

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ПЕДИАТРИЯ, ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Направление подготовки (специальность): **31.05.02 ПЕДИАТРИЯ**

Кафедра **ФАКУЛЬТЕТСКОЙ И ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПЕДИАТРИИ**

Форма обучения: **ОЧНАЯ**

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине является неотъемлемым приложением к рабочей программе. На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.)

Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине/практике используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест №1	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Коллоквиум	Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования преподавателя с обучающимися.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
3	Контрольная работа	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий по вариантам
4	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов
5	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющий оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов
6	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

Вопросы для текущего контроля:

1. Рахит. Критерии лабораторной и инструментальной диагностики. Изменения в костях при рахите. (Ro-граммы). Профилактика и лечение рахита у детей. Диетотерапия;
2. Железодефицитная анемия у детей раннего возраста. Классификация. Клинические варианты этапов обеднения железа. Критерии диагностики клинических вариантов железодефицитного состояния. Диетотерапия. Принципы лечения и профилактика;
3. Атопический дерматит. Факторы риска. Патогенез. Диагностические критерии проявлений АД. Классификация. Клинические формы. Шкала SCORAD. Функциональные пробы. Принципы лечения. Диетотерапия;
4. Обструктивный синдром у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические варианты. Лечение;
5. Пневмонии у детей. Определение и классификация. Этиология. Патогенез. Клиника и методы диагностики. Варианты течения внебольничной пневмонии. Лечение. Выбор антибактериальной терапии. Профилактика;
6. Функциональные нарушения ЖКТ Синдром срыгивания и рвоты. Кишечные колики. Причины. Диагностические критерии. Лечение. Функциональная диарея. Функциональные запоры задержка стула. Факторы риска. Этиология. Диагностика. Лечение. Диетотерапия;
7. Хронические бронхолегочные заболевания Хронические бронхиты. Бронхоэктатическая болезнь. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Лечение;
8. Бронхиальная астма. Факторы риска. Классификация. Особенности клиники и диагностики бронхиальной астмы у детей разного возраста. Методы диагностики: роль аллергологического обследования, клинические и лабораторные маркёры. Исследование ФВД. Фармакотерапия БА;
9. Кислото-зависимые заболевания. Хронические гастриты, хронические гастродуодениты. Язвенная болезнь. Этиология. Патогенез НР –инфекции. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансеризация;
10. Заболевания желчевыводящей системы. Определение. Функциональные расстройства ЖВС. Классификация. Дисфункции желчного пузыря, дисфункции сфинктера Одди;
11. Недостаточность питания. Причины развития недостаточности питания. Патогенез. Классификация БЭН. Особенности метаболических нарушений при БЭН. Клинические проявления БЭН. Мероприятия по выхаживанию детей с белково-энергетической недостаточностью;
12. Острая ревматическая лихорадка у детей. Этиология. Патогенез. Диагностические критерии. Классификация. Клиника. Особенности лечения;
13. Реактивный артрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Диагностика. Лечение профилактика;
14. Кардиты у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические варианты. Дифференциальная диагностика. Диагностика. Лечение. Профилактика;
15. Врожденные пороки «бледные»- ОАП, ДМПП, ДМЖП, открытый общий атриовентрикулярный канал, дефекты аорто-легочной перегородки;

16. Врожденные пороки сердца. Пороки с препятствием кровотоку : коарктация аорты, сужение или стеноз аортального клапана, стеноз клапана легочной артерии, стеноз митрального клапана, стеноз ветвей легочной артерии;
17. Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Классификация . Диагностические критерии. Клиника. Лечение. Профилактика;
18. Нефротический синдром. Этиология. Патогенетические механизмы. Критерии диагностики. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика;
19. Инфекции мочевыводящей системы. Пиелонефрит. Этиология. Патогенез. Классификация . Диагностические критерии. Клиника. Лечение. Профилактика;
20. Сахарный диабет. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Сахарный диабет I типа. Факторы риска. Клиническая картина. Особенности сахарного диабета у детей младшего возраста. Лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз. Инсулинотерапия. Неотложные состояния. Диабетический кетоацидоз и кетоацидотическая кома. Патогенез диабетического кетоацидоза. Лечение. Гипогликемия и гипогликемическая кома. Лечение.;
21. Заболевания гипоталамо-гипофизарной системы. Несахарный диабет. Ожирение. Соматотропная недостаточность;
22. Заболевания надпочечников. Физиология коры надпочечников. Врожденная дисфункция надпочечников. Надпочечниковая недостаточность;
23. Заболевания фосфорно-кальциевого обмена. Аутоиммунный полигландулярный синдром;
24. Нарушение полового развития. Физиология полового развития. Задержка полового развития. Преждевременное половое развитие;

Перечень вопросов к зачету:

1. Оценка физического развития по данным региональных стандартов и стандартов ВОЗ;
2. Питание здорового и больного ребенка;
3. Современное течение рахита;
4. Экзогенные факторы риска рахита;
5. Метаболизм витамина Д;
6. Регуляция фосфорно-кальциевого обмена;
7. Современные взгляды на витамин Д. Кальциемическая и внекальциемическая роль витамина Д;
8. Морфологические изменения в костях при рахите;
9. Клинические проявления поражения мышечной системы, ЦНС при рахите;
10. Современный подход к профилактике рахита;
11. Современные препараты витамина Д;
12. Оценить общий анализ крови;
13. Группы риска развития ЖДА;
14. Ежедневная физиологическая потребность детского организма в железе;
15. Основные железосодержащие субстраты организма и их функции;
16. Компоненты пищи, влияющие на феррабсорбцию в кишечнике;
17. Последствия дефицита железа;
18. Антенатальная профилактика анемии;

19. Принципы ферротерапии (препараты, пути введения, курс лечения, эффективность лечения. Дозы в зависимости от тяжести и возраста);
20. Показания к госпитализации при ЖДА;
21. Лабораторные критерии диагностики ЖДА;
22. Критерии эффективности лечения ЖДА;
23. Анатомо-физиологические особенности кожи младенцев и детей грудного возраста;
24. Концепция трех «Ом»;
25. Иммунопатогенез атопического дерматита (филаггрин и его роль в развитии заболевания);
26. Критерии диагностики АтД;
27. Увлажняющие косметические средства ухода за кожей (эмоленты);
28. Таргетная терапия АтД;
29. Принципы диетотерапии при аллергодерматозах. Назовите пищевые продукты этиологически значимые для детей 1-го года жизни при атопическом дерматите;
30. Факторы риска развития пневмонии;
31. Показания к госпитализации при внебольничной пневмонии;
32. Легочные и внелегочные осложнения внебольничной пневмонии;
33. Дыхательная недостаточность;
34. Этиотропная терапия пневмоний;
35. Пневмонии у новорождённых детей. Понятие о внутриутробных пневмониях. СДР;
36. Римским критериям IV, правило «трех»;
37. Современный взгляд на причины формирования колик;
38. Современный подход к коррекции колик (поведенческий компонент; диетическая коррекция – детям находящимся на грудном вскармливании, подход к выбору смеси детям на искусственном вскармливании; фармакологическая коррекция – группы препаратов);
39. Анатомо-физиологические особенности верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей;
40. Симптомы тревоги при синдроме срыгиваний;
41. Оценка нутритивного статуса;
42. 10 основных шагов по выхаживанию детей с недостаточностью питания;
43. Коррекция энтерального питания;
44. Основные клинические проявления алиментарного маразма у детей раннего возраста;
45. Симптомы дефицита макро- и микронутриентов;
46. Механизмы развития бронхообструкции при БА;
47. Фенотипы бронхиальной астмы;
48. Спирометрия: техника проведения, оценка результатов;
49. Пикфлоуметрия. Техника проведения. Оценка результатов;
50. Методика проведения бронхолитического теста и оценка результатов;
51. Особенности клинической картины БА у детей раннего возраста;
52. Экстренная терапия БА и ступенчатая базисная терапия БА;
53. Небулайзерная терапия. Средства доставки при БА;
54. Хронические бронхолегочные заболевания у детей: муковисцидоз, бронхоэктазы, бронхолегочная дисплазия, первичная цилиарная дискинезия;
55. Пути передачи хеликобактерной инфекции;
56. Диагностика хеликобактериоза у детей. Дыхательный уреазный тест (принцип);
57. Оценка ацидометрии;
58. Эндоскопические признаки хеликобактериоза;
59. Кислотообразующая функция желудка;
60. Эрадикация НР-инфекции;
61. Анализ эзофагогастродуоденоскопии;
62. Анализ рН-метрии;

63. Анатомия ВПС;
64. Этиопатогенетические механизмы развития ВПС;
65. Профилактика возникновения инфекционного эндокардита;
66. Симптомов "барабанных палочек" и "часовых стрелок";
67. Генез одышечно-цианотических приступов и неотложная помощь при их возникновении;
68. Показания к хирургическому лечению ВПС;
69. Хроническое легочное сердце;
70. Сердечная недостаточность;
71. Особенности ОРЛ на современном этапе;
72. Первичная, вторичная и третичная профилактика ОРЛ;
73. Экстракардиальные проявления ОРЛ;
74. Исходы ОРЛ;
75. ЭХО – КГ диагностика;
76. Миокардит клиничко-диагностические критерии;
77. Методы исследования функционального состояния почек;
78. Подходы к противорецидивной терапии ИМВП;
79. Показания для проведения цистоскопии, цистографии, урографии;
80. Генез отека при гломерулонефрите;
81. Оценка функционального состояния почек;
82. Острая почечная недостаточность;
83. Артериальная гипертензия;
84. Критерии диагностики СД1 типа у детей и подростков;
85. Этиология и патогенез СД1 типа;
86. Критерии компенсации СД и мониторинг состояния углеводного обмена;
87. Инсулинотерапия у пациентов с СД 1 типа;
88. Самоконтроль СД;
89. Физические нагрузки при СД;
90. Питание больных СД;
91. Острые осложнения СД1 типа;
92. Хронические осложнения СД;
93. СД 2 типа у детей;
94. Заболевания гипоталамо-гипофизарной системы. Несахарный диабет. Ожирение;
95. Нарушения роста у детей. Соматотропная недостаточность;
96. Заболевания щитовидной железы. Врожденный гипотиреоз. Диффузный токсический зоб;
97. Заболевания надпочечников. Врожденная дисфункция надпочечников. Надпочечниковая недостаточность;
98. Нарушение полового развития. Задержка полового развития. Преждевременное половое развитие;
99. Эндокринные генетические синдромы;
100. Методы диагностики эндокринных заболеваний.

Темы рефератов

1. Рефераты по теме «Рахит у детей раннего возраста»

1. Рахитоподобные заболевания

2. Витамин Д –зависимый рахит
3. Фосфат-диабет
4. Почечный тубулярный ацидоз
5. Болезнь Де –Тони Дебре-Фанкони
6. Врожденная ломкость костей
7. Болезнь Эрлахера – Блаунта

2. Рефераты по теме «Анемия»

1. Гемолитическая болезнь Минковского –Шоффара

3. Рефераты по теме «Пневмония»

- 1.Муковисцидоз
- 2.Болезнь Кавасаки
- 3.Дефицит альфа -1- антитрипсина
4. Синдром Ундины

4. Рефераты по теме «Атопический дерматит»

- 1.Мастоцитоз
- 2.Псориаз
- 3.Болезни накопления в коже
- 4.Энтеропатический акродерматит
- 5.Синдром Лайелла
- 6.Современные средства ухода за кожей при атопическом дерматите

5. Рефераты по теме «Функциональное нарушение питания у детей раннего возраста»

- 1.Синдром срыгивания и рвоты у детей раннего возраста
- 2.Целиакия
- 3.Лактазная недостаточность
- 4.Пищевая аллергия
- 5.Аллергия к белкам коровьего молока

6. Рефераты по теме «Бронхиальная астма»

1. Таргетная терапия БА у детей
2. Особенности течения астмы у дошкольников
3. Фенотипы бронхиальной астмы у детей
4. АСИТ

7. Рефераты по теме «Хронические заболевания легких»

1. Легочная форма муковисцидоза
2. Синдром Картагенера
3. Недостаточность альфа1- антитрипсина
4. Хронический бронхит у детей
5. Легочный альвеолярный микролитиаз
6. Идиопатический диффузный фиброз легких

8. Рефераты по теме «Сахарный диабет»

1. Современные методы контроля углеводного обмена
2. Аутоиммунный тиреоидит у детей "
3. Болезнь Грейвса
4. Йододефицитные состояния у детей
5. Неонатальный скрининг
6. MODY диабет
7. Физические нагрузки у пациентов с СД
8. Питание пациентов с СД
9. Помповая инсулинотерапия, непрерывный мониторинг глюкозы
10. Ведение ОРВИ у пациентов с СД
11. Сахарный диабет 2 типа у детей
12. Идиопатическая низкорослость
13. Синдром позднего пубертата. Пробы с диферелином, хорионическим гонадотропином
14. Синдром Шерешевского-Тернера
15. Са-Р обмен, гормональная регуляция
16. Гипопаратиреоз. Симптомы гипокальциемии. Синдром ДиДжорджи.
17. Гиперпаратиреоз
18. Пангипопитуитаризм у детей
19. Синдром и болезнь Кушинга. Дексаметазоновые пробы.

9. Рефераты по теме «Заболевания гипоталамо-гипофизарной системы. Ожирение. Несахарный диабет»

1. Синдром Прадера-Вилли

10. Рефераты по теме «Патология роста. Соматотропная недостаточность»

1. Генетические синдромы, сопровождающиеся низкорослостью;

2. Диагностика СТГ дефицита, интерпретация результатов проб;

Темы эссе:

1. Теория метаболического программирования: «Первые 1000 дней, в чем важность?»
2. Сахарный диабет. Инсулинотерапия: «100 лет открытию, спасающему жизни»;
3. Роль HbA1c и других гликированных продуктов в контроле для профилактики развития хронических осложнений сахарного диабета;
4. Интерсекс – люди в вопросах и ответах

Деловая-игра КВЕСТ

1. «Ты врач – прими решение». Клинические примеры (тема «Атопический дерматит»);

**Тестовые задания по
по дисциплине « Факультетская педиатрия, эндокринология»
по специальности Педиатрия 31.05.02**

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
1. Ранний возраст	
1.Рахит	
<p>1.СОВРЕМЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ РАХИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ :</p> <p>1) стертыми и малосимптомными формами болезни</p> <p>2) преобладание подострого характера</p> <p>3) дети первого полугодия жизни</p> <p>4) дети второго полугодия жизни</p>	<p>ОК-5; ОК-8;</p> <p>ОПК-6; ОПК-8;</p> <p>ОПК-9; ПК-5;</p> <p>ПК-6; ПК-8;</p>
<p>2. НАЗОВИТЕ МЕТАБОЛИТ ВИТАМИНА Д, КОТОРЫЙ ОБРАЗУЕТСЯ В ПОЧКАХ:</p> <p>1) 25-оксикальциферол</p> <p>2) 7-дегидрохолестерин</p> <p>3) 1,25диоксикальциферол</p> <p>4) 24,25диоксикальциферол</p>	<p>ОК-5; ОК-8;</p> <p>ОПК-6; ОПК-8;</p> <p>ОПК-9; ПК-5;</p> <p>ПК-6; ПК-8;</p>
<p>3. НА ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВЫЙ ОБМЕН ВЛИЯЮТ:</p> <p>1) 1,25-дегидрохолекальциферол</p> <p>2) соматотропный гормон</p> <p>3) кальцитонин</p> <p>4) кортикостероиды</p> <p>5) паратгормон</p>	<p>ОК-5; ОК-8;</p> <p>ОПК-6; ОПК-8;</p> <p>ОПК-9; ПК-5;</p> <p>ПК-6; ПК-8;</p>
<p>4. ПЕРИОД РАЗГАРА РАХИТА У ДЕТЕЙ ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ:</p> <p>1) 2-3 месяца</p> <p>2) 3-5 месяцев</p> <p>3) 5-8 месяцев</p> <p>4) старше 1 года</p>	<p>ОК-5; ОК-8;</p> <p>ОПК-6; ОПК-8;</p> <p>ОПК-9; ПК-5;</p> <p>ПК-6; ПК-8;</p>
<p>5. ПРИ ОСТРОМ ТЕЧЕНИИ РАХИТА ПРЕОБЛАДАЮТ:</p> <p>1) признаки остеомаляции</p> <p>2) остеоидной гиперплазии</p> <p>3) вегетативная дисфункция</p> <p>4) поражение со стороны внутренних органов</p>	<p>ОК-5; ОК-8;</p> <p>ОПК-6; ОПК-8;</p> <p>ОПК-9; ПК-5;</p> <p>ПК-6; ПК-8;</p>
<p>6. ДЛЯ ОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ РАХИТА ХАРАКТЕРНО:</p> <p>1) быстрое нарастание симптомов</p> <p>2) преобладание процессов остеомаляции</p> <p>3) наблюдается у детей с низкой массой тела</p> <p>4) развивается в осенне-зимний период</p>	<p>ОК-5; ОК-8;</p> <p>ОПК-6; ОПК-8;</p> <p>ОПК-9; ПК-5;</p> <p>ПК-6; ПК-8;</p>

