**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)**

Клинический институт детского
здоровья имени Н.Ф.Филатова
Кафедра пропедевтики детских болезней

Методические материалы по дисциплине:

Поликлиническая и неотложная педиатрия

основная профессиональная образовательная программа высшего
образования - программа специалитета

31.05.02 Педиатрия

Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

1. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЁНКОМ В ВОЗРАСТЕ ДО 7 ЛЕТ ВЫДАЕТСЯ
 - А) на весь период острого заболевания+
 - В) до 10 дней
 - С) на две недели
 - Д) до 7 дней
2. ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ НА СРОК СВЫШЕ 15 КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ
 - А) врачебная комиссия+
 - В) заместитель главного врача детской поликлиники по лечебной работе
 - С) заведующая педиатрическим отделением
 - Д) главный врач детской поликлиники
3. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СРОКОВ ПРЕБЫВАНИЯ НА ЛИСТКЕ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР РУКОВОДСТВУЕТСЯ
 - А) состоянием ребенка+
 - В) самочувствием ребенка
 - С) ориентировочными сроками временной нетрудоспособности при различных заболеваниях
 - Д) сроками временной нетрудоспособности по просьбе мамы
4. В СЛУЧАЕ ОСТРОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ МАТЕРИ, НАХОДЯЩЕЙСЯ В ДЕКРЕТНОМ ОТПУСКЕ ПО УХОДУ ЗА ЗДОРОВЫМ РЕБЕНКОМ ДО 3-Х ЛЕТ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЛИЦУ, РАБОТАЮЩЕМУ ПО ТРУДОВОМУ ДОГОВОРУ И ФАКТИЧЕСКИ ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕМУ УХОД
 - А) не выдается+
 - В) выдается учреждением, в котором лечится мать
 - С) выдается детской поликлиникой
 - Д) выдается в индивидуальном порядке Фондом социального страхования
5. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ ВЫДАЕТСЯ ГРАЖДАНИНУ
 - А) работающему на государственном предприятии, в организации, учреждении+
 - В) признанному безработным и состоящему на учете в территориальном органе труда и занятости населения
 - С) военнослужащему аттестованному
 - Д) учащемуся высшего учебного заведения
6. НЕПОСРЕДСТВЕННУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬ ВЫДАЧИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ НЕСЕТ
 - А) участковый врач-педиатр+
 - В) заведующая педиатрическим отделением
 - С) заместитель главного врача по клинико-экспертной работе
 - Д) заместитель главного врача по лечебной работе
7. Экспертиза трудоспособности – это вид медицинской деятельности, целью которой является

- A) все перечисленное+
 - B) оценка состояния здоровья пациента
 - C) определение сроков и степени нетрудоспособности
 - D) установление возможности осуществления профессиональной деятельности (трудовой прогноз)
 - E) обеспечение качества и эффективности проводимого лечения
8. Допускается ли выдача листка нетрудоспособности за прошедшие дни, когда гражданин не был освидетельствован медицинским работником
- A) только через врачебную комиссию+
 - B) да
9. Гражданам, обратившимся за медицинской помощью после окончания рабочего времени (смены), дата освобождения от работы в листке нетрудоспособности указывается со следующего календарного дня
- A) по их желанию+
 - B) всегда
10. При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения заработной платы, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет листок нетрудоспособности
- A) выдается со дня окончания указанных отпусков в случае продолжающейся временной нетрудоспособности+
 - B) выдается на весь срок временной нетрудоспособности
11. При временной нетрудоспособности лиц, находящихся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет, работающих на условиях неполного рабочего времени или на дому, листок нетрудоспособности
- A) выдается на общих основаниях+
 - B) не выдается
12. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЁНКОМ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 15 ЛЕТ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЫДАЕТСЯ ДО ___ ДНЕЙ
- A) 3+
 - B) 7
 - C) 15
 - D) 10
13. Для получения листка нетрудоспособности пациент в медучреждении должен предоставить
- A) документ, удостоверяющий личность пациента+
 - B) справку с места работы
 - C) документ о семейном положении
14. Листок нетрудоспособности не выдается
- A) всем перечисленным
 - B) обратившимся за медицинской помощью в медицинскую организацию, если у них не выявлено признаков временной нетрудоспособности
 - C) проходящим медицинское освидетельствование, медицинское обследование или лечение по направлению военных комиссариатов
 - D) находящимся под стражей или административным арестом
 - E) проходящим периодические медицинские осмотры (обследования), в том числе в центрах профпатологии
15. Листок нетрудоспособности не выдается

- A) всем перечисленным++
 - B) гражданам, в том числе с хроническими заболеваниями вне обострения (ухудшения), проходящим обследование, принимающим различные процедуры и манипуляции в амбулаторно-поликлинических условиях
 - C) учащимся образовательных учреждений начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования и учреждений послевузовского профессионального образования
16. Не выдают листки нетрудоспособности медицинские работники:
- A) все перечисленные+
 - B) организаций скорой медицинской помощи;
 - C) организаций переливания крови;
 - D) приемных отделений больничных учреждений;
 - E) бальнеологических лечебниц и грязелечебниц;
 - F) медицинских организаций особого типа (центров медицинской профилактики, медицины катастроф, бюро судебно-медицинской экспертизы);
 - G) учреждений здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
17. Листок нетрудоспособности выдают следующие медицинские работники
- A) все перечисленные+
 - B) лечащие врачи медицинских организаций
 - C) фельдшеры и зубные врачи медицинских организаций в отдельных случаях - по решению органа управления здравоохранением субъекта РФ
 - D) лечащие врачи клиник научно-исследовательских учреждений (институтов), в том числе клиник научно-исследовательских учреждений (институтов) протезирования или протезостроения - по согласованию с Минздравсоцразвития России
18. Может ли при необходимости листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком выдаваться попеременно разным членам семьи
- A) Да+
 - B) нет
19. Сколько листков нетрудоспособности по уходу выдается при одновременном заболевании двух детей
- A) Один+
 - B) два
20. Сколько листков нетрудоспособности по уходу выдается при одновременном заболевании более двух детей
- A) выдается второй листок+
 - B) один
21. В каких случаях листок нетрудоспособности по уходу не выдается
- A) во всех перечисленных случаях+
 - B) за больным членом семьи старше 15 лет при стационарном лечении
 - C) за хроническими больными в период ремиссии
 - D) в период ежегодного оплачиваемого отпуска и отпуска без сохранения заработной платы
 - E) в период отпуска по беременности и родам
 - F) в период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет
22. При карантине листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет, посещающим дошкольное образовательное учреждение, или за членом семьи, признанным в установленном порядке недееспособным, выдается

- А) лечащим врачом одному из работающих членов семьи (опекуну) на весь период карантина, установленного на основании решения Правительства РФ или органа исполнительной власти субъекта РФ, органа местного самоуправления+
- В) лечащим врачом на весь период карантина

23. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА РЕБЁНКОМ В ВОЗРАСТЕ ДО 7 ЛЕТ ПРИ КАРАНТИНЕ ВЫДАЕТСЯ

- А) на весь период карантина+
- В) до 15 дней
- С) до 10 дней
- Д) на неделю

24. При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания листок нетрудоспособности выдается

- А) со дня окончания отпуска+
- В) с 1-го дня нетрудоспособности
- С) с 3-го дня нетрудоспособности
- Д) с 6-го дня нетрудоспособности
- Е) с 10-го дня нетрудоспособности

25. УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ИМЕЕТ ПРАВО ЕДИНОЛИЧНОЙ ВЫДАЧИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЁНКОМ 3 ЛЕТ МАКСИМАЛЬНО НА СРОК _____ ДНЕЙ

- А) 14+
- В) 7
- С) 10
- Д) 30

26. УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ПРИ ОФОРМЛЕНИИ СПРАВКИ, ВЫДАВАЕМОЙ РЕБЁНКУ В ДЕТСКИЙ КОЛЛЕКТИВ, ОТМЕЧАЕТ

- А) фамилию, имя, год рождения; сроки и причину отсутствия в детском коллективе; отсутствие педикулёза и чесотки; отсутствие контактов с инфекционными больными за последние 21 день+
- В) сроки и причину отсутствия в детском коллективе; номер педиатрического участка; фамилию, имя, год рождения; отсутствие контактов с инфекционными больными за последние 21 день
- С) номер педиатрического участка; отсутствие педикулёза и чесотки; фамилию, имя, год рождения; отсутствие контактов с инфекционными больными за последние 21 день
- Д) сроки и причину отсутствия в детском коллективе; отсутствие педикулёза и чесотки; фамилию, имя, год рождения

27. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЁНКОМ ВЫДАЕТСЯ МАМЕ, ЕСЛИ

- А) у ребёнка диагностирована острая кишечная инфекция+
- В) у ребенка хронический пиелонефрит в стадии ремиссии
- С) мама находится в декретном отпуске
- Д) мама находится в очередном отпуске

28. УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР В Ф. №112/У ПРИ ВЫДАЧЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ ОТМЕЧАЕТ

- А) фамилию, имя, отчество мамы; число, месяц, год рождения мамы; место работы, должность; срок выдачи листка нетрудоспособности; СНИЛС; номер медицинского полиса+

- В) фамилию, имя, отчество мамы; место работы, должность; число, месяц, год рождения мамы; СНИЛС; номер медицинского полиса; номер листка нетрудоспособности
- С) фамилию, имя, отчество мамы; число, месяц, год рождения мамы; СНИЛС; номер медицинского полиса; номер листка нетрудоспособности
- Д) фамилию, имя, отчество мамы; место работы, должность; число, месяц, год рождения мамы; срок выдачи листка нетрудоспособности
29. ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ МАМА ДОЛЖНА ПРЕДЪЯВИТЬ
- А) Паспорт+
- В) СНИЛС
- С) медицинский полис
- Д) свидетельство о рождении ребенка
30. ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ДВУХ И БОЛЕЕ ДЕТЕЙ МАМЕ, РАБОТАЮЩЕЙ ПО ТРУДОВОМУ ДОГОВОРУ, ВЫДАЕТСЯ
- А) один листок нетрудоспособности+
- В) два листка нетрудоспособности
- С) два листка нетрудоспособности с интервалом в один день
- Д) справка по уходу за больным ребенком
31. БОЛЬНОЙ РЕБЕНОК В ПОЛИКЛИНИКЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНО ОСМАТРИВАЕТСЯ В
- А) фильтре поликлиники+
- В) кабинете участкового врача
- С) процедурном кабинете
- Д) кабинете инфекциониста
32. НЕОБХОДИМО ОСМОТРЕТЬ НА ДОМУ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ
- А) ребенка 3-х месяцев с $t 38^{\circ}\text{C}$, сыпью, рвотой, судорогами+
- В) ребенка новорожденного (первичный патронаж)
- С) ребенка 3-х лет с $t 38,5^{\circ}\text{C}$, сыпью и контактом по скарлатине
- Д) ребенка 5 лет с $t 38^{\circ}\text{C}$
33. ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ ИСКЛЮЧАЕТ
- А) круглосуточное оказание медицинской помощи+
- В) медицинскую профилактику важнейших заболеваний
- С) санитарно-гигиеническое образование населения
- Д) оказание медицинской помощи в дневном стационаре
34. ЧИСЛО ДЕТЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ ОТ 16.04.2012 Г. № 366Н СОСТАВЛЯЕТ
- А) 800+
- В) 700
- С) 1000
- Д) 900
35. С ЦЕЛЬЮ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЗАНОСА ИНФЕКЦИИ В РАБОТЕ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТСЯ НАЛИЧИЕ
- А) фильтра с боксами+
- В) регистратуры
- С) кабинета здорового ребенка
- Д) гардероба

36. ИЗ ОБЯЗАННОСТЕЙ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ИСКЛЮЧЕНА РАБОТА
- A) по отбору детей на санаторно-курортное лечение+
 - B) санитарно-просветительная с населением
 - C) по оказанию медицинской помощи по назначению врача
 - D) профилактическая по воспитанию здорового ребенка
37. ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ РЕБЁНКА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ, КОТОРЫЙ СОДЕРЖИТ ИСТОРИЮ ЕГО РАЗВИТИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ УЧЕТНАЯ ФОРМА
- A) №112+
 - B) №039
 - C) №036
 - D) №030
38. ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧИТЫВАЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ ПОЛНОТЫ ОХВАТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ОСМОТРАМИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, КОТОРЫЙ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ ____ %
- A) 95+
 - B) 100
 - C) 90
 - D) 80
39. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ 3-ГО ДОРОДОВОГО ПАТРОНАЖА УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ ЯВЛЯЕТСЯ
- A) тяжелая экстрагенитальная патология у беременной женщины+
 - B) анемия легкой степени в 18 недель
 - C) острый пиелонефрит за 1 год до беременности
 - D) физиологическое течение беременности
40. ДОКУМЕНТ, ПРЕДУСМАТРИВАЮЩИЙ ОПЛАТУ УСЛУГ ГОСУДАРСТВЕННЫМ И МУНИЦИПАЛЬНЫМ УЧРЕЖДЕНИЯМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЖЕНЩИНАМ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ
- A) родовой сертификат+
 - B) единовременное пособие по рождению ребенка
 - C) свидетельство о рождении ребёнка
 - D) страховой полис
41. ПРИ ОКАЗАНИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ПРИЕМЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ НОРМА ПРИЕМА ПЕДИАТРА СОСТАВЛЯЕТ _____ В ЧАС
- A) 4 человека+
 - B) 2 человека
 - C) 5 человек
 - D) 6 человек
42. НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОТРАЖАЕТ СОСТОЯНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СТРАНЕ
- A) младенческая смертность+
 - B) количество врачей на душу населения
 - C) уровень смертности
 - D) уровень рождаемости
43. ПРИ ОКАЗАНИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ НОРМАТИВ ВРАЧА-ПЕДИАТРА СОСТАВЛЯЕТ _____ В ЧАС

