, защитные свойства слизистой оболочки снижены
2. кислотообразование повышено, секретообразование снижено
3. кислотообразование снижено, секретообразование повышено
4. кислотообразование повышено, секретообразование повышено

283. ЧТО ОТНОСИТСЯ К ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЯМ АРТРИТА ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА «РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ»:

1. асимметричный; моно- или олигоартрит; поражение суставов нижних конечностей
2. ассиметричный; моно- или олигоартрит; поражение суставов верхних и нижних конечностей
3. асимметричный; олигоартрит; поражение суставов нижних конечностей
4. асимметричный; моно- или олигоартрит; поражение суставов верхних конечностей

284. ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. диетическая погрешность
2. физическая нагрузка
3. травма
4. инфекция

285. ОСТРАЯ ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВСЕМИ СИМПТОМАМИ, КРОМЕ:

1. гепатомегалии
2. печеночного запаха изо рта
3. геморрагического синдрома
4. печеночной энцефалопатии

286. ДЛЯ КАКОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНА ОСМОТИЧЕСКАЯ ДИАРЕЯ:

1. ротавирусная инфекция
2. эшерихиоз
3. кишечный иерсиниоз
4. кампилобактериоз

287. НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА ПРИ КОРИ ПОЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. пузырьковых высыпаний
2. энантемы
3. пятен Бельского - Филатова - Коплика
4. диффузной гиперемии слизистой оболочки

288. НА ТЯЖЕСТЬ КОКЛЮША УКАЗЫВАЮТ ВСЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ:

1. рвоты во время приступов кашля
2. частоты приступов кашля
3. апноэ во время кашля
4. количества репризов во время приступа

289. ДИАРЕЙНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ ЗОННЕ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ:

1. развития дисахаридазной недостаточности, повышения осмотической активности и нарушения всасывания воды и электролитов энтероцитами
2. воспалительного процесса на всем протяжении ЖКТ
3. инвазии шигелл в колоноциты и развитием воспалительного процесса
4. нарушений в системе циклических нуклеотидов и простагландинов

290. ЭКСИКОЗ ОПРЕДЕЛЯЕТ ОСНОВНУЮ ТЯЖЕСТЬ ПРИ ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ:

1. шигеллезом
2. холеры
3. ротавирусной инфекции
4. энтеротоксигенного эшерихиоза

291. СЫВОРОТОЧНЫМИ МАРКЕРАМИ ПЕРИОДА РАЗГАРА ОСТРОГО ГЕПАТИТА В ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. анти-НВсIgM
2. анти-НВsAg
3. НВeAg
4. НВsAg

292. УВЕЛИЧЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В НАТРИИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ВСЕХ СОСТОЯНИЯХ, КРОМЕ:

1. метаболического алкалоза
2. гипотонической дегидратации
3. упорной рвоты
4. диареи

293. ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОТРАВЛЕНИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. тахикардии
2. снижения диуреза
3. тонико-клонических судорог
4. экстрасистолии

294. ПРИ УКУСЕ ЯДОВИТЫХ ЗМЕЙ И НАСЕКОМЫХ НЕОБХОДИМО

ОСУЩЕСТВИТЬ ВСЕ МЕРОПРИЯТИЯ, КРОМЕ:

1. циркулярной новокаиновой блокады выше места укуса
2. внутривенного введения промедола, антибиотиков
3. инъекции в ранку 0,3 мл 0,1% раствора адреналина
4. наложения жгута

295. МЛАДЕНЧЕСКИЙ РАХИТ, ПО СОВРЕМЕННЫМ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

1. приобретенной транзиторной эндокринопатией
2. следствием повышенной экскреции фосфора с мочой наследственной природы
3. гиповитаминозом Д
4. нарушением содержания кальция и фосфора в пище

296. ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. алиментарная (недостаточное поступление железа с пищей)
2. синдром мальабсорбции
3. аплазия костного мозга
4. ювенильные маточные кровотечения у девочек

297. ПРИ РАХИТЕ В ПЕРИОД РАЗГАРА В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЮТ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ:

1. щелочной фосфатазы
2. общего белка
3. непрямого билирубина
4. АсТ, АлТ

298. ГИПОКАЛЬЦИЕМИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ ОСТРОМ СНИЖЕНИИ УРОВНЯ ИОНИЗИРОВАННОГО КАЛЬЦИЯ ПЛАЗМЫ КРОВИ НИЖЕ:

1. 1,5 ммоль/л
2. 1,0 ммоль/л
3. 0,85 ммоль/л
4. 2,0 ммоль/л

299. ПРИ ВРОЖДЕННОМ ПОРОКЕ СЕРДЦА - ПОЛНАЯ ТРАНСПОЗИЦИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ, НАЛИЧИЕ КОМПЕНСИРУЮЩЕГО ДЕФЕКТА:

1. обязательный компонент
2. необязательный компонент
3. обязательный компонент в период новорожденности
4. обязательный компонент на 1-ом году жизни

300. АНАТОМИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. стеноза аорты
2. стеноза легочной артерии
3. смещения аорты вправо
4. дефекта межжелудочковой перегородки

301. ПРИ РЕВМАТИЗМЕ (ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ) РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ЭТИОЛОГИИ ИМЕЮТ:

1. бета-гемолитический стрептококк группы А
2. бета-гемолитический стрептококк группы В
3. стафилококки

4. вирусы

302. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. тахикардия
2. расширение границ относительной сердечной тупости преимущественно влево
3. снижение вольтажа желудочкового комплекса на ЭКГ
4. грубый скребущий характер систолического шума вдоль левого края грудины

303. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ:

1. в ранние утренние часы
2. вечером
3. ночью
4. в дневные часы

304. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ СВЯЗАН С:

1. тромбоцитопенией
2. дефицитом факторов свертывания
3. патологией сосудистой стенки
4. тромбоцитопатией

305. ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ, ПОВРЕЖДАЮЩИМИ СОСУДИСТУЮ СТЕНКУ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ, ЯВЛЯЮТСЯ:

1. вирусы
2. микротромбамы
3. бактериальные токсины
4. иммунные комплексы

306. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 3 МЕСЯЦЕВ:

1. гентамицин
2. амоксициллин
3. сумамед
4. виферон

307. ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЛЕЙКОЗЫ ОТЛИЧАЮТСЯ ДРУГ ОТ ДРУГА:

1. длительностью заболевания
2. остротой клинических проявлений
3. степенью дифференцировки опухолевых клеток
4. тяжестью заболевания

308. К ПРЕПАРАТАМ, ПРИМЕНЯЮЩИМСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА, ОТНОСЯТСЯ:

1. миелосан
2. циклофосфан
3. метотрексат
4. дексаметазон

309. ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ДЛЯ ОБЩЕГО АНАЛИЗА МОЧИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

1. макрогематурии
2. бактериурии
3. мутности мочи

4. лейкоцитурии

310. В ЛЕЧЕНИИ ПИЕЛОНЕФРИТА НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:

1. уросептики
2. мочегонные препараты
3. антибиотики
4. фитопрепараты

311. В ТЕРАПИИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

1. гидрокортизон
2. делагил
3. преднизолон
4. капотен

312. ОЛИГУРИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ДИУРЕЗА ОТ СУТОЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ВЕЛИЧИН:

1. на 1/3
2. на 2/3
3. на 1/5
4. на 1/4

313. ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЕСТЬ ВСЕ СТАДИИ, КРОМЕ:

1. начальной
2. олигоанурической
3. восстановления
4. терминальной

314. К ВНЕЛЕГОЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. деструкция легкого
2. ДВС-синдром
3. инфекционно-токсический шок
4. гемолитико-уремический синдром

315. ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ОТЕКИ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ:

1. отеки распространенные
2. пастозность век
3. отеки голеней
4. отеки «плотные»

316. К ПОРОКАМ СЕРДЦА С ВЕНОЗНО-АРТЕРИАЛЬНЫМ СБРОСОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОКСЕМИЕЙ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. синдрома гипоплазии левого сердца
2. тетрады Фалло
3. транспозиции магистральных сосудов
4. стеноза аорты

317. ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ I СТЕПЕНИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИ НАЛИЧИЕМ:

1. одышки при физической нагрузке
2. одышки в покое
3. втяжения межреберных промежутков, эпигастральной области

4. раздувания крыльев носа

318. СИНДРОМ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. экстрасистолию
2. одышку
3. цианоз
4. признаки перегрузки правых отделов сердца

319. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА - ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ НА ОСНОВЕ:

1. хронического вирусного воспаления бронхов
2. хронического бактериального воспаления бронхов
3. гиперреактивности бронхов
4. гипореактивности бронхов

320. В ПАТОГЕНЕЗЕ КИШЕЧНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ НЕ ИГРАЕТ РОЛЬ:

1. увеличение вязкости панкреатического сока
2. бактериальное воспаление поджелудочной железы
3. ферментативная недостаточность поджелудочной железы
4. фиброз поджелудочной железы

321. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА БОЛИ В ЖИВОТЕ:

1. ранние
2. ночные
3. поздние и ночные
4. ранние и поздние

322. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И/ИЛИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. кинжальные боли в подложечной области
2. рвота, не приносящая облегчения
3. жидкий стул
4. доскообразное напряжение мышц передней стенки живота

323. СИМПТОМАМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. одышка
2. лихорадка
3. свистящие хрипы
4. кашель

324. СИНДРОМ ГИПОВОЛЕМИИ МАЛОГО КРУГА НЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. цианоз
2. систолический шум на верхушке
3. одышечно-цианотические приступы
4. видоизменение ногтевых фаланг