<p>7. ДЛЯ ПОДОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ РАХИТА ХАРАКТЕРНО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) более медленное течение заболевания 2) преобладание симптомов остеоидной гиперплазии 3) развитие во втором полугодии жизни 4) развитие в первом полугодии жизни 4) чаще развитие в весенне-летний период 5) чаще развитие в осенне-зимний период 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>8. ПОДОСТРОЕ ТЕЧЕНИЕ РАХИТА РАЗВИВАЕТСЯ ЧАЩЕ У ДЕТЕЙ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) с внутриутробной гипотрофией 2) с постнатальной гипотрофией 3) у недоношенных детей 4) у получавших недостаточную дозу витамина Д в первом полугодии 5) все перечисленное 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>9. В ПЕРИОД РАЗГАРА УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ В КРОВИ СОСТАВЛЯЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) менее 10 мг% 2) 10 мг% 3) 10-15 мг% 4) выше 15 мг% 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>10. ДЛЯ ПЕРИОДА РАЗГАРА РАХИТА НЕ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гипокальциурия 2) гипофосфатурия 3) гиперкальциурия 4) гиперфосфатурия 5) гипокальциемия 6) гипофосфатемия 7) увеличение активности щелочной фосфатазы 8) повышение в крови уровня лимонной кислоты 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>11. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА ВИТАМИН Д НАЗНАЧАЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) с рождения 2) с 6 месяцев 3) с 1 месяца 4) старше 1 года 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>12. НАЗОВИТЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ДОЗУ ВИТАМИНА Д ПРИ РАХИТЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 150-200 МЕ 2) 400-500 МЕ 3) 1000 МЕ 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>

4) 2000-5000МЕ	
13. ЛЕЧЕБНАЯ ДОЗА ВИТАМИНА Д ПРИ РАХИТЕ: 1) 500МЕ 2) 2000-5000МЕ 3) 1000МЕ 4) 10000-15000МЕ	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
14. ДЛЯ РАХИТА ПЕРИОДА РАЗГАРА ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА: 1) прерывистое уплотнение зон роста 2) нормальная оссификация костей 3) расширение и размытость зон роста, блюдцеобразные эпифизы костей 4) прерывистое уплотнение зон роста, расширение и размытость зон роста, блюдцеобразные эпифизы костей 5) прерывистое уплотнение зон роста, нормальная оссификация костей, расширение и размытость зон роста, блюдцеобразные эпифизы костей	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
2. Железодефицитная анемия	
15. ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) алиментарная (недостаточное поступление железа с пищей), синдром мальабсорбции; 2) алиментарная (недостаточное поступление железа с пищей), синдром мальабсорбции, аплазия костного мозга, ювенильные маточные кровотечения у девочек; 3) алиментарная (недостаточное поступление железа с пищей), синдром мальабсорбции, инфекционные заболевания, ювенильные маточные кровотечения у девочек; 4) алиментарная (недостаточное поступление железа с пищей), синдром мальабсорбции, инфекционные заболевания;	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
16. АНЕМИЯ I СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СНИЖЕНИЕМ ГЕМОГЛОБИНА Г/Л 1) от 110 – 80 2) от 110 - 85 3) от 110 – 90	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
17.ЕЖЕДНЕВНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ	ОК-5; ОК-8;

<p>ДЕТСКОГО ОРГАНИЗМА В ЖЕЛЕЗЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 0,5 – 1,2 мг/сутки 2) 0,8 – 1,5 мг/сутки 3) 0,3 – 1,2 мг/сутки 	<p>ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>18. ЕЖЕДНЕВНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТЕРЯ ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 0,1 – 0,3 мг /сутки 2) 0,2 – 0,5 мг /сутки 3) 0,5 – 1,0 мг / сутки 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>19. ЕЖЕДНЕВНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТЕРЯ ЖЕЛЕЗА У ПОДРОСТКОВ СОСТАВЛЯЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 0,8 – 1,0 мг /сутки 2) 0,5 – 1,0 мг / сутки 3) 1,0 – 1,5 мг / сутки 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>20. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) нарастающая бледность кожных покровов 2) систолический шум с «пунктум максимум» на верхушке 3) лимфоаденопатия 4) утомляемость, раздражительность 5) трофические нарушения кожи, волос, ногтей 6) гектическая лихорадка 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>21. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНУЮ АНЕМИЮ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) с гипопластическими анемиями 2) с талассемиями 3) с серповидно-клеточной аемкией 4) с анемиями, связанными с нарушением синтеза порфиринов и гемма 5) с приобретенными гемолитическими анемиями 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>22. ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) процента насыщения трансферрина 2) уровня сывороточного железа 3) уровня ферритина в сыворотке 4) концентрации гемоглобина в эритроците 5) железосвязывающей способности сыворотки крови 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>23. ПРИМЕРНО КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖЕЛЕЗА ЕЖЕНЕДЕЛЬНО ПОЛУЧАЕТ ПЛОД В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО ТРИМЕСТРА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) до 20 мг 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5;</p>

<p>2) до 22 мг 3) до 25 мг 4) до 30 мг</p>	<p>ПК-6; ПК-8;</p>
<p>24. ОТДАЛЕННЫЕ ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛИТЕЛЬНО ПЕРЕНЕСЕННОЙ АНЕМИИ:</p> <p>1) задержка психомоторного развития 2) нарушение когнитивного развития (память, мышления) 3) нарушение мелкой моторики и письма 4) снижение способности к точным наукам 5) хроническая свинцовая интоксикация</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>25. СУТОЧНАЯ ДОЗА СОЛЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ДЛЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА:</p> <p>1) 1-3 мг/кг 2) 3-5 мг/кг 3) 5-6 мг/кг</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>3. Внебольничные пневмонии у детей</p>	
<p>26. ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ ОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ДО :</p> <p>1) 4 недели 2) 5 недель 3) 6 недель</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>27. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1) пневмококк 2) геликобактер пилори 3) гемофильная палочка 4) микопlasма 5) ассоциация бактерий и вирусов</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>28. В ПАТОГЕНЕЗЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПНЕВМОНИИ ВЕДУЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ :</p> <p>1) нарушение диффузии газов 2) дыхательный ацидоз 3) легочная гипертензия, нагрузка на правый отдел сердца 4) снижение сократительной способности миокарда</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>29. ПОКАЗАТЕЛИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1) выраженные сердечно-сосудистые изменения</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8;</p>

<p>2) выраженная дыхательная недостаточность</p> <p>3) кашель</p> <p>4) локализованные хрипы</p> <p>5) степень токсикоза</p> <p>6) притупление перкуторного звука</p>	<p>ОПК-9; ПК-5;</p> <p>ПК-6; ПК-8;</p>
<p>30. ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ I СТ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИ НАЛИЧИЕМ :</p> <p>1) одышки при физической нагрузке</p> <p>2) одышки в покое</p> <p>3) втяжения межреберных промежутков, эпигастральной области</p> <p>4) раздуванием крыльев носа</p>	<p>ОК-5; ОК-8;</p> <p>ОПК-6; ОПК-8;</p> <p>ОПК-9; ПК-5;</p> <p>ПК-6; ПК-8;</p>
<p>31. ДЛЯ СЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ:</p> <p>1) локальность физикальных данных</p> <p>2) инфильтрация сегментов или доли легкого</p> <p>3) рестриктивный тип вентиляционной недостаточности</p> <p>4) повышение температуры тела</p> <p>5) все перечисленное</p>	<p>ОК-5; ОК-8;</p> <p>ОПК-6; ОПК-8;</p> <p>ОПК-9; ПК-5;</p> <p>ПК-6; ПК-8;</p>
<p>32. ПУЭРИЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ У ДЕТЕЙ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ :</p> <p>1) с 5 до 10 лет</p> <p>2) с 1 года до 8 лет</p> <p>3) с 6 мес до 5-7 лет</p> <p>4) с рождения до 4 лет</p>	<p>ОК-5; ОК-8;</p> <p>ОПК-6; ОПК-8;</p> <p>ОПК-9; ПК-5;</p> <p>ПК-6; ПК-8;</p>
<p>33. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГРУПП АНТИБИОТИКОВ ЭФФЕКТИВНЫ ПРИ ХЛАМИДИОЗЕ У ДЕТЕЙ:</p> <p>1) Полусинтетические пенициллины</p> <p>2) Цефалоспорины</p> <p>3) Аминогликозиды</p> <p>4) Макролиды</p> <p>5) Тетрациклины</p>	<p>ОК-5; ОК-8;</p> <p>ОПК-6; ОПК-8;</p> <p>ОПК-9; ПК-5;</p> <p>ПК-6; ПК-8;</p>
<p>34. ПЛЕВРИТЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ОДНОВРЕМЕННО С ПНЕВМОНИЕЙ, НАЗЫВАЮТСЯ:</p> <p>1) синпневмоническими</p> <p>2) метапневмоническими</p> <p>3) аллергическими</p> <p>4) серозными</p>	<p>ОК-5; ОК-8;</p> <p>ОПК-6; ОПК-8;</p> <p>ОПК-9; ПК-5;</p> <p>ПК-6; ПК-8;</p>

<p>35. К МУКОЛИТИКАМ ОТНОСЯТСЯ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) амбробене 2) либексин 3) бромгексин 4) амбраксол 5) карбоцестеин 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>36. БРОНХИОЛИТ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ У ДЕТЕЙ :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) первого года жизни 2) до 3-х лет 3) после 3-х лет 4) подросткового периода 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>37. КЛИНИЧЕСКИ ПРИ СИНПНЕВМОНИЧЕСКИХ ПЛЕВРИТАХ ОТМЕЧАЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острое начало 2) диспноэ 3) боли в груди при дыхании 4) брадикардии 5) ослабленное дыхание при аускультации 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>38. КЛИНИЧЕСКИ ПРИ МЕТАПНЕВМОНИЧЕСКИХ ПЛЕВРИТАХ ОТМЕЧАЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острое начало 2) боли в животе 3) боли в груди при дыхании 4) хороший аппетит 5) высокая лихорадка 6) субфебрилитет 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>4. Атопический дерматит</p>	
<p>39. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) коровье молоко 2) белок куриного яйца 3) желток куриного яйца 4) рыба 5) манная крупа 6) кукурузная крупа 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>40. ФОРМЫ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) младенческая 2) неонатальная 3) детская 4) подростковая 5) пубертатная 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>

<p>41. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ограниченный 2) распространенный 3) тотальный 4) диффузный 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>42. МЯСНЫЕ ПРОДУКТЫ СО СЛАБОЙ СТЕПЕНЬЮ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) баранина 2) свинина 3) индейка 4) конина 5) кролик 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>43. ПРОЯВЛЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕННЫ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДЕТЕРМИНИРОВАННОЙ ГИПЕРПРОДУКЦИЕЙ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) IgA 2) IgE 3) IgM 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>44. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) зуд кожи 2) полиморфизм высыпаний 3) возрастная стадийность клинических симптомов 4) все перечисленное 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>45. ИНДЕКС SCORAD ПРИМЕНЯЕТСЯ В ПЕДИАТРИИ ТАК КАК:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) позволяет объективно оценить особенности течения атопического дерматита 2) применяется в сугубо научных целях 3) оценивает качество жизни ребенка с атопическим дерматитом 4) не применяется в отечественной практике 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>46. ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ АТОПИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) мутация гена филлагрина 2) низкая сухость воздуха в помещении 3) недостаточный уход за кожей ребенка в периоде новорожденности 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>47. МАЗЬ АДВАНТАН ОТНОСЯТ К ГЛЮКОКОРТИКОИДАМ МЕСТНОГО ДЕЙСТВИЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) слабой силы 2) средней силы 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8;</p>

3) сильного действия препаратам 4) к очень сильного действия	ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
48. ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ПРОВОДИТСЯ: 1) кисломолочными смесями 2) гипоаллергенными смесями 3) смесями на основе полного гидролиза белка	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
49. ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМА ДЕТЯМ, УГРОЖАЕМЫМ ПО РАЗВИТИЮ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НАЧИНАЮТ С : 1) 4 мес 2) 5мес 3) 6 мес 4) 7 мес	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
50. ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛЕНИИ С МОКНУТИЕМ НАЗНАЧАЮТ: 1) мази 2) пасты 3) примочки 4) аэрозоли 5) лосьоны	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
5. Функциональные нарушения ЖКТ у детей раннего возраста.	
51. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ГАИБОЛЕЕ ЧАЩЕ ОТМЕЧАЮТСЯ СРЫГИВАНИЯ: 1) в первые 2 месяца жизни 2) в первые 2-3 месяца жизни 3) в первые 3-4 месяца жизни	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
52. ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА СРЫГИВАНИЙ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СВЯЗАНА С: 1) особенностью анатомического строения верхних отделов пищеварительного тракта; 2) незрелостью нервно-гуморального звена регуляции сфинктерного аппарата; 3) особенностями моторики ЖКТ; 4) относительной незрелостью центральной и вегетативной нервной системой; 5) патология нижележащих отделов ЖКТ;	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
53. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СРЫГИВАНИЯ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ У ДЕТЕЙ:	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8;

<p>1) после приема пищи 2) встречаются в любое время суток 3) невысокая частота 4) высокая частота срыгиваний</p>	<p>ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>54. ПРИ УПОРНЫХ СРЫГИВАНИЯХ С ЦЕЛЬЮ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ:</p> <p>1) эзофагогастродуоденоскопия 2) прицельная биопсия слизистой оболочки пищевода и желудка 3) рентгенологическое исследование пищеварительного тракта 4) 24-часовая внутрипищеводная рН-метрия 5) тепловидение</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>55. К БОЛЕЕ ФИЗИОЛОГИЧНЫМ АНТИРЕФЛЮКСНЫМ СМЕСЯМ ОТНОСЯТСЯ СМЕСИ С:</p> <p>1) содержанием загустителя и преобладанием сывороточной фракции белка; 2) содержанием загустителя и преобладанием казеиновой фракции белка;</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>56. СМЕСИ, СОДЕРЖАЩИЕ В КАЧЕСТВЕ ЗАГУСТИТЕЛЯ КРАХМАЛ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ ДЕТЯМ С:</p> <p>1) частыми срыгиваниями; 2) менее выраженными срыгиваниями;</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>57. СМЕСИ, СОДЕРЖАЩИЕ В КАЧЕСТВЕ ЗАГУСТИТЕЛЯ КАМЕДЬ БОБОВ РОЖКОВОГО ДЕРЕВА РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ ДЕТЯМ С:</p> <p>1) частыми срыгиваниями (3-5 баллов по шкале интенсивности срыгиваний) 2) менее выраженными срыгиваниями (1-3 балла по шкале интенсивности срыгиваний)</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>58. ПЕРВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КИШЕЧНЫХ КОЛИК НАБЛЮДАЕТСЯ:</p> <p>1) с рождения 2) к 2 неделям жизни ребенка 3) к 3 неделям жизни ребенка 4) к 4 неделям жизни</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>59. ФАКТОРЫ РИСКА, ПРИВОДЯЩИЕ К РАЗВИТИЮ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ КОЛИК:</p> <p>1) перекармливание</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8;</p>