- A) 2 человека+
- B) 1 человек
- C) 3 человека
- D) 4 человека

44. НОРМАТИВ ПРИЕМА ВРАЧА-ПЕДИАТРА НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ СОСТАВЛЯЕТ _____ В ЧАС

- A) 7 человек+
- B) 5 человек
- C) не более 12 человек
- D) 10 человек

45. РАСЧЕТ ШТАТА ПЕДИАТРОВ ДЛЯ РАБОТЫ В ШКОЛЕ СОСТАВЛЯЕТ: 1 ВРАЧ НА _____ УЧАЩИХСЯ

- A) 1000+
- B) 500
- C) 8000
- D) 2000

46. ОДНИМ ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- A) проведение лечебно-профилактической работы в ДДУ и школах+
- B) проведение санитарно-эпидемиологического надзора
- C) оформление инвалидности детям
- D) оказание неотложной психиатрической помощи

47. ИЗ НАПРАВЛЕНИЯ РЕБЕНКА НА СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИСКЛЮЧАЮТ

- A) данные плановой диспансеризации+
- B) сведения о перенесенных заболеваниях
- C) сведения о прививках
- D) возраст ребенка

48. ОБЯЗАННОСТЬЮ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ЯВЛЯЕТСЯ

- A) осмотр детей перед вакцинацией+
- B) контроль за работой молочной кухни
- C) контроль за питанием детей в школе
- D) лечение детей в дневном стационаре

49. В ОБЯЗАННОСТИ ЗАВЕДУЮЩЕГО ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ОТДЕЛЕНИЕМ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ВХОДИТ

- A) контроль обоснованности выдачи больничных листов нетрудоспособности+
- B) диспансеризация детей с хроническими заболеваниями
- C) осмотр детей перед вакцинацией
- D) профилактический осмотр школьников

50. ФОРМА №058/У - ЭТО

- A) экстренное извещение об инфекционном заболевании+
- B) история развития ребёнка
- C) медицинская карта ребёнка
- D) журнал учёта профилактических прививок

51. ПЕРЕД ДОПУСКОМ РЕБЕНКА К ЗАНЯТИЯМ В СПОРТИВНОЙ СЕКЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ

- A) ЭКГ+
- B) спирографии
- C) холтеровского мониторирования ЭКГ
- D) рентгенографии органов грудной клетки

52. РЕБЕНКУ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ НАЗНАЧЕНИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ
- A) Невролога+
 - B) кардиохирурга
 - C) гинеколога
 - D) ортопеда
53. ПОКАЗАТЕЛЬ (КОЭФФИЦИЕНТ) ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ РАССЧИТЫВАЮТ КАК ОТНОШЕНИЕ ЧИСЛА
- A) случаев смерти плода при сроке беременности более 22 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле+
 - B) умерших в течение первой недели после родов, к общему числу родившихся живыми за год; выражается в промилле
 - C) случаев смерти плода при сроке беременности более 28 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле
 - D) детей, умерших в течение первой недели после родов, к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле
54. К ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ КОМПЛЕКСУ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ИНФЕКЦИЮ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ОТНОСЯТ
- A) общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, анализ мочи по Нечипоренко, УЗИ почек+
 - B) общеклинические анализы крови и мочи, анализ мочи по Нечипоренко, Аддису-Каковскому, Зимницкому
 - C) общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, экскреторную урографию
 - D) общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ почек, микционную цистографию
55. ТАКТИКОЙ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ПРИ ОБОСТРЕНИИ У РЕБЕНКА ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С РАСПРОСТРАНЕННЫМ КОЖНЫМ ПРОЦЕССОМ И ВТОРИЧНЫМ ИНФИЦИРОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
- A) госпитализация в стационар+
 - B) направление на консультацию аллерголога
 - C) направление на консультацию дерматолога
 - D) направление на консультацию инфекциониста, аллерголога, дерматолога
56. КОМПЛЕКСНОЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ПРОВОДИТСЯ НА
- A) IV этапе+
 - B) I этапе выхаживания
 - C) II этапе выхаживания
 - D) III этапе
57. АНКЕТИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ
- A) уровень знаний о профилактике заболеваний+
 - B) состояние здоровья
 - C) качество оказания медицинской помощи

D) уровень здоровья

58. К ПАССИВНЫМ ФОРМАМ МЕДИЦИНСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ОТНОСЯТ

- A) телевизионную рекламу+
- B) проведение «урока здоровья» в школе
- C) беседу с родителями ребенка на приеме
- D) занятия по обучению гигиене в группе детского сада

59. ПРОВЕДЕНИЕ БЕСЕДЫ С ПАЦИЕНТОМ И ЕГО РОДИТЕЛЯМИ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ФОРМОЙ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ

- A) Индивидуальной+
- B) групповой
- C) массовой
- D) популяционной

60. ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ СОСТОИТ В

- A) Профилактике+
- B) диагностике
- C) лечении
- D) реабилитации

61. ПОД ПОСТЭКСПОЗИЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ ПОНИМАЮТ

- A) экстренную вакцинацию контактных неиммунных лиц+
- B) срочную вакцинацию всех контактных лиц
- C) изоляцию инфекционного больного
- D) обработку помещений дезинфицирующими средствами после госпитализации инфекционного больного

62. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАПРАВЛЕНА НА РЕБЕНКА

- A) Здорового+
- B) с отставанием в физическом развитии
- C) больного хроническим заболеванием
- D) с задержкой нервно-психического развития

63. ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

- A) образ жизни семьи+
- B) наследственность
- C) состояние окружающей среды
- D) деятельность органов здравоохранения

64. ПОД МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТЬЮ ПОДРАЗУМЕВАЮТ ЧИСЛО ДЕТЕЙ, УМЕРШИХ В ВОЗРАСТЕ ДО

- A) 1 года из 1000 живорожденных+
- B) 2 лет из 1000 родившихся живыми и мертвыми
- C) 2 лет из 1000 живорожденных
- D) 1 года из 1000 родившихся живыми и мертвыми

65. ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАПРАВЛЕНА НА

- A) предупреждение инвалидности+
- B) более ранние сроки созревания функций организма
- C) здорового ребенка
- D) уменьшение влияния неблагоприятных средовых факторов

66. НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
- A) профилактика рахита, хронических расстройств питания, анемии+
 - B) профилактика инфекционно-аллергических заболеваний
 - C) профилактика детского травматизма
 - D) близорукость
67. НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ САНИТАРНОЙ ПРОПАГАНДЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
- A) специфическая профилактика детских инфекций+
 - B) профилактика инфекционно-аллергических заболеваний
 - C) профилактика детского травматизма
 - D) близорукость
68. НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ САНИТАРНОЙ ПРОПАГАНДЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
- A) профилактика острых респираторных заболеваний+
 - B) правила ухода за ребенком
 - C) навыки личной гигиены
 - D) профилактика нарушений осанки
69. НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ ПЕДИАТРА С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
- A) формирование навыков личной гигиены+
 - B) правила ухода за ребенком
 - C) профилактика аллергических заболеваний
 - D) профилактика нарушений осанки
70. НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ ПЕДИАТРА С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
- A) профилактика детского травматизма+
 - B) профилактика рахита и анемии
 - C) соблюдение режима дня
 - D) близорукость
71. НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ БЕСЕД УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА С РОДИТЕЛЯМИ НА ПЕРВОМ ПАТРОНАЖЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- A) правила ухода за ребенком+
 - B) профилактика рахита и анемии
 - C) навыки личной гигиены
 - D) методы закаливания
72. НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ БЕСЕД УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА С РОДИТЕЛЯМИ НА ПЕРВОМ ПАТРОНАЖЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- A) правила рационального вскармливания+
 - B) специфическая профилактика детских инфекций
 - C) профилактика детского травматизма
 - D) гигиеническая гимнастика
73. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПЕДИАТРА С ПОДРОСТКАМИ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМА О
- A) профилактике заболеваний, передающихся половым путем+
 - B) навыках личной гигиены
 - C) профилактике острых детских инфекций
 - D) профилактике нарушений осанки

74. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ ПЕДИАТРА С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМА О
- A) профилактике нарушений осанки+
 - B) правилах ухода за здоровым и больным ребенком
 - C) формировании навыков личной гигиены
 - D) профилактике острых детских инфекций
75. В ПЕРЕЧЕНЬ МЕРОПРИЯТИЙ, КОТОРЫЙ УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ ПРОВОДИТ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПОСЕЩЕНИИ БОЛЬНОГО РЕБЁНКА НА ДОМУ, НЕ ВХОДИТ
- A) выдача справки в дошкольное учреждение о выздоровлении+
 - B) назначение лечения
 - C) назначение режима питания
 - D) выдача взрослому листка нетрудоспособности по уходу
76. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ ПЕДИАТРА С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМА О
- A) близорукости и других нарушениях зрения+
 - B) профилактике рахита, хронических расстройств питания, анемии
 - C) профилактике детского травматизма
 - D) значении аллергических и инфекционно-аллергических заболеваний
77. КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДОЛЖНЫ ПОСЕЩАТЬ ДЛЯ
- A) проведения контрольного кормления+
 - B) выдачи справок об эпидемиологической обстановке по месту жительства
 - C) выдачи справок о состоянии здоровья ребенка
 - D) получения направлений на различные виды исследований
78. В ДЕТСКОМ АМБУЛАТОРНОМ ЦЕНТРЕ И В КАЖДОМ ЕГО ФИЛИАЛЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ИНФОРМАЦИОННЫЕ СТЕНДЫ
- A) о развитии и принципах воспитания здорового ребенка+
 - B) с рекламой лекарственных препаратов и средств ухода за ребенком
 - C) о случаях инфекционных заболеваний в детских образовательных учреждениях
 - D) о результатах профилактических осмотров детей
79. РОДИТЕЛИ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ, ЧТО УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА СЛЕДУЕТ ВЫЗЫВАТЬ НА ДОМ
- A) в случае острого инфекционного заболевания или подозрения на него+
 - B) для проведения профилактического осмотра
 - C) для получения справки о возможности занятий ребенка в спортивной секции
 - D) с целью провести туберкулинодиагностику или вакцинацию
80. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДЕТСКОМ АМБУЛАТОРНОМ ЦЕНТРЕ И В КАЖДОМ ЕГО ФИЛИАЛЕ ПРЕДУСМОТРЕН
- A) фильтр с отдельным входом+
 - B) кабинет доврачебного приема
 - C) кабинет «Здоровое детство»
 - D) лаборатория
81. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДЕТСКОМ АМБУЛАТОРНОМ ЦЕНТРЕ И В КАЖДОМ ЕГО ФИЛИАЛЕ ПРЕДУСМОТРЕН ИЗОЛЯТОР С БОКСАМИ, КОТОРЫХ ДОЛЖНО БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ
- A) 2+

- В) 3
- С) 4
- Д) 5

82. К ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ОТНОСИТСЯ

- А) динамическое наблюдение за здоровыми детьми+
- В) осуществление вместе с другими специалистами реабилитации взятых на учет детей
- С) динамическое наблюдение за больными детьми
- Д) составление плана прививочной работы и контроль его выполнения

83. К ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ОТНОСИТСЯ

- А) назначение соответствующего возрасту режима и рационального питания здоровым детям+
- В) направление детей на лечение в стационар
- С) своевременное информирование о выявлении инфекционного заболевания или подозрении на него
- Д) отбор и учет детей, нуждающихся в санаторном и курортном лечении

84. КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДЕТСКОГО АМБУЛАТОРНОГО ЦЕНТРА ОБЕСПЕЧИВАЕТ РОДИТЕЛЕЙ МЕТОДИЧЕСКИМИ МАТЕРИАЛАМИ ПО ВОПРОСАМ

- А) развития и воспитания здорового ребенка+
- В) методов диагностики инфекционных заболеваний
- С) лечения неинфекционных заболеваний
- Д) профилактических осмотров детей

85. КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДОЛЖЕН БЫТЬ ОБЕСПЕЧЕН НАГЛЯДНЫМИ ПОСОБИЯМИ

- А) средств ухода за новорожденными и детьми грудного возраста+
- В) средств ухода за больными детьми различного возраста
- С) оказания сердечно-легочной реанимации
- Д) лекарственных препаратов для детей различного возраста

