

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ ПЕДИАТРИЯ

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

Кафедра **ПЕДИАТРИИ ИМЕНИ Ф.Д. АГАФОНОВОЙ**

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:

I. Оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе

1. Оказание неотложной и экстренной помощи в амбулаторных условиях
2. Нормативные документы
3. Организация кабинета (отделения) неотложной помощи поликлиники
4. Базовая и расширенная сердечно-легочная реанимация
5. Экстренная помощь при анафилактическом шоке
6. Дыхательная недостаточность у детей: инородные тела дыхательных путей, стенозирующий ларинготрахеит, эпиглоттит, брохообструктивный синдром
7. Диагностика, дифференциальная диагностика дых.недостаточности
8. Оказание помощи на догоспитальном этапе (удаление инородных тел, кислородотерапия, ингаляционная терапия)
9. Неотложная помощь при анафилаксии, термических поражениях, укусах насекомых и др.
10. Оказание экстренной помощи при отравлениях. Диагностика, дифференциальная диагностика. Наиболее частые отравления у детей. Удаление невсосавшегося яда, антидоты, стартовая инфузионная терапия, симптоматическая терапия
11. Неотложная помощь при инфекционной патологии у детей: лихорадка, судороги, эксикоз, поражение электролитом, ожоги, обморожения.

II. Предмет и задачи поликлинической педиатрии. Профилактическая работа участкового врача

1. Организация работы детской поликлиники. Основные цели и задачи. Функции детской поликлиники. Этапы в организации работы детской поликлиники. Принципы преемственности. Структура и штаты.
2. Основные направления работы участкового врача – профилактическая, противоэпидемическая, диагностическая, лечебная, диспансерная, реабилитационная, оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе.
3. Инновационные формы работы в здравоохранении. Бережливое производство в здравоохранении. Бережливая поликлиника- методы, подходы и эффективные инструменты, направленные на устранение потерь и оптимизацию процессов.
4. Что такое 5 С? Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в поликлинике.
5. Комплексная оценка состояния здоровья детей и подростков. Группы здоровья.
6. Организация и формы диспансерного наблюдения детей раннего возраста. Пгруппа здоровья.
7. Роль участкового врача в поощрении грудного вскармливания. Преимущества естественного вскармливания. Десять этапов успешного внедрения практики грудного вскармливания. Правильная техника грудного вскармливания
- 8.Современные позиции на проблему искусственного вскармливания. Отдаленные последствия питания неадаптированными молочными продуктами в грудном возрасте. Теория программирования. Правила введения прикормов. Национальная программа по

питанию. Современные требования к введению прикорма. Организация питания детей старше года.

9. Антенатальная охрана плода и новорожденного. Дородовые патронажи. Патронаж новорожденного ребенка. Наблюдение и уход за новорожденными детьми в условиях поликлиники. Группы риска новорожденных.

10. Диспансеризация и реабилитация недоношенных и новорожденных детей из группы риска на педиатрическом участке.

11. Организация лечебно-диагностической помощи при патологии органов дыхания на дому и в условиях поликлиники. Реабилитация. Диспансеризация.

III. Профилактическая работа участкового врача

1. Антенатальная охрана плода и новорожденного. Дородовые патронажи. Патронаж новорожденного ребенка.

2. Наблюдение и уход за новорожденными детьми в условиях поликлиники. Группы риска новорожденных

3. Недоношенные дети. Клинические характеристики недоношенных детей. Принципы вскармливания недоношенных детей.

4. Особенности амбулаторного наблюдения за детьми, родившимися недоношенными в условиях детской поликлиники.

5. Диспансеризация и реабилитация недоношенных и новорожденных детей из группы риска на педиатрическом участке

6. Организация лечебно-диагностической помощи при патологии органов дыхания на дому и в условиях поликлиники. Реабилитация. Диспансеризация.

7. Организация диспансерного наблюдения за детьми первой и второй группы здоровья. Методика проведения профилактических осмотров.

8. Профилактика алиментарно-зависимых заболеваний и ФГИР (рахит, анемия, болезни нарушения питания)

IV. Лечебно-диагностическая работа участкового врача. Диспансеризация детей с хроническими заболеваниями. Реабилитация.

1. Проблемы медицинской адаптации в педиатрии. Адаптационный синдром. Особенности клинических проявлений дезадаптации в различные возрастные периоды. .

2. Медицинское сопровождение дошкольников. Подготовка ребенка к поступлению в дошкольное образовательное учреждение

3. Медицинское сопровождение дошкольников. Подготовка ребенка к поступлению в школу. Определение готовности ребенка к обучению в школе

4. Морфофункциональные особенности детей подросткового возраста. Состояние здоровья подростков. Комплексная оценка состояния здоровья детей школьного возраста и подростков.

5. Организация профилактических осмотров и диспансеризация детей и подростков с хронической патологией в организованных коллективах.

6. Диспансеризация детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ОРЛ, кардиты, артриты) Ранняя диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Показания к госпитализации. Реабилитация. Диспансеризация в условиях детской поликлиники.
7. Диспансеризация детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (врожденные и приобретенные пороки) . Ранняя диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Показания к госпитализации. Реабилитация. Диспансеризация в условиях детской поликлиники.
8. Аллергическая реактивность. Причины формирования аллергической реактивности. Диспансерное наблюдение за детьми с бронхиальной астмой.
9. Диспансеризация детей с кислотозависимыми заболеваниями. Ранняя диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Показания к госпитализации. Реабилитация. Диспансеризация в условиях детской поликлиники.
- Диспансеризация детей с заболеваниями билиарного тракта. Ранняя диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Показания к госпитализации. Реабилитация. Диспансеризация в условиях детской поликлиники.
- 10 Диспансеризация детей с заболеваниями почек у детей. Ранняя диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Показания к госпитализации. Реабилитация. Диспансеризация в условиях детской поликлиники.
11. Диспансеризация детей с заболеваниями крови и геморрагическими диатезами. Ранняя диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Показания к госпитализации. Реабилитация. Диспансеризация в условиях детской поликлиники.
- 12..Диспансеризация детей с эндокринными заболеваниями . Ранняя диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Показания к госпитализации. Реабилитация. Диспансеризация в условиях детской поликлиники.
13. Проблемы длительного субфебрилитета у детей

Перечень вопросов к зачету:

1. Критерии комплексной оценки здоровья и их интерпретация
2. Оценка особенностей онтогенеза. Определение отягощенности и группы риска
3. Оценка физического развития (центильные таблицы и шкалы). Определение уровня и гармоничное физического развития. Группы физического развития. Понятие о соматотипах
4. Критерий оценки уровня нервно-психического развития у ребенка 1года жизни. Линии развития. Группы нервно-психического развития. Оценка поведения ребенка
5. Группы здоровья и их определение . Форма №30/у
6. Группы риска новорожденных детей, особенности диспансерного наблюдения за детьми из групп риска
7. Прикорм . Цели и задачи. Правила введения . Блюда и продукты прикорма
8. Преимущества грудного вскармливания. Принципы организации грудного вскармливания

9. Искусственное вскармливание. Принципы организации искусственного вскармливания . классификация заменителей молока
10. Подготовка ребенка к поступлению в дошкольное образовательное учреждение . медицинская карта 026/у – 2000
11. Критерий готовности ребенка к обучению в школе. Подготовка ребенка к поступлению в школу
12. Адаптация и дезадаптация. Ведение ребенка в период адаптации к дошкольному образовательному учреждению. Классификация степени тяжести дезадаптации ребенка к дошкольному учреждению. Критерии законченной адаптации
13. Адаптация детей к обучению в школе. Критерии адаптации ребенка к школе
14. Наблюдение и уход за новорожденным на педиатрическом участке
15. Недоношенный ребенок. Особенности ухода за недоношенным ребенком на педиатрическом участке
16. Физическое воспитание детей
17. Нервно-психическое воспитание детей (умственное, нравственное, эстетическое)
18. Календарь профилактических прививок . учетная форма 63/у . Нормальный вакцинальный процесс. Нежелательные явления в поствакцинальном периоде
19. Организация работы кабинета иммунопрофилактики. Холодовая цепь. Документация, показания и противопоказания к вакцинации. Профилактика поствакцинальных осложнений
20. Профилактика и лечение анемии у детей раннего возраста. Особенности анемии недоношенных . Диспансеризация детей с анемией
21. Профилактика и лечение рахита. Диспансеризация детей с рахитом на участке
22. Профилактика и лечение недостаточности питания I степени. Диспансеризация детей с недостаточностью питания
23. Цель и задачи проведения дородовых патронажей
24. Первичный патронаж новорожденных .Правила оформления первичной документации
25. Профилактика и лечение атопического дерматита на педиатрическом участке
26. Небулайзерная терапия в педиатрии
27. Средства доставки препаратов базисной терапии БА
28. Терапия легкого приступа БА у ребенка
29. Терапия среднетяжелого приступа БА у ребенка
30. Лечение обструктивного бронхита у ребенка
31. Бронхиолит. Диагностика. Мероприятия по оказанию неотложно помощи у ребенка
32. Лечение обструктивного ларинготрхеита I степени на участке.

33. Тактика введения ребенка со стенозирующим ларинготрахеитом участковым педиатром
34. Тактика введения ребенка участковым врачом с эпиглоттитом
35. Неотложная помощь при инородном теле в бронхе.
36. Неотложная помощь при инородном теле в гортани.
37. Техника постановки очистительной клизмы ребенку
38. Техника промывания желудка при отравлении ребенку
39. Жаропонижающие препараты в практике участкового педиатра. Техника и длительность назначения этих препаратов
40. Гипертермия. Лечение розовой лихорадки. Особенности лечения бледной лихорадки
41. Гипертермия. Особенности лечения бледной лихорадки
42. Виды термометров. Техника измерения температуры у детей раннего и старшего возраста. Регистрация температуры
43. Техника оксигенотерапии . Виды и степени дыхательной недостаточности.
44. Техника непрямого массажа сердца у ребенка
45. Искусственная вентиляция легких, методика его проведения
46. Оказание неотложной помощи при судорожном синдроме
47. Клиника и неотложная терапия анафилактического шока, развившегося при введении вакцины
48. Клиника и лечение гипогликемической комы в практике участкового педиатра
49. Клиника и лечение кетоацидоза
50. Приступ суправентрикулярной тахикардии в практике участкового педиатра
51. Метод оральной регидратации в практике участкового педиатра
52. Основные нормативные документы, регламентирующие оказание медицинской помощи детям
53. Основные принципы охраны здоровья граждан Российской Федерации, изложенные в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в российской федерации» от
54. «Порядок оказания медицинской помощи» и «стандарт медицинской помощи». Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в российской федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ
55. Основные положения оказания амбулаторнополиклинической помощи, определенные приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 366н от 16.04.2012 г. "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи".
56. Структура детской поликлиники (приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 366н от 16.04.2012 г. "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи").