<p>2) излишнее поступление углеводистой пищи 3) употребление матерью в пищу газообразующих продуктов 4) заглатывание воздуха во время кормления</p>	<p>ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>60. ВЫДЕЛИТЕ СРЕДИ ПРИЧИН , СПОСОБСТВУЮЩИХ ПОЯВЛЕНИЮ КОЛИК, НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ , СВЯЗАННЫЕ С ПИТАНИЕМ РЕБЕНКА: 1) аэрофагия 2) молочница 3) быстрый переход на искусственное вскармливание 4) нарушение переваривание пищи 5) погрешности в диете матери</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>61..К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КОЛИК: 1) кал на копроскопию; 2)исследование микробиоценоза кишечника ; 3) углеводы кала (при подозрении на лактазную недостаточность) ; 4) ФЭГДС ; 5) УЗИ органов брюшной полости ;</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>62.РАЗВИТИЮ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СПОСОБСТВУЕТ: 1) анатомо-физиологические особенности развития ЖКТ 2) нарушения режима питания 3) резкий перевод ребенка на искусственное вскармливание 4) дефекты ухода</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>63.К ОСНОВНЫМ ПРИЧИНАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАРЕИ ОТНОСИТСЯ: 1) количественный и качественный перекорм 2) введение прикорма без соблюдения принципов постепенности 3) резкий перевод ребенка на искусственное вскармливание 4) нерациональное, несбалансированное по основным пищевым ингредиентам 5) все перечисленное</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>64. ПРИ ВЫРАЖЕННЫХ СИМПТОМАХ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАРЕИ, РЕБЕНКУ НА ИСКУССТВЕННОМ ВАКАРМЛИВАНИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ: 1) безлактозные смеси 2) молочные адаптированные смеси 3) полуэлементные смеси</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>

<p>65. В ЛЕЧЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАРЕИ, СВЯЗАННОЙ С НАРУШЕНИЕМ В ДИЕТЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сорбенты 2) антибиотики 3) пробиотики 4) ферменты 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>6. Хронические расстройства питания и у детей раннего возраста.</p>	
<p>66. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) алиментарный маразм; 2) квашиоркор; 3) маразм – квашиоркор; 4) маразм, квашиоркор; 5) маразм, квашиоркор, маразм-квашиоркор; 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>67. РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ОТЕКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) квашиоркора 2) маразма 3) квашиоркора и маразма 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>68. БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, РАЗВИВШУЮСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕДОСТАТОЧНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПИЩИю НАЗЫВАЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) первичной 2) вторичной 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>69. ОСТРАЯ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ (по JC Waterlow) ЭТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) % от должествующей массы тела по росту 2) % от должествующего роста по возрасту 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>70. ХРОНИЧЕСКАЯ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ (по JC Waterlow) ЭТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) % от должествующей массы тела по росту 2) % от должествующего роста по возрасту 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>71. К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ОЦЕНКИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ОТНОСИТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) анамнестические данные 2) клиническая симптоматика гипотрофии 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5;</p>

3) антропометрия с расчетом показателей Z-скор 4) измерение толщины кожно-жировых складок 5) оценка иммунного статуса	ПК-6; ПК-8;
72. ОСНОВНЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ (ЭКЗОГЕННЫЕ) ФАКТОРЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ БЭН: 1) гипогалактия ; 2) количественный недокорм, связанный с пищевой аллергией у ребенка; 3) дефицит поступления витаминов; 4) повышенная белковая нагрузка на фоне недостатка углеводов; 5) дефицит белка на фоне недостатка углеводов и жиров;	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
73.ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ БЭН: 1) недостаточная упитанность; 2) трофические расстройства; 3) пониженная пищевая толерантность; 4) изменения функционального состояния ЦНС; 5) нарушения иммунологической реактивности; 6) нарушения сердечно-сосудистой системы;	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
74.. ДЛЯ ТЕТРАДЫ ДЖЕЛИФАРА ПРИ КВАШИОРКОРЕ ХАРАКТЕРНО: 1) отеки; 2) отставание в физическом развитии; 3) атрофия мышц с сохранением подкожного жирового слоя; 4) отставание в нервно-психическом развитии; 5) увеличение печени;	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
75. ПРОВЕДЕНИЕ СБАЛАНСИРОВАННОЙ ДИЕТЫ С УЧЕТОМ ТЯЖЕСТИ БЭН ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ : 1) энтеральное питание 2) парентеральное питание 3) энтеральное + парентеральное питание	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
II. Старший возраст 1. Хронические бронхолегочные заболевания у детей.	
76. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) пероральный 2) внутримышечный 3) внутривенный 4) интрабронхиальный	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;

<p>77. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА С ЛОКАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ БРОНХОВ ОТМЕЧАЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) усиление кашля 2) среднепузырчатые хрипы 3) симптомы интоксикации 4) увеличение количества мокроты 5) дыхательная недостаточность III степени 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>78. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИ ОБОСТРЕНИИ БРОНХОЛЕГОЧНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ С МУКОВИСЦИДОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) антибиотиков 2) антигеликобактерных препаратов 3) муколитиков 4) ферментов поджелудочной железы 5) витаминов 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>79. СИНДРОМ КАРТАГЕНЕРА – ЭТО КОМБИНИРОВАННЫЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ, ПРОЯВЛЯЮЩИЙСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) обратным расположением внутренних органов 2) хроническим бронхо-легочным процессом 3) синусоринитом 4) нейтропенией 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>80. ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ НАРУШАЕТСЯ ТРАНСПОРТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) хлора и натрия 2) брома и натрия 3) железа и натрия 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>81. ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ МУКОВИСЦИДОЗА ОПРЕДЕЛЯЮТ В ОСНОВНОМ ИЗМЕНЕНИЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) бронхолегочные 2) кишечные 3) урогенитальные 4) поджелудочной железы 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>82. ФАКТОРАМИ, СПОСОБСТВУЮЩИМИ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХОЛЕГОЧНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) облитерирующий бронхиолит в раннем возрасте 2) туберкулезная интоксикация 3) частые ОРВИ 4) поздно начатое лечение острой пневмонии 5) пороки развития легких и бронхов 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>

<p>83. ДИАГНОЗ МУКОВИСЦИДОЗА БАЗИРУЕТСЯ НА НАЛИЧИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) хронического бронхо-легочного процесса 2) кишечного синдрома 3) случаев муковисцидоза у сибсов 4) положительного потового теста 5) макрогематурии 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>84. ПОКАЗАНИЯМИ К ЛЕЧЕБНОЙ БРОНХОСКОПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) выраженная обструкция с нарушением отделения мокроты 2) стойкий гнойный эндобронхит 3) предоперационная подготовка 4) высокая лихорадка 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>85. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ограниченность процесса 2) доленое поражение, не поддающееся консервативному лечению 3) распространённые пороки развития лёгких 4) наследственные заболевания 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>86. ПРИ ОБОСТРЕНИИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ОТМЕЧАЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) повышение температуры тела 2) ухудшение состояния 3) потливость 4) отсутствие одышки 5) увеличение количества мокроты 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>87. ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ С БРОНХОЭКТАЗАМИ ОТМЕЧАЮТСЯ::</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) отставание в физическом развитии 2) симптомы «барабанных палочек», «часовых стекол» 3) деформация грудной клетки 4) рестриктивная вентиляционная недостаточность 5) обструктивная вентиляционная недостаточность 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>88. ТИП ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) обструктивный 2) рестриктивный 3) смешанный 4) констриктивный 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>89. БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ – ЭТО :</p>	<p>ОК-5; ОК-8;</p>

<p>1) хроническое заболевание легких, наследуемое по аутосомно-доминантному типу</p> <p>2) врожденное заболевание легких, с клиническим дебютом в подростковом возрасте</p> <p>3) приобретенное хроническое обструктивное заболевание легких, развившееся вследствие респираторного дистресс-синдрома новорожденных и/или ИВЛ, сопровождающееся гипоксемией и гиперреактивностью бронхов</p>	<p>ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>90. ПРИ УПОРНОМ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ, НЕ ПОДДАЮЩЕМУСЯ ЛЕЧЕНИЮ, НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ:</p> <p>1) порок развития бронхов</p> <p>2) стойкий воспалительный очаг</p> <p>3) привычную аспирацию пищи</p> <p>4) пассивное курение</p> <p>5) пневмонию</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>2. Бронхиальная астма.</p>	
<p>91. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА –ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ НА ОСНОВЕ:</p> <p>1) хронического аллергического воспаления бронхов</p> <p>2) хронического бактериального воспаления бронхов</p> <p>3) гиперреактивности бронхов</p> <p>4) гипореактивности бронхов</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>92. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА С ПОВТОРЯЮЩИМИСЯ ПРИСТУПАМИ ВЕСНОЙ ОБУСЛОВЛЕНА СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ К ПЫЛЬЦЕ:</p> <p>1) деревьев, кустарников,</p> <p>2) злаковых,</p> <p>3) сорных трав</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>93. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПРИСТУПЫ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ КУПИРУЮТСЯ:</p> <p>1) ингаляционными кортикостероидами</p> <p>2) ингаляционными р₂-агонистами короткого действия</p> <p>3) ипратропиума бромидом</p> <p>4) теофиллином короткого действия</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>94. БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ОБУСЛОВЛЕНА:</p> <p>1) бронхоконстрикцией</p> <p>2) гиперсекрецией слизи</p> <p>3) гипосекрецией слизи</p> <p>4) отеком стенки бронхов</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>

<p>95. БАЗИСНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ЛЕГКОГО ИНТЕРМИТИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кромогликат натрия 2) антилейкотриеновый препарат 3) ингаляционные кортикостероиды 4) системные кортикостероиды 5) не обязательной 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>96. ПРОВЕДЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ ПОКАЗАНО ДЕТЯМ С АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) легкого и среднетяжелого течения 2) тяжелого течения 3) с доказанной аллергенной причиной 4) при малой эффективности фармакотерапии 5) при невозможности элиминировать причинно-значимые аллергены 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>97. ПРИСТУП БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) удушьем 2) экспираторной одышкой 3) инспираторной одышкой 4) цианозом губ, акроцианозом 5) кашлем 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>98. БАЗИСНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ЛЕГКОГО ПЕРСИСТИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кромогликат натрия 2) антилейкотриеновый препарат 3) ингаляционные кортикостероиды в низких дозах 4) системные кортикостероиды 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>99. БАЗИСНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ингаляционные кортикостероиды (ИГКС) средние или высокие дозы 2) низкие дозы ИГКС + антилейкотриеновый препарат 3) низкие дозы ИГКС + ингаляционные b2 агонисты пролонгированного действия 4) оральные (системные) кортикостероиды 5) низкие дозы ИГКС + теофиллин пролонгированного действия 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>

<p>100. БАЗИСНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ингаляционные кортикостероиды (ИГКС) высокие дозы 2) оральные (системные) кортикостероиды 3) моноклональные антитела к Ig E 4) высокие дозы ИГКС + ингаляционные b2 агонисты пролонгированного действия 5) всё вышеуказанное 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>101. ГДЕ ОБИТАЮТ КЛЕЩИ ДОМАШНЕЙ ПЫЛИ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в матрацах, подушках 2) на комнатных растениях. 3) в коврах, обивке мебели. 4) в местах хранения зерновых.. 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>102.. КАКИЕ ВЕЩЕСТВА, ЗАГРЯЗНЯЮЩИЕ ВОЗДУХ ЗАКРЫТЫХ ПОМЕЩЕНИЙ, МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) табачный дым. 2) формальдегид из новых древесностружечных плит и мебели 3) латекс 4) все указанные 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>103. СУЩЕСТВУЕТ ЛИ ВОЗРАСТНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ КОЖНЫХ ПРОБ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) не существуют 2) существуют. 3) противопоказаны детям до 3 лет. 4) противопоказаны лицам старше 50 лет. 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>104. КАКИЕ ИМЕЮТСЯ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИЛЕЙКОТРИЕНОВЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) неспособность больного пользоваться ингаляционными препаратами. 2) аспириновая астма. 3) астма физического усилия. 4) всё указанное 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>105. КАКИЕ НОВЫЕ МЕТОДЫ РАЗРАБОТАНЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) моноклональные антитела к Ig E. 2) анти-ИЛ-5 антитела. 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5;</p>

3) рекомбинантный рецептор ИЛ-4. все указанные.	ПК-6; ПК-8;
3 . Кислото-зависимые заболевания.	
106. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЮТСЯ: 1) изжога 2) голодные боли 3) боли при глотании 4) симптом «проскальзывания» 5) дисфагия	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
107. АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ ПРЕПАРАТЫ: 1) альмагель 2) метронидазол (трихопол) 3) хофитол 4) амоксициллин 5) дебол	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
108. 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	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
109. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДКА И 12- ПЕРСТНОЙ КИШКИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ: 1) обзорный снимок брюшной полости 2) ретроградная панкреатохолангиография 3) эзофагогастродуоденоскопия 4) колоноскопия	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
110. БОЛЕВОЙ АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: 1) постоянным характером 2) мойнингановским ритмом 3) беспорядочным появлением боли	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
111. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО	ОК-5; ОК-8;

<p>ГАСТРОДУОДЕНИТА БОЛИ В ЖИВОТЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ранние 2) ночные 3) поздние и ночные 4) ранние и поздние 	<p>ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>112. К АНТАЦИДАМ ОТНОСЯТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ранитидин 2) алмагель 3) маалокс 4) омепразол 5) азитромицин 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>113. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛУДОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта с барием 2) обзорный снимок брюшной полости 3) УЗИ брюшной полости 4) эзофагогастродуоденоскопия 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>114. К АНТИСЕКРЕТОРНЫМ ПРЕПАРАТАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ранитидин 2) алмагель 3) маалокс 4) омепразол 5) азитромици 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>115. СУТОЧНАЯ ДОЗА ПРЕПАРАТА ДЕ-НОЛ СОСТАВЛЯЕТ::</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 4мг/кг массы тела 2) 8мг/кг массы тела 3) 12 мг/кг массы тела 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>116. К БЛРКАТОРАМ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ НЕ ОТНОСИТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) омепразол 2) рабепразол 3) маалокс 4) лансопразол 5) нексиум 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>117. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ночные 2) ночные и поздние 3) ранние 4) зависят от локализации гастрита 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5;</p>

5) ранние и поздние	ПК-6; ПК-8;
118. ГАСТРИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С <i>HELICOBACTERPYLORI</i> ОТНОСИТСЯ К: 1) аутоиммунному (тип А) 2) бактериально-обусловленному (тип В) 3) смешанному (тип А и В) 4) химико-токсически индуцированному (тип С)	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
119. ХРОНИЧЕСКИЕ ГАСТРОДУОДЕНИТЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СОПРОВОЖДАЮТСЯ: 1) высокой кислотообразующей функцией 2) низкой кислотообразующей функцией	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
4. Заболевания желчевыведительных путей	
120. БОЛИ ПРИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ПО ГИПЕРТОНИЧЕСКОМУ ИМЕЮТ ХАРАКТЕР: 1) опоясывающих 2) кратковременных приступообразных болей в правом подреберье 3) поздних болей в верхней половине живота 4) постоянных распирающих болей в правом подреберье 5) тупых распирающих болей в околопупочной области	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
121. БОЛИ ПРИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ПО ГИПОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ ИМЮТ ХАРАКТЕР: 1) опоясывающих 2) кратковременных приступообразных болей в правом подреберье 3) поздних болей в верхней половине живота 4) постоянных распирающих болей в правом подреберье 5) тупых распирающих болей в околопупочной области	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
122. НАИБОЛЕЕ ПОЛНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О СТРОЕНИИ И ВОЗМОЖНЫХ АНОМАЛИЯХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ: 1) УЗИ 2) гепатобилисцинтиграфия 3) биохимическое исследование пузырной желчи 4) ретроградная панкреатохолангиография 5) холецистография	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;

<p>123. КАКОЙ ПРИЗНАК НЕ ОБУСЛОВЛЕН ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) боль в правом подреберье 2) субиктеричность склер 3) тошнота 4) телеангиоэктазии 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>124. ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ВСТРЕЧАЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дисфункции желчного пузыря 2) дисфункции сфинктера Одди 3) дисфункции сфинктера Люткинса 4) дисфункции общего желчного протока 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>125. ДЛЯ ПЕРВИЧНЫХ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ХАРАКТЕРНО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) нарушение регуляции моторной функции билиарного тракта 2) висцеро-висцеральных связей 3) психогенные факторы 4) стрессовые факторы 5) диэнцефальные расстройства 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>126. ДЛЯ ГИПЕРМОТОРНОЙ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ ХАРАКТЕРНО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) повышение двигательной и снижение концентрационной функции желчного пузыря; 2) снижение двигательной и повышение концентрационной функции желчного пузыря; 3) повышение двигательной и нормальной концентрационной функции желчного пузыря; 4) повышение двигательной и повышение концентрационной функции желчного пузыря; 5) снижение двигательной и снижение концентрационной функции желчного пузыря; 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>127. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ОТНОСИТСЯ К СЕЛЕКТИВНЫМ МИОТРОПНЫМ СПАЗМОЛИТИКАМ :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дротаверина гидрохлорид 2) мебеверин 3) папаверина гидрохлорид 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>128. КАКОЙ ПРИЗНАК НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ХОЛЕЦИСТИТА:</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8;</p>