86. ВОПРОС О НЕОБХОДИМОСТИ ОСМОТРА РЕБЕНКА НА ДОМУ ВРАЧОМ-СПЕЦИАЛИСТОМ РЕШАЕТ

- А) участковый врач–педиатр+
- В) главный врач поликлиники
- С) нач. мед. поликлиники
- Д) заведующий педиатрическим отделением

87. ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СО ЗДОРОВЫМИ ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА В СОСТАВЕ ДЕТСКОГО АМБУЛАТОРНОГО ЦЕНТРА ОРГАНИЗУЕТСЯ

- А) кабинет здорового ребенка+
- В) кабинет «Здоровое детство»
- С) центр здоровья
- Д) отделение медицинской профилактики

88. ПРОВЕДЕНИЕ ЗАНЯТИЙ В «ШКОЛЕ МОЛОДЫХ РОДИТЕЛЕЙ» ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В КАБИНЕТЕ

- А) здорового ребенка+
- В) участкового врача-педиатра
- С) «Здоровое детство»
- Д) центра здоровья

89. ИНФОРМАЦИЮ О ТЕХНОЛОГИИ ПРИГОТОВЛЕНИЯ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ, ПРАВИЛАХ ВВЕДЕНИЯ ДОКОРМА И ПРИКОРМА РОДИТЕЛИ МОГУТ ПОЛУЧИТЬ
- A) в кабинете здорового ребенка+
 - B) на молочно-раздаточном пункте
 - C) на приеме у дежурного педиатра
 - D) в отделении медицинской профилактики
90. ДЕТСКИМ АМБУЛАТОРНЫМ ЦЕНТРОМ ЯВЛЯЕТСЯ УЧРЕЖДЕНИЕ, ОКАЗЫВАЮЩЕЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ
- A) Внебольничную+
 - B) стационарную
 - C) родовспоможения
 - D) высокотехнологичную
91. ДЕТСКИЙ АМБУЛАТОРНЫЙ ЦЕНТР ОКАЗЫВАЕТ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ ДО ___ ЛЕТ
- A) 18+
 - B) 15
 - C) 20
 - D) 14
92. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПЕДИАТРА ВКЛЮЧАЕТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ
- A) детей 1-7 лет, не посещающих детские дошкольные учреждения+
 - B) беременных
 - C) женщин, планирующих беременность
 - D) детей, посещающих детские образовательные учреждения
93. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПЕДИАТРА ЯВЛЯЕТСЯ
- A) санитарно-просветительной+
 - B) лечебно-диагностической
 - C) санитарно-гигиенической
 - D) аналитико-статистической
94. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕДИКУЛЕЗА ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОСМАТРИВАЮТ НЕ МЕНЕЕ ____ РАЗ В ГОД
- A) 4+
 - B) 8
 - C) 6
 - D) 2
95. ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ НА ВЫЯВЛЕНИЕ ЭНТЕРОБИОЗА ПРОВОДЯТ ОДИН РАЗ В
- A) Год+
 - B) месяц
 - C) квартал
 - D) полугодие
96. УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ ПЕДИАТР ПРОВОДИТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ _____ РЕБЕНКА
- A) физического развития+
 - B) школьной зрелости
 - C) психофизиологической готовности
 - D) физической подготовленности

97. ВОПРОС О НЕОБХОДИМОСТИ ОСМОТРА РЕБЕНКА НА ДОМУ ВРАЧОМ-СПЕЦИАЛИСТОМ РЕШАЕТ
- A) участковый врач–педиатр+
 - B) главный врач поликлиники
 - C) нач. мед. поликлиники
 - D) заведующий педиатрическим отделением
98. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕУТОМЛЕНИЯ В РЕЖИМЕ ДНЯ УЧАЩИХСЯ СТАРШИХ КЛАССОВ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРЕДУСМОТРЕН НОЧНОЙ СОН НЕ МЕНЕЕ _____ ЧАСОВ
- A) 8+
 - B) 7
 - C) 6
 - D) 5
99. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТОЙ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ЯВЛЯЕТСЯ
- A) Патронаж+
 - B) организация стационара на дому
 - C) направление на медико-социальную экспертизу
 - D) направление в дневной стационар
100. В ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ НАПРАВЛЯЮТ ДЕТЕЙ
- A) Здоровых+
 - B) инвалидов
 - C) с хроническим заболеванием
 - D) реконвалесцента острого заболевания
101. ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ РАБОТЫ ДЕТСКОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ
- A) пропаганда здорового образа жизни+
 - B) выявление хронических заболеваний
 - C) выявление острых заболеваний
 - D) диагностика факторов риска
102. ВЫДЕЛЕНИЕ ГРУПП РИСКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОВОДИТСЯ УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ С ЦЕЛЬЮ
- A) профилактики развития патологических состояний+
 - B) лечения выявленных состояний
 - C) разработки плана диспансеризации
 - D) отбора детей, нуждающихся в консультации заведующего отделением
103. ОДНИМ ИЗ РАЗДЕЛОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПЕДИАТРА ЯВЛЯЕТСЯ КОНТРОЛЬ
- A) выполнения родителями специфической и неспецифической профилактики рахита+
 - B) проведения комплексной оценки состояния здоровья детей
 - C) посещения ребенком детского образовательного учреждения
 - D) проведения лабораторно-диагностических исследований
104. РАБОТУ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПОГАЛАКТИИ ОЦЕНИВАЮТ ПО ПОКАЗАТЕЛЮ УДЕЛЬНОГО ВЕСА ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, КОТОРЫХ В 3 МЕСЯЦА ДОЛЖНЫ БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ _____ %
- A) 80+
 - B) 50

- C) 30
D) 25
105. КРИТЕРИЕМ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПЕДИАТРА ЯВЛЯЕТСЯ ____ % ОХВАТ ПАТРОНАЖЕМ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ
A) 100+
B) 95
C) 90
D) 92
106. 1-Й ДОРОДОВОЙ ПАТРОНАЖ ПРОВОДИТСЯ
A) сразу после взятия на учет беременной в женской консультации+
B) при сроке беременности 20 недель
C) при сроке беременности 24 недели
D) при сроке беременности 16 недель
107. 3-Й ДОРОДОВОЙ ПАТРОНАЖ ПРОВОДИТСЯ
A) в индивидуальные сроки при наличии патологии беременности+
B) всем беременным на 34-й неделе беременности
C) всем беременным на 36-й неделе беременности
D) всем беременным на 32-й неделе беременности
108. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО С ИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ НА ДОМУ УЧАСТКОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ОБЯЗАНА
A) наблюдать за детьми, находящимися на карантине+
B) подать экстренное извещение
C) наложить карантин
D) оказать первую врачебную помощь
109. НЕОБХОДИМОЙ РЕКОМЕНДАЦИЕЙ В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ РЕБЕНКА К ПОСТУПЛЕНИЮ В ДООУ ЯВЛЯЕТСЯ
A) приблизить домашний режим к режиму в ДООУ+
B) назначить диету с повышенной калорийностью
C) проводить профилактические курсы антибиотиков
D) проводить исследование кала на дисбактериоз
110. К БЛЮДАМ, РАЗРЕШЕННЫМ К УПОТРЕБЛЕНИЮ В ДООУ, ОТНОСЯТ
A) творожную запеканку+
B) макароны по-флотски
C) форшмак
D) яичницу-глазунью
111. В ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ РАБОТУ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ВХОДИТ
A) посещение новорожденных совместно с участковым педиатром+
B) проведение расчета питания и коррекция его детям раннего возраста
C) оценка нервно-психического развития
D) проведение специфической постнатальной профилактики рахита
112. ВРАЧ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ
A) коррекцию основных факторов риска+
B) рентгенографию органов грудной клетки
C) оформление страхового полиса
D) проведение спирометрии

113. К НЕОБХОДИМЫМ ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ОТНОСЯТ
- A) «управляемое» мочеиспускание, антибактериальную терапию («защищенные» пенициллины, цефалоспорины)+
 - B) иммуномодулирующую терапию, назначение антигистаминных препаратов
 - C) иглорефлексотерапию, антибактериальную терапию
 - D) противорецидивную терапию (нитрофурановые препараты, препараты налидиксовой кислоты)
114. ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ БЛАНКА ЛЬГОТНОГО РЕЦЕПТА ВРАЧ ПЕДИАТР ОТМЕЧАЕТ ФАМИЛИЮ, ИМЯ, ВОЗРАСТ БОЛЬНОГО И
- A) код льготной категории гражданина, его адрес, шифр диагноза по МКБ X++
 - B) код льготной категории гражданина, стоимость лекарственного препарата
 - C) его адрес, код льготной категории гражданина, стоимость лекарственного препарата
 - D) шифр диагноза по МКБ X, стоимость лекарственного препарата
115. ПРАВА НА БЕСПЛАТНОЕ ПОЛУЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЛИШЕНЫ ДЕТИ
- A) из социально неблагополучных семей+
 - B) инвалиды
 - C) до 3-х лет
 - D) до 6 лет из многодетных семей
116. УЧАСТКОВОМУ ПЕДИАТРУ НА САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНУЮ РАБОТУ ЕЖЕМЕСЯЧНО ОТВОДИТСЯ _____ ЧАСА
- A) 4+
 - B) 2
 - C) 3
 - D) 0,5
117. СРЕДНИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ АКТИВНОСТИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ _____ %
- A) 30 – 40++
 - B) 50 - 60
 - C) 70 - 80
 - D) 90 - 100
118. В ПОЛИКЛИНИКЕ УЧЕТ ДЕТЕЙ, ПОДЛЕЖАЩИХ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ, ПРОВОДИТСЯ ПО
- A) переписи детского населения+
 - B) посещению в поликлинике
 - C) форме №112/у
 - D) форме №063/у
119. ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЯЩЕГО БОЛЬНОГО В ПОЛИКЛИНИКЕ ДОЛЖНА БЫТЬ ОКАЗАНА
- A) в боксе+
 - B) в кабинете участкового врача
 - C) в кабинете врача-специалиста
 - D) в кабинете заведующего педиатрическим отделением
120. ОСНОВНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ДОКУМЕНТОМ РЕБЕНКА, ПОСЕЩАЮЩЕГО ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМА
- A) 026/у-2000+

- B) 112/у
- C) 063/у
- D) 058/у

121. ПОКАЗАТЕЛЬ СВОЕВРЕМЕННОСТИ ОХВАТА НОВОРОЖДЕННЫХ ВРАЧЕБНЫМ ПАТРОНАЖЕМ РАССЧИТЫВАЕТСЯ КАК ОТНОШЕНИЕ
- A) (числа детей, взятых под наблюдение в первый день после выписки из роддома, к общему числу новорожденных) $\times 100\%+$
 - B) (числа детей, взятых под наблюдение в первые 3 дня после выписки из роддома, к общему числу новорожденных) $\times 100\%$
 - C) (числа детей, взятых под наблюдение в первые 7 дней после выписки из роддома, к общему числу новорожденных) $\times 100\%$
 - D) (числа детей, взятых под наблюдение в первые 10 дней после выписки из роддома, к общему числу новорожденных) $\times 100\%$
122. ПОКАЗАТЕЛЬ РЕГУЛЯРНОСТИ НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ОДНОГО ГОДА РАССЧИТЫВАЕТСЯ КАК ОТНОШЕНИЕ
- A) (числа детей 1-го года жизни, регулярно наблюдавшихся врачом к числу детей, достигших одного года жизни в отчетном году) $\times 100\%+$
 - B) (числа детей, не болевших на первом году к числу детей, достигших одного года) $\times 100\%$
 - C) (числа активных посещений к общему числу посещений) $\times 100\%$
 - D) (числа детей, взятых под наблюдение в первый день после выписки из роддома, к общему числу новорожденных) $\times 100\%$
123. К УЧЕТНО-ОТЧЕТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА ОТНОСЯТСЯ ФОРМЫ
- A) 039/у; 112/у; 030/у; 063/у; 088/у-06+
 - B) 112/у; 030/у; 063/у; 088/у-06
 - C) 039/у; 112/у; 030/у; 063/у
 - D) 039/у; 112/у; 030/у; 088/у-06
124. УЧЕТНЫМИ ФОРМАМИ ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЮТСЯ
- A) 063/у и 112/у+
 - B) 026/у - 2000 и 112/у
 - C) 063/у и 058/у
 - D) 063/у и 026/у - 2000
125. ВЕДУЩИМ НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПО УТВЕРЖДЕНИЮ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИКАЗ
- A) МЗ СР РФ №366н+
 - B) МЗ СР РФ №624н
 - C) МЗ РФ №1175н
 - D) МЗ РФ №1346н
126. ПРИ ВЫПИСКЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА РЕБЕНКУ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ИСПОЛЬЗУЕТ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК ФОРМЫ
- A) 148-1/у-04(л)+
 - B) 148-1/у-06(л)
 - C) 107-1/у
 - D) 148-1/у-88
127. ВЕДУЩИМ НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПО ЭКСПЕРТИЗЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИКАЗ

- A) МЗ СР РФ №624н+
 - B) МЗ СР РФ №366н
 - C) МЗ РФ №1175н
 - D) МЗ РФ №1346н
128. ВЕДУЩИМ НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПО ПРОХОЖДЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИКАЗ
- A) МЗ РФ №514н+
 - B) МЗ РФ №1175н
 - C) МЗ СР РФ №624н
 - D) МЗ СР РФ №366н
129. ВЕДУЩИМ НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПО УТВЕРЖДЕНИЮ ПОРЯДКА НАЗНАЧЕНИЯ И ВЫПИСЫВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИКАЗ
- A) МЗ РФ №1175н+
 - B) МЗ РФ №1346н
 - C) МЗ СР РФ №624н
 - D) МЗ СР РФ №366н
130. БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НАПРАВЛЯЮТ НА КУРОРТЫ
- A) Бальнеологические+
 - B) климатические
 - C) горно-климатические
 - D) грязевые
131. ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В ПЕРИОДЕ РЕМИССИИ САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО
- A) 1 раз в год+
 - B) 2 раза в год
 - C) 1 раз в 2 года
 - D) 1 раз в 5 лет
132. ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО НЕ РАНЬШЕ, ЧЕМ ЧЕРЕЗ _____ ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ
- A) 3 месяца+
 - B) год
 - C) 6 месяцев
 - D) 1 месяц
133. В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
- A) поздняя реабилитация, ликвидация остаточных явлений заболевания+
 - B) усиленная профессиональная и спортивная подготовка
 - C) обслуживание на дому детей-инвалидов, воспитание и обучение в специальных учреждениях
 - D) организация соответствующего возрасту режима, ухода за ребёнком инвалидом (социальная помощь, вспомогательные технические средства)
134. РЕБЁНКУ ПЕРЕД НАПРАВЛЕНИЕМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО
- A) санировать очаги инфекции+
 - B) приобрести путевку
 - C) посетить логопеда
 - D) проконсультироваться у психолога

135. РЕБЁНКУ ПЕРЕД НАПРАВЛЕНИЕМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО
- A) клинико-лабораторное обследование+
 - B) лечение в стационаре
 - C) приобретение путевки
 - D) проконсультироваться у психолога
136. ПЕРЕД НАПРАВЛЕНИЕМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО ОФОРМИТЬ ДОКУМЕНТЫ
- A) санаторно-курортную карту+
 - B) справку с места жительства
 - C) этапный эпикриз
 - D) историю болезни
137. К ПРИРОДНЫМ ФАКТОРАМ КУРОРТОВ ОТНОСЯТ
- A) минеральные воды, грязи+
 - B) атмосферное давление
 - C) циркуляцию и влажность воздуха
 - D) количество осадков
138. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЛЕЧЕНИЮ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЮТСЯ
- A) тяжелые гипогликемические состояния, кетоацидоз, диабетическая ретино- и нефропатия+
 - B) тяжелые гипогликемические состояния, диабетическая ретино- и нефропатия
 - C) тяжелые гипогликемические состояния, кетоацидоз
 - D) ночная гипогликемия, кетоацидоз, диабетическая ретино- и нефропатия
139. ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО _____ КАТЕГОРИЯМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
- A) 3+
 - B) 5
 - C) 7
 - D) 9
140. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ НА КУРОРТЫ И В МЕСТНЫЕ САНАТОРИИ ОТНОСЯТСЯ
- A) врожденные пороки сердца, НК I+
 - B) все заболевания в острой стадии, хронические заболевания в стадии обострения и осложненные острогнойными процессами
 - C) злокачественные новообразования
 - D) острые и инфекционные заболевания до окончания срока изоляции
141. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРОВОДИТСЯ
- A) до передачи во взрослую сеть+
 - B) в течении 3 лет
 - C) в течении 5 лет
 - D) в течении 10 лет
142. ОСНОВНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ДОКУМЕНТОМ ПРИ ОФОРМЛЕНИИ РЕБЕНКА НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМА
- A) 076/y+
 - B) 070/y
 - C) 026/y-2000

D) 063/y

143. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ОБОСТРЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ
- A) в течении 3 лет+
 - B) в течении 5 лет
 - C) до перевода во взрослую сеть
 - D) в течении 1 года
144. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ У ДЕТЕЙ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ
- A) в течении 2 лет+
 - B) в течении 3 лет
 - C) в течении 5 лет
 - D) до перевода во взрослую сеть
145. ДИСПАНСЕРНЫЙ ОСМОТР У ДЕТЕЙ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРОВОДИТСЯ
- A) 1 раз в 6 месяцев+
 - B) 1 раз в 3 месяца
 - C) ежегодно
 - D) ежемесячно
146. ДВИГАТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ
- A) Ирригоскопии+
 - B) колоноскопии
 - C) копрограммы
 - D) ректороманоскопии
147. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РЕКОМЕНДАЦИИ
- A) местных гастроэнтерологических санаториев при полной ремиссии+
 - B) курортов Черноморского побережья Кавказа при полной ремиссии
 - C) курортов Черноморского побережья Кавказа при частичной ремиссии
 - D) местных гастроэнтерологических санаториев при частичной ремиссии
148. ДЕТЯМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ МИНЕРАЛЬНАЯ ВОДА ДОЗИРУЕТСЯ ИЗ РАСЧЕТА
- A) 3 мл на 1 кг массы тела ребенка+
 - B) 10 мл на 1 кг массы тела ребенка
 - C) 15 мл на 1 кг массы тела ребенка
 - D) 100 мл 3 раза в день независимо от возраста
149. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ДЕТЯМ
- A) с легким и среднетяжелым течением бронхиальной астмы в межприступный период заболевания+
 - B) с легким и среднетяжелым течением бронхиальной астмы в любой период заболевания
 - C) с тяжелым течением бронхиальной астмы
150. БОЛЬНОЙ РЕБЕНОК В ПОЛИКЛИНИКЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНО ОСМАТРИВАЕТСЯ В
- A) фильтре поликлиники+
 - B) кабинете участкового врача

- C) процедурном кабинете
 - D) кабинете инфекциониста
151. В ДЕТСКОМ АМБУЛАТОРНОМ ЦЕНТРЕ И В КАЖДОМ ЕГО ФИЛИАЛЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ИНФОРМАЦИОННЫЕ СТЕНДЫ
- A) о развитии и принципах воспитания здорового ребенка+
 - B) с рекламой лекарственных препаратов и средств ухода за ребенком
 - C) о случаях инфекционных заболеваний в детских образовательных учреждениях
 - D) о результатах профилактических осмотров детей
152. В КАБИНЕТЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ПОСТОЯННО РАБОТАЕТ
- A) медицинская сестра или фельдшер+
 - B) участковый педиатр
 - C) врач-педиатр или медицинская сестра
 - D) медицинский регистратор
153. В ОСНАЩЕНИЕ КАБИНЕТА ВРАЧА-ПЕДИАТРА ВХОДИТ
- A) Ростомер+
 - B) электрокардиограф
 - C) аппарат УЗИ
 - D) микроскоп
154. В ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ РАБОТУ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ВХОДИТ
- A) посещение новорожденных совместно с участковым педиатром+
 - B) проведение расчета питания и коррекция его детям раннего возраста
 - C) оценка нервно-психического развития
 - D) проведение специфической постнатальной профилактики рахита
155. ВРАЧ ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДОЛЖЕН ОЗНАКОМИТЬ РОДИТЕЛЕЙ С РЕЗУЛЬТАТАМИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА И ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НАРУШЕНИЙ НАПРАВИТЬ НА ПРИЕМ К
- A) участковому педиатру+
 - B) специалисту страховой компании
 - C) главному врачу детской поликлиники
 - D) врачу-ортопеду
156. ВРАЧЕБНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ В
- A) 10 лет
 - B) 12 лет
 - C) 14–15 лет+
 - D) 16 лет
157. ВЫБЕРИТЕ ВЕДУЩИЕ СИМПТОМЫ ОСТРОЙ СТАДИИ АДАПТАЦИИ РЕБЕНКА К ДОУ (ИСКЛЮЧИТЕ ОДИН)
- A) избирательный аппетит+
 - B) медленное засыпание
 - C) холодная кожа с мраморным оттенком
 - D) учащенные мочеиспускания
158. ВЫБЕРИТЕ ВЕДУЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ, ГОВОРЯЩИЙ О ЗАВЕРШЕНИИ АДАПТАЦИИ РЕБЕНКА К ДОУ
- A) общение с детьми+
 - B) нормализация сна

- C) нормализация аппетита
D) общение со взрослыми
159. ВЫБЕРИТЕ МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ ГОТОВНОСТИ РЕБЕНКА К ПОСТУПЛЕНИЮ В ШКОЛУ (ИСКЛЮЧИТЕ ОДИН)
A) уровень биологического возраста+
B) уровень школьной зрелости
C) уровень сопротивляемости
D) наличие хронических заболеваний
160. ГИНЕКОЛОГ ВПЕРВЫЕ УЧАСТВУЕТ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ____ ЛЕТ
A) 3+
B) 7
C) 12
D) 14–15
161. ДЕТСКИЙ АМБУЛАТОРНЫЙ ЦЕНТР ОКАЗЫВАЕТ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ ДО ____ ЛЕТ
A) 18+
B) 15
C) 20
D) 14
162. ДЕТСКИМ АМБУЛАТОРНЫМ ЦЕНТРОМ ЯВЛЯЕТСЯ УЧРЕЖДЕНИЕ, ОКАЗЫВАЮЩЕЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ
A) Внебольничную+
B) стационарную
C) родовспоможения
D) высокотехнологичную
163. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДЕТСКОМ АМБУЛАТОРНОМ ЦЕНТРЕ И В КАЖДОМ ЕГО ФИЛИАЛЕ ПРЕДУСМОТРЕН
A) фильтр с отдельным входом+
B) кабинет доврачебного приема
C) кабинет «Здоровое детство»
D) лаборатория
164. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДЕТСКОМ АМБУЛАТОРНОМ ЦЕНТРЕ И В КАЖДОМ ЕГО ФИЛИАЛЕ ПРЕДУСМОТРЕН ИЗОЛЯТОР С БОКСАМИ, КОТОРЫХ ДОЛЖНО БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ
A) 2+
B) 3
C) 4
D) 5
165. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПЕДИАТРА С ПОДРОСТКАМИ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМА О
A) вреде табакокурения, алкоголя, психотропных и наркотических веществ+
B) профилактике детского травматизма
C) значении аллергических и инфекционно-аллергических заболеваний
D) близорукости
166. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПЕДИАТРА С ПОДРОСТКАМИ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМА О

- A) профилактике заболеваний, передающихся половым путем+
 - B) навыках личной гигиены
 - C) профилактике острых детских инфекций
 - D) профилактике нарушений осанки
167. ЗАДАЧИ ЗАВЕДУЮЩЕГО ОТДЕЛЕНИЕМ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ В ВОПРОСАХ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ИСКЛЮЧАЮТ
- A) контроль деятельности страховой компании+
 - B) преемственность в работе участковой педиатрической службы детской поликлиники и детских образовательных учреждений
 - C) передачу ведомостей (списков) детей с впервые выявленными и хроническими заболеваниями
 - D) контакт с заведующими педиатрическими участками
168. ЗДОРОВОМУ 3-ЛЕТНЕМУ РЕБЕНКУ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕРЕНИЯ ПРОВОДЯТСЯ В ГОД ____ (РАЗ)
- A) 2+
 - B) 4
 - C) 6
 - D) 1
169. ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ НАХОДЯТСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО ДО
- A) до 17 лет включительно+
 - B) 10 лет
 - C) 7 лет
 - D) года
170. ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК НА ВТОРОМ ГОДУ ЖИЗНИ ДОЛЖЕН ОСМАТРИВАТЬСЯ УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ
- A) 1 раз в 3 месяца+
 - B) 1 раз в 6 месяцев
 - C) 1 раз в месяц
 - D) 1 раз в год
171. ИЗ ОБЯЗАННОСТЕЙ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ИСКЛЮЧЕНА РАБОТА
- A) по отбору детей на санаторно-курортное лечение+
 - B) санитарно-просветительная с населением
 - C) по оказанию медицинской помощи по назначению врача
 - D) профилактическая по воспитанию здорового ребенка
172. К ОБЯЗАННОСТЯМ ПЕДИАТРА ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОТНОСЯТ
- A) передачу списочного состава детей+
 - B) организацию и проведение спортивных мероприятий
 - C) участие в образовательном процессе школы
 - D) организацию и участие в профориентационной работе школы
173. К ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ОТНОСИТСЯ
- A) динамическое наблюдение за здоровыми детьми+