57. Основные задачи и направления деятельности детской поликлиники
58. Типы, категории, структура и штаты детских поликлиник
59. Нормативные документы, регламентирующие работу детской поликлиники
60. Функциональные обязанности главного врача, зам. главного врача по лечебной работе, зав. отделением, участкового педиатра
70. Основные подразделения детской поликлиники. Организация их работы
71. Организация приема детей в поликлинике. Нормативы приема участкового врача. Оснащение кабинета участкового педиатра
72. Кабинет здорового ребенка. Задача, объем работы
73. Участковый принцип в работе детской поликлиники. Паспорт участка. Структура детского населения на педиатрическом участке
74. Основные разделы работы участкового педиатра. Их содержание.
75. Профилактическая деятельность участкового педиатра
76. Основные виды лечебной работы участкового педиатра
77. Оказание помощи детям на дому в случае возникновения острого заболевания. Нормативы работы
78. Принципы организации «стационара на дому»
79. Лекарственное обеспечение детского населения, принципы его организации и учета. Категории детского населения
80. Правила выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность родителей и подростков
81. Организационная работа участкового врача-педиатра. Планирование работы и её анализ. Критерии оценки эффективности работы участкового педиатра. Основные формы отчетно-учетной документации участкового педиатра
82. Организация противоэпидемической работы, специфической профилактики инфекционных заболеваний в поликлинике Национальный календарь профилактических прививок. Приказ Министерства здравоохранения РФ №125н от 21.03.14г.
83. Организация диспансерного наблюдения детского населения. Виды профилактики. Критерии оценки эффективности диспансерного наблюдения детей и подростков в детской поликлинике.
84. Объем и сроки проведения профилактических медицинских осмотров здоровых детей раннего возраста в детской поликлинике
85. Объем и сроки проведения профилактических медицинских осмотров здоровых детей дошкольного возраста в детской поликлинике
86. Проведение профилактических осмотров школьников врачом педиатром и врачами специалистами
87. Типы дошкольных детских учреждений

88. Основные гигиенические требования к ДООУ
89. Школьные учреждения. Медицинское обеспечение общеобразовательных и специальных школ
90. Правила оформления ребенка в ДООУ и школу. Оценка школьной зрелости
91. Течение периода адаптации детей в ДООУ. Виды адаптации, их клиническая характеристика
92. Медико-педагогические мероприятия в периоде адаптации ребенка в ДООУ. Врачебный контроль
93. Основные принципы питания детей до 7 лет в ДООУ. Суточные потребности в пищевых ингредиентах и калориях.
94. Основные виды документации по организации и контролю питания детей в образовательных учреждениях.
95. Режим, методы закаливания. Группы закаливания
96. Медицинские группы по физкультуре
97. Противоэпидемическая работа в образовательных учреждениях.
98. Диспансерное наблюдение детей в ДООУ. Организация и проведение плановых профилактических осмотров детей дошкольного возраста. Роль скрининг-обследования.
99. Анализ заболеваемости детей, посещающих образовательные учреждения
100. Подготовка детей к поступлению в образовательное учреждение. Правила первого приема ребенка в ДООУ
101. Организация контроля за состоянием здоровья детей в образовательных учреждениях
102. Нормативно-правовые основы организации диспансерного наблюдения за детьми и подростками в амбулаторных условиях. Общие положения Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 21 декабря 2012 г. N 1348н г. Москва "Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях".
103. Цели, задачи и этапы диспансеризации. Мероприятия диспансерного наблюдения
104. Обязанности участкового врача, осуществляющего диспансерное наблюдение
105. Принципы диспансерного наблюдения за детьми с I группой здоровья
106. Принципы диспансерного наблюдения за детьми со II группой здоровья
107. Принципы диспансерного наблюдения за детьми с III группой здоровья
108. Принципы диспансерного наблюдения за детьми с IV группой здоровья
109. Принципы диспансерного наблюдения за детьми с V группой здоровья
110. План диспансерного наблюдения. Примерная схема плана и этапного эпикриза диспансерного больного

111. Критерии эффективности диспансерного наблюдения
112. Диспансерное наблюдение за детьми с внебольничной пневмонией. Показания к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и др. методов реабилитации, в т.ч. санаторно-курортного лечения
113. Диспансерное наблюдение за детьми с бронхоэктатической болезнью. Показания к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и др. методов реабилитации, в т.ч. санаторно-курортного лечения
114. Диспансерное наблюдение за детьми с корригированными и некорригированными врожденными пороками сердца. Показания к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и др. методов реабилитации, в т.ч. санаторно-курортного лечения.
115. Диспансерное наблюдение за детьми с артериальной гипертензией. Показания к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и др. методов реабилитации, в т.ч. санаторно-курортного лечения.
116. Диспансерное наблюдение за детьми с острой ревматической лихорадкой. Показания к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и др. методов реабилитации, в т.ч. санаторно-курортного лечения
117. Диспансерное наблюдение детей с хронической патологией желудочно-кишечного тракта в стадию неполной и полной ремиссии. Показания к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и др. методов реабилитации, в т.ч. санаторно-курортного лечения.
118. Диспансерное наблюдение за детьми с язвенной болезнью. Показания к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и др. методов реабилитации, в т.ч. санаторно-курортного лечения
119. Диспансерное наблюдение за детьми с функциональными нарушениями билиарного тракта. Показания к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и др. методов реабилитации, в т.ч. санаторно-курортного лечения.
120. Диспансерное наблюдение за детьми с острым и хроническим пиелонефритом. Показания к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и др. методов реабилитации, в т.ч. санаторно-курортного лечения
121. Диспансерное наблюдение за детьми с острым и хроническим гломерулонефритом. Показания к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и др. методов реабилитации, в т.ч. санаторно-курортного лечения.
122. Диспансерное наблюдение за детьми с сахарным диабетом. Показания к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и др. методов реабилитации, в т.ч. санаторно-курортного лечения.
123. Диспансерное наблюдение за детьми с ожирением и метаболическим синдромом. Показания к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и др. методов реабилитации, в т.ч. санаторно-курортного лечения.

124. Диспансерное наблюдение за детьми с заболеваниями щитовидной железы. Показания к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и др. методов реабилитации, в т.ч. санаторно-курортного лечения

125. Диспансерное наблюдение за детьми с нарушениями полового развития. Показания к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и др. методов реабилитации, в т.ч. санаторно-курортного лечения

126. Диспансерное наблюдение за детьми с бронхиальной астмой. Реабилитационные мероприятия, проводимые у детей с бронхиальной астмой. Показания к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и др. методов реабилитации, в т.ч. санаторно-курортного лечения

127. Диспансерное наблюдение за детьми с аллергическим ринитом. Показания к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и др. методов реабилитации, в т.ч. санаторно-курортного лечения

Задания на тренажере

1. Провести сердечно-легочную реанимацию на тренажере
2. Провести постановку очистительной клизмы на тренажере
3. Провести катетеризацию мочевого пузыря на тренажере
4. Провести интубацию на тренажере
5. Провести промывание желудка на тренажере
6. Определить пульс у стандартизированного пациента
7. Измерить АД у стандартизированного пациента
8. Подсчитать частоту дыхания у стандартизированного пациента

Темы рефератов

1. Рефераты по теме «Диспансеризация детей с эндокринными заболеваниями»

1. Клиника и лечение гипогликемии в практике участкового педиатра.
2. Клиника и лечение кетоацидоза.
3. Ведение пациентов с эндокринной патологией (СД, надпочечниковая недостаточность) при инфекционных заболеваниях
4. Диспансеризация детей с ожирением
5. Диспансеризация детей с аутоиммунным тиреоидитом
6. Мониторинг углеводного обмена у ребенка с СД1Т, значимость самоконтроля

2. Рефераты по теме «Диспансеризация детей с заболеваниями почек у детей»

1. Диспансеризация детей с пиелонефритами
 2. Диспансеризация детей с гломерулонефритами
 3. Диспансеризация детей с дисметаболическими нефропатиями
 4. Подход к ребенку с гематурией
 5. Подход к ребенку с протеинурией
- 3. Рефераты по теме «Подготовка ребенка к школе»**
1. Определение готовности к обучению ребенка к школе
 2. Особенности комплексной оценки здоровья школьников
 3. Критерии адаптации ребенка к школе
 4. Принципы организации и проведения профилактических и оздоровительных мероприятий

Тестовые задания

по дисциплине «Поликлиническая и неотложная педиатрия»

по специальности Педиатрия 31.05.02

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
---------------------------------------	--

<p>I. Неотложная педиатрия</p> <p>1. Скорая и неотложная помощь на догоспитальном этапе. Медико-тактическая классификация уровней догоспитальной помощи при угрожающих состояниях у детей.</p>	
<p>1. СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ</p> <p>Г) снижении диастолического АД ниже 60 мм рт. ст. А) отсутствии пульса на сонных артериях и остановке дыхания Б) акроцианозе и судорогах В) снижении систолического АД ниже 70 мм рт. ст. Г) снижении диастолического АД ниже 60 мм рт. ст.</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>2. ТРАНСПОРТИРОВКА РЕБЁНКА С ГИПОТЕНЗИЕЙ ПРОВОДИТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ</p> <p>Б) лёжа на животе В) строго сидя А) Тренделенбурга Г) лёжа на спине</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>3. КАКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В СТАБИЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ДОЛЖНО БЫТЬ ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ?</p> <p>А) строго сидя Б) вполоборота В) лежа на спине Г) полулежа</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>4. КАКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В СТАБИЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ДОЛЖНО БЫТЬ ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ?</p> <p>Б) вполоборота В) лежа на спине Г) полулежа А) строго сидя</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>5. К РАСШИРЕННОЙ ПРОГРАММЕ СЕРДЕЧНО-ЛЁГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ОТНОСЯТ</p> <p>А) введение лекарственных препаратов Б) обеспечение проходимости верхних дыхательных путей В) проведение ИВЛ Г) восстановление кровообращения</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>

2. Принципы диагностики и методы реанимации угрожающих и терминальных состояний на догоспитальном этапе.	
6. РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ОСТАНОВКЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ВКЛЮЧАЮТ А) непрямой массаж сердца Б) прикладывание холода на магистральные сосуды В) введение линкомицина Г) введение глюкагона	ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;
7. НЕПРАВИЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТАНОВКЕ ДЫХАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ А) положить больного на правый бок Б) уложить больного на спину, запрокинув назад голову В) поднять и выдвинуть вперед подбородок Г) провести искусственное дыхание «рот в рот» или «рот в рот»	ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;
8. СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ Г) снижении диастолического АД ниже 60 мм рт. ст. А) отсутствии пульса на сонных артериях и остановке дыхания Б) акроцианозе и судорогах В) снижении систолического АД ниже 70 мм рт. ст.	ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;
9. ПРИ ЭФФЕКТИВНОМ НЕПРЯМОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА МОЖЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ Г) улучшение цвета кожи и слизистых А) пульс на периферических сосудах Б) пульс на крупных артериях В) сужение зрачков	ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;
10. НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ НЕОТЛОЖНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ РАЗВИТИИ КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРКАПНИИ У БОЛЬНОГО В АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ЯВЛЯЕТСЯ В) назначение дыхательных analeптиков А) перевод на ИВЛ Б) усиление регидратационной терапии Г) назначение гидрокарбоната натрия в/в	ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;
3. Угрожающие состояния при заболеваниях органов дыхания; Гипертермический синдром. Судороги у детей.	
11. МЕРОПРИЯТИЕ, НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ	ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6;

<p>КУПИРОВАНИЯ СТЕНОЗА ГОРТАНИ III-IV СТЕПЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>Б) ИВЛ В) кислородотерапия А) интубация трахеи Г) ингаляция адреналина</p>	<p>ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>12.АМБУЛАТОРНО ПРИ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ I СТЕПЕНИ ИНГАЛЯЦИЯ СУСПЕНЗИИ БУДЕСОНИДА ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ КОМПРЕССОРНЫЙ НЕБУЛАЙЗЕР В РАЗОВОЙ ДОЗЕ ____ МГ</p> <p>А) 2 Б) 1 В) 0,5 Г) 5</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>13.ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>А) маннитол Б) лазикс В) мочевины Г) альбумин</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>14. ПРИ ПОВЫШЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА У РЕБЁНКА ВЫШЕ 38,5 НАЗНАЧАЕТСЯ ИБУПРОФЕН ИЗ РАСЧЕТА НА 1 ПРИЁМ ____ МГ/КГ</p> <p>А) 5–10 Б) 1-2 В) 3-4 Г) 12-15</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>15. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОМУ ОСЛОЖНЕНИЮ ГИПЕРТЕРМИИ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ</p> <p>А) судороги Б) рвоту В) диарею Г) приступ кашля</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>16.ПРИ НАЛИЧИИ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У РЕБЕНКА 6 МЕСЯЦЕВ ПОКАЗАНА</p> <p>А) консультация невролога в плановом порядке Б) госпитализация В) терапия на дому врачом-педиатром Г) консультация психиатра</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>4.Угрожающие состояния с острой недостаточностью кровообращения Угрожающие состояния при сосудистой недостаточности</p>	