1) обнаружение СРБ в крови 2) утолщение стенки желчного пузыря 3) лейкоцитоз в общем анализе крови 4) наличие в желчном пузыре по УЗИ осадка гетерогенной эхоплотности	ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
5. Заболевания сердечно-сосудистой системы у детей и подростков	
129. ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ЭТИОЛОГИИ ИМЕЮТ: 1) бета-гемолитический стрептококк группы А 2) бета-гемолитический стрептококк группы В 3) стафилококки 4) вирусы	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
130. К БОЛЬШИМ КРИТЕРИЯМ ОРЛ ОТНОСЯТСЯ: 1) кардит 2) хорей 3) ревматоидные узелки 4) анулярная эритема 5) полиартрит	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
131. К МАЛЫМ КРИТЕРИЯМ ОРЛ НЕ ОТНОСЯТСЯ: 1) ускорение СОЭ 2) лейкоцитоз 3) анемия 4) СРБ	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
132. ПРИЗНАКОМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) систолический шум на верхушке 2) диастолический шум на верхушке 3) систолический шум в 5-й точке	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
133. СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРЛ: 1) выраженный экссудативный компонент воспаления 2) невыраженный экссудативный компонент воспаления	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
134. ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ХОРЕИ ХАРАКТЕРНО: 1) повышение мышечного тонуса 2) снижение мышечного тонуса	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;

<p>135. ИСХОДЫ ОРЛ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) выздоровление 2) хроническая ревматическая болезнь сердца 3) ювенильный хронический артрит 4) хронический кардит 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>136. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) тахикардия 2) расширение границ относительной сердечной тупости преимущественно влево 3) приглушение сердечных тонов 4) снижение вольтажа желудочкового комплекса на ЭКГ 5) грубый скребущий характер систолического шума вдоль левого края грудины 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>137. ПРИ ОСТРОМ МИОКАРДИТЕ В ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ВКЛЮЧАЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) электрокардиография 2) эхокардиография 3) рентгенография сердца в трех проекциях 4) консультация окулиста 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>138. ПРИ НЕРЕВМАТИЧЕСКОМ КАРДИТЕ НА ЭХОКАРДИОГРАММЕ МОЖНО ВЫЯВИТЬ :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) увеличение полостей сердца 2) уменьшение полостей сердца 3) снижение фракции выброса 4) наличие вегетации на клапанах 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>139. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) глухость сердечных тонов 2) расширение границ относительной сердечной тупости преимущественно влево 3) лимфополаидения 4) тахикардия 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>140. ВОЗМОЖНЫЕ ИСХОДЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кардиосклероз 2) гипертрофия миокарда 3) снижение интеллекта 4) нарушение сердечного ритма 5) легочная гипертензия 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>

<p>141. В ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ ВКЛЮЧАЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) общий анализ крови 2) общий анализ мочи 3) электрокардиография 4) биоценоз кишечника 5) эхокардиография 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>142. АНАТОМИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) стеноз аорты 2) стеноз легочной артерии 3) смещение аорты вправо 4) дефект межпредсердной перегородки 5) дефект межжелудочковой перегородки 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>143. КУПИРОВАНИЕ ОДЫШЕЧНО-ЦИАНОТИЧЕСКОГО ПРИСТУПА ПРИ ТЕТРАДЕ ФАЛЛО ПРОВОДЯТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) промедолом 2) кордиамином 3) дигоксином 4) диуретиками 5) препаратами калия 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>144. НЕОБХОДИМЫЙ ОБЪЕМ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА ВКЛЮЧАЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) общий анализ крови 2) общий анализ мочи 3) электрокардиографию 4) эхокардиографию 5) холтеровское мониторирование 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>145. ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕНОРОДКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ТОПИКА ШУМА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) на верхушке 2) во втором межреберье слева 3) во втором межреберье справа 4) в третьем-четвертом межреберье слева у грудины 5) между лопатками 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>146. К ВПС С ОБОГАЩЕНИЕМ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ОАП 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8;</p>

<p>2) ДМПП 3) коарктация аорты 4) стеноз аорты</p>	<p>ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>147. ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:</p> <p>1) при ОАП 2) при ДМПП 3) при изолированном стенозе легочной артерии 4) при ДМЖП</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>148. СИСТОЛИЧЕСКОЕ ДРОЖАНИЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:</p> <p>1) при дефекте МПП 2) при дефекте МЖП 3) при стенозе аорты 4) при стенозе легочной артерии</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>6. Заболевания почек у детей</p>	
<p>149. ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ:</p> <p>1) слизистая оболочка мочевого пузыря 2) кровеносная и лимфатическая система почек 3) чашечно-лоханочный аппарат, каналы и интерстиций 4) клубочек</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>150. О ХРОНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА МОЖНО ГОВОРИТЬ ПРИ АКТИВНОСТИ ПИЕЛОНЕФРИТА:</p> <p>1) более 3 мес. 2) более 6 мес. 3) более 1 года</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>151. ДЛЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНЫ:</p> <p>1) симптомы интоксикации 2) повышение температуры 3) боли при мочеиспускании 4) боли в поясничной области 5) отеки</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>152. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ:</p> <p>1) бактериурия 2) гематурия 3) цилиндрурия 4) протеинурия 5) лейкоцитурия</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>

<p>153. В ОСТОБЫЙ ПЕРИОД ПИЕЛОНЕФРИТА ПРЕДПОЧТЕНИЕ ОТДАЮТ АНТИБИОТИКАМ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) аминогликозидам 2) «защищенным» пенициллинам 3) макролидам 4) цефалоспорином I поколения 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>154. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ПОКАЗАНО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сразу после обострения 2) через 1 год после обострения 3) через 2 года после обострения 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>155. КЛАССТЧЕСКИЙ ПОСТСТРЕПТОКОККОВЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) нефротического синдрома 2) метаболического синдрома 3) нефритического синдрома 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>156. ДЛЯ ПОСТСТРЕПТОКОККОВОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) характерна 2) не характерна 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>157. ПРИ НЕФРИТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ОТЕКИ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) отеки распространенные 2) пастозность век и голеней 3) отеки «мягкие» 4) отеки «плотные» 5) отеки небольшие 6) отеки подвижные 7) отеки малоподвижные 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>158. ПИТЬЕВОЙ РЕЖИМ ПРИ ОСТРОМ ПОСТСТРЕПТОКОККОВОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ограничивают 2) не изменяют 3) увеличивают 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>159. ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ОТЕКИ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ</p>	<p>ОК-5; ОК-8;</p>

<p>ХАРАКТЕРИСТИКИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) отеки распространенные 2) пастозность век и голеней 3) отеки «мягкие» 4) отеки «плотные» 	<p>ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>160. НАСЛЕДСТВЕННЫЙ НЕФРИТ(СИНДРОМ АЛЬПОРТА) ПРОТЕКАЕТ С:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гематурией 2) лейкоцитурией 3) тугоухостью 4) интоксикацией 5) прогрессирующим снижением функции почек 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>161. ОЛИГУРИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ДИУРЕЗА ОТ СУТОЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ВЕЛИЧИН:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) на 1/3 2) на 2/3 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>162. ДЕТИ, ПЕРЕНЕСШИЕ ОСТРЫЙ ПОСТСТРЕПТОКОККОВЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ, НАБЛЮДАЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в течение 3 лет 2) в течение 5 лет 3) до перевода во взрослую поликлинику 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>163 . В ТЕРАПИИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гидрокортизон 2) делагил 3) преднизолон 4) капотен 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>164. В ЛЕЧЕНИИ ПОСТСТРЕПТОКОККОВОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) мочегонные средства 2) уросептики 3) гипотензивные препараты 4) антибиотики 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>III. ЭНДОКРИНОЛОГИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сахарный диабет 	

<p>165. УРОВЕНЬ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ %</p> <p>1) 4-6 2) 6-8 3) 8-10 4) 12-15</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>166. МИКРОСОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ РАНЬШЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ В :</p> <p>1) почках, сетчатке, нервной системе 2) сердце, легких 3) желудке, печени 4) кишечнике 5) суставах</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>167. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА:</p> <p>1) стабильная компенсация сахарного диабета 2) профилактика развития кетоацидоза 3) нормальная масса тела 4) диетотерапия 5) физическая нагрузка</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>168. БОЛЮСНЫЙ ИНСУЛИН ЛУЧШЕ ВВОДИТЬ:</p> <p>1) в наружную поверхность конечностей 2) в ягодицы 3) в живот 4) под лопатку 5) внутривенно</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>169. К ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ САХАРНОГО ДИАБЕТА ОТНОСИТСЯ</p> <p>1) кетоацидоз 2) диабетическая нефропатия 3) офтальмопатия 4) артериальная гипертензия</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>170. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ВО ВРЕМЯ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК ПРИЗНАКОВ ГИПОГЛИКЕМИИ СЛЕДУЕТ::</p> <p>1) прекратить занятие 2) прекратить занятие и принять сложные углеводы 3) прекратить занятие и принять простые углеводы 4) продолжить занятие 5) ввести инсулин</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>2. Заболевания гипоталамо-гипофизарной системы</p>	

<p>171. СОМАТОТРОПНЫЙ ГОРМОН (ГОРМОН РОСТА) СИНТЕЗИРУЕТСЯ В :</p> <p>1) гипофизе; 2) щитовидной железе 3) надпочечниках; 4) паращитовидных железах.</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>172. ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ИСПОЛЬЗУЮТ ТЕРМИН</p> <p>1) нанизм 2) гиподинамия 3) гипостатура 4) гипотрофия</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>173. ПАТОЛОГИЧЕСКИ ВЫСОКИЙ РОСТ – ЭТО</p> <p>1) гигантизм 2) гипостатура 3) акселерация 4) нанизм</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>174. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПОФИЗАРНОГО НАНИЗМА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРИМЕНЕНИИ</p> <p>1) соматотропного гормона 2) тиреоидных гормонов 3) хорионического гонадотропина г) эстрогенов</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>175. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАДЕРЖКУ РОСТА, ОБУСЛОВЛЕННУЮ ЦЕРЕБРО-ГИПОФИЗАРНЫМ НАНИЗМОМ , НАЧИНАЮТ ЗАМЕЧАТЬ:</p> <p>1) при рождении 2) на первом году жизни 3) в 2-4 года 4) в 8-9 лет 5) в пубертате</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>3. Заболевания щитовидной железы.</p>	
<p>176. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ УРОВЕНЬ ТТГ В КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <p>1) повышенным 2) не измененным 3) сниженным 4) значительно сниженным</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>177. ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ</p>	<p>ОК-5; ОК-8;</p>

<p>1) дефицита йода 2) дефицита селена 3) недостатка железа 4) дефицита кальция</p>	<p>ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>178. СРЕДНЕСУТОЧНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЙОДЕ ДЛЯ ПОДРОСТКА СОСТАВЛЯЕТ _____ МКГ</p> <p>1) 200 2) 50 3) 10 4) 500</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>179. ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЕМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) повышение Т4 2) повышение ТТГ 3) повышение холестерина 4) снижение глюкозы</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>180. ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ТИРЕОКСИКОЗА ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1) снижение массы тела 2) повышенная раздражительность 3) соливость 4) запоры 5) стойкая тахикардия</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>4. Заболевания надпочечников</p>	
<p>181. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1) низкий уровень 17-ОН прогестерона в крови 2) высокий уровень 17-ОН прогестерона в крови 3) высокий уровень 17-кетостероидов в моче 4) высокий уровень тиреотропного гормона (ТТГ) и тироксина</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>182. ДЛЯ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>1) гиперпигментация кожных складок 2) «кофейные» пятна на коже 3) участки депигментации 4) аномальное строение наружных гениталий у мальчиков</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>183. СОЛЬ ТЕРЯЮЩАЯ ФОРМА ВДКН ОБУСЛОВЛЕНА БЛОКОМ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ:</p>	<p>ОК-5; ОК-8;</p>

1) полным 2) неполным	ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
184. ПРИ БИОХИМИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВИ У РЕБЕНКА С БОЛЕЗНЬЮ ИЦЕНКО-КУШИНГА ВЫЯВЛЯЮТСЯ: 1) гипокалиемия и гипонатриемия 2) гиперкалиемия и гипонатриемия 3) гипокалиемия и гипернатриемия 4) гиперкалиемия и гипернатриемия	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
185. УРОВЕНЬ 17-ОКС В МОЧЕ ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА: 1) повышен 2) понижен 3) без изменений	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
186. ПРИЧИНОЙ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ВДКН) ЯВЛЯЕТСЯ: 1) наследственная ферментопатия 2) родовая травма с поражением передней доли гипофиза 3) кровоизлияние в надпочечники во время родов 4) гипоплазия коры надпочечников	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
5. Заболевания фосфорно-кальциевого обмена.	
187. КЛИНИЧЕСКИ ГИПОПАРАТИРЕОЗ ПРОЯВЛЯЕТСЯ 1) скрытой или выраженной тетанией 2) мышечной гипотонией 3) густыми вьющимися волосами на голове 4) блефароспазмом, светобоязнью	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
188. ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ 1) гиперкальциемия 2) гипокальциемия 3) гипофосфатемия 4) снижение ЩФ	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;
189. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ГИПОПАРАТИРЕОЗА ПРОВОДИТСЯ С 1) болезнью Аддисона 2) спазмофилией 3) врожденным гипотиреозом 4) тиреотоксикозом	ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;

<p>190. ДЛЯ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) повышение кальция и повышение фосфата 2) снижение кальция и повышение фосфата 3) снижение кальция и фосфата 4) повышение кальция и снижение фосфата 5) нормальный кальций и снижение фосфата 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>6. Нарушение полового развития.</p>	
<p>191. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ У МАЛЬЧИКОВ ПОЯВЛЯЮТСЯ ВТОРИЧНЫЕ ПОЛОВЫЕ ПРИЗНАКИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ПОЛОВОМ РАЗВИТИИ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) до 10 лет 2) в 10-12 лет 3) 12-14 лет 4) до 9 лет 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>192. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ОТСУТСТВИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ У МАЛЬЧИКОВ ПОЗВОЛЯЕТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ГИПОГОНАДИЗМ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 10 лет 2) 12 лет 3) 13 лет 4) 14 лет 5) 15 лет 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>193. ДЛЯ ИСТИННОГО ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ускорение костного возраста 2) снижение уровня лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего (ФСГ) гормонов в крови 3) гиперплазия одного или двух надпочечников 4) повышение уровня 17-оксипрогестерона в крови 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>194. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ У ДЕВОЧЕК ПОЯВЛЯЮТСЯ (В СРЕДНЕМ) ВТОРИЧНЫЕ ПОЛОВЫЕ ПРИЗНАКИ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) до 8 лет 2) 8-10 лет 3) 10-12 лет 4) 12-14 лет 5) 15-16 лет 	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>195. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С ХОРИОНИЧЕСКИМ</p>	<p>ОК-5; ОК-8;</p>

<p>ГОНАДОТРОПИНОМ В СЛУЧАЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПОГОНАДИЗМА УРОВЕНЬ ТЕСТОСТЕРОНА В КРОВИ:</p> <p>1)понижается 2)повышается 3)остается без изменений</p>	<p>ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>7.Ожирение у детей</p>	
<p>196. В ЛЕЧЕНИИ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОГО ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>1) диетотерапию 2) анорексигенные препараты 3) метод бандажирования желудка 4) липосакцию</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>197. НЕКОРРЕГИРУЕМЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1) особенность пищевого поведения 2) отягощенная наследственность 3) низкий уровень физической активности 4) нарушение баланса между поступлением энергии и ее расходом</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>198. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ НЕОБХОДИМА</p> <p>1) рентгенография органов грудной клетки и консультация диетолога 2) консультация психолога 3) консультация окулиста с исследованием глазного дна 4) консультация диетолога</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>199. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОЖИРЕНИЯ ОТНОСИТСЯ</p> <p>1) сахарный диабет 1 типа 2) сахарный диабет 2 типа 3) несахарный диабет 4) гипотиреоз</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>
<p>200. ПО РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ ПРИ SDS ПРИ ИНДЕКСЕ МАССЫ ТЕЛА</p> <p>1) > +2,0 2) +1,0 - + 1,99 3) - 0,99 - + 0,99 4) -1,99 - - 1,0</p>	<p>ОК-5; ОК-8; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9; ПК-5; ПК-6; ПК-8;</p>

Ответы на тестовые задания

по дисциплине « Факультетская педиатрия, эндокринология»