- В) осуществление вместе с другими специалистами реабилитации взятых на учет детей
 - С) динамическое наблюдение за больными детьми
 - Д) составление плана прививочной работы и контроль его выполнения
174. К ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ОТНОСИТСЯ
- А) назначение соответствующего возрасту режима и рационального питания здоровым детям+
 - В) направление детей на лечение в стационар
 - С) своевременное информирование о выявлении инфекционного заболевания или подозрении на него
 - Д) отбор и учет детей, нуждающихся в санаторном и курортном лечении
175. КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДЕТСКОГО АМБУЛАТОРНОГО ЦЕНТРА ОБЕСПЕЧИВАЕТ РОДИТЕЛЕЙ МЕТОДИЧЕСКИМИ МАТЕРИАЛАМИ ПО ВОПРОСАМ
- А) развития и воспитания здорового ребенка+
 - В) методов диагностики инфекционных заболеваний
 - С) лечения неинфекционных заболеваний
 - Д) профилактических осмотров детей
176. КАКИЕ ФАКТОРЫ НЕ ОКАЗЫВАЮТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОГО ВЛИЯНИЯ НА ИСХОД АДАПТАЦИИ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА К ДОШКОЛЬНОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ?
- А) отсутствие отрицательных привычек+
 - В) опыт совместной игровой деятельности со взрослым
 - С) наличие опыта общения со сверстниками
 - Д) плаксивость
177. КАКОВА ЧИСЛЕННОСТЬ ПРИКРЕПЛЕННОГО ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ НА 1 ШТАТНУЮ ЕДИНИЦУ ВРАЧА ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО?
- А) на 850 прикрепленного населения+
 - В) на 1200 прикрепленного населения
 - С) на 1000 прикрепленного населения
 - Д) на 900 прикрепленного населения
178. КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО ПОСЕЩЕНИЙ В ДЕНЬ СООТВЕТСТВУЕТ ВТОРОЙ КАТЕГОРИИ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ?
- А) 700+
 - В) 800
 - С) 500
 - Д) 300
179. КАКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ?
- А) Профилактическое+
 - В) проведение санитарно-эпидемиологического надзора
 - С) прием детей первого года жизни в поликлинике
 - Д) осмотр беременных женщин
180. КОГДА СЛЕДУЕТ ВПЕРВЫЕ ПРОВОДИТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГОТОВНОСТИ РЕБЕНКА К ОБУЧЕНИЮ В ШКОЛЕ?
- А) с 5 лет+
 - В) с 3 лет

- C) с 6 лет
- D) с 7 лет

181. **НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ ПЕДИАТРА С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ**
- A) формирование навыков личной гигиены+
 - B) правила ухода за ребенком
 - C) профилактика аллергических заболеваний
 - D) профилактика нарушений осанки
182. **НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ ПЕДИАТРА С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ**
- A) профилактика детского травматизма+
 - B) профилактика рахита и анемии
 - C) соблюдение режима дня
 - D) близорукость
183. **НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ САНИТАРНОЙ ПРОПАГАНДЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ**
- A) специфическая профилактика детских инфекций+
 - B) профилактика инфекционно-аллергических заболеваний
 - C) профилактика детского травматизма
 - D) близорукость
184. **НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ТЕМОЙ САНИТАРНОЙ ПРОПАГАНДЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ**
- A) профилактика острых респираторных заболеваний+
 - B) правила ухода за ребенком
 - C) навыки личной гигиены
 - D) профилактика нарушений осанки
185. **НЕОБХОДИМОЙ РЕКОМЕНДАЦИЕЙ В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ РЕБЕНКА К ПОСТУПЛЕНИЮ В ДООУ ЯВЛЯЕТСЯ**
- A) приблизить домашний режим к режиму в ДООУ+
 - B) назначить диету с повышенной калорийностью
 - C) проводить профилактические курсы антибиотиков
 - D) проводить исследование кала на дисбактериоз
186. **ОБЯЗАННОСТИ ЗАВЕДУЮЩЕГО ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ОТДЕЛЕНИЕМ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ВХОДИТ**
- A) контроль обоснованности выдачи больничных листов нетрудоспособности+
 - B) диспансеризация детей с хроническими заболеваниями
 - C) осмотр детей перед вакцинацией
 - D) профилактический осмотр школьников
187. **ОБЯЗАННОСТИ ПЕДИАТРА ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ИСКЛЮЧАЮТ**
- A) контроль деятельности страховой компании+
 - B) составление списков детей и подростков с впервые выявленными отклонениями в состоянии здоровья
 - C) составление списков детей и подростков с впервые выявленными хроническими заболеваниями
 - D) составление списков детей и подростков, требующих дообследования

188. ОБЯЗАННОСТИ ПЕДИАТРА ДЕТСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ИСКЛЮЧАЮТ
- A) закупку медицинских препаратов+
 - B) составление плана оздоровительных мероприятий детям с хронической патологией
 - C) рекомендации преподавателю в «листочке здоровья» и защита интересов больного ребёнка
 - D) медицинское сопровождение детей с хронической патологией в детских образовательных учреждениях
189. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ, КОТОРОЕ ПРОВОДИТСЯ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ 1 МЕСЯЦА, ЯВЛЯЕТСЯ
- A) УЗИ внутренних органов+
 - B) общий анализ крови
 - C) общий анализ мочи
 - D) ЭКГ
190. ОДНИМ ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЕТСЯ
- A) проведение лечебно-профилактической работы в ДДУ и школах+
 - B) проведение санитарно-эпидемиологического надзора
 - C) оформление инвалидности детям
 - D) оказание неотложной психиатрической помощи
191. ОСНОВНЫМ РАЗДЕЛОМ РАБОТЫ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
- A) динамическое наблюдение за здоровьем детей в возрасте от рождения до 7 лет+
 - B) осуществление восстановительного лечения
 - C) организация диспансерных осмотров детей врачами-специалистами и лабораторно-диагностических исследований
 - D) подготовка детей к поступлению в дошкольное учреждение и школу
192. ПО КАКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ СОПРОТИВЛЯЕМОСТИ ОРГАНИЗМА РЕБЕНКА?
- A) кратностью острых заболеваний, перенесенных ребенком в течение года жизни, предшествующего осмотру+
 - B) кратностью острых респираторных заболеваний, перенесенных ребенком в течение года жизни, предшествующего осмотру
 - C) тяжестью острых заболеваний
 - D) длительностью и тяжестью заболеваний
193. ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ ПОЛИКЛИНИКИ, СОТРУДНИКИ КОТОРОГО ОСУЩЕСТВЛЯЮТ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ОБУЧАЮЩИМСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, НАЗЫВАЕТСЯ ОТДЕЛЕНИЕМ _____
- A) организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях+
 - B) экстренной помощи детям в образовательных организациях
 - C) профилактической медицинской помощи обучающимся
 - D) первичной медико-санитарной помощи детям в образовательных организациях

194. ПРИ КАКИХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПОСТУПЛЕНИЕ РЕБЕНКА В ШКОЛУ С 6-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА?
- A) наличие гипертрофии миндалин+
 - B) наличие непрогрессирующей миопии слабой степени
 - C) наличие асимметрии плечевого пояса
 - D) отсутствие постоянных зубов
195. ANSWER: D
196. ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧИТЫВАЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ ПОЛНОТЫ ОХВАТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ОСМОТРАМИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, КОТОРЫЙ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ ___ %
- A) 95+
 - B) 100
 - C) 90
 - D) 80
197. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ВПЕРВЫЕ ОЦЕНИВАЮТ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ДЕВОЧЕК В ___ ЛЕТ
- A) 10+
 - B) 12
 - C) 14
 - D) 13
198. РЕБЕНКУ 4 ГОДА И 3 МЕСЯЦА. СОМАТИЧЕСКИ ЗДОРОВ. ИМЕЕТ ЗАДЕРЖКУ РЕЧЕВОГО И СЕНСОРНОГО РАЗВИТИЯ. БИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ БЛАГОПОЛУЧНЫЙ. СЕМЬЯ МАТЕРИАЛЬНО ОБЕСПЕЧЕНА. ОБРАЗОВАНИЕ МАТЕРИ 8 КЛАССОВ. В СЕМЬЕ ЕЩЕ 2 ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 21 И 36 МЕСЯЦЕВ. ПО ЗАКЛЮЧЕНИЯМ СПЕЦИАЛИСТОВ РЕБЕНОК ЗДОРОВ. ЧТО МОЖНО ПОРЕКОМЕНДОВАТЬ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ РАЗВИТИЯ ДАННОГО РЕБЕНКА?
- A) направить в дошкольное учреждение+
 - B) специальные занятия в домашних условиях
 - C) специальный логопедический сад
 - D) предоставить все естественному ходу развития
199. РЕБЕНОК 1 ГОДА 7 МЕС. ДЕТСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ НЕ ПОСЕЩАЕТ, АНАМНЕЗ БЛАГОПОЛУЧНЫЙ; ФР, НПР СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТНОЙ НОРМЕ; 3 РАЗА ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД БОЛЕЛ ОРИ; УРОВЕНЬ ОСНОВНЫХ ФУНКЦИЙ НОРМАЛЬНЫЙ; ПРИ ОСМОТРЕ СОМАТИЧЕСКИ ЗДОРОВ. К КАКОЙ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ МОЖНО ОТНЕСТИ ЭТОГО РЕБЕНКА?
- A) к первой+
 - B) ко второй
 - C) к третьей
 - D) к четвертой
200. РЕБЕНОК 6,5 ЛЕТ. ГОТОВИТСЯ К ПОСТУПЛЕНИЮ В ШКОЛУ. ИМЕЕТ ОТСТАВАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА. УРОВЕНЬ ШКОЛЬНОЙ ЗРЕЛОСТИ – 10 БАЛЛОВ. ПЛОХО СПРАВЛЯЕТСЯ С ПРОГРАММОЙ ДЕТСКОГО САДА. УРОВЕНЬ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВЫСОКИЙ. ГРУППА ЗДОРОВЬЯ – II. К КАКОМУ УРОВНЮ ГОТОВНОСТИ ВЫ ЕГО ОТНЕСЕТЕ?
- A) готов к обучению в школе+
 - B) условно готов к обучению в школе
 - C) не готов к обучению в школе
 - D) возможно готов к обучению в школе
201. ANSWER: C

202. РОДИТЕЛИ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ, ЧТО УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА СЛЕДУЕТ ВЫЗЫВАТЬ НА ДОМ
- A) в случае острого инфекционного заболевания или подозрения на него+
 - B) для проведения профилактического осмотра
 - C) для получения справки о возможности занятий ребенка в спортивной секции
 - D) с целью провести туберкулинодиагностику или вакцинацию
203. С ЦЕЛЬЮ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЗАНОСА ИНФЕКЦИИ В РАБОТЕ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТСЯ НАЛИЧИЕ
- A) фильтра с боксами+
 - B) регистратуры
 - C) кабинета здорового ребенка
 - D) гардероба
204. У РЕБЕНКА 2 ЛЕТ 10 МЕС ОТМЕЧАЕТСЯ БЛАГОПОЛУЧНЫЙ СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ; ФР – РОСТ НИЖЕ СРЕДНЕГО, ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА I СТЕПЕНИ, ГАРМОНИЧНОЕ; НПР – II ГРУППА; ОСТРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОТСУТСТВУЮТ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА; НВТ – 115 Г/Л, СНИЖЕН ТУРГОР ТКАНЕЙ, АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ В СТАДИИ РЕМИССИИ. К КАКОЙ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ВЫ ОТНЕСЕТЕ ЭТОГО РЕБЕНКА?
- A) к третьей+
 - B) к первой
 - C) ко второй
 - D) к четвертой
 - E) к пятой
205. УКАЖИТЕ, КАКИЕ СВЕДЕНИЯ ИЗ АНАМНЕЗА ОСОБЕННО ВАЖНЫ ДЛЯ ПРОГНОЗА ЧАСТОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА (УКАЖИТЕ НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)
- A) перинатальные осложнения+
 - B) профессиональные вредности матери
 - C) раннее искусственное вскармливание
 - D) аллергические заболевания у родственников
206. УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ПРОВОДИТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА 2-ГО ГОДА ЖИЗНИ ОДИН РАЗ В
- A) Квартал+
 - B) месяц
 - C) полугодие
 - D) год
207. УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ПРОВОДИТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА 3-ГО ГОДА ЖИЗНИ ОДИН РАЗ В
- A) Полгода+
 - B) квартал
 - C) месяц
 - D) год
208. ЧИСЛО ДЕТЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ ОТ 16.04.2012 Г. № 366Н СОСТАВЛЯЕТ
- A) 800+
 - B) 700
 - C) 500
 - D) 900