<p>17. ШКАЛА ROSS ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НЕ ВКЛЮЧАЕТ</p> <p>А) частоту дыхания Б) объем мочи за одно мочеиспускание В) продолжительность кормления Г) объем питания на одно кормление</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>18. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧСС ПРИ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>А) сердечные гликозиды Б) β-адреноблокаторы В) амиодарон Г) лидокаин</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>19. КАКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДОЛЖНЫ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?</p> <p>А) ЭКГ, рентгенография, КТ Б) ЭХО-КГ, МРТ, общий анализ крови В) ЭКГ, рентгенография, ЭХО-КГ, определение газов крови Г) ЭКГ, ЭХО-КГ, общий анализ крови, общий анализ мочи</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>20. СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ I СТАДИИ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>А) тахикардией в покое Б) тахипноэ при физической нагрузке В) цианозом в покое Г) увеличением печени</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>21. ОСТРАЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С СИМПТОМАМИ ЗАСТОЯ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ</p> <p>А) перегрузки правых отделов сердца Б) перегрузки левых отделов сердца В) нарушений сердечного ритма Г) ишемии миокарда</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>22. ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ</p> <p>А) влажным кашлем Б) влажными хрипами в легких В) сухими хрипами в легких Г) падением АД</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>5. Несчастные случаи, связанные с повреждающим воздействием температуры</p>	

<p>23.ПРИ ТЕПЛОВОМ УДАРЕ ПОТООТДЕЛЕНИЕ</p> <p>А) не изменяется Б) увеличивается В) несколько снижается Г) прекращается</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>24. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЭЛЕКТРОТРАВМЫ</p> <p>А) сознание сохранено, возбуждение, бледность, тахикардия, одышка Б) кома, ларингоспазм, ДН, сердечная аритмия, артериальная гипотензия, ожог, шок В) потеря сознания, «мраморность» кожи, одышка, тахикардия, аритмия, гипотензия, ожог, шок Г) клиническая смерть, фибрилляция желудочков сердца, остановка кровообращения</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>25.СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЧЕТВЁРТОЙ СТЕПЕНИ ОБМОРОЖЕНИЯ</p> <p>А) некроз мягких тканей и костей, потеря чувствительности, в дальнейшем – мумификация Б) пузыри на отёчной бледно-синюшной коже, потеря болевой, тактильной чувствительности В) некроз кожи Г) побледнение кожи, восстановление чувствительности при отогревании</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>6. Острые отравления у детей. Принципы оказания неотложной помощи. Техника промывания желудка. Антидоты и адсорбенты. Особенности клинических проявлений при отравлении лекарственными средствами, средствами бытовой химии, отравления грибами, пищевые отравления.</p>	
<p>26. ПРИ ОСТРОМ ПЕРОРАЛЬНОМ ОТРАВЛЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ РЕБЕНКУ ПРИ СОХРАНЕНИИ СОЗНАНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ</p> <p>А) инфузионную терапию Б) промывание желудка В) катетеризацию периферической вены Г) ИВЛ</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>27. СИМПТОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ УГАРНЫМ ГАЗОМ</p> <p>А) гемолиз эритроцитов Б) нарушение дыхания В) потеря сознания Г) тахикардия, артериальная гипертензия</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>

<p>28. К ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКАМ ОТРАВЛЕНИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ОТНОСЯТ</p> <p>А) тахикардию Б) угнетение ЦНС В) увеличение диуреза Г) запор</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>29. ТИПИЧНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ОТРАВЛЕНИЯ БАРБИТУРАТАМИ СОСТОИТ В</p> <p>А) отсутствии сознания (кома) Б) артериальной гипертензии В) брадикардии Г) сужении зрачков</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>30.ОТРАВЛЕНИЕ УГАРНЫМ ГАЗОМ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) рвотой Б) диспепсией В) нарушением дыхания Г) дизурией</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>31. ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ БЛЕДНОЙ ПОГАНКОЙ НЕ ХАРАКТЕРНА</p> <p>А) гипертермия Б) диарея В) тошнота Г) рвота</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>32. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КОМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) инфекционное заболевание Б) инсульт В) травма головы Г) отравление</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>33.ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ХАРАКТЕРНА</p> <p>А) гиперсаливация Б) гипертермия В) анемия Г) гипергликемия</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>34.ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ДЕТЕЙ ФОС ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>А) налорфин Б) бемегрид</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2;</p>

В) атропин Г) протамин сульфат	ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;
7. Острые аллергические реакции: Крапивница. Отек Квинке. Анафилактический шок.	
35. К ПЕРВООЧЕРЕДНОМУ НЕОТЛОЖНОМУ ЛЕЧЕБНОМУ МЕРОПРИЯТИЮ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ОТНОСЯТ А) введение преднизолона Б) восстановление ОЦК В) введение адреналина Г) введение антигистаминных препаратов	ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;
36. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ НЕ ПРИМЕНЯЮТ А) антибиотики Б) сорбенты В) антигистаминные препараты Г) гормоны	ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;
37. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА РАЗВИВАЮТСЯ А) через 6-8 часов после воздействия аллергена Б) в течение первых 6 часов после контакта с аллергеном В) через 48-72 часа после контакта с аллергеном Г) в течение первой недели после контакта с аллергеном	ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;
38. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ О ВОЗМОЖНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ, ОТНОСЯТ А) появление атопического дерматита после приема определенного продукта Б) частый, жидкий стул с кислым запахом В) обильный, зловонный, светлый стул 2 и более раз Г) частые срыгивания после кормления грудью	ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;
39. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ЗАМЕДЛЕННОГО ТИПА РАЗВИВАЮТСЯ А) через 48-72 часа после контакта с аллергеном Б) в течение первых 6 часов после контакта с аллергеном В) через 6-8 часов после воздействия аллергена Г) в течение первого месяца после воздействия аллергена	ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;
8. Неотложная помощь при укусах насекомых и животных	
40. МЕРОПРИЯТИЕ, КОТОРОЕ НЕ ПРОВОДИТСЯ ПРИ	ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6;

<p>УКУСЕ ЗМЕИ</p> <p>А) наложение жгута на поражённую поверхность</p> <p>Б) отсасывание яда из ранок</p> <p>В) обработка ранок йодом и наложение асептической повязки</p> <p>Г) создание физического покоя</p>	<p>ОПК-8; ПК-1; ПК-2;</p> <p>ПК-5; ПК-9; ПК-10;</p> <p>ПК-14;</p>
<p>41. СИМПТОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ УКУСА ПЧЁЛ, ОС</p> <p>А) геморрагические высыпания</p> <p>Б) отёк мягких тканей</p> <p>В) локальный лимфаденит</p> <p>Г) лихорадка</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6;</p> <p>ОПК-8; ПК-1; ПК-2;</p> <p>ПК-5; ПК-9; ПК-10;</p> <p>ПК-14;</p>
<p>II. Поликлиническая педиатрия</p> <p>1. Детская поликлиника-центр медицинского обеспечения детей и подростков.</p>	
<p>42. КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОКАЗЫВАЕТ МЕТОДИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ</p> <p>А) беременным женщинам и детям раннего возраста</p> <p>Б) только беременным женщинам</p> <p>В) семье, имеющей детей среднего возраста</p> <p>Г) семье, имеющей детей раннего возраста</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6;</p> <p>ОПК-8; ПК-1; ПК-2;</p> <p>ПК-5; ПК-9; ПК-10;</p> <p>ПК-14;</p>
<p>43. ДИСПАНСЕРНЫЙ ПРИЕМ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ВКЛЮЧАЕТ:</p> <p>А) расчет стоимости медицинских услуг</p> <p>Б) расчет стоимости клинического обследования</p> <p>В) расчет стоимости медицинских препаратов</p> <p>Г) оценку состояния ребенка</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6;</p> <p>ОПК-8; ПК-1; ПК-2;</p> <p>ПК-5; ПК-9; ПК-10;</p> <p>ПК-14;</p>
<p>44. В ОБЯЗАННОСТИ ЗАВЕДУЮЩЕГО ПЕДИАТРИЧЕСКИМ ОТДЕЛЕНИЕМ НЕ ВХОДИТ</p> <p>А) руководство финансовой деятельностью поликлиники</p> <p>Б) контроль обоснованности выдачи листков нетрудоспособности</p> <p>В) контроль лечения детей</p> <p>Г) консультации больных в поликлинике и на дому</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6;</p> <p>ОПК-8; ПК-1; ПК-2;</p> <p>ПК-5; ПК-9; ПК-10;</p> <p>ПК-14;</p>
<p>45. ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ РЕБЁНКА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ, КОТОРЫЙ СОДЕРЖИТ ИСТОРИЮ ЕГО РАЗВИТИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ УЧЕТНАЯ ФОРМА</p> <p>А) №030</p> <p>Б) №039</p> <p>В) №036</p> <p>Г) №112</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6;</p> <p>ОПК-8; ПК-1; ПК-2;</p> <p>ПК-5; ПК-9; ПК-10;</p> <p>ПК-14;</p>

<p>46. ВОПРОС ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ НА ДОМУ ОСТРО ЗАБОЛЕВШЕГО РЕБЕНКА РЕШАЕТСЯ УЧАСТКОВЫМ ВРАЧОМ НЕЗАВИСИМО ОТ</p> <p>А) прописки больного Б) тяжести состояния ребёнка В) характера и течения заболевания Г) возраста ребёнка</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>47. ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧИТЫВАЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ ПОЛНОТЫ ОХВАТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ОСМОТРАМИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, КОТОРЫЙ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ ___ %</p> <p>А) 100 Б) 95 В) 90 Г) 80</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>48. НОРМАТИВ ПРИЕМА ВРАЧА-ПЕДИАТРА НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ СОСТАВЛЯЕТ _____ В ЧАС</p> <p>А) 5 человек Б) 7 человек В) не более 12 человек Г) 10 человек</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>49. ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ НАХОДЯТСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО ДО</p> <p>А) 18 лет Б) 10 лет В) 7 лет Г) года</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>50. В ПЕРЕЧЕНЬ МЕРОПРИЯТИЙ, КОТОРЫЙ УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ ПРОВОДИТ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПОСЕЩЕНИИ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА НА ДОМУ, НЕ ВХОДИТ</p> <p>А) выдача справки в дошкольное учреждение о выздоровлении Б) назначение лечения В) назначение режима питания Г) выдача взрослому листка нетрудоспособности по уходу за больным ребёнком</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>2. Комплексная оценка состояния здоровья детей и подростков. Группы здоровья.</p>	

<p>51. ПОНЯТИЕ «ОСОБЕННОСТИ ОНТОГЕНЕЗА» ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ</p> <p>А) резистентность организма, наличие хронических заболеваний, биологический анамнез Б) уровень нервно-психического развития, генеалогический анамнез В) генеалогический, биологический, социальный анамнез Г) уровень функционального состояния организма, социальный анамнез</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>52. БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ</p> <p>1) III,IV,V 2) I , III,IV 3) II, III,V 4) II, III, IV</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>53.ЗДОРОВЫЕ, НО ИМЕЮЩИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И НЕКОТОРЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОТКЛОНЕНИЯ, А ТАКЖЕ СНИЖЕННУЮ СОПРОТИВЛЯЕМОСТЬ К ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ДЕТИ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ</p> <p>А) III Б) II В) IV Г) I</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>54. БОЛЬНЫЕ ДЕТИ В СОСТОЯНИИ КОМПЕНСАЦИИ ОТНОСЯТСЯ К _____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ</p> <p>А) I Б) III В) II Г) IV</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>55.ДОРОВЫЕ ДЕТИ С НОРМАЛЬНЫМ РАЗВИТИЕМ НОРМАЛЬНЫМ УРОВНЕМ РАЗВИТИЯ ФУНКЦИИ ОТНОСЯТ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ</p> <p>А) II Б) I В) IV Г) V</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>56. ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ ДЕТИ НАБЛЮДАЮТСЯ КАК ПАЦИЕНТЫ _____ ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6;</p>