по специальности Педиатрия 31.05.02

1)1, 2, 4; 2) 3,4; 3) 1,3,4,5; 4) 2, 3; 5) 1; 6)1, 2, 4; 7) 1,2, 3, 4; 8) 5; 9) 1; 10) 1, 2; 11) 1; 12) 3; 13) 2; 14) 3; 15) 3; 16) 3; 17) 1;	18)1; 19) 2; 20) 1,2,4, 5; 21) 2, 4; 22) 1, 2, 3,4; 23) 2; 24) 1,2,3, 4; 25) 1; 26)1; 27) 1,3,4,5; 28) 1,2; 29)1,2,5; 30)1; 31) 5; 32) 3; 33) 1; 34) 1; 35) 2; 36) 1; 37)1,2, 3, 5;	38)2, 3, 5; 39)1,2,4,5 40)1,3,4; 41)1,2,4; 42)1,4; 43)2; 44) 4; 45) 1; 46) 1; 47) 3; 48) 3; 49) 1; 50) 3,4,5; 51) 3; 52) 1,2,3,4,5 ; 53)1,3 ; 54) 1,2,3,4 ; 55)1 ; 56)2;	57)1; 58)3; 59)1,2,3,4; 60)1,3,4,5; 61) 1,2,3,5,; 62) 1,2,3,4; 63)5; 64) 1; 65)1,3,4; 66) 5; 67) 1; 68)1; 69)1; 70)2; 71)1,2,3,4; 72)1,2,3,4; 73)1.2.3,4,5; 74) 1.2.3.4; 75)3; 76) 4; 77) 1,2,3,4; 78)1,3,4; 79)2,3,4;	80) 1,2,4; 81)1,2,5; 82)1,2,3,4; 83)2; 84)3; 85)1,2,3; 86)1,2,3,5; 87) 1,3,5; 88) 1,3,5; 89)5; 90) 4; 91)1,3; 92)1; 93) 2,3,4; 94)1,2,4; 95) 1,2,5 ; 96) 1,3,5; 97) 1,2,5; 98)1,2,3; 99) 1,2,3,5; 100) 5;
101)1,3,5; 102)5; 103)1; 104)4; 105)4; 106) 1,3,5; 107) 2,3,4,5;	120)2; 121)4; 122)4; 123)4; 124)1,2; 125)1,2,3,4; 126)1;	139)1,2,4; 140)1.2,4; 141)1.2.3, 5; 142)1,3,5; 143)1,2; 144)3.4; 145)4; 146)1.2;	158)1,3; 159)1, 2,5; 160)1; 161)3; 162)3; 163)2; 164)1;	175)3; 176)1; 177)1; 178)1; 179)1; 180)1; 181)2;

108) 4;	127)2;	147)3;	165)1;	182)1;
109) 3;	128)4;	148)4;	166)1;	183)1;
110)2;	129)2;	149)3:	167) 1;	184)3;
111)4;	130)1,2,4;	150)4:	168)3;	185)1; 186)1;
112)2,3;	131)1,4;	151)1,2,4:	169)1;	187)2;
113)3;	132)1;	152)1,4,5;	170) 3;	188)2; 189)1;
114)1,4;	133)2;	153) 2;	171)1;	190)4; 191)1;
115)1;	134)2;	154)2;	172)1;	192)5; 193)1;
116)1,2,4;	135) 1,2;	155)3;	173)1;	194)2; 195)3;
117)4;	136)1,2,3,4;	156)1;	174) 1;	196) 1;
118)2;	137)1,2;	157)2, 4,5, 7;		197)2; 198)3;
119)1;	138)1,3;			199)2;
				200)1;

Список обязательных рецептурных препаратов

Антибиотики

Аминогликозиды

Амикацин, amikacin; раствор для инъекций по 2 мл в ампуле (1 мл – 50; 250 мг).

Гентамицин, gentamicin; раствор для инъекций по 1 и 2 мл в ампуле (1 мл – 20;40;60 мг).

Пенициллины

Бензилпенициллин, benzylpenicillin; Бензилпенициллина натриевая соль: порошок для приготовления инъекционного раствора 500 000 ЕД и 1000000 ЕД, 5000000 ЕД, 10000000 ЕД во флаконах

Амоксициллин, amoxicillin; табл. 500 мг; капсулы 250 мг и 500 мг; порошок и гранулы для приготовления суспензии для приема внутрь 250 мг/5 мл во флаконах 60 мл и 100 мл

Амоксициллин/клавуланат, amoxicillin/clavulanic acid, potassium salt; Амоксиклав – таб. 375 мг и 625 мг; суспензия для приема внутрь 156 мг/5 мл

и 312 мг/5 мл во флаконах 100 мл; порошок для приготовления капель для приема внутрь 63 мг/мл во флаконах 20 мл

Ампициллин, ampicillin; таблетки капс. 250 мг и капсулы 500 мг; порошок для приготовления суспензии для приема внутрь 70 г во флаконах (250 мг/5 мл); гранулы для приготовления суспензии для приема внутрь 125 мг/5 мл во флаконах 100 мл.

Ампициллина натриевая соль - порошок для приготовления инъекционного (в/м и в/в) раствора 250 мг и 500 мг во флаконах

Ампициллин/сульбактам, ampicillin/sulbactam; таб. 375 мг; порошок для приготовления суспензии для приема внутрь 250 мг/5 мл во флаконах; порошок для приготовления инъекционного раствора 750 мг, 1,5 г и 3 г во флаконах

Карбенициллин, carbenicillin; порошок для приготовления инъекционного (в/м, в/в) раствора по 500 мг и 1 г во флаконах

Феноксиметилпенициллин, phenoxymethylpenicillinum; таб. 100 мг и 250 мг; гранулят для приготовления суспензии для приема внутрь во флаконах 100мл - 5 мл/ 125 мг феноксиметилпенициллина калиевой соли

Пролонгированные пенициллины

Бициллин-I, bicillinum-I; порошок во флаконах для приготовления суспензии при в/м введении по 300 000; 600 000; 1 200 000; 2 400 000 ЕД.

Бициллин-III, bicillinum-III; порошок во флаконах для приготовления суспензии при в/м введении по 300 000; 600 000; 1 200 000 ЕД.

Бициллин-V, bicillinum-V; порошок во флаконах для приготовления суспензии при в/м введении по 1 500 0

Макролиды

Азитромицин, azithromycin; сумамед: таб. 125 мг и 500 мг; капсулы 250 мг; порошок для приготовления суспензии для приема внутрь 100 мг/5 мл и 200 мг/5 мл во флаконах 20 мл).

Рокситромицин, roxithromycin; рулид – табл. 50 мг, 100 мг, 150 мг и 300 мг.

Спирамицин, spiramycin; ровамицин: таб. 1 500 000 МЕ и 3 000 000 МЕ; гранулы для приготовления суспензии для приема внутрь 375 000 МЕ, 750 000 МЕ и 1 500 000 МЕ в пакетиках; порошок для приготовления инъекционного раствора 1 500 000 МЕ во флаконах.

Эритромицин, erythromycin; таб. по 125 мг, 250 мг, 500 мг; гранулят для суспензии - 100 мл (5 мл суспензии = 125 мг, 200 мг эритромицина)

Линкозамиды

Линкомицина гидрохлорид, lincomycin, капс. 250 мг; инъекционный раствор для в/м, в/в введения 300 мг в ампулах 1 мл.

Цефалоспорины

I поколение

Цефазолин, cefazolin; кефзол, сухое вещество для в/м, в/в введения – флаконы по 250 мг, 500 мг, 1 г.

Цефалексин, cefalexin; таб., капс. 250 мг, 500 мг; порошок для суспензии - 40 мл (5 мл суспензии = 250 мг цефалексина).

Цефалотин, cefalotin; сухое вещество для в/м, в/в введения – флаконы по 250 мг, 500 мг.

II поколение

Цефаклор, cefaclor; таб., капс. 250 мг, 500 мг.

Цефуроксим, cefuroxime; зинацеф – порошок для приготовления инъекционного (в/м, в/в) раствора 250 мг, 750 мг и 1,5 г во флаконах.

III поколение

Цефоперазон, cefoperazone; цефобид – порошок для приготовления инъекционного (в/м, в/в) раствора – флаконы по 500 мг, 1 г, 2 г.

Цефотаксим, cefotaxime; клафоран – порошок для приготовления инъекционного (в/м, в/в) раствора – флаконы по 250 мг, 500 мг, 1 г, 2 г.

Цефтазидим, ceftazidime; фортум – порошок для приготовления инъекционного (в/м, в/в) раствора – флаконы по 500 мг, 1 г, 2 г.

Цефтриаксон, ceftriaxone; роцефин – порошок для приготовления инъекционного (в/м, в/в) раствора – флаконы по 250 мг, 500 мг, 1 г, 2 г.

IV поколение

Цефепим, cefepime; максипим – порошок для приготовления инъекционного (в/в) раствора – флаконы по 500 мг, 1 г, и 2 г.

Карбапенемы

Меропенем, meropenem; Меронем – порошок для приготовления инъекционного (в/в) раствора 500 мг и 1 г во флаконах.

Антибиотики разных групп

Хлорамфеникол, chloramphenicol; левомецетин сукцинат натрия – таб. капс. 250 мг и 500 мг; сухое вещество для в/в инъекций во флаконах по 500 и 1 г.

Рифампицин, rifampicin; бенемидин: капсулы 150 мг, 300 мг и 450 мг.

Антибиотики противогрибковые

Амфотерицин В, amphotericinum В; фунгизон – порошок для приготовления инъекционного (в/в) раствора 50 мг во флаконах; (фунгилин) - табл. 100 мг; суспензия для приема внутрь 100 мг/мл во флаконах 30 мл и 50 мл.

Итраконазол, itraconazole; Орунгал: капсулы 100 мг.

Кетоконазол, ketoconazole; Низорал – таб. 200 мг.

Флуконазол, fluconazole; Дифлюкан: капс. 50 мг, 100 мг, 150 мг и 200 мг; порошок для приготовления суспензии для приема внутрь 50 мг/5 мл и 200 мг/5 мл во флаконах; инфузионный раствор 2 мг/мл во флаконах 50 мл, 100 мл и 200 мл.

Нистатин, nystatin; таб. 250 000 ЕД и 500 000 ЕД.

Антибиотики противоопухолевые

Даунорубин, daunorubicin hydrochloride; Рубомицина гидрохлорид – порошок для приготовления инъекционного (в/в) раствора 20 мг во флаконах 10 мл.

Сульфаниламиды

Бактрим, co-trimoxazole, bactrim; бисептол – таб. 120 мг; 480 мг; сироп – флакон 100 мл (5 мл=240мг).

Нитрофурановые

Фуразолидон, furazolidonum; таб. 0,05г.

Нитроксолин, nitroxolinum; нитроксолин – драже, таб. 50 мг.

Другие противомикробные средства и антипротозойные

Метронидазол, metronidazolium; таб. 0,25 г.

Налидиксовая кислота, nalidixic acid; неграм – таб. 500мг.

Палин, pflinum; таб.0,4г.; капс.0,2 г.

Тиберал, tiberal; таб. 0,5.

Гормональные средства

Десмопрессин, desmopressin; Адиуретин-СД: инъекционный (в/в, п/к) раствор 4 мкг в ампулах 1 мл; 0,01% капли в нос во флаконах 5 мл.

Гидрокортизон, hydrocortisonum; 125 (5 мл) - инъекц. сусп. 125 мг во флаконах 5 мл.; инъекц. сусп. 50 мг в ампулах 2 мл.

Кортизона ацетат, cortisoneacetate; таб. 25 мг и 50 мг; суспензия для в/м введения 2,5% - 10мл.

Метилпреднизолон, methylprednisolone; Метипред - таблетки 4 мг . Медрол – таб. 4 мг, 16 мг и 32 мг. Метилпреднизолон - инъекционная суспензия 40 мг в ампулах 1 мл.

Дексаметазон, dexamethasone; таб. 500 мкг и 1,5 мг; инъекционный (в/м, в/в) раствор 4 мг/мл в ампулах 1 мл и 2 мл и 5 мл.

Преднизолон, prednisolone; таб. 5 мг; инъекционный раствор 25 мг 30 мг в ампулах по 1 мл и 2 мл; инъекционная суспензия 25 мг во флаконах.

Триамцинолон, triamcinolone;

Полькортолон: таб.4 инъекционная суспензия 10 мг и 40 мг в ампулах 1 мл.
Триамцинолон: таб. 2 мг и 4 мг.

Метиландростендиол, methylandrostendioli; таб. 10 и 25 мг. 1 мл.

Тестостерон, testosterone; Сустанон 250: инъекционный (в/м) раствор в ампулах и шприцах 1 мл).

Хорионический гонадотропин, Gonadotropinumchorionicum; амп. - 1,0 (1000 ЕД).

Профази: порошок для приготовления инъекционного раствора 2000 ед и 5000 ед в ампулах.

Хориогонин, choriogonin; амп. - 1500 ЕД.

Кортикотропин для инъекций, corticotropiniproinjectionibus; амп. - 10 ЕД

Адренкортикотропный гормон, hormoniadrenocorticotropini; 10 ЕД в ампулах.

Метандростенолон, metandrostenolonum; таб. 5 мг.

Нерабол, nerabol; таб. 0,005 г.

Ретаболил, retabolil; амп. 5% - 1,0 мл

Паратиреоидин, parathyreoidinum; амп. -1 мл (20 ЕД).

Соматропин, somatropine; Биосома Хуматроп: порошок для инъекций (в/м, п/к) во флаконах 4 МЕ и 8 МЕ; порошок для приготовления инъекционного раствора 4 МЕ во флаконах 2 мл.

Препараты для лечения болезней щитовидной железы

L – тироксин, L- thyroxinum; таб.- 50(100)мкг

Эутирокс, Euthyrox; таб.- 100 мкг

Йодомарин, Iodomarin –100; - 200; таб. –100; 200 мкг.

Метилтиоурацил, Methylthiouracill; таб.- 0,25.

Мерказолил, Thiamazol, Mercazolil; таб - 0,005.

Инсулины

Хумулин Р, HumulinR; флакон - 40 ед/мл.

Хоморап, Номогар; флакон - 40 ед/мл .

Актрапид человеческий НМ, ActrapidНМ; флакон - 40 ед/мл.

Хумалонг, Humalong; флакон - 40 ед/мл.

Хомофан, Номофан; флакон - 40 ед/мл.

Хумулин Н, HumulinН; флакон- 40 ед/мл.

Тропафен, Тропарфениум; амп. 2% - 1,0.

Противоопухолевые средства, иммунодепрессанты

Азатиоприн, azathioprine; Азатиоприн, Имуран: таблетки 50 мг.

Винбластин, vinblastine; порошок для приготовления инъекционного (в/в) раствора 5 мг и 10 мг во флаконах.

Винкристин, vincristine; инъекционный (в/в) раствор 1 мг/мл во флаконах 1 мл, 2 мл, 3 мл и 5 мл; порошок для приготовления инъекционного раствора 500 мкг и 1 мг во

флаконах.

Меркаптопурин, Mercaptopurine; таб. 50 мг.

Циклоспорин, ciclosporin;

Сандиммун: концентрат для приготовления инфузионного раствора 50 мг/мл в ампулах 1 мл и 5 мл. (Циклоспорин Гексал): капсулы по 25, 50 или 100 мг.

Циклофосфан, cyclophosphamide; таб. 25 мг, 50 мг; порошок для приготовления инъекционного (в/в) раствора 200 мг, 500 мг и 1 г во флаконах.

Бронхолитики

Фенотерол, Fenoterol; Беротек: дозированный аэрозоль 200 мкг/доза во флаконах 10 мл (200 доз) и 15 мл (300 доз); 0,1% раствор для ингаляций во флаконах 20 мл.

Сальбутамол, salbutamol; Вентолин: таб. 2 мг и 4 мг; раствор для ингаляций 2,5 мг в ампулах 2,5 мл; дозированный аэрозоль 100 мкг/доза во флаконах 200 доз.

Ипратропия бромид, ipratropium bromide; Атровент: дозированный аэрозоль 20 мкг/доза во флаконах 15 мл (300 доз); 0,025% раствор для ингаляций во флаконах 20 мл.

Беродуал, ipratropium bromide/fenoterol; комбинированный препарат: дозированный аэрозоль (20 мкг + 50 мкг)/доза во флаконах 15 мл (300 доз); раствор для ингаляций 250 мкг/мл + 500 мкг/мл во флаконах 20 мл.

Формотерол, formoterol; Форадил: порошок для ингаляций 12 мкг в капсулах.