325. ВОЗБУДИТЕЛЕМ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. бета-гемолитический стрептококк группы А
2. стрептококк группы В
3. зеленающий стрептококк
4. золотистый стафилококк

326. В НАЧАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ КОРИ НЕ ВЫЯВЛЯЮТ:

1. выраженные катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей
2. конъюнктивит
3. «сосочковый» язык
4. лихорадку

327. СИНДРОМ ШЛЮЗА НЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. диастолический шум над аортой
2. боли в области сердца
3. систолический шум над легочной артерией или аортой
4. увеличение желудочка

328. ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ ОТМЕНИТЬ АНТИБИОТИК ВОЗМОЖНО ПРИ ЦИТОЗЕ В ЛИКВОРЕ МЕНЕЕ:

1. 1000 клеток в 1 мкл
2. 500 клеток в 1 мкл
3. 300 клеток в 1 мкл
4. 100 клеток в 1 мкл

329. КРУП ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1. дифтерии
2. ротавирусной инфекции
3. микоплазменной инфекции
4. риновирусной инфекции

330. ПРИ ПИЩЕВОМ ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ И МАССИВНОЙ ИНВАЗИИ ШИГЕЛЛЕЗЫ НАЧИНАЮТСЯ С:

1. высокой лихорадки, головной боли, повторной рвоты, затем появляется колитический синдром
2. сильных схваткообразных болей в животе, жидкого стула, затем происходит повышение температуры тела и появляется рвота
3. сильных схваткообразных болей в животе, затем происходит повышение температуры тела и появляется рвота
4. жидкого стула, затем происходит повышение температуры тела и появляется рвота

331. ЭКСИКОЗ НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТ ОСНОВНУЮ ТЯЖЕСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ:

1. холере
2. ротавирусной инфекции
3. энтеротоксигенном эшерихиозе
4. сальмонеллёзе

332. ПЕРЕДАЧА ВИРУСА ГЕПАТИТА В НЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ПУТЕМ:

1. воздушно-капельным
2. половым
3. шприцевым
4. гемотрансфузионным

333. МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ ФУЛЬМИНАНТНОЙ ФОРМЫ ГЕПАТИТА В И D ЯВЛЯЕТСЯ:

1. белковая дистрофия гепатоцитов
2. массивный некроз гепатоцитов
3. фиброз печени
4. жировая дистрофия гепатоцитов

334. ПРИ КОМАХ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ИЗ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

ЯВЛЯЕТСЯ УСТРАНЕНИЕ:

1. гипергликемии
2. гипогликемии
3. гипокортицизма
4. гипотиреоидного состояния

335. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИМ:

1. гиперосмолярное состояние
2. гипогликемическое состояние
3. гипоосмолярное состояние
4. гипергликемическое состояние

336. УКАЖИТЕ, ЧТО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СОЛНЕЧНОГО УДАРА:

1. головокружение
2. тошнота, рвота
3. расстройство зрения
4. судороги и параличи

337. ОПРЕДЕЛИТЕ НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОЖОГАХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ:

1. показана
2. не показана
3. должна быть ограничена на 20%
4. должна быть ограничена на 50%

338. ЧТО ТАКОЕ «МЕДОВЫЙ МЕСЯЦ» ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ДЕТЕЙ:

1. полное исчезновение симптомов диабета на довольно длительный период
2. период включения в рацион легко усвояемых углеводов после выхода из кетоацидотической комы
3. длительная компенсация сахарного диабета в процессе инсулинотерапии
4. период в течении сахарного диабета до возникновения абсолютной инсулиновой недостаточности

339. КАКАЯ ТАКТИКА ВВЕДЕНИЯ ИНСУЛИНА ПРИ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЕ ПРАВИЛЬНА:

1. ввести инсулин в дозе 1 ЕД/кг, половину этой дозы ввести внутривенно, другую половину - внутримышечно
2. начать введение инсулина в дозе 0,5 - 1 ЕД/кг лишь после экстренной регидратации
3. начать внутривенное введение инсулина через инфузатор в дозе 0,2 ЕД/кг в час
4. ввести 0,1 - 0,2 ЕД/кг струйно в 150 - 300 мл физ. раствора и продолжить внутривенную инфузию в дозе 0,1 ЕД/кг в час капельно или через инфузатор

340. МОЖНО ЛИ НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА У РЕБЕНКА НА ДОМУ:

1. можно при небольшом уровне гипергликемии
2. нельзя
3. можно, если диагноз поставлен до появления признаков кетоацидоза
4. можно, если диагноз поставлен до появления признаков кетоацидоза и при отсутствии явного наследственного фактора (отсутствие диабета у ближайших родственников)

341. ПОЛИНЕВРИТ С РАЗВИТИЕМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ПАРЕЗОВ И ПАРАЛИЧЕЙ - ДОВОЛЬНО ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ:

1. сальмонеллеза
2. скарлатины
3. дифтерии
4. паракоклюша

342. БОЛЬНОЙ ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПАРОТИТОМ РЕБЕНОК ИЗОЛИРУЕТСЯ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ НА:

1. 9 дней
2. 21 день
3. 1 месяц
4. 14 дней

343. ПРИ КАКОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ВВОДИТСЯ ИММУНОГЛОБУЛИН КОНТАКТНЫМ:

1. скарлатина
2. вирусный гепатит В
3. эпидемический паротит
4. коклюш

344. НА 2 - 3 ДЕНЬ БОЛЕЗНИ В ОБЛАСТИ ШЕИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ВЫРАЖЕННЫЙ ОТЕК, РАСПРОСТРАНЯЮЩИЙСЯ НА ГРУДЬ. КОНТУРЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СГЛАЖЕНЫ. ПРИ ПОКОЛАЧИВАНИИ МЕСТА ОТЕКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ЗЫБЛЕНИЕ (СИМПТОМ «ЖЕЛЕ»). О КАКОЙ БОЛЕЗНИ ИДЕТ РЕЧЬ:

1. скарлатина, осложненная перитонзиллярным абсцессом
2. токсическая форма гриппа
3. корь в периоде продромы перед началом высыпания
4. дифтерия

345. ДЛЯ КАКОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ В ВИДЕ БЛЕФАРОКОНЪЮНКТИВИТА:

1. респираторно-синцитиальная инфекция
2. парагрипп
3. аденовирусная инфекция
4. энтеровирусная инфекция

346. КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА СОСТАВЛЯЕТ:

1. 50000-100000 в 1 мкл
2. 50000-200000 в 1 мкл
3. 100000-300000 в 1 мкл
4. 150000-300000 в 1 мкл

347. АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ:

1. много твердых жирных кислот
2. много жидких жирных кислот
3. увеличение жировой ткани за счет отложения жира
4. жировые клетки мелкие

348. ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ОТМЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ:

1. до 3-х лет
2. 3-10 лет
3. 12-13 лет
4. старше 13 лет

349. ДЛИНА ТОНКОЙ КИШКИ ОТНОСИТЕЛЬНО МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПО СРАВНЕНИЮ С ВЗРОСЛЫМИ:

1. меньше на 20%
2. больше
3. такая же
4. меньше на 40%

350. ЭОЗИНОФИЛИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ:

1. первичном иммунодефиците
2. гельминтозах
3. инфекционном мононуклеозе
4. туберкулезе

351. К ПЕРЕХОДНЫМ СОСТОЯНИЯМ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ ОТНОСИТСЯ ВСЁ, КРОМЕ:

1. желтухи новорожденных
2. физиологической убыли массы тела
3. синдрома дыхательных расстройств
4. полового криза

352. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПУТЕМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА ПРИ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. трансплацентарный
2. восходящий
3. нисходящий
4. контактный

353. К ОСОБЕННОСТЯМ КОЖИ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ ОТНОСИТСЯ ВСЁ, КРОМЕ:

1. бледности
2. иктеричности
3. шелушения
4. эритемы

354. К НЕИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ КОЖИ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ ОТНОСИТСЯ:

1. везикулопустулез
2. опрелости
3. абсцесс
4. флегмона

355. ПРИ ПНЕВМОНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ОСНОВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. анализ периферической крови
2. люмбальная пункция
3. рентгенография грудной клетки
4. нейросонография

356. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. отечный
2. гипертензионный
3. мочево

4. абдоминальный

357. К СИНДРОМУ МАЛЬАБСОРБЦИИ ОТНОСИТСЯ:

1. надпочечниковая недостаточность
2. лактазная недостаточность
3. пилоростеноз
4. фенилкетонурия

358. КАЧЕСТВЕННЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА:

1. при обнаружении микроба в слюне методом ПЦР
2. при положительном уреазном тесте с биоптатом
3. при выделении чистой культуры пилорического хеликобактера из биоптата
4. при клинико-эндоскопическом исследовании

359. У ДЕТЕЙ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИТА АНТИБИОТИКИ НАЗНАЧАЮТСЯ:

1. всем больным
2. при повышении температуры тела
3. при уплотнении стенок желчного пузыря
4. при наличии билирубина и кальция в желчи

360. ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВОДА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

1. недостаточности эзофагокардиального отдела
2. спастическом запоре
3. нарушении функций пилорического сфинктера
4. дисфункции билиарного тракта

361. ПОКАЗАТЕЛЯМИ ТЯЖЕСТИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. выраженные сердечно-сосудистые изменения
2. выраженная дыхательная недостаточность
3. кашель
4. степень токсикоза

362. ДЛЯ РВОТЫ ПРИ КЕТОАЦИДОЗЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО:

1. жидкий стул
2. боли в животе
3. головная боль
4. ацетонурия

363. ПРИ ГИПОТРОФИИ II СТЕПЕНИ РАСЧЕТ ЖИРОВ ПРОИЗВОДИТСЯ НА:

1. долженствующий вес
2. фактический вес
3. средний вес
4. при расчете жиров вес не учитывается

364. О ВОЗВРАТНОМ РЕВМОКАРДИТЕ (ПОВТОРНАЯ АТАКА) ДОСТОВЕРНО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:

1. субфебрилитет
2. суставной синдром
3. расширение границ кардиалгии
4. появление новых органических шумов в сердце

365. В ЭТИОЛОГИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ:

1. стафилококк

2. вирусы
3. пиогенный стрептококк
4. бета-гемолитический стрептококк

366. ПРИ ГИПОТРОФИИ 1 СТЕПЕНИ ПРИНЯТО СЧИТАТЬ ДЕФИЦИТ МАССЫ:

1. до 10%
2. от 10 до 30%
3. от 11 до 20%
4. от 20 до 30%

367. ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ОБЫЧНО НАБЛЮДАЕТСЯ:

1. диэнцефалит
2. нарушение мозгового кровообращения
3. малая хорей
4. формы с тиками

368. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. недостаточное поступление железа с пищей
2. нарушение всасывания железа
3. хроническая кровопотеря
4. авитаминоз

369. ПОКАЗАТЕЛИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В 1 МЕСЯЦ:

1. фиксирует взор на ярком предмете
2. гулит
3. улыбается знакомым лицам
4. отчетливое слуховое сосредоточение

370. ПЕРВЫЕ ПОСТОЯННЫЕ ЗУБЫ ПОЯВЛЯЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ:

1. 3-4 года
2. 4-5 лет
3. 5-7 лет
4. 8-9 лет

371. СРЕДИ ПРИЗНАКОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ШУМА ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ПРИСУТСТВУЮТ ВСЕ, КРОМЕ:

1. короткий
2. постоянный
3. тихий, мягкий тембр
4. не проводится за пределы сердца

372. УДЛИНЕНИЕ ВРЕМЕНИ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ ПО ЛИ-УАЙТУ ЕСТЬ ЛАБОРАТОРНЫЙ СИМПТОМ:

1. гемофилии
2. тромбоцитопенической пурпуры
3. геморрагического васкулита
4. начального периода лейкоза

373. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ:

1. наблюдается крайне редко
2. наблюдается как правило
3. возникает лишь как осложнение терапии цитостатиками

4. наблюдается лишь при миелобластическом варианте

374. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ СЛЕДУЮЩИХ ПРИЗНАКОВ:

1. значительная протеинурия
2. лейкоцитурия
3. гипохолестеринемия
4. наличие эритроцитов в моче

375. У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА НИЖНИЙ ПОЛЮС ПОЧКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НА УРОВНЕ:

1. первого поясничного позвонка
2. второго поясничного позвонка
3. четвертого поясничного позвонка
4. третьего поясничного позвонка

376. ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ В ОТДЕЛЬНЫХ АНАЛИЗАХ У РЕБЕНКА 1-ГО ГОДА КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ:

1. 1002-1010
2. 1012-1016
3. 1014-1023
4. 1000-1002

377. ВЫБЕРИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА:

1. артериальная гипертензия
2. затрудненное мочеиспускание
3. повышение температуры
4. олигурия

378. ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТЫ, КОТОРЫЕ ЧАЩЕ ВСЕГО НАЗНАЧАЮТ ПРИ НЕФРИТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ:

1. преднизолон
2. цитостатики
3. аскорбиновая кислота
4. антибиотики

379. ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК ХАРАКТЕРНО СНИЖЕНИЕ СЛУХА?

1. синдром Де Тони-Дебре-Фанкони
2. фосфат-диабет
3. синдром Альпорта
4. интерстициальный нефрит

380. КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ВЫЗЫВАЕТ БЫСТРЫЙ ДИУРЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ?

1. гипотиазид
2. лазикс
3. диакарб
4. верошпирон

381. ДЛЯ БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. жажда
2. учащенное мочеиспускание
3. похудание
4. плаксивость

382. МАЛЬЧИК 15 ЛЕТ, ВЯЛЫЙ, БЛЕДНЫЙ, РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ОТЕКИ. ВРАЧ "СКОРОЙ ПОМОЩИ" ДОЛЖЕН ВЫЯСНИТЬ:

1. снижен ли аппетит
2. сколько выделяет мочи
3. какие перенес детские инфекции
4. какая температура в течение последней недели

383. У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СРАВНЕНИИ СО ЗДОРОВЫМИ ДЕТЬМИ:

1. кислотообразование повышено, секретообразование снижено
2. кислотообразование снижено, секретообразование повышено
3. кислотообразование снижено, секретообразование снижено
4. кислотообразование повышено, секретообразование повышено

384. КАКОЙ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОТРАЖАЕТ СИНДРОМ ЦИТОЛИЗА ГЕПАТОЦИТОВ:

1. связанная фракция билирубина
2. иммуноглобулины
3. аланинаминотрансфераза
4. проба с вольфавердином

385. ПОСЛЕ ВЫХОДА РЕБЕНКА ИЗ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КОМЫ ЖИРЫ:

1. исключаются полностью на 7 - 10 дней
2. исключаются на срок 1 месяц
3. не ограничиваются, исключаются лишь тугоплавкие жиры
4. ограничиваются на 50-60 % в течение недели

386. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАКОЙ БОЛЕЗНИ ОСОБЕННО ВАЖЕН ВНИМАТЕЛЬНЫЙ ОСМОТР СЛИЗИСТОЙ ЩЕК:

1. дифтерии
2. кори
3. вирусного гепатита В
4. иерсиниоза

387. КАКАЯ ИЗ ИНФЕКЦИЙ НЕ РЕДКО ПРОТЕКАЕТ В ФОРМЕ СЕРОЗНОГО МЕНИНГИТА:

1. парагрипп
2. скарлатина
3. энтеровирусная инфекция
4. корь

388. СТУЛ ТИПА «БОЛОТНОЙ ТИНЫ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1. сальмонеллеза
2. острой дизентерии
3. ротавирусной диареи
4. стафилококковой кишечной инфекции

389. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ НЕЙРОТОКСИЧЕСКОГО СИНДРОМА КОЛИЧЕСТВО ВНУТРИВЕННО ВВОДИМОЙ ЖИДКОСТИ В СУТКИ:

1. равно физ. потребности
2. составляет 1/2 - 2/3 физ. потребности
3. составляет не более 1/5 - 1/6 физ. потребности

4. не менее 140 - 150 мл на кг

390. БОЧКООБРАЗНАЯ ФОРМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ВОЗНИКАЕТ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИ:

1. экссудативном плеврите
2. муковисцидозе
3. затяжной пневмонии
4. бронхиальной астме

391. ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. частота сердечных сокращений 140 в минуту
2. частота сердечных сокращений более 160-180 в минуту, ритмичность сердечных сокращений
3. перебои (выпадения) сердечных сокращений
4. дизритмичность сердечных сокращений

392. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ МОГУТ БЫТЬ:

1. пузырьчатка на ладонях и стопах
2. глухота, катаракта, врожденный порок сердца
3. желтуха, гепатоспленомегалия
4. желтуха, гепатоспленомегалия, гипотрофия, интерстициальная пневмония, геморрагии

393. ТРАНСПЛАЦЕНТАРНАЯ ПЕРЕДАЧА ВИРУСА ГЕПАТИТА В:

1. возможна
2. невозможна
3. возможна в 1-ом триместре беременности
4. возможна во 2-ом триместре беременности

394. ПРИ ГИПОТРОФИИ II СТЕПЕНИ ОТМЕЧАЕТСЯ ИСТОЩЕНИЕ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОГО СЛОЯ:

1. на животе
2. на животе и бедрах
3. на животе и лице
4. повсеместно

395. ПЕРВАЯ РЕВАКЦИНАЦИЯ ВАКЦИНОЙ АКДС ПРОИЗВОДИТСЯ:

1. в 2 года
2. в 3 года
3. через 1 год после вакцинации
4. через 1,5 года после вакцинации

396. ПЕРВИЧНЫЙ ИММУНОДЕФИЦИТ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ВВЕДЕНИЮ:

1. оральной полиомиелитной вакцины
2. вакцины АДС-М
3. любой вакцины из перечисленных
4. вакцины АКДС

397. ПРИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ЭКСИКОЗА РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА КОЛИЧЕСТВО ПАРЕНТЕРАЛЬНО ВВОДИМОЙ ЖИДКОСТИ В СУТКИ ОБЫЧНО СОСТАВЛЯЕТ:

1. до 300 мл/кг

<p>2. до 170 - 200 мл/кг 3. не более 100 мл/кг 4. не менее 250 мл/кг</p> <p>398. У РЕБЕНКА ПРИ ОТРАВЛЕНИИ НЕИЗВЕСТНОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРОМЫВАТЬ ЖЕЛУДОК СЛЕДУЕТ:</p> <p>1. чистой водой 2. раствором марганца 3. раствором соды 4. водой с добавлением активированного угля</p> <p>399. КАКОЙ ПРОТИВОСУДОРОЖНЫЙ ПРЕПАРАТ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ РЕБЕНКУ С СУДОРОГАМИ:</p> <p>1. хлоралгидрат 2. седуксен 3. фенobarбитал 4. оксибутират натрия</p> <p>400. ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ЛИМФОУЗЛЫ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ:</p> <p>1. плотно-эластической консистенции 2. пальпируется до 5-6 групп 3. пальпируется до 3 групп 4. пальпируется до 7-8 групп</p>	
--	--

2.2 СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ КЕЙСЫ К РП 31.08.19 «ПЕДИАТРИЯ».