<p>А) Ш Б) I В) II Г) IV</p>	<p>ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>57. ДЕТИ С ГЛИСТНОЙ ИНВАЗИЕЙ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ИНТОКСИКАЦИИ ОТНОСЯТСЯ К _____ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ</p> <p>А) Ш Б) I В) II Г) IV</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>3. Организация и формы диспансерного наблюдения детей раннего возраста. П группа здоровья.</p>	
<p>58. ОСНОВНЫМ УЧЕТНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) форма №112/у Б) карта диспансеризации ребенка В) форма № 079/у Г) форма №026/у</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>59. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ И ПРОВЕДЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ВОЗЛАГАЕТСЯ НА</p> <p>А) заведующего отделением организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях Б) старшую медицинскую сестру В) педиатра Г) физиотерапевта</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>60. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗАВИСИТ ОТ</p> <p>А) сопутствующей патологии Б) стадии заболевания В) осложнений заболевания Г) вида заболевания</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>61.] ОСНОВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ – КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ (ФОРМА № 030/У) ХРАНИТСЯ У</p> <p>А) представителя страховой компании Б) врачей детских поликлиник</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>

<p>В) статистика лечебно-профилактического учреждения Г) врача-логопеда</p>	
<p>62. В КАРТЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ (ФОРМА № 030/У) ВРАЧ-ПЕДИАТР ОТМЕЧАЕТ</p> <p>А) даты посещения и следующей явки ребёнка на приём Б) успеваемость в общеобразовательной школе В) посещаемость занятий в общеобразовательной школе Г) уровень заработной платы родителей</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>63. ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ</p> <p>А) осмотр педиатра Б) проведение скрининг-программы медицинской сестрой В) лечение в стационаре Г) лабораторное обследование</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>4. Роль участкового врача в поощрении грудного вскармливания. Преимущества естественного вскармливания.</p> <p>Современные позиции на проблему искусственного вскармливания. Национальная программа по питанию детей с заболеваниями</p>	
<p>64. ИЗ РАЦИОНА КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ ИСКЛЮЧАЮТСЯ</p> <p>А) консервированные продукты Б) коровье молоко В) кукуруза Г) овощи</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>65. ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ</p> <p>А) 12–24 месяца Б) 3–6 месяцев В) 9–11 месяцев Г) чем дольше, тем лучше</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>66. ГЛЮТЕН СОДЕРЖИТСЯ В КАШЕ</p> <p>А) рисовой Б) овсяной В) гречневой Г) кукурузной</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>67. НОЧНЫЕ КОРМЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6;</p>

<p>А) разрешаются, если нет срыгиваний Б) запрещаются В) разрешаются лишь после консультации невролога Г) разрешаются всегда</p>	<p>ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>68. УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ДАЁТ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВСКАРМЛИВАНИЮ ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОДИН РАЗ В</p> <p>А) неделю Б) месяц В) квартал Г) полгода</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>69.СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ «НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПО ОПТИМИЗАЦИИ ВСКАРМЛИВАНИЯ» ПРИКОРМЫ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ С _____ МЕСЯЦЕВ</p> <p>А) 6-8 Б) 4-6 В) 5-8 Г) 8-10</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>5.Аntenатальная охрана плода и новорожденного. Дородовые патронажи. Патронаж новорожденного ребенка. Наблюдение и уход за новорожденными детьми в условиях поликлиники. Группы риска новорожденных.</p>	
<p>70. 2-Й ДОРОДОВЫЙ ПАТРОНАЖ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ _____ НЕДЕЛЯ</p> <p>А) 27-28 Б) 25-26 В) 31-32 Г) 20-24</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>71.ПЕРВИЧНЫЙ ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОВОДЯТ</p> <p>А) на 10-й день жизни Б) в первые 3 дня после выписки из родильного дома В) в возрасте одного месяца Г) в возрасте 2-х месяцев</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>72. ПЕРВИЧНЫЙ ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОВОДЯТ</p> <p>А) педиатр и медицинская сестра Б) педиатр и терапевт В) детский невропатолог и медицинская сестра Г) педиатр и детский невропатолог</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>

<p>73. СРЕДНЕЕ ЗНАЧЕНИЕ МАССО-РОСТОВОГО ИНДЕКСА ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>А) 40 – 55 Б) 55 – 65 В) 30 - 35 Г) 70 – 85</p>	<p>ОК-8; ОПК-5 ; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>74. ЗДОРОВОМУ НОВОРОЖДЕННОМУ РЕБЕНКУ ПЕДИАТР ВЫСТАВЛЯЕТ ____ ГРУППУ ЗДОРОВЬЯ</p> <p>А) I Б) IIА В) IIБ Г) III</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>75. НОВОРОЖДЕННЫЙ РЕБЁНОК, РОДИВШИЙСЯ ОТ СТРЕМИТЕЛЬНЫХ РОДОВ, С ОБВИТИЕМ ПУПОВИНЫ ВОКРУГ ШЕИ ИМЕЕТ РИСК РАЗВИТИЯ</p> <p>А) врождённых пороков развития органов Б) аллергических заболеваний В) патологии ЦНС Г) анемии</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>76.К ТРЕТЬЕЙ ГРУППЕ РИСКА, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) выраженный токсикоз беременной Б) наличие врожденных пороков и наследственных заболеваний в семье В) отягощенный аллергический анамнез у родственников Г) кровнородственный брак</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>6. Диспансеризация и реабилитация недоношенных и новорожденных детей из группы риска на педиатрическом участке.</p>	
<p>77. СТЕПЕНЬ ЗРЕЛОСТИ НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ</p> <p>А) Дементьевой Б) Сильвермана В) Даунса Г) Балларда</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>78.СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НЕДОНОШЕННЫХ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2;</p>

<p>А) Сильвермана Б) Глазго В) Дементьевой Г) Апгар</p>	<p>ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>79. НОВОРОЖДЕННЫМ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ МЛАДЕНЕЦ, РОДИВШИЙСЯ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ _____ Г</p> <p>А) 2000 Б) 2750 В) 2500 Г) 1500</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>80.НОВОРОЖДЕННЫМ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ МЛАДЕНЕЦ РОДИВШИЙСЯ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ _____ Г</p> <p>А) 1200 Б) 1000 В) 1500 Г) 1750</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>81. ОСОБЕННОСТЬЮ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) хорошее развитие потовых желез Б) склонность к шелушению и мацерации В) недостаточное кровоснабжение Г) плотная связь между эпидермисом и дермой</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>7. Иммунопрофилактика. Основы иммунизации. Национальный календарь прививок. Типы вакцин. Правила иммунизации. Течение нормального вакцинального процесса.</p>	
<p>82. ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ЕЖЕГОДНОЙ ИММУНОДИАГНОСТИКИ ДОЛЖНО БЫТЬ ПОЛУЧЕНО</p> <p>А) письменное добровольное информированное согласие законных представителей ребенка Б) устное добровольное информированное согласие законных представителей ребенка В) письменное информированное согласие учителей школ/воспитателей детских садов Г) письменное добровольное информированное согласие родственников ребенка</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>83. ВАКЦИНАЦИЯ БЦЖ ЗДОРОВЫМ ДЕТЯМ, СОГЛАСНО НАЦИОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРЮ, ПРОВОДИТСЯ</p> <p>А) в первые 24 часа жизни Б) на 3-7 день жизни В) на 8-10 день жизни Г) на 14 день жизни</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>

<p>84. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА А В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ _____ ВАКЦИНА</p> <p>А) плазменная Б) живая В) инактивированная Г) рекомбинантная</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>85.ПРОВЕДЕНИЕ РЕБЕНКУ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРИВИВКИ ДОЛЖНО БЫТЬ ЗАФИКСИРОВАНО В</p> <p>А) форме № 030 Б) журнале переписи детского населения В) журнале учета бактериальных препаратов Г) форме № 112</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>86. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ВАКЦИНАЦИИ ОТНОСЯТ</p> <p>А) фебрильные судороги Б) гипертермию В) крупозную пневмонию Г) анафилактический шок</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>87.НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ВАКЦИНИРОВАННЫМИ И РЕВАКЦИНИРОВАННЫМИ ДЕТЬМИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ</p> <p>А) участковый врач-педиатр и медицинская сестра Б) участковый врач-педиатр и участковый фтизиатр В) участковая медицинская сестра и фтизиатр Г) любой фтизиатр и врач-педиатр</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>88.НЕ ВАКЦИНИРОВАННЫМ В РОДДОМЕ ДЕТЯМ ПЕРЕД ВАКЦИНАЦИЕЙ БЦЖ НЕОБХОДИМА ПОСТАНОВКА ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л, НАЧИНАЯ С ____ МЕС. ЖИЗНИ</p> <p>А) 12-го Б) 1-го В) 2-х Г) 4-х</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>89. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ ЯВЛЯЕТСЯ НЕДОНОШЕННОСТЬ ПРИ МАССЕ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ МЕНЕЕ ____ ГР</p> <p>А) 2500 Б) 2600 В) 2700 Г) 2800</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>90.АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ, БЦЖ-М ЯВЛЯЕТСЯ</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6;</p>

<p>А) гемолитическая болезнь новорожденных Б) внутриутробная инфекция В) гнойно-септическое заболевание Г) ВИЧ-инфекция у ребенка</p>	<p>ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>8. Организация лечебно-диагностической помощи при патологии органов дыхания на дому и в условиях поликлиники. Реабилитация. Диспансеризация.</p>	
<p>91. ТЕРМИН «ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ» ОТРАЖАЕТ</p> <p>А) отсутствие необходимости в госпитализации больного Б) выраженность изменений на рентгенограмме В) условия, в которых произошло инфицирование Г) тяжесть состояния больного</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>92. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ</p> <p>А) макролиды Б) цефалоспорины 1-2 поколений В) полусинтетические пенициллины Г) аминогликозиды</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>93. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НА ДОМУ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ</p> <p>А) феноксиметилпенициллина Б) карбенициллина В) амоксициллина Г) пиперациллина</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>94. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПАРАКЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПНЕВМОНИЮ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) пикфлоуметрия Б) спирография В) компьютерная томография легких Г) рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>95. ПРОФИЛАКТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ВКЛЮЧАЕТ</p> <p>А) достаточное пребывание на свежем воздухе Б) естественное вскармливание В) своевременное введение прикорма Г) иммунизацию против пневмококковой инфекции</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>

<p>96. ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 МЕСЯЦЕВ ДО 5 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) пневмококк Б) стафилококк В) стрептококк Г) энтерококк</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>97. ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ</p> <p>А) муколитиков Б) противовирусных препаратов В) противогрибковых препаратов Г) антибиотиков</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>98.К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ХЛАМИДИЙНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ</p> <p>А) навязчивый коклюшеподобный кашель Б) притупление перкуторного звука В) локальные мелкопузырчатые хрипы Г) асимметрию хрипов</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>99. ОСНОВНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 6 ЛЕТ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>А) Streptococcus pneumonia, Haemophilus influenzae Б) Mycoplasma pneumonia, Legionella pneumophila В) Chlamydia pneumonia, Mycoplasma pneumonia Г) Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumonia</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>100.НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЕХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) Chlamydia trachomatis Б) Staphylococcus aureus В) Mycoplasma pneumonia Г) Escherichia coli</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>101.ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРУЮ ПНЕВМОНИЮ, СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>А) 6 мес. Б) 3 мес. В) 1 год Г) 1 мес.</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>

9. Проблемы медицинской адаптации в педиатрии. Адаптационный синдром. Врачебный контроль и медицинская коррекция адаптационного синдрома при подготовке к поступлению в ДООУ и школу и в период адаптации к учебному процессу	
102. К ПРИЗНАКАМ ДЕЗАДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ В ДЕТСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ОТНОСЯТ А) отставание биологического возраста от паспортного Б) снижение резистентности В) увеличение времени продолжительности сна Г) ускорение темпов физического развития	ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;
103. ПЕРЕД ПОСТУПЛЕНИЕМ РЕБЕНКА В ОРГАНИЗОВАННЫЙ ДЕТСКИЙ КОЛЛЕКТИВ ПРОВОДИТСЯ _____ ОСМОТР А) профилактический Б) предварительный В) периодический Г) диагностический	ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;
104. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕУТОМЛЕНИЯ В РЕЖИМЕ ДНЯ УЧАЩИХСЯ СТАРШИХ КЛАССОВ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРЕДУСМОТРЕН НОЧНОЙ СОН НЕ МЕНЕЕ _____ ЧАСОВ А) 8 Б) 7 В) 6 Г) 5	ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;
105. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕУТОМЛЕНИЯ В РЕЖИМЕ ДНЯ УЧАЩИХСЯ 1 КЛАССОВ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРЕДУСМОТРЕН НОЧНОЙ СОН НЕ МЕНЕЕ _____ ЧАСОВ А) 10 Б) 9 В) 8 Г) 7	ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;
106. ФАКТОРОМ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИМ НОРМАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ РЕБЕНКА К ОБУЧЕНИЮ В ШКОЛЕ, ЯВЛЯЕТСЯ А) тяжелое заболевание, перенесенное за год до начала обучения Б) психологическая зрелость В) соответствие биологического и паспортного возраста Г) любое заболевание, перенесенное за год до начала обучения	ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;
10. Частоболеющие дети. Медицинская коррекция.	
107. СОГЛАСНО РОССИЙСКИМ КРИТЕРИЯМ ДЕТИ ОТ 1 ГОДА ДО 3-Х ЛЕТ ВКЛЮЧАЮТСЯ В ГРУППУ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПРИ ЧАСТОТЕ ЭПИЗОДОВ ОРЗ _____ И БОЛЕЕ РАЗ В ГОД	ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10;