Эуфиллин, euphyllini; инъекционный раствор 120 мг в ампулах 5 мл; инъекционный (в/м) раствор 240 мг в ампулах 1 мл.

Теотард, theotard, theophylline; капс. 200 мг, 350 мг и 500 мг.

Средства от кашля

Амброксол, ambroxol; Лазолван: таб. 30 мг; сироп 15 мг/5 мл во флаконах 100 мл; раствор для ингаляций 15 мг во флаконах 2 мл; раствор для приема внутрь 15 мг во флаконах 2 мл; инъекционный раствор 15 мг в ампулах 2 мл.

Бромгексин, bromhexine; Бромгексин: таб. для детей 4 мг; сироп 4 мг/5 мл во флаконах 100 мл; таб. 8 мг).

Ацетилцистеин, acetylcysteine; Флуимуцил, гранулят, 100 и 200 мг; шипучие таблетки, 100 и 200 мг.

Карбоцистеин: капс. 375 г; сироп 250 мг/5 мл во флаконах 200 мл; сироп для детей

125 мг/5 мл во флаконах 200 мл).

Фенспирид, fenspiride; Эреспал: таб. 80 мг; сироп 10 мг/5 мл во флаконах 150 мл).

Преноксдиазин, prenoxidiazine; Либексин: таб. 100 мг.

Бутамират, butamirate; Синекод, раствор во флаконах по 20 и сироп во флаконах по

200 мл (1 мл капель для приема внутрь для детей содержит 5 мг, 10 мл сиропа — 15 мг).

Топические стероиды

Беклометазон, beclometasone; Беклазон - 50 мкг/доза, 100 мкг/доза и 250 мкг/доза - 200 доз.

Флутиказон, fluticasone; Фликсоназе: дозированный аэрозоль в нос 50 мкг/доза во

флаконах 60 доз и 120 доз. Фликсотид: дозированный аэрозоль 50 мкг/доза, 125 мкг/доза и 250 мкг/доза во флаконах 60 доз

Будесонид (budesonide); Пульмикорт (небулы): суспензия для ингаляций 250 и 500 мкг в 1 мл (в небуле 2 мл)

Противосудорожные, снотворные, седативные

Магния сульфат, magnesium sulfate; инъекционный (в/м, в/в) раствор 1 г и 1,25 г в ампулах 5 мл).

Карбамазепин, carbamazepinum; Финлепсин: таб. 200 мг.

Оксазепам, oxazepam; Оксазепам: таб. 10 мг.

Феназепам, phenazepam; Феназепам: таб. 1 мг.

Фенитоин, phenytoin; Дифенин: таб. 117 мг.

Фенобарбитал, phenobarbital; таб. для детей 5 мг; таб. 50 мг и 100 мг.

Оксибат натрия, sodium oxubate; Натрия оксибутират: инъекционный раствор 2 г в ампулах 10 мл; раствор для приема внутрь во флаконе 50 мл (667 мг – 1 мл).

Диазепам, diazepam; Диазепам Сибазон, Реланиум: таблетки 2 мг и 5 мг; инъекционный (в/м, в/в) раствор 10 мг в ампулах 2 мл).

Ноотропные средства

Фенибут, Phenibutum; таб. 0,1; 0,2.

Глутаминовая кислота, acidum glutamicum; Глутаминовая кислота: таб. - 250 мг.

Пирацетам, piracetam; Пирацетам: капсулы 400 мг; таблетки 200 мг; инъекционный раствор 200 мг/мл в ампулах 5 мл. Ноотропил: таблетки 800 мг и 1,2 г; капсулы 400 мг; раствор для приема внутрь 200 мг/мл во флаконах 125 мл; инъекционный раствор 200 мг/мл в ампулах 5 мл и 15 мл; инфузионный раствор 200 мг/мл во флаконах 60 мл).

Энцефабол, encerphabol; таб. - 100мг; суспензия для приема внутрь – 200мл.

Диуретики

Спиронолактон, spironolactone; Спиринолактон: таб. 25 мг, 50 мг и 100 мг.

Альдактон: таб. 25 мг и 100 мг, инъекционный раствор 200 мг в ампулах 10 мл).

Фуросемид, furosemide; Лазикс: таб. 5 мг, 20 мг и 40 мг; инъекционный раствор 20 мг в ампулах 2 мл.

Ацетазоламид, acetazolamide; Диакарб: таблетки 250 мг).

Маннитол, mannitol; Маннитол: 20% инфузионный (в/в) раствор во флаконах 500 мл).

Ингибиторы протеолиза

Апротинин, aprotinin;

Гордокс: раствор для в/в введения – 100 000 антикалликреиновых единиц в ампулах 10 мл. Контрикал: порошок для приготовления инъекционного раствора 10 000 ЕД в ампулах 2 мл. Трасилол: инъекционный раствор 100 000 ЕД в ампулах 5 мл, 200 000 ЕД в ампулах 10 мл.)

НПВС

Гидроксихлорохин, hydroxychloroquine sulfate; Плаквенил: таб. 200 мг.

Хлорохин, chloroquine phosphate; Делагил: таб.250 мг.

Пеницилламин, penicillamine; Купренил: таб. 250 мг.

Диклофенак, diclofenac; (Вольтарен): таб. - 25 мг, и 50 мг; 100 мг; инъекционный раствор 75 мг в ампулах 3 мл; ректальные свечи 25 мг, 50 мг и 100 мг.

Аспирин, acetylsalicylic acid; Аспирин: таб. 100 мг и 500 мг.

Ацетилсалициловая кислота: таблетки для детей 100 мг; таб. 250 мг и 500 мг).

Индометацин, indometacin; Индометацин: таб. 25 мг, капсулы 25 мг и 50 мг;

ректальные свечи 50 мг и 100 мг. Метиндол: инъекционный раствор 60 мг в ампулах 2 мл.

Жаропонижающие

Ибупрофен, *ibuprofen*; Нурофен: драже; таб. 200 мг и 400 мг; сироп 100 мг/5 мл во флаконах 100 мл и 200 мл; суспензия для приема внутрь 100 мг/5 мл во флаконах 100 мл.

Парацетамол, *paracetamol*; Парацетамол таблетки 200 мг и 500 мг; ректальные свечи 250 мг; сироп 120 мг/5 мл во флаконах - 50 мл и 100 мл. сироп 125 мг/5 мл во флаконе 60 мл.

Детский Панадол: суспензия для приема внутрь 120 мг/5 мл во флаконах 100 мл и 300 мл; ректальные свечи 125 мг.

Анальгетики

Трамадол, *tramadol*; Трамадол: капсулы 50 мг; капли для приема внутрь 100 мг/мл во флаконах 10 мл; ректальные свечи 100 мг; инъекционный раствор 50 мг/мл в ампулах 1 мл и 2 мл.

Трамал: инъекционный раствор 50 мг/мл в ампулах 1 мл и 2 мл; капсулы 50 мг; капли для приема внутрь 100 мг/мл во флаконах 10 мл; ректальные свечи 100 мг).

Метамизол, *metamizole sodium*; Анальгин: таб. - 500; инъекционный раствор 250 мг и 500 мг в ампулах 1 мл.

Кеторолак, *ketorolac tromethamine*; Кеторол: таб. 10 мг; инъекционный (в/м, в/в) раствор 30 мг в ампулах 1 мл.

Антигистаминные средства

Дифенгидрамин, *diphenhydramine*; Димедрол: инъекционный раствор (в/м, в/в) 10 мг в ампулах 1 мл; таб. 30 мг, 50 мг и 100 мг. Свечи ректальные для детей 10 мг.

Клемастин, *clemastine*; Тавегил: инъекционный раствор 2 мг в ампулах 2 мл; таб. 1 мг; сироп 500 мкг/5 мл во флаконах 60 мл и 100 мл.

Лоратадин, *loratadine*; Кларитин: сироп 5 мг/5 мл во флаконах 120 мл; таблетки 10 мг. Кларотадин: таб. 10 мг; сироп 5 мг/5 мл во флаконах 100 мл.

Цетиризин, *cetirizine*; Зиртек: таб. 10 мг; капли для приема внутрь 10 мг/мл во флаконах 10 мл).

Фексофенадин, *fexofenadine*; Телфаст: таб. 30 мг, 120 мг и 180 мг).

Хифенадин, *quifenadinum*; Фенкарол: таб. 10 мг и 25 мг.

Сердечно-сосудистые средства

Адреналин, epinephrine; Адреналина гидрохлорид: инъекционный (п/к, в/м, в/в) раствор 1 мг в ампулах 1мл).

Норадреналин, norepinephrine; Норадреналина гидротартрат: раствор в ампулах для в/в введения 0,2% - 1 мл).

Дофамин, dopamine; Допамин: концентрат для приготовления инфузионного раствора 200 мг в ампулах 10 мл и 50 мг в ампулах 5 мл. Допамин АД: концентрат для приготовления инфузионного раствора 40 мг в ампулах 5 мл. Допамина гидрохлорид: концентрат для приготовления инфузионного раствора 50 мг и 200 мг в ампулах 5мл.

Допмин: концентрат для приготовления инфузионного раствора 200 мг в ампулах 5 мл).

Строфантин Г, strofantinG: раствор для в/в введения 0,025 % - 1 мл (0,25 мг).

Дигоксин, digoxinum: таб. 0,00025 (0,25 мг); р-р для в/в введения 0,025% - 1 мл.

Прокаинамид, procainamide; Новокаинамид: таб. 250 мг; инъекционный (в/в, в/м) раствор.

Верапамил, verapamil; Верапамил, Изоптин, Финоптин: таб., драже 40 мг и 80 мг.и 120 мг; инъекционный раствор 5 мг в ампулах 2 мл).

Нифедипин, nifedipine; Кордафен: таб. 10 мг.

Пропранолол, propranolol; Пропранолол, Анаприлин: таблетки 10 мг и 40 мг.

Обзидан: таблетки 40 мг; инъекционный (в/в) раствор 5 мг в ампулах 5 мл.).

Каптоприл, captopril; Капотен: таб. 12,5 мг; 25 мг и 50 мг.

Винпоцетин, vinpocetine; Кавинтон: таблетки 5 мг; инъекционный раствор 10 мг в ампулах 2 мл.)

Дезагреганты

Дипиридамо́л, dipyridamole; Дипиридамо́л, Курантил: драже 25 мг и 75 мг; таб. 25 мг и 75 мг.

Пентоксифиллин, pentoxifylline; Трентал: драже 100 мг и 400 мг; таб. 100 мг; инъекционный раствор 100 мг в ампулах 5 мл.

Спазмолитики

Атропин, atropine; Атропина сульфат: инъекционный раствор 1 мг в ампулах 1 мл).

Гимекромон, gumescromone; Одестон: таб. 200 мг.

Дротаверин, drotaverine; Но-шпа: таб. 40 мг; инъекционный раствор 40 мг в ампулах 2 мл. Но-шпа форте: таб. 80 мг; инъекционный раствор 80 мг в ампулах 4 мл.

Прокинетики

Метоклопрамид, metoclopramide; Метоклопрамид: таб. 10 мг; инъекционный раствор 10 мг в ампулах 2 мл; раствор для приема внутрь 5 мг/5 мл во флаконах 30 мл и 100 мл. Реглан: инъекционный раствор 10 мг в ампулах 2 мл; таб. 10 мг; раствор для приема внутрь 5 мг/5 мл во флаконах 200 мл.

Церукал: таб. 10 мг; инъекционный раствор 10 мг в ампулах 2 мл.

Домперидон, domperidone; Мотилиум: таб. 10 мг; суспензия для приема внутрь 1 мг/мл во флаконах 200 мл).

Антацидные

Алюминия гидроксид, algedrate; Алмагель: суспензия для приема внутрь 300 мг/5 мл + 100 мг/5 мл во флаконах 170 мл.

Маалокс: таб. 400 мг + 400 мг; суспензия для приема внутрь 523,5 мг/15 мл + 598,5 мг/15 мл в пакетиках 15 мл и флаконах 250 мл.

Диосмектит, diosmectite; Смекта: порошок для приготовления суспензии для приема внутрь 3 г в пакетиках).

Антисекреторные

Пирензепин,pirenzerpine; Гастроцепин: таб. 25 мг и 50 мг; порошок для приготовления инъекционного раствора 10 мг в ампулах 2 мл).

Омепразол, omeprazole; Лосек: капс. 10 мг и 20 мг; порошок для приготовления инфузионного раствора 40 мг во флаконах).

Ферменты

Панкреатин, pancreatin; Креон: капс. 10000 ЕД. по 20, 50 или 100 капсул. Мезим форте: таб. Панкреатин: драже, таб. Панзинорм форте: драже. Панцитрат: капс. 10 000 ЕД. и 25 000 ЕД.

Дорназа альфа, dornase alfa; Пульмозим: раствор для ингаляций 2,5 мг в ампулах 2,5 мл.

Гемостатические средства

Аминокапроновая кислота, aminocaproic acid;

Аминокапроновая кислота: инфузионный раствор 50 мг/мл во флаконах 100 мл).

Транексамовая кислота, tranexamic acid; Трансамча: таб. 250 мг; инъекционный (в/в) раствор 250 мг в ампулах 5 мл).

Фактор свертывания крови VIII рекомбинантный, antihemophilic factor, recombinant;

(Иммунат: порошок для приготовления инъекционного раствора 250 МЕ, 500 МЕ и 1000 МЕ во флаконах).

Фактор свертывания крови IX человеческий, factor IX complex, human; (Иммунин: порошок для приготовления инъекционного раствора 200 МЕ и 600 МЕ во флаконах 5 мл, 1200 МЕ во флаконах 10 мл).

Антикоагулянты

Гепарин, heparin sodium: инъекционный (п/к, в/в) раствор 5000 ед в ампулах 0,25 мл; 1 мл; 5 мл.

Надропарин, nadroparin calcium; Фраксипарин: инъекционный раствор 2850 анти-Ха единиц в шприцах 0,3 мл, 5700 анти-Ха единиц в шприцах 0,6 мл, 9500 анти-Ха единиц в шприцах 1 мл).

Эноксапарин, enoxaparin; Клексан: инъекционный (п/к) раствор 20 мг в шприцах 0,2 мл, 40 мг в шприцах 0,4 мл, 60 мг в шприцах 0,6 мл, 80 мг в шприцах 0,8 мл и 100 мг в шприцах 1 мл).

Варфарин, warfarin; таб. – 2,5 мг.

Препараты железа

Мальтофер, maltofer; таб. 100 мг железа + 350 мкг фолиевой кислоты; капли (сироп) для приема внутрь во флаконе 30мл (1 мл = 50 мг железа).

Сорбифер дурулес, Sorbiferdurules; таб. 320 мг железа сульфата и 60 мг аскорбиновой кислоты.

Феррум лек, Ferrumlek: раствор в ампулах для в/мвведения в 1 амп. - 2 мл =100 мг; в/в 1 амп - 5 мл. =1 00мг.

Витамины, минералы

Вит. А; Вит. В1; Вит. В6; Вит. В12; Вит. D3; Вит. Е; Вит.К.

Аспаркам: таб. 175 мг + 175 мг; инъекционный раствор (в/в) в ампулах 10 мл.

Панангин: драже 140 мг + 158 мг; инъекционный раствор 400 мг + 452 мг в ампулах 10 мл.

Калия хлорид, potassium chloride.

Иммуностимулирующие средства

Ацикловир, aciclovir: таблетки 200 мг, 400 мг и 800 мг; порошок для приготовления инъекционного (в/в) раствора 250 мг

Рибавирин, ribavirin; Виразол: порошок для приготовления ингаляционного раствора 6 г во флаконах).

Иммуноглобулин для в/в введения, immune globulin, intravenous; Иммуноглобулин: порошок для приготовления инфузионного раствора 500 мг, 1 г, 3 г и 6 г во флаконах.

Интраглобин: инфузионный раствор 50 мг/мл в ампулах 10 мл, 20 мл, во флаконах 50 мл и 100 мл. Пентаглобин: инфузионный раствор 50 мг/мл в ампулах 10 мл, 20 мл, во флаконах 50 мл и 100 мл. Иммуноглобулин человека нормальный: инъекционный раствор в ампулах

Интерферон альфа-2а, interferon alfa-2a; (Роферон-А: инъекционный раствор 3 000 000 МЕ, 4 500 000 МЕ, 6 000 000 МЕ, 9 000 000 МЕ и 18 000 000 МЕ во флаконах 1 мл; инъекционный раствор 3 000 000 МЕ, 4 500 000 МЕ, 6 000 000 МЕ и 9 000 000 МЕ в шприц-тюбиках 0,5 мл; инъекционный раствор 18 000 000 МЕ во флаконах 3 мл.