209. ЭНДОКРИНОЛОГ ВПЕРВЫЕ УЧАСТВУЕТ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ____ ЛЕТ
- A) 10+
 - B) 12
 - C) 14–15
 - D) 16
210. В СЛУЧАЕ ОСТРОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ МАТЕРИ, НАХОДЯЩЕЙСЯ В ДЕКРЕТНОМ ОТПУСКЕ ПО УХОДУ ЗА ЗДОРОВЫМ РЕБЕНКОМ ДО 3-Х ЛЕТ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЛИЦУ, РАБОТАЮЩЕМУ ПО ТРУДОВОМУ ДОГОВОРУ И ФАКТИЧЕСКИ ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕМУ УХОД
- A) не выдается+
 - B) выдается учреждением, в котором лечится мать
 - C) выдается детской поликлиникой
 - D) выдается в индивидуальном порядке Фондом социального страхования
211. ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ УТВЕРЖДЕНА ФОРМА
- A) 088/у-06+
 - B) 030/у
 - C) 063/у
 - D) 058/у
212. К ДОКУМЕНТАЦИИ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ОТНОСИТСЯ
- A) журнал учета приёма больных и отказов в госпитализации (ф. № 001/у)+
 - B) журнал учёта инфекционных заболеваний (ф. № 060/у)
 - C) медицинское заключение на ребёнка (подростка) - инвалида с детства (ф. № 080/у)
 - D) история развития ребёнка (ф. № 112/у)
213. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЁНКОМ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 15 ЛЕТ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЫДАЕТСЯ ДО ____ ДНЕЙ, В ДАЛЬНЕЙШЕМ С РАЗРЕШЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ
- A) 3+
 - B) 7
 - C) 15
 - D) 10
214. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ ВЫДАЕТСЯ ГРАЖДАНИНУ
- A) работающему на государственном предприятии, в организации, учреждении+
 - B) признанному безработным и состоящему на учете в территориальном органе труда и занятости населения
 - C) военнослужащему аттестованному
 - D) учащемуся высшего учебного заведения
215. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЁНКОМ ВЫДАЕТСЯ МАМЕ, ЕСЛИ
- A) у ребёнка диагностирована острая кишечная инфекция+
 - B) у ребенка хронический пиелонефрит в стадии ремиссии
 - C) мама находится в декретном отпуске
 - D) мама находится в очередном отпуске
216. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА РЕБЁНКОМ В ВОЗРАСТЕ ДО 7 ЛЕТ ПРИ КАРАНТИНЕ ВЫДАЕТСЯ

- A) на весь период карантина
 - B) до 15 дней
 - C) до 10 дней
 - D) на неделю
217. НЕПОСРЕДСТВЕННУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬ ВЫДАЧИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ НЕСЕТ
- A) участковый врач-педиатр++
 - B) заведующая педиатрическим отделением
 - C) заместитель главного врача по клинико-экспертной работе
 - D) заместитель главного врача по лечебной работе
218. ОСНОВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ – КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ (ФОРМА № 030/У) ХРАНИТСЯ У
- A) врачей детских поликлиник+
 - B) представителя страховой компании
 - C) статистика лечебно-профилактического учреждения
 - D) врача-логопеда
219. ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ РЕБЁНКА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ, КОТОРЫЙ СОДЕРЖИТ ИСТОРИЮ ЕГО РАЗВИТИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ УЧЕТНАЯ ФОРМА
- A) №112+
 - B) №039
 - C) №036
 - D) №030
220. 1700. [Т021761] ОСНОВНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ДОКУМЕНТОМ ПРИ ОФОРМЛЕНИИ РЕБЕНКА НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМА
- A) 076/y+
 - B) 070/y
 - C) 026/y-2000
 - D) 063/y
221. ОСНОВНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ДОКУМЕНТОМ РЕБЕНКА, ПОСЕЩАЮЩЕГО ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМА
- A) 026/y-2000+
 - B) 112/y
 - C) 063/y
 - D) 058/y
222. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СРОКОВ ПРЕБЫВАНИЯ НА ЛИСТКЕ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР РУКОВОДСТВУЕТСЯ
- A) состоянием ребенка+
 - B) самочувствием ребенка
 - C) ориентировочными сроками временной нетрудоспособности при различных заболеваниях
 - D) сроками временной нетрудоспособности по просьбе мамы
223. ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ МАМА ДОЛЖНА ПРЕДЪЯВИТЬ
- A) Паспорт+

- В) СНИЛС
 - С) медицинский полис
 - Д) свидетельство о рождении ребенка
224. ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ НА СРОК СВЫШЕ 15 КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ
- А) врачебная комиссия+
 - В) заместитель главного врача детской поликлиники по лечебной работе
 - С) заведующая педиатрическим отделением
 - Д) главный врач детской поликлиники
225. УЧЕТНЫМИ ФОРМАМИ ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЮТСЯ
- А) 063/у и 112/у+
 - В) 026/у - 2000 и 112/у
 - С) 063/у и 058/у
 - Д) 063/у и 026/у - 2000
226. УЧЕТНЫМИ ФОРМАМИ ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЮТСЯ
- А) 063/у и 112/у+
 - В) 026/у - 2000 и 112/у
 - С) 063/у и 058/у
 - Д) 063/у и 026/у - 2000
227. ФОРМА №058/У - ЭТО
- А) экстренное извещение об инфекционном заболевании+
 - В) история развития ребёнка
 - С) медицинская карта ребёнка
 - Д) журнал учёта профилактических прививок
228. ЧТО ИЗ УКАЗАННОГО ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЕ К ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА?
- А) история болезни ребёнка+
 - В) история развития ребёнка
 - С) карта выбывшего из стационара
 - Д) лист врачебных назначений
229. В ПОНЯТИЕ «ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ» ВХОДЯТ
- А) диета, лечебные столы, режим, витаминизация+
 - В) профилактика и лечение педикулеза
 - С) рекомендации по вакцинации против гриппа и профилактика
 - Д) рекомендации по занятиям профессиональным спортом, режим, витаминизация
230. В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ, ОРГАН, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИЙ ПЕНСИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, ЛИБО ОРГАН СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ОТКАЗАЛИ ГРАЖДАНИНУ В НАПРАВЛЕНИИ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ, ЕМУ ВЫДАЕТСЯ СПРАВКА, НА ОСНОВАНИИ КОТОРОЙ ГРАЖДАНИН (ЕГО ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ)
- А) имеет право обратиться в бюро самостоятельно+
 - В) не имеет право обратиться в бюро самостоятельно
 - С) имеет право обратиться в бюро по направлению участкового врача
 - Д) имеет право обратиться в бюро по направлению главного врача

231. В СТРУКТУРЕ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЕЙ ОТ 0 ДО 17 ЛЕТ 11 МЕСЯЦЕВ 29 ДНЕЙ ПО НОЗОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ ВЕДУЩИЕ РАНГОВЫЕ МЕСТА ЗАНИМАЮТ
- A) болезни нервной системы, психические расстройства и врожденные аномалии развития+
 - B) инфекционные и соматические болезни
 - C) заболевания мочевыделительной системы
 - D) заболевания эндокринной системы
232. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИСКЛЮЧАЕТ ПРОВЕДЕНИЕ
- A) медико-социальной реабилитации+
 - B) санитарно-гигиенического воспитания
 - C) диспансерных медицинских осмотров
 - D) группового консультирования
233. ГРАЖДАНИН НАПРАВЛЯЕТСЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ
- A) медицинской организацией+
 - B) правоохранительными органами
 - C) образовательным учреждением
 - D) благотворительными организациями
234. ГРАЖДАНИН НАПРАВЛЯЕТСЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ
- A) органом социальной защиты+
 - B) правоохранительными органами
 - C) образовательным учреждением
 - D) благотворительным фондом
235. ГРУППЫ МЕРОПРИЯТИЙ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ИСКЛЮЧАЮТ
- A) адаптивный спорт+
 - B) восстановительную терапию
 - C) реконструктивную хирургию
 - D) санаторно-курортное лечение
236. ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ УТВЕРЖДЕНА ФОРМА
- A) 088/y-06+
 - B) 030/y
 - C) 063/y
 - D) 058/y
237. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ СТАТУСА ИНВАЛИДА РЕБЕНОК НАПРАВЛЯЕТСЯ В СЛУЖБУ МСЭ ИЗ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ С ДОКУМЕНТАМИ
- A) ф. № 112/y «История развития ребенка»+
 - B) данными страхового полиса
 - C) рекомендациями социального работника
 - D) рекомендациями школьного врача
238. ЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ РЕЧЕВЫХ СИНДРОМОВ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ РЕБЕНКА НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ИСКЛЮЧАЕТ
- A) Амнезию+
 - B) заикание

- С) афазию
D) дислалию
239. ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОВИ, ПРИ КОТОРЫХ ДЕТИ МОГУТ БЫТЬ ОТНЕСЕНЫ К ГРУППЕ ИНВАЛИДОВ ДЕТСТВА, ЯВЛЯЮТСЯ
- A) гемофилия, лейкоз+
B) иммунная нейтропения, гемофилия
C) гетероиммунная гемолитическая анемия, лейкоз
D) аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура, иммунная нейтропения
240. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА ВКЛЮЧАЕТ
- A) медицинскую, психолого-педагогическую, социальную реабилитацию, технические средства и услуги по реабилитации+
B) психолого-педагогическую, социальную реабилитацию, технические средства и услуги по реабилитации
C) медицинскую, социальную реабилитацию, технические средства и услуги по реабилитации
D) медицинскую, психолого-педагогическую, социальную реабилитацию
241. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА МОЖЕТ БЫТЬ РАЗРАБОТАНА НА ПЕРИОД
- A) 1–2 года+
B) от 6 мес. до 5 лет
C) 3–4 года
D) 20 лет и более
242. К ВИДАМ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТНОСЯТ
- A) Медицинскую+
B) комплексную
C) парциальную
D) периодическую
243. К ВИДАМ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТНОСЯТ
- A) Трудовую+
B) комплексную
C) парциальную
D) периодическую
244. К ГОСУДАРСТВЕННЫМ ПРОГРАММАМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОБЕСПЕЧИТЬ ПОЛНОЦЕННЫЙ ДОСТУП ИНВАЛИДА К ТРАНСПОРТУ, ИНФОРМАЦИИ, СВЯЗИ, ОБЪЕКТАМ, УСЛУГАМ, ОТНОСЯТ ПРОЕКТ
- A) «Доступная среда»+
B) «Комплексные услуги»
C) благотворительных фондов
D) центров социального обслуживания населения
245. К КАТЕГОРИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ОТНОСЯТСЯ
- A) дети и подростки до 18 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации+
B) дети, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации
C) дети и подростки до 14 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации
D) дети и подростки до 11 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации

246. К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА «СПОСОБНОСТЬ К ОБУЧЕНИЮ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ
- А) организовывать деятельность по овладению знаниями+
 - В) устанавливать контакты между людьми, осознавать себя и адекватно вести с учетом норм
 - С) осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями
247. К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА «СПОСОБНОСТЬ К ОБЩЕНИЮ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ
- А) устанавливать контакты между людьми+
 - В) реализовывать собственное самообслуживание
 - С) осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями
 - Д) осознавать себя и адекватно вести с учетом норм
248. К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА «СПОСОБНОСТЬ К ОРИЕНТАЦИИ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ
- А) к определению времени и места нахождения+
 - В) осуществлять основные физиологические потребности
 - С) к целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности
 - Д) к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм
249. К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА «СПОСОБНОСТЬ К САМООБСЛУЖИВАНИЮ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ
- А) самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности+
 - В) осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы
 - С) к целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности
 - Д) к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм
250. К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА «СПОСОБНОСТЬ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ
- А) самостоятельно перемещаться в пространстве+
 - В) реализовывать собственное самообслуживание
 - С) осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями
 - Д) организовывать деятельность по овладению знаниями, умениями, навыками
251. К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА «СПОСОБНОСТЬ К ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ
- А) осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями+
 - В) реализовывать собственное самообслуживание
 - С) осознавать себя и адекватно вести с учетом норм
 - Д) организовывать деятельность по овладению знаниями, умениями, навыками
252. К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА «СПОСОБНОСТЬ КОНТРОЛИРОВАТЬ СВОЁ ПОВЕДЕНИЕ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ
- А) к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм+
 - В) осуществлять основные физиологические потребности

- С) к целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности
- Д) к выполнению повседневной бытовой деятельности
253. К НЕОБХОДИМЫМ ДАННЫМ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА МСЭ РЕБЁНКА С ДИАГНОЗОМ «АПЛАЗИЯ (АГЕНЕЗИЯ) ПОЧКИ ВРОЖДЕННАЯ» ОТНОСЯТ УЗИ
- А) Почек+
- В) печени
- С) поджелудочной железы
- Д) щитовидной железы
254. К ОСНОВНЫМ ВИДАМ СТОЙКИХ РАССТРОЙСТВ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА – НАРУШЕНИЯМ СЕНСОРНЫХ ФУНКЦИЙ - ОТНОСЯТ
- А) нарушение зрения, слуха+
- В) деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству
- С) аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов
- Д) существенные нарушение размеров тела
255. К ОСНОВНЫМ КАТЕГОРИЯМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТ СПОСОБНОСТЬ
- А) самостоятельной ориентации, общения, самообслуживания и передвижения+
- В) самостоятельного занятия профессиональным спортом и образованием
- С) самостоятельного занятия профессиональными спортивными танцами и подводным плаванием
- Д) самостоятельного освоения иностранных языков
256. К ОСНОВНЫМ КАТЕГОРИЯМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТ СПОСОБНОСТЬ
- А) самостоятельной трудовой деятельности и обучению+
- В) самостоятельного занятия профессиональным спортом и образованием
- С) самостоятельного занятия профессиональными спортивными танцами и подводным плаванием
- Д) самостоятельного освоения иностранных языков
257. К ПЕРЕЧНЮ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ (НА ПРИМЕРЕ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ), ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ, ОТНОСИТСЯ
- А) разработка индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида+
- В) организация обеспечения и финансирование за счет средств федерального бюджета
- С) консультирование по подбору технических средств реабилитации для самостоятельного передвижения
- Д) предоставление технических средств реабилитации для самостоятельного передвижения
258. КАТЕГОРИЯ "РЕБЕНОК-ИНВАЛИД" УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ПЕРИОД
- А) от 1 года до 5 лет+
- В) от 10 лет до 18 лет
- С) от 10 лет до 16 лет
- Д) от 1 месяца до 6 месяцев