Перечень заданий

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
К		УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Девочку М. 2 лет 7 месяцев, со слов мамы, беспокоят боли в животе, коленных суставах, высокая температура, тошнота, рвота 1-2 раза в сутки.</p> <p>Анамнез: у ребёнка жидкий стул до 3-6 раз за сутки в течение недели, заболевание связывают с приёмом в пищу салата из капусты. Родители к врачу не обращались, лечились самостоятельно народными средствами, сдали анализы.</p> <p>При осмотре врача-педиатра участкового: температура 38,7°С, вялая, беспокойная, не может встать на ножки, масса - 19 кг, АД - 90/60 мм рт. ст., ЧДД - 28 в минуту, ЧСС - 104 в минуту. Кожные покровы бледные. Пальпаторно отмечается урчание и умеренная болезненность в правой подвздошной области, печень +2,0 см, селезёнка у края рёберной дуги. По другим органам без патологии.</p> <p>Результаты анализов.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин – 104 г/л, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $16,8 \times 10^9$/л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 56%, лимфоциты – 27%, моноциты – 8%, СОЭ – 42 мм/ч.</p>

		<p>Общий анализ мочи: белок – не обнаружен, лейкоциты – 8-10 в поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, цилиндры – 0-1 в поле зрения.</p> <p>Копрограмма: энтероколит: детрит в большом количестве, крахмал, нейтральный жир – значительное количество, слизь – значительное количество, лейкоциты – 20-30 в поле зрения, эпителий плоский – 6-8 в поле зрения.</p> <p>РПГА с иерсиниозным антигеном в титре 1:800 ++.</p> <p>Бактериологическое исследование кала - посев роста не дал.</p>
В	1	Поставьте диагноз в соответствии с классификацией
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	3. Назначьте план лечения.
В	4	4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
В	5	5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.
Н	-	002
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
К		УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Врач-педиатр участковый пришёл на патронаж к новорождённому ребёнку. Мальчику 5 дней жизни.</p> <p>Беременность I, протекала с гестозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия). Ребёнок от срочных самопроизвольных родов, наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка. Оценка по шкале Апгар - 5/8 баллов.</p> <p>Масса тела 3600 г, длина - 51 см.</p> <p>Желтушное окрашивание кожи появилось в начале вторых суток.</p> <p>Группа крови матери и ребенка 0(1), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови на 2-й день жизни: непрямой - 180 мкмоль/л, прямой - 3,4 мкмоль/л.</p> <p>Выписан из роддома на 5 сутки с уровнем билирубина 120 мкмоль/л. Неонатальный и аудиологический скрининги проведены.</p> <p>При осмотре: мать жалуется на недостаток молока. Самостоятельно докармливает адаптированной молочной смесью (формула 1).</p> <p>Ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка.</p> <p>Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония.</p> <p>Кожа лица и склеры субиктеричные. Слизистые чистые. Пупочная ранка чистая, сухая, отделяемого нет. Большой родничок 2,5x2,5 см, не выбухает.</p> <p>В лёгких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Перкуторно - звук лёгочный. Тоны сердца громкие, ритм правильный.</p> <p>Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см, селезёнка - у края рёберной дуги.</p> <p>Стул разжиженный, 3 раза в сутки.</p> <p>Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке.</p>
В	1	Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
В	2	Укажите факторы, которые повлияли на возникновение данной группы риска.
В	3	Дайте рекомендации маме по режиму и питанию на первый месяц жизни.
В	4	Составьте план наблюдения на 1 месяц жизни за ребёнком на участке.
В	5	Обоснуйте календарь проведения профилактических прививок данному ребёнку
Н	-	003

Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
К		УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Девочке 4,5 месяцев с неотягощённым анамнезом проведена вторая вакцинация против коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита и пневмококковой инфекции отдельными шприцами в разные участки тела.</p> <p>Вакцина АКДС введена внутримышечно в среднюю треть правого бедра.</p> <p>Предыдущую вакцинацию в возрасте трёх месяцев перенесла хорошо. На 2-й день после вакцинации мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38,7°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины АКДС (в средней трети правого бедра).</p> <p>Расценивая указанные симптомы, как осложнение после прививки, она обратилась с жалобой в администрацию поликлиники.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела 38,0°C. Кожный покров розовый, горячий, сухой. Видимые слизистые розовые, чистые. Носовое дыхание свободное. В лёгких при сравнительной перкуссии лёгочный звук, одинаковый на симметричных участках.</p> <p>Аускультативно дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет. ЧДД 48 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 132 в минуту.</p> <p>Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 1 см от края рёберной дуги, край ровный, безболезненный. Селезёнка не пальпируется.</p> <p>Стул кашицеобразный до 4 раз в день. Мочеиспускание безболезненное, не учащено.</p> <p>Локально: в месте введения вакцины в средней трети правого бедра – инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отёк мягких тканей диаметром 3 см</p>
В	1	Поставьте диагноз, проведите его обоснование.
В	2	Какие лечебные мероприятия следует назначить?
В	3	Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС.
В	4	Выдержаны ли сроки введения вакцины АКДС, полиомиелита и пневмококковой инфекции?
В	5	Следует ли в данном случае подать экстренное извещение в региональный центр Роспотребнадзора? В каком случае подается экстренное извещение в региональный центр Роспотребнадзора?
Н		003
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
К		
У	-	<p>На профилактическом приеме врача-педиатра участкового мать с девочкой 5 месяцев.</p> <p>Жалоб нет. Ребёнок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом I половины, ОРВИ в III триместре. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей (мальчик 1,5 года и девочка 4 года).</p> <p>Девочка родилась в срок с массой тела 3050 г, длиной – 52 см. Период новорожденности без особенностей. На естественном вскармливании до 1 месяца,</p>

		<p>далее кормление цельным коровьим молоком. Прикорм не введен. Физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту, масса тела 7000 грамм. В возрасте 2,5 месяцев перенесла ОРВИ.</p> <p>При осмотре: ребенок удовлетворительного питания. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые бледно-розовые, чистые. Лимфатические узлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В легких при сравнительной перкуссии легочный звук на симметричных участках грудной клетки. При аускультации пуэрильное дыхание, ЧД 38 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 110 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края реберной дуги, край ровный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Мочевыделение не нарушено.</p> <p>Общий анализ мочи: pH – слабо кислая; белок – 0,033%; лейкоциты – 1–3 в поле зрения.</p> <p>В анализе периферической крови: Hb – 95 г/л, эритроциты – 3,7x10¹²/л, лейкоциты – 8,5x10⁹/л; палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 32%, базофилы – 1%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 58%, моноциты – 4%, СОЭ – 6 мм/час, гипохромия++, анизоцитоз+, пойкилоцитоз+.</p> <p>Содержание гемоглобина в эритроцитах – 22 пг (норма 24-3 пг).</p>
В	1	Наиболее вероятный диагноз? Определите группы риска.
В	2	Какие дополнительные исследования необходимо провести педиатру для уточнения диагноза? Вычислите цветовой показатель (ЦП) и оцените его значение.
В	3	Нуждается ли ребенок в коррекции питания? Выявите недостатки при организации вскармливания ребенка, обоснуйте назначение молочной смеси, продуктов прикорма.
В	4	Назначьте лечение, обоснуйте выбор препарата, выпишите рецепт, проведите контроль эффективности и безопасности.
В	5	Какие профилактические прививки должен иметь этот ребенок?
Н	-	004
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
К		УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>На приеме девочка 7 месяцев. Родители отмечают, что в последнее время у ребенка появились вздрагивания во сне и повышенное потоотделение.</p> <p>Анамнез: девочка от третьей беременности, протекавшей на фоне гестоза 2 половины. Первые 2 ребенка здоровы. Роды в срок. Масса тела 3580 г, рост - 53 см, окружность головы - 35 см, окружность груди - 33 см, оценка по Апгар 8 баллов. Закричал сразу. К груди ребенок приложен в первые 30 минут. Сосала активно. На естественном вскармливании до 6 месяцев, затем молочная смесь. Профилактика рахита не проводилась. В 3 месяца сделана прививка АКДС и против полиомиелита, реакции на прививку не было. В 4 и 5 месяцев на профилактический прием мать с ребенком не явилась. Прогулки у ребенка нерегулярные до 1-2 часов в день.</p> <p>Прикорм не введен. В течение последнего месяца мать обратила внимание, что ребенок стал сильно потеть, вздрагивает во сне.</p> <p>Физическое развитие: рост 63 см, масса тела 7500 г, окружность головы 42 см, окружность груди 43 см.</p>