Интерферон альфа-2b, interferon alfa-2b; п/к, в/м, в/в: (Интрон-А: порошок для приготовления инъекционного раствора 3 000 000 МЕ, 5 000 000 МЕ, 10 000 000 МЕ и 30 000 000 МЕ во флаконах. Реальдирон: порошок для приготовления инъекционного раствора 1 000 000 МЕ, 3 000 000 МЕ и 6 000 000 МЕ во флаконах и ампулах).

Интерферональфа-n3, interferon alfa-n3;

Интерферон бета-1а, interferon beta-1a: (Ребиф: порошок для приготовления инъекционного раствора 3 000 000 МЕ во флаконах).

Интерферонбета-1b, interferon beta-1b;

Интерферонгамма-1b, interferon gamma-1b;

Интерферон лейкоцитарный человеческий сухой; interferon alfa; (Interferonum leucocyticum humanum siccum: сухое вещество для приготовления раствора для интраназального применения – 1000 МЕ – 1мл).

Рибомунил (Ribomunyl): таб. 250 мкг №12; гранулят для приготовления раствора внутрь.

Нейролептики

Хлорпромазин, chlorpromazine; Аминазин: драже 50 мг и 100 мг; инъекционный (в/м, в/в) раствор 25 мг/мл в ампулах 1 мл и 2 мл.

Ситуационные задачи

Тема «Рахит»

Задача № 1

Ребёнку 9 месяцев. Последний месяц был на даче, получал воздушные ванны, достаточное время был на воздухе, не регулярно в питание добавлялись фрукты, овощи, мясо. В статусе имеются костно-мышечные изменения, характерные для рахита II степени тяжести. Мальчик только начал сидеть, опираться на ноги, самостоятельно ещё не стоит. Отчётливая деформация грудной клетки, в области дистальных отделов предплечья выраженные «рахитические браслеты», нижние конечности «О»-образно искривлены, плоскостопие. При дополнительном анамнезе выяснилось, что профилактика и лечение рахита не проводились. До 8 месяцев вскармливался преимущественно коровьим молоком, манной кашей.

Задание:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Какой период болезни более вероятен в данном случае? Почему? Какие дополнительные исследования позволят подтвердить это? Ожидаемые результаты.
3. Современное течение рахита.
4. Экзогенные факторы риска рахита.
5. Метаболизм витамина Д.
6. Каков генез «рахитических браслетов» и «О»-образного искривления конечностей?
7. Клинические проявления поражения мышечной системы при рахите.
8. Назначьте лечение. Проведите коррекцию питания.

Задача № 2

На профилактическом приёме у участкового врача ребёнок 9 месяцев. Масса тела 8900 гр, длина 71см. Большой родничок 1,5'1,5 см, края неподатливы. Зубов нет. При оценке нервно-психического развития выявлено отставание на 1 эпикризный срок моторных функций, умений и навыков. При осмотре обращало на себя внимание: кожные покровы бледные, значительно выступают лобные и теменные бугры («квадратная» голова), затылок уплощён. Грудная клетка: развёрнута нижняя апертура, на рёбрах «чётки», на запястьях «браслетки», мышечная гипотония. Живот увеличен в размерах, печень пальпируется на 3,5см из-под края рёберной дуги, отмечаются запоры. Из анамнеза: ребёнок родился в сентябре, раннее искусственное вскармливание, в питании преобладают молочно-крупяные блюда. Дважды болел ОРВИ. Вес при рождении 3300 гр, длина 50 см

Задание:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Какие дополнительные исследования можно провести для подтверждения диагноза, ожидаемые результаты.
3. Современные взгляды на витамин Д. Кальциемическая и внекальциемическая роль витамина Д.
4. Классификация рахита.
5. Морфологические изменения в костях при рахите.
6. Какие органы и системы (кроме костной) поражаются при рахите.
7. Современный подход к профилактике рахита.
8. Назначьте лечение. Современные препараты витамина Д. Проведите коррекцию питания.

Задача № 3

Ребёнку 7 месяцев, мальчик. Из анамнеза: семья социально неблагополучная, массаж, гимнастика, прогулки с ребёнком практически не проводятся. Находится на искусственном вскармливании, получает коровье молоко – 800 мл в сутки, манную кашу, белый хлеб, печенье. Объективно бледность кожных покровов, мышечная гипотония, выраженные костные изменения: «квадратная» голова, отчётливая деформация грудной клетки, в области дистальных отделов предплечья, выраженные «рахитические браслеты», на рёбрах – «чётки», при вдохе выявляется «гаррисонова борозда». Живот увеличен в объёме, гипотоничен, печень + 2 см из-под края рёберной дуги. Мальчик не сидит, плохо опирается на ножки, эмоционально лабилен, вяловат. Масса тела – 7,5 кг.

Задание:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Какой период болезни более вероятен в данном случае? Почему?
3. Регуляция фосфорно-кальциевого обмена.
4. Клинические проявления со стороны нервной системы при рахите.
5. Каков генез остеоидной гиперплазии.
6. Какие дополнительные исследования позволят подтвердить Ваш диагноз? Ожидаемые результаты.
7. Современный подход к профилактике рахита.
8. Назначьте лечение. Современные препараты витамина Д. Проведите коррекцию питания.

Тема «Анемия»

Задача № 1

Мальчик 6,5 месяцев, поступил в больницу с плохим аппетитом, недостаточной прибавкой массы тела, неустойчивым стулом. Ребенок от молодых здоровых родителей, от первой беременности, протекавшей с гестозом второй половины беременности. На 33-й неделе беременности мать перенесла ОРВИ, лекарственные препараты не принимала. Роды на 38-й неделе. Масса при рождении 3200 г, длина 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3 месяцев вскармливание искусственное, в питании использовались неадаптированные молочные смеси, в 3,5 месяца введена гречневая каша

на коровьем молоке. За 6,5 месяцев ребенок прибавил в массе 4300 г. В возрасте 6 месяцев лечился по поводу стоматита, дважды (4, 5 месяцев) перенес респираторную инфекцию, лечился амбулаторно. При поступлении в стационар состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 7200 г, длина 67 см. Мальчик вялый, иногда беспокоен. Температура тела нормальная. Кожные покровы сухие, бледные. Мышечный тонус снижен. Большой родничок 2x2 см со слегка податливыми краями. Затылок уплощен. Выражены теменные и лобные бугры, реберные "четки". В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Над верхушкой сердца систолический шум с музыкальным оттенком, за пределы сердца не проводится. Живот увеличен в объеме, мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка - на 0,5 см. Стул не устойчивый от 3 до 5 раз в сутки. Отстает в нервно-психическом развитии, не сидит.

Общий анализ крови: Нв - 99 г/л, Эр - $3,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $8,1 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с - 49%, л - 44%, э - 1%, м - 2%, СОЭ - 9 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность - 1015, лейкоциты - 1-2 в п/з, эритроциты - нет.

Задание

1. Клинический диагноз на момент осмотра? Его обоснование.
2. Факторы риска и возможные причины патологических состояний у ребенка?
3. Какова ежедневная физиологическая потребность детского организма в железе?
4. Основные железосодержащие субстраты организма и их функции.
5. Компоненты пищи, влияющие на феррабсорбцию в кишечнике.
6. Последствия дефицита железа.
7. Антенатальная профилактика анемии и рахита.
8. Назначьте лечение железодефицитной анемии. Проведите коррекцию питания.

Задача № 2

В отделение поступила Вера Ш. 7 месяцев с жалобами на вялость, снижение аппетита, выраженную бледность. Из анамнеза выяснено, что девочка родилась от первой беременности, осложнившейся сочетанным гестозом второй половины, экстрагенитальной патологией у матери (хронический гастродуоденит, хронический холецистит), от преждевременных родов (при сроке гестации 34 недели), осложнившихся преждевременной отслойкой плаценты, кровотечением. Масса тела - 2200 г, длина - 45 см. С рождения находится на искусственном вскармливании. В возрасте 15 дней заболела ОРВИ, осложнившейся пневмонией. В возрасте двух месяцев выписана домой с массой 2500 г, длиной 46 см. Вскармливалась смесью "Малютка 1". Прикорм с 5 месяцев - манная каша на коровьем молоке, в 5,5 месяцев - фруктовое пюре, овощное пюре - в 6 месяцев, мясной вид прикорма не получала. Семья состоит из трех человек, общий доход - ниже минимального прожиточного уровня.

При осмотре: состояние тяжелое, вялость, адинамия, заторможенность. Кожа резко бледная, с восковым оттенком, эластичность ее снижена. Слизистые бледные, сухие. В углах рта - заеды. Истончение и слоистость ногтей, волосы тусклые, участки алопеции (отсутствие волос). Язык лакированный, лишен нитевидных и грибовидных сосочков на

всем протяжении. Тургор тканей и тонус мышц снижены. Тахикардия - до 150 в 1 минуту, систолический шум на верхушке, хлопающий I тон. Живот увеличен в объеме, мягкий. Печень выступает на 4 см из-под реберной дуги, край ее эластичной консистенции. Стул - со склонностью к запорам. Масса 7000 г, длина 60 см.

Задание:

1. Напишите предположительный диагноз, обоснуйте его.
2. Соответствующий общий и биохимический анализ крови.
3. Назовите факторы риска развития заболевания.
4. Критерии диагностики латентного дефицита железа.
5. Принципы диетотерапии при анемии. Назовите группы продуктов в зависимости от содержания в них железа.
6. Принципы ферротерапии (препараты, пути введения, курс лечения, эффективность лечения. Дозы в зависимости от тяжести и возраста).
7. Назначить лечение ребенку.
8. Оценить физическое развитие ребенка.

Задача № 3

К участковому педиатру обратились с Надей К. 6 месяцев с жалобами на бледность, вялость, снижение аппетита. 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, гестозом I и II половины. Во время беременности мать перенесла пневмонию (23 недели), анемию (34 недели). Работает на производстве, где имеются химические красители. Первые три беременности закончились искусственным прерыванием, четвертая - срочными родами. Период новорожденности протекал без особенностей. На грудном вскармливании девочка находилась до 1 месяца, после чего переведена на искусственное, введена смесь «Нестожен1». Введен прикорм с гречневой каши собственного приготовления в 4 месяца. Фруктовые соки и пюре введены в 4,5 месяца, давались нерегулярно. Овощные блюда не вводились. Со слов мамы, в настоящее время ребенок получает адаптированную молочную смесь и кефир с молочной кухни. 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.

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. Обнаружены участки гиперпигментации кожи в области шеи. 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. Тоны сердца учащены, 150 в 1 минуту. Систолический шум на верхушке. Живот несколько увеличен в объеме, мягкий. Печень выступает из-под реберной дуги на 4 см, край мягко-эластичной консистенции. Селезенка пальпируется на уровне 3 см из-под края реберной дуги. Стул неустойчивый.

Задание:

1. Предположительный диагноз. Обоснование диагноза. Напишите соответствующий общий и биохимический анализы крови.
2. Антенатальные причины ЖДА.
3. Депо железа в организме, показатели запасов железа в организме.
4. Показания к госпитализации при ЖДА.
5. Лабораторные критерии диагностики ЖДА.
6. Принципы диетотерапии. Выпишите диету ребенку.
7. Длительность лечения препаратами железа. Критерии эффективности лечения.
8. Назначить лечение ребенку.

Тема «Атопический дерматит»

Задача №1

На прием к врачу обратилась мать с ребенком четырех месяцев, у которого имелись высыпания на коже щек, сопровождающиеся зудом, повышенная возбудимость - плаксивость, нарушение сна. Клиническая симптоматика с 2,5 месяцев, рецидивирующая до настоящего времени с тенденцией к прогрессированию и распространенностью кожного процесса. Из анамнеза известно: Ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне токсикоза первого триместра, угрозы прерывания во втором триместре. Вес при рождении 3330 гр, длина - 52 см. Закричала сразу, реанимационные мероприятия в родовом зале не проводились. К груди приложена в первые сутки, сосала удовлетворительно. На грудном вскармливании до 2-х месяцев, далее переведена на искусственное вскармливание адаптированными молочными смесями -Similac Premium 1. Вакцинация по календарю, поствакцинальные реакции и осложнения не отмечались. Пищевая аллергия - четко не определяется. Лекарственная аллергия - отрицает. Кровь, плазму не переливали, оперативные вмешательства не проводились. Наследственность по аллергическим заболеваниям отягощена по линии матери - у мамы поллиноз, бронхиальная астма. ЖБУ: дом влажно, участки черной плесени в детской комнате, ковры, цветы, домашние животные - кошка, постель - синтетика.

Локальный статус: Кожа щек эритематозна, слегка отечна. Границы эритемы не четкие, имеются множественные мелкие папулы, везикулы, эрозии, из которых на поверхность выступают небольшие капли серозного экссудата; на правой щеке - корочки и чешуйки. В ягодичной области яркая гиперемия с участками мокнущая; выраженная себорейная корочка.

Задание:

1. Предположительный диагноз, обоснование
2. Анатомо-физиологические особенности кожи младенцев и детей грудного возраста
3. Концепция трех «Ом»
4. Причины возникновения данного патологического состояния
5. Иммунопатогенез атопического дерматита (филаггрин и его роль в развитии заболевания)
6. Классификация атопического дерматита
7. Критерии диагностики (большие, малые)
8. Терапия острого периода

Задача №2

Во время профилактического осмотра девочки Маши К., 5 месяцев, участковый педиатр обратил внимание на сухость кожи, «молочный струп» на щеках, «географический» язык, избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки, увеличение периферических лимфатических узлов до 1-2 порядка, неустойчивый стул. Масса тела – 8,5 кг, длина – 63 см. Из анамнеза: ребёнок находится на смешанном вскармливании. Мама диету не соблюдает, много пьёт коровьего молока, любит мучное и сладкое. Девочка получает грудного молока за сутки – 400 мл, остальное в виде докорма адаптированной молочной смесью «Малютка». Введён 1 прикорм (манная каша на молоке). В 3 месяца диагностирован дисбактериоз кишечника. В 4 месяца перенесла обструктивный бронхит, в терапии – антибактериальные препараты (ампициллин, в/м), на фоне лечения отмечалось покраснение щёк, ягодич, ухудшение характера стула. На рентгенограмме – тимомегалия. У отца – бронхиальная астма.

Задание:

1. О какой патологии следует думать? Сформулируйте диагноз. Обоснуйте его
2. Лабораторные методы исследования, подтверждающие Ваш диагноз
3. Назовите факторы, усугубляющие действие триггеров при атопическом дерматите
4. Понятие атопии, атопического марша, атопического дерматита
5. Назовите большую восьмерку пищевых аллергенов
6. Принципы диетотерапии при атопическом дерматите. Выбор основного продукта питания при атопическом дерматите
7. Сопутствующие (коморбидные) заболевания атопического дерматита
8. Назначьте лечение ребёнку с учётом клинической симптоматики

Задача №3

Мальчик Б., 6 месяцев, поступил в стационар с направляющим диагнозом: детская экзема. Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 2950 г, длина - 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложен в родильном зале, сосал удовлетворительно. На естественном вскармливании до 2,5 месяцев, затем переведен на искусственное вскармливание в связи с гипогалактией у матери. Анамнез заболевания: после перевода на искусственное вскармливание (смесь "Нутрилон 1") у мальчика на коже щек появились участки покраснения с элементами микровезикул, которые в дальнейшем подвергались мокнутию с образованием зудящих корочек. В возрасте 3 месяцев на волосистой части головы появились диффузные серовато-желтые чешуйки. С 4-месячного возраста проводилась частая смена молочных смесей ("Фрисолак". "Энфамил", "Симилак", "Хумана", "НАН" и т.д.), на фоне чего кожные проявления усиливались, вовлекая в процесс лицо, верхние и нижние конечности, туловище. В дальнейшем в процесс вовлекалась кожа разгибательных поверхностей рук и ног, область ягодич. Применение наружных медикаментозных средств ("болтушки", кремы, мази, травяные ванны) и антигистаминных препаратов давали кратковременный эффект. В 5,5 месяцев введен прикорм – рисовая каша на молоке, после чего отмечалось выраженное беспокойство, появился разжиженный стул со слизью и неперевавшими комочками, иногда с прожилками крови. Ребенок в последнее время практически не спит. Для обследования и лечения ребенок был направлен в стационар. Семейный анамнез: мать - 29 лет, страдает экземой; отец - 31 год, страдает поллинозом.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко беспокоен. На волосистой части головы выражены проявления себорейного шелушения в виде "чепчика". Кожные покровы практически повсеместно (за исключением спины) покрыты мокнущими эритематозными везикулами, местами покрыты корочками. За ушами, в области шейных складок, в локтевых и подколенных сгибах, на мошонке и в промежности отмечаются участки с мокнутием и крупнопластинчатым шелушением. Пальпируются периферические лимфатические узлы до 0,5 см в диаметре, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС - 114 уд/мин. Живот несколько вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах; урчание по ходу кишечника. Печень +3,0 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул разжиженный, желто-зеленого цвета, с непереваренными комочками и слизью.