259. КАТЕГОРИЯ «РЕБЁНОК-ИНВАЛИД» МОЖЕТ УСТАНОВЛИВАТЬСЯ
- A) на 1 год, 2 года, 5 лет, либо до достижения гражданином возраста 18 лет+
 - B) лишь на 2 года, 5 лет, либо до достижения гражданином возраста 18 лет
 - C) лишь на 5 лет, либо до достижения гражданином возраста 18 лет
 - D) только до достижения гражданином возраста 18 лет
260. КАТЕГОРИЯ «РЕБЕНОК-ИНВАЛИД» МОЖЕТ УСТАНОВЛИВАТЬСЯ СРОКОМ НА
- A) 1 год, 2 года и до достижения им 18-летнего возраста+
 - B) 6 месяцев, 1 год и до достижения им 18-летнего возраста
 - C) 3 года, 5 лет и до достижения им 18-летнего возраста
 - D) 1 год, 2 года и до достижения им 16-летнего возраста
261. КАТЕГОРИЯ «РЕБЕНОК-ИНВАЛИД» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ПЕРИОД ДО
- A) 18 лет+
 - B) 10 лет
 - C) 16 лет
 - D) 15 лет
262. КАТЕГОРИЯ «РЕБЕНОК-ИНВАЛИД» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ У РЕБЁНКА СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА В ДИАПАЗОНЕ _____ %
- A) 40–100+
 - B) 10–20
 - C) 21–30
 - D) 31–39
263. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СТОЙКОЕ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА III СТЕПЕНИ, ПРЕДУСМАТРИВАЕТ СТОЙКИЕ
- A) выраженные нарушения функций организма в диапазоне от 70 до 80 процентов+
 - B) незначительные нарушения функций организма в диапазоне от 10 до 30 процентов
 - C) умеренные нарушения функций организма в диапазоне от 40 до 60 процентов
 - D) значительно выраженные нарушения функций организма в диапазоне от 90 до 100 процентов
264. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СТОЙКОЕ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА I СТЕПЕНИ, ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА В ДИАПАЗОНЕ ОТ _____ ДО _____ ПРОЦЕНТОВ
- A) от 10 до 30+
 - B) от 40 до 60
 - C) от 30 до 60
 - D) от 20 до 50
265. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СТОЙКОЕ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА II СТЕПЕНИ, ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА В ДИАПАЗОНЕ ОТ _____ ДО _____ ПРОЦЕНТОВ
- A) от 40 до 60+
 - B) от 10 до 30
 - C) от 40 до 80
 - D) от 50 до 70

266. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СТОЙКОЕ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА IV СТЕПЕНИ, ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА В ДИАПАЗОНЕ ОТ _____ ДО _____ ПРОЦЕНТОВ
- A) от 90 до 100+
 - B) от 70 до 80
 - C) от 40 до 60
 - D) от 50 до 90
267. ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЁНКА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ, ВКЛЮЧАЮТ
- A) спелеотерапию, дыхательную гимнастику, небулайзерную терапию+
 - B) спелеотерапию, амплипульс, дыхательную гимнастику
 - C) дыхательную гимнастику, амплипульс, небулайзерную терапию
 - D) небулайзерную терапию, спелеотерапию, амплипульс
268. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ НА ДОМУ, ЕСЛИ
- A) гражданин не может явиться в бюро по состоянию здоровья, что подтверждается заключением медицинской организации+
 - B) отсутствуют транспортные средства у родителей ребёнка-инвалида
 - C) желают родители несовершеннолетнего ребенка
 - D) желает представитель несовершеннолетнего ребенка
269. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ
- A) реабилитационного потенциала+
 - B) причин ограничения жизнедеятельности гражданина
 - C) длительности ограничения жизнедеятельности гражданина
 - D) установления клинико-функциональных, социально-бытовых сведений
270. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРОВОДИТСЯ ПО ЗАЯВЛЕНИЮ
- A) гражданина или его законного представителя+
 - B) представителей медицинских учреждений
 - C) специалиста страховой компании
 - D) сотрудников центра социального обслуживания населения
271. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ВРАЧ-ПЕДИАТР, ПУЛЬМОНОЛОГ, АЛЛЕРГОЛОГ)
- A) направляет при наличии у него данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное бронхиальной астмой+
 - B) направляет при наличии у него тяжелой персистирующей бронхиальной астмы
 - C) направляет, поскольку у него поставлен диагноз «бронхиальная астма»
 - D) не направляет, так как бронхиальная астма не приводит к развитию стойких нарушений функций организма у детей
272. МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ НАПРАВЛЯЕТ ГРАЖДАНИНА НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ
- A) после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий+
 - B) без проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий

- C) при частичном проведении необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий
 - D) при проведении необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий на усмотрение участкового врача
273. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ИСКЛЮЧАЕТ
- A) профессиональную ориентацию, обучение и трудоустройство+
 - B) восстановительную терапию, санаторно-курортное лечение
 - C) протезирование и ортезирование
 - D) реконструктивную хирургию
274. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НАПРАВЛЕНА НА
- A) восстановление компенсации функциональных возможностей организма+
 - B) существенное повышение функциональных возможностей организма
 - C) снижение функциональных возможностей организма
 - D) некоторое уменьшение функциональных возможностей организм
275. МЕРОПРИЯТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВКЛЮЧАЮТ
- A) реконструктивную хирургию, восстановительную терапию, санаторно-курортное лечение, протезирование и ортезирование+
 - B) восстановительную терапию, санаторно-курортное лечение, протезирование и ортезирование
 - C) реконструктивную хирургию, санаторно-курортное лечение, протезирование и ортезирование
 - D) реконструктивную хирургию, восстановительную терапию, протезирование и ортезирование
276. МЕРОПРИЯТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВКЛЮЧАЮТ
- A) социально-средовую реабилитацию, социально-психологическую реабилитацию, физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт+
 - B) социально-средовую реабилитацию, физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт, санаторно-курортное лечение
 - C) социально-психологическую реабилитацию, санаторно-курортное лечение, физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт
 - D) социально-средовую реабилитацию, социально-психологическую реабилитацию, санаторно-курортное лечение
277. НЕОБХОДИМЫЕ ДАННЫЕ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА МСЭ РЕБЕНКА С АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ ИСКЛЮЧАЮТ
- A) данные биопсии печени+
 - B) неонатальный скрининг дефицита 21-гидроксилазы (уровень 17-гидроксипрогестерона)
 - C) рентгенограмму кисти (определение “костного возраста”)
 - D) суточное мониторирование ритма и артериального давления
278. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТА И ПРИЧИН ИНВАЛИДНОСТИ РЕБЁНКА ПЕРЕДАНО В КОМПЕТЕНЦИЮ
- A) медико-социальной экспертизы+
 - B) общеобразовательных учреждений
 - C) комиссии по делам несовершеннолетних
 - D) центров социального обслуживания населения
279. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ПРИЗНАНИЯ РЕБЕНКА ИНВАЛИДОМ ЯВЛЯЕТСЯ
- A) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленных заболеванием, последствиями травм или дефектами;

- ограничение жизнедеятельности, необходимость осуществления мер социальной защиты+
- В) ограничение жизнедеятельности, необходимость осуществления мер социальной защиты
- С) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленных заболеванием, последствиями травм или дефектами, необходимость осуществления мер социальной защиты
- Д) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленных заболеванием, последствиями травм или дефектами, ограничение жизнедеятельности
280. ОСНОВНЫМИ ПРИНЦИПАМИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЮТСЯ
- А) комплексность и рациональность реабилитационной программы, учет клинических особенностей патологии и индивидуальных факторов, преемственность восстановительного лечения+
- В) раннее начало реабилитации, кратковременность мероприятий, комплексность и рациональность реабилитационной программы
- С) разработка реабилитационной программы с учетом клинических особенностей патологии и индивидуальных факторов, начало реабилитации в санаторно-оздоровительном учреждении
- Д) преемственность восстановительного лечения (стационар, поликлиника, санаторно-оздоровительное учреждение), реабилитационная программа в соответствии с особенностями патологии без учета индивидуальных
281. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ИСКЛЮЧАЕТ
- А) показатель заболеваемости+
- В) достигнутые результаты выполнения программ медицинской психолого-педагогической и социальной реабилитации
- С) динамику степени нарушения функций и структур организма
- Д) динамику степени ограничений способности в различных категориях жизнедеятельности
282. ПОД РЕАБИЛИТАЦИЕЙ ИНВАЛИДОВ ПОНИМАЕТСЯ СИСТЕМА _____ МЕРОПРИЯТИЙ
- А) Медицинских+
- В) юридических, педагогических
- С) диагностических, юридических
- Д) диагностических, социально-экономических
283. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ЯВЛЯЕТСЯ
- А) неспособность к обучению+
- В) частые простудные заболевания
- С) синдром дефицита внимания с гиперактивностью
- Д) дефицит массы тела
284. ПРИ НАПРАВЛЕНИИ РЕБЕНКА НА МСЭ КЛИНИКО– ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ВКЛЮЧАЕТ КЛИНИЧЕСКУЮ ФОРМУ ОСНОВНОГО И СОПУТСТВУЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И
- А) стадию патологического процесса, течение заболевания, характер и степень нарушений функций организма, клинический прогноз+
- В) течение заболевания, характер и степень нарушений функций организма, клинический прогноз
- С) стадию патологического процесса, течение заболевания, характер и степень нарушений функций организма

- D) стадию патологического процесса, характер и степень нарушений функций организма, клинический прогноз
285. ПРИ НАПРАВЛЕНИИ РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ НЕОБХОДИМЫ
- A) заключение детского кардиолога, результаты электрокардиографии, эхокардиографии+
 - B) заключение врача-педиатра, результат гемограммы
 - C) заключение врача-педиатра, результаты электрокардиографии, результаты ультразвукового исследования органов брюшной полости
 - D) заключение детского кардиолога, результаты гемограммы
286. ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ВНЕСЕНИЯ ДОПОЛНЕНИЙ ИЛИ ИЗМЕНЕНИЙ В ИНДИВИДУАЛЬНУЮ ПРОГРАММУ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЁНКА-ИВАЛИДА ОФОРМЛЯЕТСЯ
- A) новое направление на медико-социальную экспертизу+
 - B) выписной эпикриз
 - C) этапный эпикриз
 - D) история болезни
287. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ГРАЖДАН К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА НЕ ОТНОСЯТ
- A) нарушение сенсорных функций+
 - B) способность к самообслуживанию
 - C) нарушение самостоятельного передвижения
 - D) способность к ориентации
288. ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О ВЫДАЧЕ МЕДИЦИНСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ НА РЕБЁНКА-ИНВАЛИДА В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ
- A) нарушение здоровья со II и более степенью выраженности стойких нарушений функций организма+
 - B) хронические заболевания
 - C) врожденные пороки
 - D) оперативные вмешательства (например, на сердце)
289. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ИНВАЛИДНОСТИ, ВОЗНИКШЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМ ИЛИ ДЕФЕКТОВ, РЕБЕНКУ ДО 18 ЛЕТ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ
- A) категория «ребенок-инвалид»+
 - B) I группа инвалидности
 - C) II группа инвалидности
 - D) III группа инвалидности
290. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ КАТЕГОРИИ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЯМ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАН ТЕРМИН
- A) ребёнок-инвалид+
 - B) лицо с ограниченными возможностями
 - C) лицо со специальными потребностями в медицинском обслуживании
 - D) иммобильный ребёнок
291. ПРИЗНАНИЕ ЛИЦА ИНВАЛИДОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
- A) федеральным бюро медико-социальной экспертизы+
 - B) лечебными учреждениями
 - C) учреждениями социальной защиты населения
 - D) благотворительными организациями