<p>А) 6 Б) 8 В) 4 Г) 2</p>	<p>ПК-14;</p>
<p>108. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ</p> <p>А) витаминотерапию, фитотерапию Б) закаливание щадящим методом В) гимнастику и массаж грудной клетки Г) вакцинопрофилактику</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>109. ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩЕГО РЕБЕНКА В САНАТОРИЙ ИСКЛЮЧАЕТСЯ</p> <p>А) справка о материальном обеспечении Б) путевка в санаторий В) выписка из истории развития ребенка Г) справка об отсутствии педикулёза и контакта с инфекционными больными</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>110. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>А) общие ультрафиолетовые облучения, ингаляции фитонцидов, ультрафиолетовые облучения носоглотки Б) электрофорез гиалуронидазы, парафиновые аппликации, ультрафонофорез гидрокортизона В) электросонтерапию, грязелечение, прохладные души Г) ультразвуковую терапию, низкочастотное магнитное поле, циркулярный душ</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>III. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РАБОТА УЧАСТКОВОГО ВРАЧА. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ. РЕАБИЛИТАЦИЯ.</p> <p>1. Комплексная оценка состояния здоровья детей школьного возраста и подростков. Организация профилактических осмотров и диспансеризация детей и подростков с хронической патологией в организованных коллективах.</p>	
<p>111. КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЗАВИСИТ ОТ</p> <p>А) стадии заболевания Б) вида заболевания В) осложнений заболевания Г) вида сопутствующей патологии</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>

<p>112. КОНЕЧНОЙ ЦЕЛЬЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) статистическая отчётность Б) противорецидивное лечение В) контроль функций поражённых органов и систем Г) медико-социальная реабилитация больного</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>113. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ В</p> <p>А) два этапа Б) пять этапов В) три этапа Г) шесть этапов</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>114. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗАВИСИТ ОТ</p> <p>А) вида заболевания Б) стадии заболевания В) осложнений заболевания Г) сопутствующей патологии</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>115. ОТВЕТСТВЕННЫМ ЗА ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) представитель страховой компании Б) статистик лечебно-профилактического учреждения В) участковый врач-педиатр Г) врач-логопед</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>116. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ</p> <p>А) врач-специалист (по профилю заболевания) Б) представитель страховой компании В) статистик лечебно-профилактического учреждения Г) врач-логопед</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>117. ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВОГО ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ МОЖНО ПО</p> <p>А) числу детей, отнесенных к первой группе здоровья Б) отсутствию отрицательной динамики по группам здоровья В) снижению острой заболеваемости Г) снижению детской смертности</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>2. Медицинское обеспечение учащихся общеобразовательных и специализированных школ.</p>	

<p>118. В КАРТЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ (ФОРМА № 030/У) ВРАЧ-ПЕДИАТР ОТМЕЧАЕТ</p> <p>А) даты посещения и следующей явки ребёнка на приём Б) успеваемость в общеобразовательной школе В) посещаемость занятий в общеобразовательной школе Г) уровень заработной платы родителей</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>119. ОБЯЗАННОСТИ ВРАЧА ПЕДИАТРА ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ИСКЛЮЧАЮТ:</p> <p>А) контроль деятельности страховой компании Б) составление списков детей и подростков с впервые выявленными отклонениями в состоянии здоровья В) составление списков детей и подростков с впервые выявленными хроническими заболеваниями Г) составление списков детей и подростков, требующих дообследования</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>120. К ОБЯЗАННОСТЯМ ПЕДИАТРА ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОТНОСЯТ</p> <p>А) передачу списочного состава детей Б) организацию и проведение спортивных мероприятий В) участие в образовательном процессе школы Г) организацию и участие в профориентационной работе школы</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>121. ДИСПАНСЕРНЫЙ ПРИЕМ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ВКЛЮЧАЕТ:</p> <p>А) расчет стоимости клинического обследования Б) расчет стоимости медицинских препаратов В) оценку состояния ребенка Г) расчет стоимости медицинских услуг</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>122. К КРИТЕРИЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ОТНОСЯТ</p> <p>А) уменьшение числа обострений хронических заболеваний Б) повышение числа случаев и числа дней временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком В) снижение стоимости лечения в амбулаторных условиях Г) сокращение случаев инвалидности детей и подростков, находящихся под диспансерным наблюдением</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>123. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6;</p>

<p>А) увеличение удельного веса выздоровевших детей Б) повышение рождаемости доношенных детей В) снижение стоимости лечения с учетом стоимости медицинских препаратов Г) снижение стоимости медицинских препаратов</p>	<p>ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>124.К ОСНОВАНИЯМ ДЛЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ОТНОСЯТ</p> <p>А) отсутствие стойкой компенсации физиологических функций или стойкой ремиссии хронического заболевания (состояния) Б) выздоровление В) пожелание родственников ребенка Г) пожелание законных представителей ребенка</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>3. Методические подходы к определению инвалидности у детей и организация медико-социальной экспертизы детей -инвалидов</p>	
<p>125. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ КАТЕГОРИИ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЯМ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАН ТЕРМИН</p> <p>А) лицо с ограниченными возможностями Б) ребёнок-инвалид В) лицо со специальными потребностями в медицинском обслуживании Г) иммобильный ребёнок</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>126.ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТА И ПРИЧИН ИНВАЛИДНОСТИ РЕБЁНКА ПЕРЕДАНО В КОМПЕТЕНЦИЮ</p> <p>А) центров социального обслуживания населения Б) общеобразовательных учреждений В) комиссии по делам несовершеннолетних Г) медико-социальной экспертизы</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>127. РЕШЕНИЕ ВОПРОСА О СНЯТИИ РЕБЁНКА С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА ИЛИ ОФОРМЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) участковым педиатром Б) комиссионно В) родителями самостоятельно Г) главным врачом детской поликлиники</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>128. РЕБЕНКУ-ИНВАЛИДУ, СТРАДАЮЩЕМУ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ЭПИЛЕПСИИ, ДЕПАКИН ХРОНО ВЫПИСЫВАЕТСЯ НА РЕЦЕПТУРНОМ БЛАНКЕ ФОРМЫ</p> <p>А) 148-1/у-06(л)</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10;</p>

<p>Б) 148-1/у-04(л) В) 107 -1/у Г) 148-1/у-88</p>	ПК-14;
<p>129. ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАПРАВЛЕНА НА</p> <p>А) здорового ребенка Б) более ранние сроки созревания функций организма В) предупреждение инвалидности Г) уменьшение влияния неблагоприятных средовых факторов</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>130. НЕОБХОДИМЫЕ ДАННЫЕ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА МСЭ РЕБЕНКА С АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ ИСКЛЮЧАЮТ</p> <p>А) данные биопсии печени Б) неонатальный скрининг дефицита 21-гидроксилазы (уровень 17-гидроксипрогестерона) В) рентгенограмму кисти (определение “костного возраста” Г) суточное мониторирование ритма и артериального давления</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>131.ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОВИ, ПРИ КОТОРЫХ ДЕТИ МОГУТ БЫТЬ ОТНЕСЕНЫ К ГРУППЕ ИНВАЛИДОВ ДЕТСТВА, ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>А) гемофилия, лейкоз Б) иммунная нейтропения, гемофилия В) гетероиммунная гемолитическая анемия, лейкоз Г) аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура, иммунная нейтропения</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>132. КАТЕГОРИЯ "РЕБЕНОК-ИНВАЛИД" УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ПЕРИОД</p> <p>А) от 1 года до 5 лет Б) от 10 лет до 18 лет В) от 10 лет до 16 лет Г) от 1 месяца до 6 месяцев</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>133.РЕБЕНОК-ИНВАЛИД С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЁТА</p> <p>А) снимается по желанию родителей Б) снимается педиатром В) снимается на время Г) не снимается</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>134.К КАТЕГОРИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>А) дети и подростки до 18 лет, имеющие значительные</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2;</p>

<p>ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации</p> <p>Б) дети, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации</p> <p>В) дети и подростки до 14 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации</p> <p>Г) дети и подростки до 11 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации</p>	<p>ПК-5; ПК-9; ПК-10;</p> <p>ПК-14;</p>
<p>135. К ОСНОВНЫМ КАТЕГОРИЯМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТ СПОСОБНОСТЬ</p> <p>А) самостоятельной трудовой деятельности и обучению</p> <p>Б) самостоятельного занятия профессиональным спортом и образованием</p> <p>В) самостоятельного занятия профессиональными спортивными танцами и подводным плаванием</p> <p>Г) самостоятельного освоения иностранных языков</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6;</p> <p>ОПК-8; ПК-1; ПК-2;</p> <p>ПК-5; ПК-9; ПК-10;</p> <p>ПК-14;</p>
<p>136. СЛУЖБА МСЭ ВЫДАЕТ РЕБЕНКУ-ИНВАЛИДУ</p> <p>А) выписной эпикриз</p> <p>Б) акт освидетельствования</p> <p>В) направление на госпитализацию</p> <p>Г) рекомендации школьному врачу</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6;</p> <p>ОПК-8; ПК-1; ПК-2;</p> <p>ПК-5; ПК-9; ПК-10;</p> <p>ПК-14;</p>
<p>137. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА МОЖЕТ БЫТЬ РАЗРАБОТАНА НА ПЕРИОД</p> <p>А) 1–2 года</p> <p>Б) от 6 мес. до 5 лет</p> <p>В) 3–4 года</p> <p>Г) 20 лет и более</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6;</p> <p>ОПК-8; ПК-1; ПК-2;</p> <p>ПК-5; ПК-9; ПК-10;</p> <p>ПК-14;</p>
<p>138. ПРИЗНАНИЕ ЛИЦА ИНВАЛИДОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) учреждениями социальной защиты населения</p> <p>Б) лечебными учреждениями</p> <p>В) федеральным бюро медико-социальной экспертизы</p> <p>Г) благотворительными организациями</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6;</p> <p>ОПК-8; ПК-1; ПК-2;</p> <p>ПК-5; ПК-9; ПК-10;</p> <p>ПК-14;</p>
<p>139 ЭТАП ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА ВКЛЮЧАЕТ</p> <p>А) педагогические, психологические мероприятия</p> <p>Б) медицинскую реабилитацию</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6;</p> <p>ОПК-8; ПК-1; ПК-2;</p> <p>ПК-5; ПК-9; ПК-10;</p>

В) общенациональные и индивидуальные меры социальной интеграции Г) технические, профессиональные социальные мероприятия	ПК-14;
4. Вакцинация детей с отягощенным анамнезом. Безопасность иммунизации. Реакции и осложнения. Показания и противопоказания к проведению вакцинации	
140. ДЕТЯМ С ПЕРВИЧНЫМ ИММУНОДЕФИЦИТОМ ПРОТИВОПОКАЗАНА ВАКЦИНАЦИЯ А) анатоксинами Б) корпускулярными вакцинами В) рекомбинантными вакцинами Г) живыми вакцинами	ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;
141. ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ А) проводится по индивидуальному плану только в периоды стойкой ремиссии Б) проводится в соответствии с национальным календарем профилактических прививок В) проводится по желанию родителей Г) не проводится	ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;
142. ВАКЦИНАЦИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ ____ МЕС. А) 12 Б) 2 В) 18 Г) 24	ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;
143. ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ РАЗРЕШЕНО В КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КОМПЕНСАЦИИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ НЕ МЕНЕЕ ____ МЕС. А) 1 Б) 2 В) 3 Г) 6	ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;
144. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРИВИВОК РЕБЕНОК ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ В ТЕЧЕНИЕ А) 5-10 минут Б) 30-50 минут В) 1,5 часов Г) 1 часа	ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;
145. ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ОСМОТР ПЕДИАТРА И	ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2;