		<p>Нервно-психическое развитие: поворачивается со спины на живот, свободно берёт игрушку из разных положений, гулит.</p> <p>Объективное обследование: обнаружено уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стрело- и лямбовидного швов, размягчение краёв большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развернута, пальпируются рёберные четки. Большой родничок - 3×3 см. Мышечная гипотония. Ребёнок плохо опирается на ноги. Лёгкие и сердце – без особенностей. Живот мягкий, распластаный. Печень на 3 см выступает из-под рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.</p> <p>Общий анализ крови: концентрация гемоглобина - 110 г/л, количество эритроцитов- 3,9×10¹²/л, цветной показатель - 0,9; число лейкоцитов - 7,9×10⁹/л, доля эозинофилов в лейкоцитарной формуле - 4%, палочкоядерных лейкоцитов - 2%, гранулоцитов - 33%, лимфоцитов - 60%, моноцитов - 4%, СОЭ - 12мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет жёлтый, прозрачность полная удельный вес - 1016 г/л, рН-кислый, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - 0-1 в поле зрения, лейкоциты - 0-1 в поле зрения.</p> <p>Концентрация кальция в плазме крови - 2,1 ммоль/л (норма-2,3-2,8ммоль/л).</p> <p>Концентрация фосфатов в плазме крови - 1,3 ммоль/л (норма-1,3-1,8 ммоль/л).</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз.
В	3	Назовите причины, которые привели к развитию выявленной патологии у ребёнка.
В	4	Какой курс лечения Вы назначите? Назовите дозы лекарственного средства.
В	5	Назовите виды профилактики выявленной патологии.
Н	-	005
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
К		УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>На профилактическом приёме у участковому врачу-педиатра мать с девочкой 11 месяцев.</p> <p>Жалобы на плохой аппетит. Ребёнок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом I. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей. Девочка родилась в срок, с массой тела 3050 г, длиной – 52 см. Период новорождённости без особенностей. На грудном вскармливании до 3 месяцев, далее адаптированная молочная смесь и кефир. Прикормы начали вводить с 7 месяцев. В настоящее время получает каши, преимущественно манную, тёртое яблоко, кефир, цельное молоко.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые оболочки бледные, чистые. Подкожная жировая клетчатка развита хорошо. Лимфоузлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Мочевыделение не нарушено.</p> <p>В анализе периферической крови: Hb – 95 г/л; эритроциты – 3,7х10¹² /л; цветовой показатель. – 0,85; лейкоциты – 6,5х10⁹/л; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 32%; базофилы - 1%; эозинофилы – 3%; лимфоциты – 58%; моноциты – 4%; СОЭ – 6 мм/час; гипохромия ++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +. Содержание гемоглобина в</p>

		электроцитах - МСН – 22 пг (норма 24-33 пг).
В	1	Поставьте предварительный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз.
В	3	Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
В	4	Какие продукты необходимо включить в рацион ребенка?
В	5	Укажите расчёт дозы назначенных препаратов и длительность курса лечения.
Н	-	006
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
К		УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Первичный вызов врача-педиатра участкового к мальчику 12 лет. Ребенок болен 3 сутки. Жалобы на кашель, слабость, снижение аппетита, головную боль. Из анамнеза известно, что накануне болезни пошел под дождь и замёрз. Температура тела 38,0-38,5°C в течение двух дней, лечились самостоятельно. Сегодня температура тела поднималась до 39,0°C, вызвали врача. При объективном обследовании ребёнок вялый, температура тела 38,7°C, частота дыхания 28 в минуту, частота сердечных сокращений 105 в минуту. Кожные покровы розовые, горячие. Зев не ярко гиперемирован. При перкуссии грудной клетки отмечается укорочение перкуторного звука под углом лопатки справа, при аускультации – ослабление дыхания там же, выдох свободный, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю рёберной дуги. Стул и диурез без особенностей.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
В	2	Обоснуйте предварительный диагноз.
В	3	Определите и аргументируйте условия оказания медицинской помощи данному ребёнку (амбулаторно, в дневном стационаре, стационаре круглосуточного пребывания).
В	4	Как подтвердить предварительный диагноз? Опишите ожидаемые результаты.
В	5	Сформулируйте рекомендации по этиотропной терапии заболевания у данного ребёнка при подтверждении диагноза.
Н		007
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
К		УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Девочке 4,5 месяцев с неотягощённым биологическим анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит инактивированной вакциной+пневмококковая (конъюгированная). Предыдущие прививки АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенесла хорошо. На 2 день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы как

		осложнение после прививки, она обвинила врача и медсестру в «непрофессионализме». При осмотре температура тела 37,8°C. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины – инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отёк мягких тканей диаметром 2 см.
В	1	Дайте заключение по данному случаю.
В	2	Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС.
В	3	Подлежит ли ребёнок медицинскому отводу от дальнейших прививок против дифтерии, коклюша, столбняка?
В	4	Каковы абсолютные противопоказания для вакцинации ребёнка против дифтерии, коклюша, столбняка.
В	5	Тактика врача-педиатра участкового.
Н	-	008
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
К		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мать девочки 4,5 мес. обратилась к врачу с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°C, беспокойство ребенка, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины АКДС (в средней трети правого бедра). День назад девочке с неотягощённым анамнезом проведена вторая вакцинация против коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита и пневмококковой инфекции отдельными шприцами в разные участки тела. Вакцина АКДС введена внутримышечно в среднюю треть правого бедра. Предыдущую вакцинацию в возрасте трёх месяцев перенесла хорошо. Расценивая указанные симптомы, как осложнение после прививки, мать обратилась с жалобой в администрацию поликлиники. При осмотре: состояние девочки удовлетворительное. Температура тела 38,4°C. Кожный покров розовый, горячий, сухой. Видимые слизистые розовые, чистые. Носовое дыхание свободное. В лёгких при сравнительной перкуссии лёгочный звук, одинаковый на симметричных участках. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 42 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 128 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 1 см от края реберной дуги, край ровный, безболезненный. Селезёнка не пальпируется. Стул кашицеобразный до 3 раз в день. Мочеиспускание не нарушено. Локально: в месте введения вакцины в средней трети правого бедра – инфильтрат диаметром 2 см, гиперемия и отёк мягких тканей диаметром 3 см.
В	1	Поставьте диагноз, проведите его обоснование.
В	2	Какие лечебные мероприятия следует назначить?
В	3	Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС.
В	4	Выдержаны ли сроки введения вакцины АКДС, полиомиелита и пневмококковой инфекции?
В	5	Следует ли в данном случае подать экстренное извещение в региональный центр Роспотребнадзора? В каком случае подается экстренное извещение в региональный центр Роспотребнадзора?
Н	-	0091

Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
К		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мальчик К. 11 месяцев на приёме у врача-педиатра участкового с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 7,0 кг), появление одышки и периорального цианоза при физическом или эмоциональном напряжении.</p> <p>Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с двухмесячного возраста, при кормлении отмечалась быстрая утомляемость вплоть до отказа от груди. Бронхитами и пневмониями не болел.</p> <p>При осмотре: кожные покровы с цианотичным оттенком, периферический цианоз, симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости: левая – по левой среднеключичной линии, правая – по правой парастернальной линии, верхняя – II межреберье. Тоны сердца звучные. ЧСС – 140 ударов в минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум жёсткого тембра, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД – 40 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см, селезёнка не пальпируется.</p> <p>Дополнительные данные исследования по cito:</p> <p>Общий анализ крови: гематокрит – 49% (норма - 31-47%), гемоглобин – 170 г/л, эритроциты – $5,4 \times 10^{12}/л$, цветной показатель – 0,91, лейкоциты – $6,1 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 30%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 60%, моноциты - 6%, СОЭ – 2 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, удельный вес – 1004, белок – отсутствует, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – нет.</p>
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
В	2	Обеднение какого круга кровообращения характерно для данных пороков сердца?.
В	3	Составьте план дополнительного обследования пациента до госпитализации.
В	4	Какие изменения возможны на рентгенограмме?.
В	5	Необходимо ли назначение сердечных гликозидов у данного больного до осмотра кардиолога?
Н	-	011
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
К		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Подросток 15 лет обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на головные боли, чаще после занятий в школе.</p> <p>Анамнез заболевания: данные жалобы появились около 3 месяцев назад, за медицинской помощью не обращался.</p> <p>На профосмотре в школе выявили повышение АД до 150/80 мм рт. ст.</p> <p>Рекомендована консультация детского врача-кардиолога, на приёме выявлено</p>

		<p>повышение АД до 140/80 мм рт. ст., рекомендовано соблюдать режим дня, снизить физическую и умственную нагрузку, контроль за АД и явка через 10 дней. В течение 10 дней родители измеряли АД утром и вечером. По утрам АД было в норме – в среднем 120/70 мм рт. ст. По вечерам отмечалось повышение АД до 140-150/80 мм рт. ст. На втором приёме врача-педиатра участкового через 10 дней АД вновь 140/80 мм рт. ст. (95-й перцентиль АД для данного пола, возраста и роста составляет 133 мм рт. ст.). Рекомендовано провести обследование.</p> <p>Из анамнеза жизни известно, что ребёнок рос и развивался соответственно возрасту, привит по календарю прививок, редко болел ОРВИ. За последний год вырос на 15 см, появилась неустойчивость настроения, конфликты со сверстниками, повышенная потливость, стал уставать от школьных нагрузок. Гуляет мало, предпочитает играть в компьютерные игры, нарушился сон. В течение последнего года курит по 1-2 сигареты в день. У отца – гипертоническая болезнь с 45 лет.</p> <p>При осмотре.</p> <p>Кожные покровы обычной окраски, выражена потливость, угревая сыпь на лице и спине, красный стойкий дермографизм, хорошо развиты вторичные половые признаки.</p> <p>Подкожный жировой слой развит удовлетворительно, распределён равномерно. Рост 178 см, масса тела 63 кг. Лимфатические узлы не увеличены.</p> <p>В лёгких перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя - III межреберье, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 90 в 1 минуту, шумы не выслушиваются. Среднее АД по результатам 3 измерений - АД 150/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю рёберной дуги. Стул оформленный, диурез в норме.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 142 г/л, эритроциты - $4,8 \times 10^{12}/л$, тромбоциты - $300 \times 10^9/л$, лейкоциты – $6,3 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 67%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 24%, моноциты - 6%, СОЭ - 5 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: удельный вес - 1030, белка, сахара нет, лейкоциты – 0-1 в поле зрения.</p> <p>ЭКГ – вариант возрастной нормы.</p> <p>ЭХОКГ – структурных изменений не выявлено</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз..
В	2	Обоснуйте, поставленный Вами диагноз
В	3	. Составьте план дополнительного обследования пациента
В	4	Назначьте подростку лечение.
В	5	Подросток не выполнял рекомендации по лечению и через 2 недели. На последнем уроке в школе пожаловался на резкое ухудшение состояния: головокружение, головная боль. Мальчика отвели в медицинский кабинет, школьный врач измерил АД 180/96 мм рт. ст., отмечалась бледность кожи, озноб, тошнота, однократно рвота съеденной пищей. Ваша тактика оказания помощи как школьного врача?
Н		012
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
К		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА

		ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мальчик 1 год, родился доношенным, от третьей нормальной беременности, массой 3750 г, длиной - 52 см. Закричал сразу, на грудном вскармливании до 7 месяцев, развивался удовлетворительно. В 7 месяцев перенес ОРВИ, пневмонию, лечился в стационаре, получал массивную парентеральную терапию. В последующие 4 месяца перенес повторно ОРВИ, осложнившуюся пневмонией, кишечную инфекцию, парапроктит. С 10-месячного возраста упорная диарея с прогрессирующей потерей массы тела. При осмотре: в возрасте одного года состояние тяжелое, температура тела 39°C, кожа сухая, дряблая, дефицит массы 40%, подкожно-жировой слой почти отсутствует, увеличены шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы до 2,5 см, мягкоэластичной консистенции, безболезненны. Кашель с отхождением гнойной мокроты, в легких мелкопузырчатые влажные хрипы в паравертебральной и подлопаточной области справа. Тоны сердца отчетливые, ритм правильный, ЧСС 112 в мин. Живот вздут. Печень выступает из-под края реберной дуги на +2,5+3,0+4,0 см, селезенка + 3,5 см. Клинический анализ крови: НЬ - 90 г/л. Эр - $2,8 \times 10^{12}/л$, Ц.П. - 0,78, Лейк. - $6,7 \times 10^9/л$; с/я - 50%, л - 45%, м - 5%; СОЭ - 3 мм/час.</p>
В		Предположите наиболее вероятный диагноз.
В		Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В		Какова наиболее вероятная причина упорного диарейного синдрома у данного пациента.
В		Составьте план обследования пациента с учетом особенностей течения заболевания, коморбидности.
В		Назначьте лечение с учетом ведущего клинического синдрома, преморбидного фона и особенностей течения заболевания.
Н		013
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
К		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Ребенок 8 лет. При профилактическом обследовании при подготовке к операции у ребенка впервые выявлены а/НСV (+). Направлен в стационар для комплексного обследования, уточнения диагноза. Известно, что на 1-м месяце жизни в связи с наличием геморрагического синдрома получал гемотрансфузии. С 3-х лет выявляется гепатомегалия, не обследовался. При поступлении: жалобы на быструю утомляемость, периодически боли в животе. Общее состояние удовлетворительно. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. На коже лица в области скуловой дуги слева и на тыле кисти правой руки имеются телеангиоэктазии. В ротоглотке гиперемии нт, слизистые чистые, в легких и сердце без изменений. Живот мягкий, слегка болезненный в точке желчного пузыря. Печень уплотнена, выступает из-под реберной дуги на +1,5+2,5+3,5 см, селезенка +0,5 см. Биохимический анализ крови: билирубин общий - 12 мкмоль/л, конъюгированный - 5 мкмоль/л, АлАт - 200 Ед/л, АсАт - 170 Ед/л, общий белок - 82 г/л, тимоловая проба - 10 ед., сулемовая проба - 1,4 ед. Клинический анализ крови: НЬ - 130 г/л. Эр - $4,0 \times 10^{12}/л$, Ц.П. - 0,9, Лейк - $4,8 \times 10^9/л$; п/я - 1%, с/я - 39%, э - 1%, л - 57%, м - 2%, СОЭ - 3 мм/час. Серологические вирусные маркеры: HBsAg (-), anti-Hbcor общ. (-), anti-HDV (-), anti-HCV (+), anti-HCVcore IgM (+), anti-HCVcore (+), anti-HCVNS 3,4,5 (+). ПЦР: РНК HCV (+) генотип 3а. УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена в размерах, ткань органа равномерно повышенной</p>

		эхогенности во всех отделах за счет мелкоочаговых структур умеренной плотности. Желчный пузырь правильной формы, больших размеров, в полости густой осадок. Стенки без изменений.
В		Предположите наиболее вероятный диагноз.
В		Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В		Составьте план дообследования пациента.
В		Назначьте лечение ребенку с учетом диагноза, возраста.
В		Принципы диспансерного наблюдения за больным, критерии снятия с диспансерного учета.
Н	-	014
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
К		УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мальчик 5 лет, посещает ДДУ, болен 2-ю неделю, на фоне субфебрильной температуры отмечалась везикулезная сыпь, которая подсыпала в течение 5 дней. На слизистой рта и твердого неба также отмечались необильные везикулезные высыпания. К врачу не обращались. На 8-й день от начала болезни потерял сознание, были кратковременные (1-2 минуты) судороги, температура тела 37,3°C. При осмотре: состояние тяжелое, сознание спутанное, адинамичен. На коже лица, туловища, конечностей - единичные элементы высыпаний, покрытые корочками. Катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей нет. Тоны сердца приглушены. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот доступен глубокой пальпации, мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Стоит неуверенно, речь дизартрична. Небольшая сглаженность носогубной складки слева. Положительные пальце-носовая и коленно-пяточная пробы. Положительная проба Ромберга, симптом Кернига с угла 160-170°. Общий анализ крови: НЬ - 136 г/л, Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$, Лейк - $3,3 \times 10^9/л$; п/я - 2%, с/я - 25%, э - 3%, л - 65%, м - 5%, СОЭ - 7 мм/час. Анализ мочи общий - без патологии.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Проведите обоснование диагноза.
В	3	Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
В	4	Назначьте лечение с учетом предполагаемой этиологии заболевания, клинических синдромов.
В	5	Проведите противоэпидемические мероприятия в детском коллективе, который посещает ребенок.
Н	-	015
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
К		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
		<p>Ребенок 2,5 лет, посещает детский сад, заболел остро с повышением температуры тела до 39°C, отмечались незначительные катаральные проявления, была повторная рвота, жаловался на головную боль. В конце дня - кратковременные судороги, потеря сознания. Доставлен в стационар. При осмотре: состояние очень тяжелое, кожа серого цвета, акроцианоз. На коже живота, груди, конечностей геморрагическая сыпь различной</p>

У	-	величины и формы. Ребенок сонлив. Температура тела 39°C. Артериальное давление - 50/25 мм. рт. ст. В легких жесткое дыхание, тоны сердца аритмичные, тенденция к брадикардии. Живот мягкий, печень +1,0+1,5+1,5 см ниже края реберной дуги. Не мочится. Через 2 часа состояние ухудшилось. Лежит в вынужденной позе с запрокинутой головой, стонет, увеличилось количество геморрагических элементов на коже. Многократная рвота. Пульс частый, слабый. Зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая. Менингеальные симптомы резко положительные. Клинический анализ крови: НЬ - 120 г/л, Эр - $3,6 \times 10^{12}/л$, Тромб. - $130,0 \times 10^9/л$, Лейк. - $17,0 \times 10^9/л$; п/я - 27%, с/я - 53%, э - 2%, л - 10%, м - 8%, СОЭ - 30 мм/час.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Проведите обоснование диагноза.
В	3	Составьте план обследования пациента.
В	4	Опишите предполагаемые изменения в ликворограмме с учетом клинических синдромов, этиологии заболевания.
В	5	Назначьте лечение с учетом предполагаемой этиологии заболевания, клинических синдромов.
Н		016
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
К		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Девочка 1,5 лет, заболела остро: повысилась температура тела до 39°C, появился кашель, насморк, конъюнктивит. В последующие дни катаральные явления нарастали, конъюнктивит стал более выраженным, появилась светобоязнь. На четвертый день болезни температура тела 39,5°C, сыпь на лице, в последующие дни сыпь распространилась на туловище и на конечности, катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей усилились. Направлена на госпитализацию. При поступлении: состояние средней тяжести, температура тела 38,2°C. Вялая. На лице, туловище, конечностях - обильная ярко-розовая сыпь пятнисто-папулезная, местами сливная. Лимфоузлы всех групп, особенно шейные увеличены, безболезненные. Дыхание через нос затруднено, одышка экспираторного характера, из носа обильное слизисто-гнойное отделяемое. Конъюнктивит, слезотечение. В ротоглотке гиперемия миндалин, небных дужек, слизистая щек шероховата. Кашель влажный. В легких дыхание жесткое, выслушивается небольшое количество сухих и единичные влажные хрипы. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Селезенка не пальпируется. Живот мягкий, безболезненный. Определяется урчание по ходу кишечника.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л. Эр - $3,8 \times 10^{12}/л$, Ц.П. - 0,87, Лейк. - $7,0 \times 10^9/л$, п/я - 5%, с/я - 42%, л - 49%, м - 4%, СОЭ - 20 мм/час. Исследование носоглоточной слизи: реакция иммунофлюоресценции на антигены вирусов респираторной группы - отрицательная.</p>
В		Предположите наиболее вероятный диагноз.
В		Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В		Составьте план лечения данного больного с учетом этиологии и тяжести состояния.
В		Определите критерии выписки ребенка из стационара.
В		Подлежит ли ребенок после выписки из стационара диспансерному наблюдению, если «да», определите сроки
Н	-	017

Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
К		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Ребенок 6 мес, поступил в боксированное отделение на 14-й день болезни с диагнозом: ОРВИ, пневмония? Две недели назад на фоне нормальной температуры и хорошего общего состояния появился кашель, который не поддавался лечению, и имел тенденцию к учащению, особенно в ночное время. Наблюдался врачом с диагнозом ОРВИ. Через неделю кашель стал приступообразным и сопровождался беспокойством, покраснением лица во время приступа, высовыванием языка и периодически заканчивался рвотой. После приступа наступало улучшение. Вне приступа отмечалась бледность кожных покровов, некоторая одутловатость лица. При поступлении: состояние тяжелое, вялый, бледный, цианоз носогубного треугольника. Кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза. В ротоглотке гиперемии нет, слизистые чистые. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5+2,0+2,5 см. Селезенка - край у реберной дуги. Стул, диурез - в норме. В отделении у ребенка отмечалось до 25 приступов кашля в сутки, при этом периодически во время приступа наблюдалось апноэ. Мокрота была вязкой, и ребенок ее с трудом откашливал. Известно, что в семье у его бабушки в течение 3 недель отмечался кашель. На рентгенограмме: усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышение прозрачности легочных полей, треугольная тень в средней доле правого легкого. Общий анализ крови: НЬ - 140 г/л. Эр - $4,0 \times 10^{12}/л$, Лейк - $30,0 \times 10^9/л$; п/я - 3%, с/я - 20%, л - 70%, м - 7%, СОЭ - 3 мм/час. Вакцинальный анамнез: БЦЖ, гепатит В в роддоме, пентоксим в 3 мес однократно.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Назначьте и обоснуйте обследование больного для подтверждения предполагаемой этиологии заболевания, выявления причины имеющихся у ребенка клинических синдромов
Н	-	018
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
К		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	На приеме у педиатра мама с ребенком в возрасте 2 г 10 месяцев с жалобами на нерегулярный стул. Из анамнеза известно, что девочка от молодых здоровых родителей. Беременность вторая, протекала на фоне анемии легкой степени тяжести в первом триместре. Роды срочные, путем Кесарева сечения. Масса при рождении 3300 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/9. К груди приложена на первые сутки, на грудном вскармливании до 1 года 5 месяцев, прикормы введены по возрасту. В настоящее время в диете большое количество углеводистой пищи (макаронные изделия, печенье), девочка не любит овощи и фрукты, кушает их нерегулярно, жидкость пьет мало. В весе прибывает достаточно. С 2,5 лет ребенок начал посещать ДОО. Последние 3 месяца мама отмечает урежение частоты дефекации до

		2-3 раз в неделю, сопровождающейся болевым синдромом, с последующим отхождением плотного стула в большом количестве. Объективно: При осмотре состояние ребенка удовлетворительное. Самочувствие не нарушено. Ребенок правильного телосложения, достаточного питания. Подкожно-жировой слой развит достаточно, распределен равномерно. Костная система без видимых деформаций. Кожные покровы, видимые слизистые бледно-розовые, чистые. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД - 25 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, пульс 118 уд/мин. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул последний раз 3 дня назад.
В	1	Установите диагноз.
В	2	Укажите диагностические критерии данного состояния согласно Римским Критериям IV
В	3	Какие у данного ребёнка есть факторы риска для развития данного состояния?
В	4	С какими заболеваниями можно провести дифференциальную диагностику?
В	5	Какое лечение можно назначить данному ребёнку?
Н	-	019
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
К		УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Девочка 8 лет, поступила в нефрологическое отделение с жалобами на повышенную утомляемость, боли в животе, болезненное мочеиспускание. Девочка от первой беременности, протекающей с токсикозом второй половины, родов на 39-й неделе. Масса ребенка при рождении 3300 г, длина 51 см. Роды без стимуляции, безводный промежуток 3 часа. При рождении отмечалась асфиксия, проводились реанимационные мероприятия. Выписана на 7-е сутки. Период новорожденности без особенностей. До 1 года ничем не болела. Далее развивалась хорошо. Болела 5-6 раз в год ОРВИ. Из анамнеза известно: повторная в возрасте 4 х лет инфекция мочевыводящих путей, лечение амбулаторное. Данные жалобы появились после переохлаждения.</p> <p>При поступлении: состояние средней тяжести, субфебрильная температура, кожные покровы чистые, слизистые сухие. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД - 20 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет. ЧСС - 88 уд/мин. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Печень +1 см из-под реберного края. Мочится 13-15 раз в день, мочеиспускание болезненное. В период пребывания ребенка в стационаре самочувствие улучшилось, температура нормализовалась, болевой синдром исчез.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> Гемоглобин - 128 г/л, эритроциты - $3,8 \times 10^{12}$/л, лейкоциты - $10,5 \times 10^9$/л, п/я - 5%, сегментоядерные - 60%, лимфоциты - 33%, моноциты - 2%, СОЭ - 15 мм/час.</p> <p><i>Общий анализ мочи:</i> белок - отрицательно, относительная плотность - 1010, лейкоциты - 22-24 в п/з, эритроциты - нет.</p> <p><i>Анализ мочи по Нечипоренко:</i> лейкоциты - 14500, эритроциты - 1000.</p> <p><i>Анализ мочи на стерильность:</i> выделено Escherichia coli - 100000 микробных тел/мл, чувствительных к амоксициллину/клавулоновой кислоте.</p> <p><i>Анализ мочи по Зимницкому:</i> дневной диурез - 750 мл, ночной диурез - 500 мл, колебания относительной плотности - 1010-1020.</p>

		<p><i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок - 75,9 г/л, альбумины -60%, глобулины: альфа₁ - 4%, альфа₂ - 8%, бета - 13%, гамма - 15%, мочевины - 6,32 ммоль/л, холестерин - 4,76 ммоль/л.</p> <p><i>Биохимический анализ мочи:</i> титруемая кислотность - 64 ммоль/сут (норма - 48-62), оксалаты - 80 мкмоль/сут (норма - 90-135), мочевины - 5 ммоль/сут (норма - 0,48-6,0), фосфор - 23 ммоль/сут (норма - 19-32), кальций - 3 ммоль/сут (норма - 1,5-4).</p> <p><i>Микционная цистография:</i> стенка неровная, рефлюкса в обе фазы исследования не зафиксировано.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Назначьте тактику ведения пациентов в стационаре
В	5	Составьте план лечения данному пациенту на амбулаторном этапе, обоснуйте свой выбор.
Н	-	020
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		

К

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной 7 лет, поступил в клинику на 3-й день болезни с жалобами на головную боль, отечность лица, голеней, появление мочи в виде "мясных помоев".</p> <p>Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, первых срочных родов. Масса при рождении 3150 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Раннее развитие без особенностей. На грудном вскармливании до 7 месяцев, привит по возрасту. С 5 лет состоит на диспансерном учете в связи с хроническим тонзиллитом, частыми ОРВИ.</p> <p>Генеалогический анамнез не отягощен.</p> <p>Настоящее заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины. При поступлении состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп. Зев нерезко гиперемирован, миндалины II-III степени, разрыхлены, без наложений. Перкуторно над легкими звук ясный, легочный. При аускультации в легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧД 24 в минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные, отчетливые, ЧСС 90 ударов в минуту, АД 130/85 мм рт. ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Суточный диурез 320 мл, моча красного цвета. Вес 24 кг, рост 124 см.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> Гемоглобин - 125 г/л, эритроциты - $4,3 \times 10^{12}$/л, лейкоциты - $12,3 \times 10^9$/л: п/я - 5%, с/я - 60%, эозинофилы - 5%, лимфоциты - 24%, моноциты - 6%, СОЭ - 20 мм/час.</p> <p><i>Общий анализ мочи:</i> количество - 70,0 мл, цвет - красный, прозрачность - неполная, реакция - щелочная, относительная плотность - 1023, эпителий - 1-2 в п/зрения, эритроциты - измененные, покрывают все поля зрения, лейкоциты - 2-3 в п/зрения, цилиндры - зернистые 3-4 в п/зрения, белок - 0,99%.</p> <p><i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок - 65 г/л, альбумины -53%, альфа₁-глобулины - 3%, альфа₂-глобулины - 17%, бета-глобулины -12%, гамма-глобулины - 15%, мочевины - 7,2 ммоль/л, креатинин -87 мкмоль/л, калий - 5,21 ммоль/л, натрий -</p>

		141,1 ммоль/л, холестерин - 6,0 ммоль/л, бета-липопротеиды - 92,0 ед. (норма до 44 ед.), СКФ по Шварцу 52 мл/мин Биохимический анализ мочи: белок - 600 мг/сутки (норма - до 200), фосфор - 21 ммоль/сутки (норма - 19-32), кальций - 3,6 ммоль/сутки (норма - 1,5-4), креатинин - 2,5 ммоль/сутки (норма - 2,5-15), аммиак - 28 ммоль/сутки (норма - 30-65), титруемая кислотность - 40 ммоль/сутки (норма - 48-62), оксалаты - 14 мг/сутки (норма - до 17). УЗИ ОБП и почек: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка без патологии. Почки расположены обычно, размеры не увеличены, паренхима не изменена. ЧЛС имеет обычное строение.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Назначьте тактику ведения пациентов с острым повреждением почек
В	5	Составьте план лечения данному пациенту, обоснуйте свой выбор.
Н	-	021
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		