Общий анализ крови: НЬ - 104 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,8, Лейк - $11,2 \times 10^9$ /л, п/я - 7%, с - 33%, э - 9%, л - 41%, м - 10%, СОЭ - 12 мм/час;

IgE общий - 830 МЕ/л; IgE специфические - высокая сенсibilизация к пищевым аллергенам (положительно: молоко, бета-лактоглобулин, казеин).

Задание:

1. Согласны ли Вы с направляющим диагнозом? Ваш клинический диагноз и его обоснование
2. Перечислите факторы риска, способствующие реализации заболевания у данного больного
3. Перечислите бытовые факторы риска атопического дерматита
4. Каким механизмам отводится ключевая роль в развитии атопических заболеваний
5. Критерии степени тяжести атопического дерматита
6. Принципы диетотерапии при аллергодерматозах. Назовите пищевые продукты этиологически значимые для детей 1-го года жизни при атопическом дерматите
7. Прогноз и неблагоприятные факторы прогноза атопического дерматита, понятие атопического марша
8. Назначьте лечение ребенку

Тема «Пневмония у детей»

Задача №1

Мальчик 5 месяцев, родился с массой 3200 г, длиной 50 см. С 1,5 месяцев на искусственном вскармливании. Болен 1 неделю. Появились вялость, отказ от еды, покашливание, выделения из носа, повышение температуры тела до 37,5°C. На фоне лечения на дому (капли в нос, горчичники на грудную клетку, отхаркивающая микстура) состояние несколько улучшилось, но с 7-го дня болезни вновь ухудшение в виде усиления кашля, появления цианоза носогубного треугольника, "мраморности" кожных покровов, одышки. Назначен ампициллин. Состояние не улучшалось. Ребенка госпитализировали.

При поступлении в больницу масса тела 6000 г, рост 62 см. Температура тела 37,9°C. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком. Акроцианоз, "мраморный" рисунок кожи. Частота дыхания 64 в 1 минуту. Дыхание аритмичное, отмечается втяжение межреберных промежутков на вдохе. Перкуторно: над легкими звук с коробочным оттенком. Аускультативно: жесткое дыхание, при глубоком вдохе с обеих сторон, но больше справа, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 120 уд/мин. Живот мягкий, распластан, выражена "гаррисонова" борозда. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, со слизью.

Общий анализ крови: Hb - 100 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $13,6 \times 10^9$ /л, п/я - 10%, с - 58%, л - 22%, м - 10%, СОЭ - 18 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 50,0 мл, относительная плотность - 1,010, слизи - нет, эпителия - нет, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, холестерин - 6,2 ммоль/л, щелочная фосфатаза - 900 ммоль/л (норма - 220-820), кальций - 2,3 ммоль/л, фосфор - 1,1 ммоль/л.

Задание

1. Ваш предварительный диагноз? Его обоснование.
2. Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза.
3. Классификация пневмоний.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз
5. Понятие о внутрибольничных пневмониях.
6. Легочные осложнения пневмонии
7. Особенности деструктивных пневмоний.
8. Назначьте больному лечение.

Задача №2

Ребенок 3 лет, заболел после переохлаждения остро, отмечался подъем температуры до 39,0°C, появился сухой болезненный кашель, головная боль. Ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, первых преждевременных родов. В периоде новорожденности - синдром дыхательных расстройств. Находился на искусственном вскармливании с рождения. На первом году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующие годы ребенок болел ОРВИ 4-5 раз в год, перенес лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Страдает поливалентной (пищевой, лекарственной) аллергией. Привит по возрасту, реакций на прививки не было.

При осмотре на дому: состояние тяжелое, жалобы на головную боль, сухой кашель. Кожные покровы бледные, с "мраморным" рисунком. Слизистые чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание хрипящее. ЧД - 62 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, шумов нет, ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Нв - 105 г/л, Эр – 3,5x10¹²/л, ЦП – 0,9, Лейк – 18,6x10⁹/л, п/я - 10%, с -57%, э - 1%, л - 23%, м - 9%, СОЭ - 28 мм/час.

Рентгенография органов грудной клетки: отмечается интенсивное затемнение в области VIII и IX сегментов правого легкого.

Задание

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Каков патогенез заболевания.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Какие могут быть легочные осложнения данного заболевания? Критерии диагностики и лечения лёгочных осложнений.
5. Понятие и критерии диагностики атипичных пневмоний.
6. Оценка эффективности антибиотикотерапии при пневмонии.
7. Можно ли лечить ребенка в амбулаторных условиях? В каких случаях возможно лечение пневмонии на дому?
8. Назначьте лечение ребенку.

Задача №3

Мальчик М., 1 года 1 месяца, поступает в стационар с жалобами матери на ухудшение состояния ребенка, вялость, отказ от еды, повышение температуры тела до 38,8°C, влажный кашель. Из анамнеза известно, что ребенок заболел 7 дней назад, когда впервые появились вялость, беспокойный сон, снижение аппетита. Одновременно появились 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.

При осмотре дома обращали на себя внимание следующие симптомы: бледность кожи, периоральный цианоз, возникающий при плаче, раздувание крыльев носа в момент кормления, одышка до 60 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно над легкими определяется ко-робочный оттенок перкуторного звука, в межлопаточной области слева - участок притупления, там же и книзу от угла лопатки выслушиваются мелкопузырчатые влажные и крепитирующие хрипы. Над остальными участками легких выслушивается жесткое дыхание. ЧСС - 120 уд/мин.

Общий анализ крови: гематокрит - 49% (норма - 31-47%), Нв - 112 г/л. Эр – 3,8x10¹²/л, Ц.п. - 0,8, Лейк – 12,8x10⁹/л, п/я - 4%, с - 52%, э - 1%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 17 мм/час,

Биохимический анализ крови: 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 40), АСТ -19 ЕД/л (норма - до 40).

Рентгенограмма грудной клетки: выявляются очаговые инфильтративные тени в левом легком. Усиление сосудистого рисунка легких.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Обоснуйте его.
2. Каковы наиболее вероятные этиологические факторы в развитии болезни у данного ребенка?
3. Проведите дифференциальный диагноз с другими заболеваниями.
4. Внелёгочные осложнения пневмоний. Критерии диагностики инфекционно-токсического шока.
5. Организация «стационара на дому» при лечении острой пневмонии.
6. Принципы антибактериальной терапии внутрибольничных пневмоний.
7. Назначьте лечение ребёнку.
8. Диспансерное наблюдение в поликлинике после перенесенной пневмонии.

Тема «Функциональные расстройства пищеварения»

Задача №1

К участковому педиатру обратилась мама с ребенком в возрасте 2 месяцев. Из анамнеза известно, что мальчик от молодых здоровых родителей. Беременность первая, протекала с легким гестозом в 1 триместре, роды самостоятельные на 40 неделе. Масса при рождении 3550 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/9. К груди приложен в родовом зале, на грудном вскармливании до 1 месяца, далее в связи с гипогалактией у матери переведена на «НАН 1». В весе прибывает достаточно. До 3 недель жалоб не предъявляла. С 3 недельного возраста стали возникать эпизоды раздраженности, возбуждения, имеющие тенденцию к нарастанию, характеризующиеся внезапным началом и тенденцией к усилению в вечерние и ночные часы. Подобные эпизоды продолжаются 4 – 5 часов в сутки, практически каждый день.

Объективно: При осмотре состояние ребенка удовлетворительное. Не беспокоится. Улыбается. Ребенок правильного телосложения, умеренного питания. Подкожно-жировой слой развит достаточно, распределен равномерно. Костная система без видимых деформаций. Большой родничок 2x2 см. выполнен, не выбухает. Кожные покровы, видимые слизистые бледно-розовые, чистые. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД - 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, пульс 128 уд/мин. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 1,5 см, мягкая, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул практически после каждого кормления, желтый, кашицей.

Задание.

1. Диагноз и его обоснование. Критерии диагностики данной патологии согласно Римским критериям IV. Что такое правило «трех»?
2. Дайте определение функциональным нарушениям пищеварения.
3. Классификация функциональных нарушений пищеварения у новорожденных и детей раннего возраста.
4. Каковы основные причины функциональных нарушений пищеварения у детей раннего возраста.
5. Дайте определение младенческим кишечным коликам.
6. Современный взгляд на причины формирования колик.
7. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
8. Современный подход к коррекции колик (поведенческий компонент; диетическая коррекция – детям находящимся на грудном вскармливании, подход к выбору смеси

детям на искусственном вскармливании; фармакологическая коррекция – группы препаратов).

Задача №2

На приеме у педиатра мама с ребенком в возрасте 2 лет с жалобами на нерегулярный стул. Из анамнеза известно, что мальчик от молодых здоровых родителей. Беременность первая, протекала без особенностей. Роды срочные на 39 неделе. Масса при рождении 3700 г, длина 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/10. К груди приложен на первые сутки, на грудном вскармливании до 1 года 5 месяцев, прикормы введены по возрасту. В настоящее время в диете большое количество углеводистой пищи (макароны, печенье), ребенок не любит овощи и фрукты, кушает их нерегулярно, жидкость пьет мало. В весе прибывает достаточно. В 1,5 года ребенок начал посещать ДДУ. Последние 2 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 пальпируется. Стул последний раз 3 дня назад.

Задание.

1. Диагноз и его обоснование. Критерии диагностики данной патологии согласно Римским критериям IV.
2. Дайте определение функциональным нарушениям пищеварения.
3. Классификация функциональных нарушений пищеварения у новорожденных и детей раннего возраста.
4. Каковы основные причины функциональных нарушений пищеварения у детей раннего возраста?
5. Какова нормальная частота дефекации у детей раннего возраста?
6. Назовите наиболее частые причины формирования функциональных запоров у детей раннего возраста.
7. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз функционального запора?
8. Современный подход к коррекции функционального запора - особенности режима дефекации, образа жизни, диетологической коррекции, медикаментозное лечение.

Тема «Бронхиальная астма»

Задача №1

Вызов на дом к больному А., 16 лет, страдающего бронхиальной астмой. Жалобы на острую нехватку воздуха, сухой кашель, слабость, головную боль, боли в сердце, сердцебиение. Приступ удушья развился около трех часов назад, не купируется многократными ингаляциями беротека, состояние ухудшается.

Объективно: общее состояние тяжелое, кожа бледная с цианотическим оттенком верхней половины туловища. Говорит отдельными словами; сидит, опершись руками на спинку стула; дистанционные свистящие хрипы. Грудная клетка вздута, бочкообразной формы,

межреберные про-межутки расширены, вспомогательная мускулатура участвует в акте дыха-ния. ЧДД 30 в минуту. В легких на всем протяжении сухие свистящие хри-пы. Пульс 112 в минуту, ритмичный. Тоны сердца глухие. АД 140/90 мм рт. ст.

Базисную терапию на протяжении последнего года не получал, приступы до ежедневных купировал ингаляциями бронхолитиков.

Задание:

1. Ваш диагноз? Обоснование диагноза
2. Определение понятия анафилактический статус
3. Этиология : внутренние и внешние факторы
4. Критерии степени тяжести БА
5. Характеристика групп препаратов для неотложной терапии
6. Препараты базисной терапии
7. Назначьте лечение и обоснуйте его

Тема «Острая ревматическая лихорадка»

Задача №1

Мальчик И., 11 лет. Из анамнеза известно, что 2,5 месяца назад он перенес скарлатину (типичная форма, средней степени тяжести). Получал антибактериальную терапию. Через месяц был выписан в школу. Тогда же стали отмечать изменения почерка, мальчик стал неусидчивым, снизилась успеваемость в школе, появилась плаксивость. Вскоре мама стала замечать у мальчика подергивания лицевой мускулатуры, неточность движений при одевании и во время еды. Периодически повышалась температура до субфебрильных цифр, катаральных явлений не было. Обратились к врачу, был сделан анализ крови, в котором не выявлено изменений. Был поставлен диагноз: грипп, астенический синдром. Получал амоксициллин в течение 7 дней без эффекта. Неврологические расстройства нарастали: усилились проявления гримасничанья, мальчик не мог самостоятельно одеться, иногда требовалась помощь при еде, сохранялась плаксивость и раздражительность, в связи с чем больной был госпитализирован.

При поступлении состояние тяжелое. Мальчик плаксив, раздражителен, быстро устает, отмечается скандированность речи, неточное выполнение координационных проб, мышечная гипотония, гримасничанье. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - III ребро, левая - по среднеключичной линии. Тоны сердца умеренно ясные. Живот мягкий, доступен глубокой паль-пации, печень и селезенка не увеличены. ЧСС -74 в покое ЧД -18 в мин. АД- 110/70 мм рт.ст

Общий анализ крови: НЬ - 120 г/л. Эр - $4,5 \times 10^{12}/л$, Лейк - $4,5 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с - 46%, э - 2%, л - 48%, м - 2%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1018, белок - нет, лейкоциты -2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

ЭКГ и ЭхоКГ - в пределах возрастной нормы

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз по классификации.

2. Определение нозологической единицы. Классификация и критерии диагностики.
3. Преимущественно в каком возрастном периоде дебютирует заболевание.
4. Особенности течения заболевания в современных условиях.
5. Принципы терапии заболевания. Составьте план лечения больного.
6. Первичная, вторичная и третичная профилактика данного заболевания.

Тема «Сахарный диабет»

Задача №1

Мальчик, 6 лет, болен около 3-4 недель. Родители обратили внимание на жажду, частые обильные мочеиспускания, отмечался энурез. Несмотря на хороший аппетит, ребенок похудел на 3 кг.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от 1-й физиологически протекавшей беременности, срочных родов. Перенесенные заболевания: острые респираторные инфекции 1 – 2 раза в год, краснуха в 5 лет. Семейный анамнез: у бабушки по линии матери сахарный диабет 2-го типа.

При поступлении состояние средней тяжести, сознание ясное. Отмечается сухость кожи, снижение тургора тканей. Одышки нет, ЧД - 23 в минуту, в легких дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС - 94 в минуту, АД 95/55 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает на 1,5 см из-под края реберной дуги. Явления баланита. Рефлексы физиологические.

Глюкоза крови при поступлении – 15 ммоль/л

Анализ мочи: глюкоза — 3%, ацетон — отрицательный.

Задание:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией. Обоснуйте фазу болезни.
2. Какие симптомы позволили заподозрить данное заболевание?
3. Каковы критерии лабораторной диагностики заболевания?
4. Назовите принципы лечения данного заболевания.
5. Каковы принципы диетотерапии при данном заболевании? Что входит в понятие «хлебная единица»?

Тема «Патология щитовидной железы»

Задача №1

12-летний мальчик направлен к педиатру в связи с трудностями в концентрации внимания, снижением школьной успеваемости. Согласно записи педиатра, мальчик потерял в весе со времени своего предыдущего посещения 6 месяцами ранее около 2,5 кг.

При осмотре: Рост - 150 см, М - 30 кг, астенического телосложения, кожные покровы теплые влажные. Тоны сердца ритмичные, громкие; систолический шум на верхушке, в точке Боткина. ЧСС - 110 ударов в минуту. АД - 130/50 мм рт.ст. Щитовидная железа заметна при осмотре, деформирует переднюю поверхность шеи. При пальпации: увеличены обе доли и перешеек, щитовидная железа диффузной мягко-эластичной консистенции. В позе Ромберга - мелкоамплитудный тремор пальцев рук.

Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Пубертатная формула: A0, P1, L0, F0, V0.

Задание:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Перечислить типичные клинические и лабораторные признаки заболевания.

3. Составить план обследования.
4. Дифференциальный диагноз
5. Терапевтическая тактика

Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета (пример)

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены незначительные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	Средний/высокий

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для экзамена (пример)

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительный	удовлетворительный	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительн о	удовлетворительн о	хорошо	отлично
			несколько негрубых ошибок	
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными незначительными недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции и в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительн о	удовлетворительн о	хорошо	отлично
			профессиональным задачам	
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Полный комплект оценочных средств для дисциплины представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – (<https://sdo.pimunn.net/>)