<p>А) термометрию Б) клинический анализ крови В) общий анализ мочи Г) исследование на яйца гельминтов</p>	<p>ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>5. Диспансеризация детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы: Ранняя диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Показания к госпитализации. Реабилитация.</p>	
<p>146. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ОСТРЫЙ МИОКАРДИТ, ПРОВОДИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ</p> <p>А) 5 лет Б) ½ года В) 1 года Г) 3 лет</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>147. ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ И С ИСХОДОМ В ХРОНИЧЕСКУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В ТЕЧЕНИЕ 1 КВАРТАЛА ПОСЛЕ АТАКИ ПЕДИАТР И РЕВМАТОЛОГ ОСМАТРИВАЮТ</p> <p>А) еженедельно Б) ежемесячно В) 1 раз Г) ежедневно</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>148. ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПЕДИАТР И РЕВМАТОЛОГ НАБЛЮДАЮТ</p> <p>А) 2 раза в год Б) 2 раза в 6 месяцев В) ежемесячно Г) 1 раз в год</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>149.ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЛОР-ВРАЧ ОСМАТРИВАЕТ</p> <p>А) 1 раз в месяц Б) 2 раза в год В) 1 раз в год Г) 4 раза в год</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>150.ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ БЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ ПОРОКА СЕРДЦА, СНИМАЮТ С ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЧЕРЕЗ</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10;</p>

<p>А) 5 лет Б) 10 лет В) 1 год Г) 2 года</p>	<p>ПК-14;</p>
<p>151. РЕБЕНОК ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ НЕЗНАЧИМЫМ ОТКРЫТИЕМ ОВАЛЬНЫМ ОКНОМ НАБЛЮДАЕТСЯ У</p> <p>А) педиатра до достижения ребенком 7-ми лет Б) педиатра и кардиолога В) кардиолога и невропатолога Г) кардиолога и кардиохирурга</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>152. КРАТНОСТЬ ОСМОТРОВ РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРЫЙ НЕРЕВМАТИЧЕСКИЙ КАРДИТ, КАРДИОРЕВМАТОЛОГОМ В НЕАКТИВНОЙ ФАЗЕ НА ВТОРОМ ГОДУ НАБЛЮДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В</p> <p>А) 3 месяца Б) месяц В) 6 месяцев Г) неделю</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>153. ПАЦИЕНТЫ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА СНИМАЮТСЯ С ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПО ЗАКЛЮЧЕНИЮ</p> <p>А) педиатра Б) кардиохирурга В) кардиолога Г) ревматолога</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>154. ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ НЕ РЕЖЕ, ЧЕМ</p> <p>А) 4 раза в год Б) 1 раз в год В) 1 раз в месяц Г) 2 раза в год</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>155. ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОБА</p> <p>А) Шалкова Б) Мак-Клюра В) молоточковая Г) щипковая</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>

6. Аллергическая реактивность. Причины формирования аллергической реактивности. Диспансерное наблюдение за детьми с бронхиальной астмой.	
156.К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ О ВОЗМОЖНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ОТНОСЯТ А) обильный, зловонный, светлый стул 2 и более раз Б) частый, жидкий стул с кислым запахом В) появление атопического дерматита после приема определенного продукта Г) частые срыгивания после кормления грудью	ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;
157.НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПОЛЛИНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ А) крапивница Б) аллергический миокардит В) аллергический ринит Г) аллергический цистит	ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;
158. ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ ИНТЕРМИТТИРУЮЩЕЙ И ЛЕГКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЧАСТОТА ОСМОТРОВ УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В _____ МЕСЯЦ (МЕСЯЦА) А) 3 Б) 1 В) 2 Г) 6	ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;
159. УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 1 РАЗ В ___ МЕС. А) 3 Б) 6 В) 12 Г) 24	ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;
160. ЧАСТОТА ПЛАНОВЫХ ОСМОТРОВ УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА СОСТАВЛЯЕТ А) 1 раз в месяц Б) 4 раза в год В) 6 раз в год Г) 2 раза в год	ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;
161.РЕБЕНКА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ НА ПЕРВОМ ГЛДУ ЖИЗНИ В	ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6;

<p>ПЕРВОМ ПОЛУГОДИИ 1 РАЗ В</p> <p>А) месяц Б) 2 недели В) 2 месяца Г) 3 месяца</p>	<p>ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>162. РЕБЕНКА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ В ВТОРОМ ПОЛУГОДИИ 1 РАЗ В</p> <p>А) месяц Б) 2 месяца В) 3 месяца Г) 2 недели</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>163. ЧАСТОТА ПЛАНОВЫХ ОСМОТРОВ УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА СОСТАВЛЯЕТ _____ РАЗ/А В ГОД</p> <p>А) 4 Б) 1 В) 2 Г) 6</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>164. ЧАСТОТА ОСМОТРА ПЕДИАТРОМ РЕБЕНКА С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В МЕЖПРИСТУПНЫЙ ПЕРИОД СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>А) 1 раз в неделю Б) 1 раз в год В) по показаниям Г) 1 раз в 1-2месяца</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>165. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ ДЕТЯМ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРОВОДЯТ В ПЕРИОД</p> <p>А) ремиссии Б) обострения В) приступа Г) подростковый</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>7. Диспансеризация детей с кислотозависимыми заболеваниями. Ранняя диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Показания к госпитализации. Реабилитация.</p>	
<p>166. ПАЦИЕНТАМ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА АНАЛИЗ КАЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ ПРОВОДЯТ</p> <p>А) 1 раз в год Б) 2 раза в год В) 1 раз в полгода Г) 1 раз в 2 года</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>

<p>167. КРАТНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО ОСМОТРА ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ В ФАЗУ РЕМИССИИ</p> <p>А) 1 раз в год Б) 2 раза в год В) 1 раз в квартал Г) 1 раз в месяц</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>168. ЧАСТОТА НАБЛЮДЕНИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ГАСТРОДУОДЕНИТОМ НА 2-ОМ ГОДУ НАБЛЮДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В</p> <p>А) 6 месяцев Б) год В) 3 месяца Г) месяц</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>169. ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ РАССТРОЙСТВЕ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ СНЯТИЕ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА ПОСЛЕ НАСТУПЛЕНИЯ РЕМИССИИ ПРОИСХОДИТ ЧЕРЕЗ</p> <p>А) 3 месяцев Б) 6 месяцев В) 1 год Г) 2 года</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>170. ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В ПЕРИОДЕ РЕМИССИИ САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО</p> <p>А) 1 раз в год Б) 2 раза в год В) 1 раз в 2 года Г) 1 раз в 5 лет</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>171. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ У ДЕТЕЙ РН-МЕТРИЯ ПОКАЗАНА</p> <p>А) 1 раз в 2 года Б) 2 раза в год В) 1 раз в квартал Г) 1 раз в год</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>172.ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ПОСЕВ КАЛА ПРОВОДЯТ 1 РАЗ В:</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2;</p>

<p>1) месяц 2) 3 месяца 3) 4 месяца 4) 6 месяцев</p>	<p>ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>173. ПАЦИЕНТАМ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА ФИБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЮ ПРОВОДЯТ</p> <p>А) 1 раз в год Б) 2 раза в год В) 1 раз в полгода Г) 1 раз в 2 года</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>8. Диспансеризация детей с заболеваниями билиарного тракта. Ранняя диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Показания к госпитализации. Реабилитация.</p>	
<p>174.ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В</p> <p>А) месяц Б) 3 месяца В) 6 месяцев Г) год</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>175. ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ВО ВТОРОЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В</p> <p>А) месяц Б) 3 месяца В) 6 месяцев Г) год</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>176. ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ДУОДЕНАЛЬНОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В</p> <p>А) год Б) 3 месяца В) месяц Г) 6 месяцев</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>177.ПРИ РЕМИССИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА УЗИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРОВОДЯТ 1 РАЗ В:</p> <p>А) 3 месяца Б) 6 месяцев В) год Г) 2 года</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>178. ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6;</p>

<p>ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В</p> <p>А) месяц Б) 3 месяца В) 6 месяцев Г) год</p>	<p>ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>179. ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ВО ВТОРОЙ ГОД ПОСЛЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОСМОТР ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В</p> <p>А) 6 месяцев Б) 3 месяца В) месяц Г) год</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>180. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>А) до перевода во взрослую сеть Б) 1 год В) 5 лет Г) 3 года</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>181. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ СТОЙКАЯ РЕМИССИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ СВЫШЕ _____ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ОБОСТРЕНИЯ</p> <p>А) 1 года Б) 2 лет В) 5 лет Г) 4 лет</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>9. Диспансеризация детей с заболеваниями почек у детей. Ранняя диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Показания к госпитализации. Реабилитация.</p>	
<p>182. СНЯТИЕ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА С ПЕРВИЧНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ _____ СТОЙКОЙ РЕМИССИИ</p> <p>А) 1 год Б) 2 года В) 3 года Г) 4 года</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>183. ПАЦИЕНТАМ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ УРОВЕНЬ КРЕАТИНИНА ОЦЕНИВАЮТ</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10;</p>

<p>А) 1 раз в год Б) 2 раз в год В) 1 раз в месяц Г) 2 раза в месяц</p>	<p>ПК-14;</p>
<p>184. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЁСШИМИ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ПРОДОЛЖАЕТСЯ</p> <p>А) в течение трёх лет Б) в течение одного года В) до перевода во взрослую сеть здравоохранения Г) в течение пяти лет</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>185. ПАЦИЕНТАМ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ УРОВЕНЬ МОЧЕВИНЫ ОЦЕНИВАЮТ</p> <p>А) 1 раз в год Б) 2 раз в год В) 1 раз в месяц Г) 2 раза в месяц</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>186.ОБЩИЕ АНАЛИЗЫ МОЧИ ДЕТЯМ, СТРАДАЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ, В ПЕРИОДЕ СТОЙКОЙ РЕМИССИИ ПРОВОДЯТ</p> <p>А) еженедельно Б) ежемесячно В) ежеквартально Г) ежегодно</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>187.ДЕТИ, ПЕРЕНЕСШИЕ ИНФЕКЦИОННЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ, НАБЛЮДАЮТСЯ</p> <p>А) до перевода в подростковый кабинет поликлиники Б) в течение 5 лет В) в течение 3 лет Г) в течение 1 года</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>188. ПАЦИЕНТАМ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ АНАЛИЗ МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО ПРОВОДЯТ 1 РАЗ В</p> <p>А) месяц Б) 6 месяцев В) квартал Г) год</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>189. ПАЦИЕНТАМ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ ПРИ НАЛИЧИИ ЛЕЙКОЦИТУРИИ ПРОВОДЯТ</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2;</p>

<p>А) посе́вы мочи Б) о́бщий анализ крови В) биохимический анализ крови Г) посе́вы крови</p>	<p>ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>190. БОЛЬНОЙ МОЖЕТ БЫТЬ СНЯТ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА В СЛУЧАЕ СОХРАНЕНИЯ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ РЕМИССИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЧЕРЕЗ</p> <p>А) 2 года Б) 3 года В) 4 года Г) 5 лет</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>191.ДЕТИ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НАБЛЮДАЮТСЯ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ</p> <p>А) в течение 1 года Б) в течение 3 лет В) в течение 5 лет Г) до 18 лет</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>10. Диспансеризация детей с заболеваниями крови и геморрагическими диатезами. Ранняя диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Показания к госпитализации. Реабилитация.</p>	
<p>192.В ПЛАН ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РЕБЕНКОМ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ НЕ ВКЛЮЧАЕТСЯ</p> <p>А) анализ кала на скрытую кровь Б) определение общего белка и белковых фракций В) общий анализ мочи Г) клинический анализ крови</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>193. КРИТЕРИЕМ СНЯТИЯ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА В ТЕЧЕНИЕ _____ МЕСЯЦЕВ</p> <p>А) 3 Б) 6 В) 9 Г) 12</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>194. ПРОФИЛАКТИКА ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ</p> <p>А) анемии</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2;</p>