К

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной У., 2 года.</p> <p>Анамнез заболевания: родители впервые обратили внимание на желтушность кожи и слизистых в годовалом возрасте. У отца и дедушки по отцовской линии – желчнокаменная болезнь, манифестировавшая в молодом возрасте.</p> <p>При поступлении жалобы на упорное сохранение желтушности, бледности. Объективно - кожа и слизистые чистые, умеренная бледность, иктеричность. Лимфоузлы немногочисленные мелкие. В легких дыхание везикулярное, ЧД 30 в мин. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, ЧСС 110 в мин, АД 90/60 мм рт ст. Печень+ 3 см, селезенка + 3 см. Диурез достаточный. Стул оформленный, интенсивно окрашен.</p> <p>Анализ крови: Hb 80 г/л, ретикулоциты 75 %, тромбоциты 355 Г/л, лейкоциты 8,2 Г/л, п/я 2%, с/я 67%, эозинофилы 2%, лимфоциты 28%, моноциты 1 %, СОЭ 10 мм/ч, в мазке микросфероциты 10-12%.</p> <p>Группа крови А (II) Rh положительная.</p> <p>Биохимия крови: АлАт 0,3 мккат/л, АсАт 0,4 мккат/л, ЛДГ 9,9 мккат/л/ч, γ – ГГТ 0,2 мккат/л, щелочная фосфатаза 4,7 мккат/л, билирубин 97 мкмоль/л, прямой билирубин 6 мкмоль/л, общий белок 71 г/л, альбумины 62%, глобулины: α_1 3,8%, α_2 10%, β 11%, γ 12,7%; мочевины 3,1 ммоль/л, креатинин 20 мкмоль/л, холестерин 2,8 ммоль/л, гаптоглобин 20 ммоль/л.</p> <p>Свободный гемоглобин 0,003 г/л (норма).</p> <p>Антитела к ВИЧ, HCV, HbsAg, анти-Hbs, анти-Hbcog суммарные - все отрицательные.</p> <p>Антиэритроцитарные антитела не обнаружены.</p> <p>Общий анализ мочи в динамике без патологии.</p> <p>УЗИ брюшной полости: селезенка 86x32 мм, печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, почки - без патологии.</p> <p>ЭхоКГ: без патологии.</p> <p>Рентгенограмма грудной клетки: патологии не выявлено</p> <p>Осмотр окулиста: патологии на глазном дне не обнаружено.</p> <p>Перед выпиской общее самочувствие не нарушено,</p>

		желтушность значительно меньше, держится умеренная бледность, по по органам без динамики. Билирубин при выписке 39 мкмоль/л.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Какие препараты для коррекции анемии показаны пациенту. Обоснуйте свой выбор.
В	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Н	-	022
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		

К

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>К участковому педиатру обратились девочка А., 8 месяцев с жалобами на бледность, вялость, снижение аппетита.</p> <p>Из анамнеза выяснено, что девочка родилась от пятой беременности, вторых срочных родов, массой 3500 г, длиной тела 55 см. Настоящая беременность протекала с угрозой выкидыша, токсикозом I и II триместра. Во время беременности мать перенесла пневмонию (23 неделя), анемию (34 неделя). Первые три беременности закончились искусственным прерыванием, четвертая - срочными родами.</p> <p>Период новорожденности протекал без особенностей. На грудном вскармливании девочка находилась до 1 месяца, после чего переведена на искусственное (в связи с гипогалактией у матери). Мать воспитывает детей одна. Семья живет в комнате общежития. Фруктовые соки и пюре введены в 6 месяца, давались нерегулярно. Прогулки на свежем воздухе не более 1 часа в день. В возрасте 2-х месяцев девочка перенесла пневмонию и кишечную инфекцию, лечение получала в стационаре в течение 2-х месяцев. В 4 месяца перенесла ОРВИ. Со слов мамы, в настоящее время ребенок получает в основном кефир и манную кашу.</p> <p>При осмотре состояние тяжелое, вялость, адинамия, плаксивость. Аппетит резко снижен. Кожные покровы бледные, с "мраморным" рисунком. Снижена эластичность кожи. Ушные раковины имеют восковой оттенок. Слизистые бледные, сухие. Волосы тонкие и редкие. Язык влажный, обложен белым налетом, на кончике языка атрофия нитевидных сосочков. Тургор тканей и тонус мышц снижены. Масса тела - 7300 г, длина 62 см. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, систолический шум на верхушке, ЧСС - 150 уд. в 1 минуту. Живот несколько увеличен в объеме, мягкий. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см, край мягко-эластичной консистенции. Селезенка не увеличена. Стул кашицей.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин 69 г/л, эритроциты $2,89 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель 0,72, MCV-70fL, MCH-25pg, MCHC-29%, анизоцитоз, гипохромия эритроцитов, ретикулоциты - 10 %.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Какие препараты для коррекции анемии наиболее целесообразны? Обоснуйте Ваш выбор.

В	5	Каков план дальнейшего наблюдения больного? Обоснуйте.

Н - 023

Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения

К		
---	--	--

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
---	---	---

У	-	<p>Мальчик М., 3-х лет, поступает в стационар с жалобами матери на ухудшение состояния ребенка, вялость, отказ от еды, повышение температуры тела до 38,8°C, влажный кашель.</p> <p>Из анамнеза известно, что ребенок заболел 7 дней назад, когда впервые появились вялость, беспокойный сон, снижение аппетита. Одновременно отмечались заложенность и слизистое отделяемое из носа, редкий кашель. Вызванный участковый педиатр диагностировал у ребенка острое респираторное вирусное заболевание. Было назначено симптоматическое лечение, десенсибилизирующая терапия. На фоне проводимых мероприятий состояние ребенка улучшилось. Однако на 6-й день от начала заболевания у мальчика повысилась температура тела до 38,8°C, он вновь стал вялым, отказывался от еды, перестал проявлять интерес к игрушкам, спал беспокойно, усилился кашель. Мать повторно вызвала участкового врача.</p> <p>При осмотре дома обращали на себя внимание следующие симптомы: бледность кожи, периоральный цианоз, возникающий при плаче, раздувание крыльев носа в момент кормления, одышка до 40 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно над легкими в межлопаточной области справа, больше книзу - участок притупления, там же и книзу от угла лопатки выслушиваются мелкопузырчатые влажные и крепитирующие хрипы. Над остальными участками легких выслушивается жесткое дыхание. Sa O₂ = 92%. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 140 уд/мин. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Ребенок госпитализирован.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> Hb - 110 г/л, эритроциты – 3,5x10¹²/л, гематокрит - 49%, лейкоциты – 15,3x10⁹/л, п/я - 7%, с - 57%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 28%, моноциты - 7%, СОЭ - 23 мм/час.</p> <p><i>Общий анализ мочи:</i> цвет - светло-желтый, удельный вес - 1010, белок - 0,033‰, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь – немного.</p> <p><i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок - 69 г/л, мочевины - 5,1 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 135 ммоль/л, АЛТ - 23 Ед/л (норма - до 30), АСТ - 19 Ед/л (норма - до 30), СРБ – 37 мг/л (норма – до 10).</p> <p><i>Кислотно-основное состояние крови:</i> pO₂ – 68 мм. рт. ст. (норма-80-100), pCO₂ - 52 мм. рт. ст. (норма - 36-40), pH - 7,31, BE - -2,3 ммоль/л (норма - +2,3), AB - 17 ммоль/л (норма - 16-23), BB - 39 ммоль/л (норма -37- 47), SB -19 ммоль/л (норма - 17-23).</p> <p><i>Рентгенограмма грудной клетки:</i> выявляются очаговые инфильтративные тени в нижней доле правого легкого. Усиление сосудистого рисунка легких. Синусы свободные.</p>
---	---	--

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
---	---	--

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
---	---	--------------------------------------

В	3	Составьте план обследования данному больному
---	---	--

В	4	Составить план лечения данному пациенту
---	---	---

В	5	Прогноз и особенности диспансерного наблюдения
---	---	--

--	--	--

Н	-	024
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
К		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мальчик 3 мес. Пришли на прием к педиатру для проведения вакцинации. Не прививался в связи с отказом родителей от прививок.</p> <p>Ребенок от 1 беременности, протекавшей с токсикозом 1 и 2 половин. Роды срочные. Вес при рождении 2950 г. В весе прибывает хорошо. Находится на грудном вскармливании.</p> <p>Наблюдался у невропатолога по месту жительства с диагнозом: перинатальная энцефалопатия, миотонический синдром. Проведено лечение. На момент консультации педиатра закончен курс массажа грудной клетки. Аллергологический анамнез спокоен.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. В зеве чисто. Дыхание пузрыльное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, б/б. Физиологические отправления в норме.</p> <p>Общий анализ крови: Нв - 98 г/л, Эр – $3,8 \times 10^{12}/л$, Лейк – $8,8 \times 10^9/л$, п/я - 1%, с - 23%, э - 4%, л - 68%, м - 4%, СОЭ - 10 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1010, белок – отрицат, глюкоза - отрицат, эпителий плоский - немного, лейкоциты -0-1 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет.</p>
В	1	Какова тактика участкового педиатра в отношении вакцинации ребенка в условиях поликлиники?
В	2	Обоснуйте предложенную вами тактику вакцинации.
В	3	Можно ли в один день с вакциной против туберкулеза вводить другие вакцины? Обоснуйте свой ответ.
В	4	Являются ли анемия и миотонический синдром противопоказанием к вакцинации? Какова тактика вакцинации при анемии.
В	5	Требуется ли какая – либо медикаментозная подготовка к вакцинации у данного ребенка? Обоснуйте ответ.

3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	
УК-1-3, ПК-1-12	5	Отлично	90-100%
	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»

УК-1-3, ПК-1-12	Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	Твердые знания программного материала, допустимы несущественные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий
-----------------	--	--	---	---

3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.