<p>Б) заболеваний печени В) тромбоцитопатий Г) почечной патологии</p>	<p>ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>195. КОНСУЛЬТАЦИЯ ГЕМАТОЛОГА ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОМ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЧЕРЕЗ _____ НЕЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ</p> <p>А) 1-2 недели Б) 3-4 недели В) 4-8 недель Г) 8-16 недель</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>196. ОБЩАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ НА ВСЕХ ЭТАПАХ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>А) 1 месяц Б) 1 год В) 2,5-3 года Г) 5 лет</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>11. Диспансеризация детей с эндокринными заболеваниями . Ранняя диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Показания к госпитализации. Реабилитация</p>	
<p>197. СРОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ДИФФУЗНО–ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ ДЛИТСЯ</p> <p>А) пожизненно Б) в течение 2лет В) в течение 3 лет Г) в течение 5 лет</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>198. ЭНДОКРИНОЛОГ ВПЕРВЫЕ УЧАСТВУЕТ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ____ ЛЕТ</p> <p>А) 10 Б) 12 В) 14–15 Г) 16</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
<p>199. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ВПЕРВЫЕ ОЦЕНИВАЮТ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ДЕВОЧЕК В ____ ЛЕТ</p> <p>А) 10 Б) 12 В) 14 Г) 13</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>

<p>200. РЕБЕНОК С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ</p> <p>А) ортопедом Б) эпидемиологом В) эндокринологом Г) урологом</p>	<p>ОК-8; ОПК- 5; ОПК-6; ОПК-8; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-9; ПК-10; ПК-14;</p>
--	---

**Ответы на тестовые задания по
дисциплине « Поликлиническая и неотложная помощь»
по специальности Педиатрия 31.05.02**

I.	II.	III.
1)А;	42)А;	111)А;
2)В ;	43) Г;	112)Г;
3) А;	44)А;	113)В;
4)Г;	45)Г;	114)А;

5)A;	46)A;	115)B;
6)A;	47)Б;	116)A;
7)A;	48)Б;	117)Б;
8) Б;	49)A;	118)A;
9)Б;	50)A;	119)A;
10)Б;	51)B;	120)A;
11)B;	52)A;	121)B;
12)B;	53)Б;	122)A;
13)B;	54) Б;	123)A;
14)A;	55)Б;	124)Б;
15)A;	56)Г;	125)Б;
16)Б;	57)B;	126)Г;
17) Б;	58)Б;	127)Б;
18)Б;	59)B;	128)A;
19) Б;	60)Г;	129)B;
20)Б;	61) Б;	130)A;
21)A;	62)A;	131)A;
22)Г;	63)Б;	132)A;
23)Г;	64) A;	133)Г;
24)B;	65)A;	134)A;
25)A;	66) Б;	135)A;
26)Б;	67) Г;	136)Б;
27)A;	68)Б;	137)A;
28) Б;	69)Б;	138)B;
29)A;	70)B;	139)Б;
30)B;	71)Б;	140)Г;
31)A;	72)A;	141)A;
32)Г;	73)Б;	142)Б;

33)A;	74) A;	143)A;
34)B;	75)B;	144)Б;
35)B;	76) A;	145)A;
36)A;	77) Г;	146)Г;
37)Б;	78)A;	147)Б;
38)A;	79)Г;	148)A;
39)A:	80) Б;	149)Б:
40)A;	81)Б;	150)A:
41)A;	82)A;	151)Б:
	83)Б;	152)B;
	84)B;	153) Б;
	85)Г;	154)Г;
	86)Г;	155)A;
	87) A;	156)B;
	88) B;	157)B;
	89)A;	158)A;
	90) Г;	159)A;
	91)B;	160)Б;
	92)A;	161)Б;
	93) B;	162)A;
	94)Г;	163)A;
	95) Г;	164)Г;
	96) A;	165)A;
	97) Г;	166)A;
	98)A;	167) Б;
	99)A;	168)A;
	100)A;	169)B;
	101)B;	170)A;

	102)Б; 103)Б; 104)А; 105)А; 106) А; 107) А; 108) Г; 109)А; 110)А;	171)Г; 172)Б; 173)А; 174) Б; 175)Б; 176)А; 177)Б; 178)Б; 179)А; 180)А; 181)Б; 182)Б; 183 Б; 184)А; 185)Б; 186)Б; 187)А; 188)А; 189)А; 190)Г; 191)Г; 192)А; 193)Г; 194)А; 195)Б; 196)Б; 197)А; 198)А;
--	---	---

		199)А; 200)В;
--	--	------------------

Ситуационные задачи

Задача №1

Ребенок 5 месяцев. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Закричала сразу, к груди приложена на первые сутки, выписана из роддома на 6-е сутки. Период новорожденности протекал без особенностей. В возрасте 1 мес. из-за гипогалактии у матери стала получать адаптированные смеси. С 1,5 мес. - на искусственном вскармливании. С этого времени прибавляла в массе больше нормы. Семейный анамнез: у матери - пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров. Ребенок в 3 мес. перенес ОРВИ, протекавшую с небольшим повышением температуры, серозным выделением из носа. Лечение симптоматическое. Настоящее заболевание началось остро, с подъема температуры до 38°C. На следующий день состояние резко ухудшилось: появились пароксизмальный кашель, одышка с затрудненным свистящим дыханием.

При осмотре состояние тяжелое. Температура тела 37,6°C. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧД 74 в минуту. Перкуторно: над легкими звук с коробочным оттенком. Аускультативно: масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в самом начале выдоха. Границы сердца: правая - на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая - на 0,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 140 ударов в мин. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под правого подреберья. Стул был 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей.

Задание:

1. Предварительный диагноз.
2. План дополнительного обследования больного.
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
4. Какие осложнения могут развиваться при данном заболевании?
5. Составьте программу лечения больного и дайте ее обоснование?

Задача №2

Вызов бригады «Скорой помощи» в детский сад. Во время игры у мальчика 3-х лет внезапно появился сухой навязчивый кашель, одышка, преходящий цианоз. Хронических заболеваний у ребенка нет. При осмотре: ребенок возбужден, плачет, в контакт не вступает. Преходящий цианоз. Вдох резко затруднен, шумный. Одышка с участием вспомогательной мускулатуры. ЧД 42 в 1 минуту. Над легочными полями перкуторный

звук не изменен, дыхание поверхностное, равномерно проводится с обеих сторон. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 120 уд/мин. АД 85/50 мм рт.ст. Во время осмотра состояние мальчика резко ухудшилось, нарастает вялость, вдох стал прерывистым, быстро нарастает цианоз. Ротоглотка свободна, посторонних предметов нет.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назовите ведущий патологический синдром.
3. Тактика и алгоритм неотложной помощи.
4. Возможные осложнения, неотложная помощь при развитии осложнений.

Задача №3

В отделение интенсивной терапии доставлена девочка в возрасте 3-х недель. Со слов мамы, девочка в течение недели часто срыгивала после кормления, снизился аппетит, стала вялой, стул участился до 8-9 раз в сутки - жидкий. Накануне и в день поступления отмечалась рвота. Температура не повышалась. Девочка потеряла в массе около 600 г. Из анамнеза известно, что девочка от I-й нормально протекавшей беременности, роды в срок, самостоятельные, без осложнений. Мр - 3200 г, Рр - 48 см. На естественном вскармливании - прибавка за первые 2 недели около 200г. На момент поступления – при росте 49 см, масса - 2700 г.

Объективно: состояние девочки крайне тяжелое за счет выраженной дегидратации. На осмотр реагирует вяло, крик «стонущий», общая мышечная гипотония. Кожные покровы бледные, сухие. Тургор мягких тканей резко снижен. Тоны сердца ослаблены, глухие. ЧСС - 110 в мин. Живот запавший. Печень на 3 см ниже края реберной дуги. Селезенка не увеличена. При осмотре наружных половых органов отмечается гипертрофия клитора, единое мочеполовое отверстие. Гиперпигментация половых губ, сосков.

Результаты кариотипирования в роддоме - 46 XX. Лечение ранее не проводилось.

Электролиты плазмы: калий - 5,8 ммоль/л, натрий - 120 ммоль/л; глюкоза плазмы - 2,6 ммоль/л.

В анализе мочи - сахар отрицательный, ацетон положительный (++).

Кислотно-щелочное состояние: рН - 7,3, ВЕ = - 4 мэкв/л, рСО₂ - 40 мм рт. ст..

Задания:

1. Диагноз, его обоснование?
2. Патогенетическая основа заболевания.
3. Назовите формы заболевания в зависимости от выраженности минералокортикоидной недостаточности.
4. Назовите признаки андрогенизации.
5. Дополнительные исследования для подтверждения диагноза и ожидаемые результаты?

6. Неотложные терапевтические мероприятия?

Задача №4

Мальчику 1 год. Ребенок на профилактическом осмотре. Жалоб нет. Анамнез жизни: Мальчик от I-ой беременности с гестозом II половины, дважды ОРВИ в I-й и II-й половине (лечение домашними средствами), роды и период новорожденности без особенностей. У матери хронический тонзиллит, у отца хронический насморк, у деда ребенка (по линии отца) – бронхиальная астма, в генеалогическом древе 7 человек. Маме 30 лет, домохозяйка, папе 35 лет, частный предприниматель. Живут в 3-комнатной квартире, с матерью мужа, доход достаточный, муж курит. Мальчик 3 раза перенес ОРВИ (1 раз с явлениями обструкции), лечился амбулаторно, три раза в течение года появлялись элементы не обильной сыпи на лице и туловище, которые 2 раза мать связывала с употреблением ею шоколада. В настоящее время получает грудь матери, прикорм введен по возрасту. Прививки против гепатита по схеме 0-3-6, БЦЖ в роддоме, АКДС 3-хкратно, последняя прививка в 10,5 месяцев. Осмотр: Мальчик спокойный, хорошо вступает в контакт, начал ходить самостоятельно, разнообразно действует с игрушками, подражая действиям взрослых, выполняет отдельные поручения, произносит 5 облегченных слов, понимает запрет, самостоятельно пьет из чашки. Длина – 75 см, масса тела 11800 г, окружность груди – 51 см. При осмотре выявлены единичные пятна и шероховатости щек и ягодичной области, единичные папулезные элементы на ногах, «географический» язык. Питание - повышенное, отмечается некоторая пастозность. Видимые слизистые чистые. Перкуторный звук легочной с коробочным оттенком. Дыхание пуэрильное. ЧДД – 30 в мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 122 в мин. Живот мягкий, печень +1 см из-под реберной дуги. Ребенок направлен на прививку против кори и паротита. Анализ крови: RBC – 4,6x10¹²/л, HGB – 118 г/л, MCV- 81 фл., MCH – 29 пг., MCHC – 32 г/дл, RDW – 10%. WBC – 10,8x10⁹/л, IMM – 2%, GRA – 34%, LYM – 50%, MON – 10%, EO – 4%, СОЭ – 8 мм/час. Анализ мочи: соломенно-желтый цвет, PH – слабо кислая, лейкоциты 3-5 в п/зр. Копрология – кал желтый, кашицей, непер. клетчатка 3-4 в поле зрения.

Задание:

1. Дайте заключение по комплексной оценке состояния здоровья ребенка.
2. Обоснуйте диагноз. Какая запись оформляется в форме 112?
3. Рекомендации участкового педиатра.
4. Какие консультации специалистов и исследования проводятся ребенку в год? Составьте план наблюдения.
5. Правильна ли была тактика участкового врача в отношении противокоревой вакцинации? Какие рекомендации?

Задача №5

На приеме повторно мама с девочкой Л. 3 недель с жалобами на жидкий стул с кислым запахом, снижение темпов прибавки массы тела. Из анамнеза заболевания: частый водянистый стул, иногда с пеной, слизью, зеленью, наблюдается с возраста 2 недель

жизни. Бактериологический посев кала - отрицательный. При дополнительном расспросе установлено, что отец ребёнка плохо переносит молоко. Из анамнеза жизни: ребёнок от второй беременности, протекавшей на фоне анемии легкой степени, угрозы прерывания, ОРВИ в 22 недели. Роды вторые, срочные. Масса при рождении 3100 г, длина 52 см оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. На грудном вскармливании. Прививки по возрасту. Аллергоанамнез не отягощён. Объективно: состояние средней тяжести, масса тела 3500, длина 53 см. Эмоциональный тонус сохранен. Отеков нет. Большой родничок 1,0×1,0 см, не напряжен. Кожа бледная, чистая, умеренной влажности. Саливация сохранена. Снижен тургор тканей, умеренная мышечная гипотония. Подкожно-жировой слой умеренно снижен на животе. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 40 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 130 ударов в минуту. Живот вздут, безболезненный при пальпации. Печень +1,0 см из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускания безболезненные, диурез сохранен. Стул от 2 до 5 раз в сутки, жидкий, водянистый, с примесью слизи и кислым запахом. Наружные половые органы сформированы по женскому типу.

Задание:

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3.Перечислите план и цель дополнительных методов исследования у пациента.
- 4.Какова Ваша тактика ведения пациента при сохранении грудного вскармливания? Дайте родителям подробные указания.
- 5.Укажите тактику вакцинопрофилактики у данного пациента с лактазной недостаточностью.

Задача №6

Десять дней назад ребенок в возрасте 3 лет оформлен в детский сад. Из анамнеза известно, что ребенок III группы здоровья (частые ОРВИ, перинатальная патология ЦНС в анамнезе, атопический дерматит). Социально-бытовые условия благополучные. В семье у матери пищевая аллергия, у бабушки по материнской линии - бронхиальная астма.

Показатели нервно-психического развития ребенка перед поступлением в ДОУ. Перешагивает через веревочку, горизонтально приподнятую над полом на 30 см; в речи начинает употреблять придаточные предложения, появились вопросы «Когда?», «Почему?», называет четыре основных цвета, дома появились элементы ролевой игры; одевается самостоятельно, но не умеет застегивать пуговицы.

Общий анализ крови на момент оформления в детский сад: концентрация гемоглобина - 122 г/л; количество эритроцитов - $3,6 \times 10^{12}/л$; доля эозинофилов - 6%, нейтрофилов - 35%, лимфоцитов - 58%, моноцитов - 7%; СОЭ - 10 мм/ч.

Концентрация общего IgE в крови: 150 кЕ/л (норма - до 100 кЕ/л). Выявлена повышенная чувствительность на пищевые аллергены (банан, апельсин, яблоко, персик, грушу, лимон, землянику, ананас).

Со слов матери, отмечаются негативные изменения в поведении ребенка после начала посещения детского сада: девочка стала капризной, агрессивной, возбужденной; ночью плохо спит, во время ужина дома съедает пищи больше обычного. Утром в детский сад идет неохотно. При ежедневном наблюдении в группе воспитатель отмечает, что ребенок плохо вступает в контакт с детьми, не принимает участия в играх, отказывается от еды, не выполняет режимные требования, днем не спит, часто плачет, просится домой. Показатели нервно-психического развития не изменились.

Физическое развитие: рост - 93 см, масса тела - 13,2 кг, окружность груди - 51 см.

Объективное обследование. Температура тела - 36,8 °С. Кожный покров бледный, пастозный, на щеках гиперемия. На разгибательных поверхностях рук кожа сухая, шершавая, расчесы. В зеве - увеличение (II степень) и рыхлость миндалин. Легкие и сердце - без патологии.

Задания

1. Сформулируйте диагноз, определите группу здоровья.
2. Оцените физическое и нервно-психическое развитие ребенка.
3. Составьте план мероприятий и дайте рекомендации по облегчению адаптации ребенка.
4. Дайте рекомендации родителям по лечению ребенка, уходу и реабилитации.

Задача №7

Новорожденный мальчик К., масса – 800 гр., длина тела – 37 см., окружность головы 24 см, окружность груди 23 см. Спонтанное дыхание не эффективное, в родовом зале сразу же заинтубирован, проводится ручная вентиляция мешком Амбу. Частота сердечных сокращений 116-110 в 1 минуту, оценка по шкале Апгар – 3/5 баллов. Из анамнеза известно, что матери 30 лет, страдает сахарным диабетом с детства. Беременность 5, роды третьи. Ребенок от первой беременности – 10 лет, здоров. 2-3 беременности – мед.аборты. Данная беременность протекала с тяжелым гестозом. Лечение в стационаре, УЗИ-скрининг проведен, патологии в/у развития плода не отмечено, выявлено многоводие. Роды преждевременные путем экстренной операции кесарева сечения в связи с преждевременной отслойкой плаценты, кровотечением у матери в 27 недель.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте курсурф.
3. Назовите факторы риска РДС у данного пациента.
4. Укажите факторы, снижающие риск РДС у недоношенных.

Задача №8

На диспансерном приеме у участкового педиатра девочка 11 лет, больна 3 года. Жалобы на периодические боли в животе, локализирующиеся в эпигастральной области. Иногда беспокоят тошнота, отрыжка кислым. Боли чаще возникают натощак, купируются приемом пищи, но-шпой. Характерна сезонность: весной и осенью интенсивность болевого синдрома увеличивается. Питается нерегулярно, часто всухомятку. Перенесенные заболевания. Редко ОРВИ, ветряная оспа в 5 лет. Социальный анамнез. Благополучный. Семейный анамнез. Мать страдает язвенной болезнью желудка, отец - полинозом, бабушка по линии матери - хроническим гастродуоденитом и хроническим холециститом.

Объективное обследование. Состояние по заболеванию средней степени тяжести, самочувствие нарушено незначительно. Кожный покров бледно-розовый, тени под глазами. Со стороны костно-мышечной, сердечно-сосудистой и дыхательной систем патологии не выявлено, частота сердечных сокращений составляет 80 в минуту, дыхательных движений - 18 в минуту. Пищеварительная система: язык обложен белым налетом, во рту три кариозных зуба, зев спокоен, при поверхностной пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области, печень и селезенка без особенностей, симптом Менделя положительный. Стул и диурез без особенностей.

Физическое развитие: масса тела - 36 кг, рост - 148 см, окружность грудной клетки - 65 см.

Общий анализ крови: концентрация гемоглобина - 123 г/л; количество эритроцитов - $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоцитов - $7,2 \times 10^9$ /л; степень анизоцитоза (RDW) - 11,3-11,7%; гематокрит - 32%; средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC) - 31 г/дл; средний объем эритроцита (MCV) - 75 фемтолитров; среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH) - 25 пг; число тромбоцитов - 240×10^9 /л; доля эозинофилов в лейкоцитарной формуле - 1%, палочкоядерных нейтрофилов - 3%, сегментоядерных - 55%, лимфоцитов - 34%, моноцитов - 7%; СОЭ - 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность полная; глюкоза (GLU) - нет; билирубин (BIL) - нет; кетоновые тела (KET) - нет; удельный вес (SG) - 1010 г/л; эритроциты (BLD) - нет; pH - 6,5; белок (PRO) - нет; уробилин (URO) - 0,2 ммоль/л; нитриты - нет; лейкоциты (LEU) - нет; альбумин (ALB) - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л; активность аланиламинотрансферазы - 19 ЕД/л, аспартиламинотрансферазы - 24 ЕД/л, амилазы - 100 ЕД/л (норма - 10-120 ЕД/л); концентрация билирубина - 15 мкмоль/л, связанного билирубина - 3 мкмоль/л.

ФЭГДС. Пищевод свободно проходим, слизистая оболочка розовая, кардия смыкается, в желудке мутная слизь. В антральном отделе желудка и на слизистой оболочке луковицы двенадцатиперстной кишки - очаги гиперемии в виде пятен. Положителен биопсийный тест на *Helicobacter pylori*.

Внутрижелудочная pH-метрия. Натощак в теле желудка регистрируется гиперацидное состояние, декомпенсация ощелачивания в антральном отделе желудка.

УЗИ органов брюшной полости. Размеры печени - в пределах возрастной нормы, эхогенность паренхимы обычная, сосудистая система не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы, 55x21 мм, содержимое гомогенное, толщина стенки обычная. После желчегонного завтрака сократился на 70%. Поджелудочная железа без патологии.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз, проведите дифференциальную диагностику.
2. Оцените физическое развитие.
3. Определите показания к госпитализации. Каковы принципы лечения основного заболевания?
4. Составьте план диспансерного наблюдения ребенка после стихания обострения. По какой группе здоровья следует наблюдать ребенка?
5. Дайте рекомендации родителям по реабилитации ребенка.

Задача №9

На приеме у педиатра ребенок 1,5 лет. Жалобы на плохой сон, капризы, отсутствие аппетита. Полгода назад ребенок пошел в ясли. В течение 6 месяцев 4 раза перенес ОРВИ с обструктивным синдромом. В ясли ходить не хочет, плачет, отказывается от еды. Появились зудящиеся высыпания на коже лица. При осмотре – ребенок малоконтактен, не отходит от мамы. Кожа на щеках гиперемирована, участки шелушения, видны расчесы. Длина тела 81 см. Масса тела 11 кг. Из анамнеза: у мамы бронхиальная астма, у бабушки по линии отца – поллиноз. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом, родился в срок с массой 3500 г, рост 53 см. С рождения на искусственном вскармливании. Получал адаптированные молочные смеси. На первом году жизни отмечали сухость кожи на щеках, на ногах, руках, животе, периодически гиперемиию. К 1 году признаки заболевания исчезли. В клиническом анализе крови эозинофилы 12%.

Задание:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Как протекает период адаптации у ребенка
3. Оцените физическое развитие.
4. Назначьте ребенку питание на один день.
5. Мероприятия для облегчения течения периода адаптации дошкольного образовательному учреждению.

Задача №10

На прием к врачу пришла мама с мальчиком 6,5 лет. Ребенок неорганизованный, мать – домохозяйка, не работает в связи с частыми заболеваниями ребенка в период посещения детского комбината (тогда он ежемесячно болел ОРВИ, осложнявшимися тяжелым обструктивным синдромом). Дважды перенес пневмонию, болел краснухой, корью, коклюшем, ветряной оспой. Ребенок родился от 2-й резус-конфликтной беременности, 1 родов (первая беременность закончилась медицинским абортom). Мотив для посещения врача – обследование ребенка с целью выявления его готовности к школе. При осмотре: Масса тела – 20,5 кг, длина – 110 см, окружность головы – 51 см, окружность грудной

клетки – 54 см. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Имеется кариес 2-х зубов, гипертрофия миндалин I-II степени.

Психометрия: речь развита хорошо, звукопроизношение четкое, адекватно реагирует на разговор со взрослыми, контактен, знает много стихов, читает, считает до 100, покладист, редко конфликтует, добрый.

Психо-физиологический тест Керна-Йерасика 4 балла, характер речепроизношения «+», мотометрический тест вырезание круга «+».

Задание:

1. Составить план обследования и алгоритм заключения педиатра ребёнку перед поступлением в школу (в первый класс)
2. Ориентационный тест школьной зрелости Керна-Йерасика, его методика и оценка. Сделать заключение о школьной зрелости на основании психометрии и психофизиологических критериев мальчику.
3. По каким критериям проводится комплексная оценка состояния здоровья ребёнка?
4. Провести оценку физического развития ребёнка, обоснование оценки
5. Назначить лечебно-профилактические мероприятия с целью уменьшения риска развития синдрома нарушенной адаптации к школе. Составить план обследования и алгоритм заключения педиатра ребёнку перед поступлением в школу (в первый класс)

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			
	неудовлетворительн о	удовлетворительн о	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 несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без 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	Компетенция в полной мере не сформирована.	Сформированность компетенции соответствует	Сформированность компетенции	Сформированность компетенции

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительн о	удовлетворительн о	хорошо	отлично
оси компетенции*	Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	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 профессиональным задачам	полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
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/>)