292. ПРИЗНАНИЕ РЕБЕНКА ИНВАЛИДОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
- A) федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы+
 - B) детской поликлиникой
 - C) детским стационаром
 - D) республиканским (областным) учреждением медико-социальной экспертизы
293. ПРОГРАММА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ ДО 18 ЛЕТ ИСКЛЮЧАЕТ
- A) технические средства реабилитации для профессионального обучения+
 - B) дошкольное воспитание и обучение
 - C) психолого-педагогическую коррекционную работу
 - D) технические средства реабилитации для обучения
294. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИСКЛЮЧАЕТ
- A) протезирование и ортезирование+
 - B) профессиональную ориентацию
 - C) профессиональное обучение
 - D) технические средства реабилитации для профессионального обучения (переобучения) или труда
295. РАТИФИКАЦИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИЕЙ КОНВЕНЦИИ О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ ОТ 13 ДЕКАБРЯ 2006 Г. ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЕМ ГОТОВНОСТИ СТРАНЫ К ФОРМИРОВАНИЮ УСЛОВИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА
- A) соблюдение международных стандартов прав инвалидов+
 - B) формирование общественного мнения по соблюдению прав инвалидов
 - C) пропаганду международных стандартов прав инвалидов
 - D) пропаганду здорового образа жизни населения
296. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В СООТВЕТСТВИИ С ФЕДЕРАЛЬНЫМ ПЕРЕЧНЕМ ВКЛЮЧАЮТ ВОССТАНОВИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ И
- A) реконструктивную хирургию; санаторно-курортное лечение; протезирование и ортезирование, предоставление слуховых аппаратов; обеспечение профессиональной ориентации инвалидов+
 - B) санаторно-курортное лечение; протезирование и ортезирование, предоставление слуховых аппаратов; обеспечение профессиональной ориентации инвалидов
 - C) реконструктивную хирургию; санаторно-курортное лечение; обеспечение профессиональной ориентации инвалидов
 - D) реконструктивную хирургию; санаторно-курортное лечение; протезирование и ортезирование, предоставление слуховых аппаратов
297. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ С БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ГИПОТРОФИЕЙ I СТ.) ВКЛЮЧАЕТ
- A) регулярное проведение контроля питания и антропометрии; массаж, гимнастику; курсовой прием биопрепаратов+
 - B) регулярное проведение контроля питания и антропометрии; гормональную терапию; массаж, гимнастику
 - C) массаж, гимнастику; гормональную терапию; курсовой прием биопрепаратов
 - D) курсовой прием биопрепаратов; регулярное проведение контроля питания и антропометрии; гормональную терапию

298. РЕБЕНКУ-ИНВАЛИДУ, СТРАДАЮЩЕМУ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ЭПИЛЕПСИИ, ДЕПАКИН ХРОНО ВЫПИСЫВАЕТСЯ НА РЕЦЕПТУРНОМ БЛАНКЕ ФОРМЫ
- A) 148-1/у-06(л)+
 - B) 148-1/у-04(л)
 - C) 107 -1/у
 - D) 148-1/у-88
299. РЕБЕНОК-ИНВАЛИД С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЁТА
- A) Не снимается+
 - B) Снимается педиатром
 - C) Снимается на время
 - D) Снимается по желанию родителей
300. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ИПР РЕБЁНКА-ИНВАЛИДА С МУКОВИСЦИДОЗОМ ИСКЛЮЧАЮТ
- A) психолого-педагогическую, социальную реабилитацию, технические средства реабилитации+
 - B) восстановительную терапию\; диету с увеличением калорий в рационе до 120-150%, ингаляционную терапию, постуральный дренаж, вибрационный массаж грудной клетки, лечебную физкультуру
 - C) реконструктивную хирургию\; трансплантацию легкого (по показаниям)
 - D) санаторно-курортное лечение при отсутствии противопоказаний

Вопросы для прохождения промежуточной аттестации

1. Трехуровневая система оказания медицинской помощи (маршрутизация пациентов). Структура детской поликлиники.

Ответ: Трехуровневая система оказания медицинской помощи представляет собой иерархическую структуру и основной принцип распределения функций между медицинскими организациями в этой системе.

1 уровень оказания медицинской помощи – оказание первичной медико – санитарной помощи. Сюда относят врачей первичного звена- участковые врачи педиатры, специалисты первичного звена, центры здоровья на базе детских поликлиник, отделения профилактики (дошкольно-школьное отделение)

2 уровень – оказание специализированной медицинской помощи на базе городских диспансеров, кдц на базе амбулаторно-поликлинической службы (например- заведующий отделением какой-либо узкой специальности, врач специалист эксперт на базе детской поликлиники)

3 уровень – лечебно-диагностическая помощь с применением высокотехнологичных методов, оказание медицинской помощи на уровне стационаров. (ВПМ, обследование в профильном отделении в стационарах и КДЦ при стационарах городского и федерального значения)

Структура детской поликлиники: ДГП состоит из педиатрического отделения, отделений профилактики, консультативно – диагностического отделения (все узкие специалисты) отделение функциональной диагностики, отделение восстановительного лечения (не во всех детских поликлиниках), отделение лучевой диагностики, клинико-диагностическая лаборатория (в настоящее время, в частности в Москве, организованы только кабинеты забора биоматериалов на базе детских поликлиник, анализ проводится в диагностическом центре лабораторных исследований).

2. Организация деятельности участкового врача-педиатра. Основные формы медицинской документации и правила их заполнения.

Ответ: Участковый врач педиатр оказывает первичную медицинскую помощь детям по территориальному принципу и на основе свободного выбора врача. Проводит организацию комплекса оздоровительных профилактических мероприятий. Оказывает лечебно-консультативную помощь на дому и в поликлиник, противоэпидемические мероприятия.

Работа участкового врача педиатра представлена большим количеством разной документации. Это прежде всего – паспорт педиатрического участка (здесь вся перепись детского населения прикрепленного к конкретному участку, по годам и по домам,

детиинвалиды, дети из многодетных семей, социально-неблагополучные дети, дети – сироты, дети 3, 4 группы здоровья, дети под опекой, отдельно дети первого года жизни). Форма 026/у – медицинская карта для образовательного учреждения (при поступлении в школу или детский сад)

088/у – Направление на медико-социальную экспертизу,

063/у- прививочная форма,

086/у – справка для поступающего,

057/у – направление на 3 уровень (на консультацию и госпитализацию)

079/у- справка в лагерь

076/у- санторно-курортная крата

070/у- справка для получения путевки

030/у – диспансерная карта

112/у –медицинская карта пациента в амбулаторных условиях

В настоящее время вся медицинская документация представлена в электронном виде. При заполнении медицинской документации заполняются все графы, разборчиво, без сокращений. Вся учетная документация должна быть зарегистрирована в журналах учета (в настоящее время все ведется в электронном виде).

3. Профилактическая работа участкового врача-педиатра. Оценка деятельности участкового врача-педиатра.

Ответ: Профилактическая работа участкового врача педиатра включает

- систематическое наблюдении за развитием и состоянием здоровья ребенка
- специфическая и неспецифическая профилактика
- организация рационального вскармливания и питания, физического воспитания
- проведение мероприятий по профилактике рахита, гипотрофии, анемии и другой патологии
- в организации прививочной работы
- в подготовке ребенка к поступлению в дошкольное учреждение
- проведении санитарно-просветительной работы

Основные показатели работы участкового педиатра – охват дородовыми патронажами беременных, охват патронажем детей первого месяца жизни, полнота охвата профилактическими осмотрами, полнота охвата профилактическими прививками, удельный вес детей находящихся на грудном вскармливании. Качество диспансерного наблюдения. Правильное и своевременное заполнение медицинской документации.

4. Организация оказания медицинской помощи в детских образовательных учреждениях. Медицинский контроль за состоянием здоровья детей в детском учреждении.

Ответ: В детских образовательных учреждениях медицинская помощь представлена врачебно-сестринской бригадой. В образовательном учреждении организован медицинский блок из кабинета рвача и медсестры и процедурного кабинета. В настоящее время образовательные учреждения подключены к системе ЕМИАС. 026 форма в электронном виде отображается в кабинете врача в образовательном учреждении. Медицинская сестра и врач в начале года учебного выявляют по 026 форме детей с хронической патологией, детей инвалидов, детей, которые по состоянию здоровья могут выдать те или иные неотложные состояния, и самое главное составляют план проведения профилактических прививок. Проведение своевременно противозидемических мероприятий при инфекциях, проведение санпросвет работы.

5. Группы риска по формированию хронической патологии.

Ответ: Дети группы риска – это те дети, которые по состоянию здоровья, требуют особого наблюдения, как со стороны соматического здоровья, так и психического. У новорожденных детей выделяют 5 групп риска.

1 группа – дети с риском развития патологии ЦНС. 2 группа – с риском реализации внутриутробного инфицирования. 3 группа риска – новорожденные с риском развития трофических нарушений (гипо, паратрофия и т.д.). 4 группа – с риском развития пороков развития ЦНС, бронхо-легочной и др, врожденной краснухи, наследственно-обусловленные. 5 группа риска – социального риска (неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, семьи с плохим психологическим климатом, семьи алкоголиков, наркоманов и т.д.)

6. Медицинское наблюдение за детьми различных групп здоровья

Ответ: Выделяют 5 групп здоровья. Дети с 3,4 и 5 группами здоровья состоят на диспансерном учете у участкового врача педиатра или у профильного специалиста при наличии в детской поликлинике. Согласно приказу 514н, все детей проходят диспансеризацию ежегодно, с привлечением специалистов и лабораторно-инструментальных исследований согласно данному приказу. Это преимущественно для детей 1 и 2 группы здоровья. Что касается наблюдения детей 3, 4 и 5 группой здоровья, диспансеризация проходит с привлечением профильных специалистов с проведением дополнительных анализов и функциональной диагностики. Обязательно проведение 2 раза в год туберкулинодиагностики, проведение 2 раза в год диспансеризации, с определением лечебно-профилактических мероприятий. В каждом конкретном случае,

при той или иной патологии участковый врач педиатр отражает в плане ведения кратность сдачи анализов, консультаций на 3 уровне, динамику состояния в статусе по результатам диспансеризации.

7. Показания для назначения ребенку специальных условий обучения.

Ответ: Специальные условия обучения создаются обучающимся имеющих ограниченные возможности здоровья, как в физическом, так и в психическом развитии, которые подтверждены психолого-медико-педагогической комиссией (ЦПМПК). Врач первичного звена направляет ребенка с пакетом документов на прохождение ЦПМПК, которая далее прописывает условия обучения, методы обучения и воспитания, переход от одного уровня обучения на другой, создание специальных условий сдачи ГИА.

8. Подготовка юношей к постановке на воинский учет и призыву на военную службу.

Ответ: Первоначальная постановка граждан на воинский учет осуществляется в соответствии со статьей 9 ФЗ N53 от 28.03.1998 г. «О воинской обязанности и военной службе».

Первоначальная постановка на воинский учет граждан мужского пола осуществляется в период с 1 января по 31 марта в год достижения ими возраста 17 лет комиссиями по постановке граждан на воинский учет.

Комиссия по постановке граждан на воинский учет обязана организовать медицинское освидетельствование граждан, определить их годность к военной службе по состоянию здоровья, провести мероприятия по профессиональному психологическому отбору граждан для определения их пригодности к подготовке по военно-учетным специальностям и принять решение о постановке гражданина на воинский учет либо внести на рассмотрение призывной комиссии вопрос о зачислении в запас гражданина, признанного ограниченно годным к военной службе, или вопрос об освобождении от исполнения воинской обязанности гражданина, признанного не годным к военной службе.

Не ранее 30 календарных дней до начала освидетельствования при первоначальной постановке на воинский учет и при призыве на военную службу граждане проходят в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения следующие обязательные диагностические исследования:

1) флюорография (рентгенография) легких в 2 проекциях (если она не проводилась или если в медицинских документах отсутствуют сведения о данном исследовании в течение последних 6 месяцев) с обязательным представлением при освидетельствовании флюорограмм (рентгенограмм) или результатов флюорографического

(рентгенологического) обследования на цифровых носителях;

2) ОАК;

3) ОАМ.

В день освидетельствования гражданину при первоначальной постановке на воинский учет и призыве на военную службу проводится измерение роста, массы тела и определение индекса массы тела.

Освидетельствование граждан при первоначальной постановке на воинский учет проводят врачи-специалисты: врач-хирург, врач-терапевт, врач-невролог, врач-психиатр, врач-офтальмолог, врач-оториноларинголог, врач-стоматолог и при необходимости - врачи других специальностей.

9. Комплексная оценка состояния здоровья детей. Группы здоровья. Группы для занятий физической культурой.

Ответ: Система комплексной оценки состояния здоровья основывается на 4-х базовых критериях:

- наличие или отсутствие функциональных нарушений и/или хронических заболеваний (с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса);
- уровень функционального состояния основных систем организма;
- степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям;
- уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

Основным методом, позволяющим получить характеристики, на основании которых дается комплексная оценка состояния здоровья, является профилактический медицинский осмотр.

Комплексная оценка состояния здоровья каждого ребенка или подростка с формализацией результата в виде отнесения к одной из "групп здоровья" дается с обязательным учетом всех перечисленных критериев.

В зависимости от состояния здоровья согласно приказу 621 дети могут быть отнесены к следующим группам:

к I группе здоровья относятся здоровые дети, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений;

ко II группе здоровья относятся дети, у которых отсутствуют хронические заболевания, но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения

к III группе здоровья относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями, при отсутствии осложнений

основного заболевания; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций, степень компенсации не должна ограничивать возможность обучения или труда ребенка, в том числе подросткового возраста;

к IV группе здоровья относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями или неполной компенсацией функциональных возможностей; с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, но с ограниченными функциональными возможностями

к V группе здоровья относятся дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, с выраженной декомпенсацией функциональных возможностей организма, наличием осложнений основного заболевания, требующими постоянной терапии; дети-инвалиды;

Комплексную оценку состояния здоровья ребенка на основании заключений специалистов и результатов собственного обследования дает врач-педиатр, возглавляющий работу медицинской бригады, проводящей профилактический осмотр.

В зависимости от состояния здоровья несовершеннолетние относятся к следующим медицинским группам для занятий физической культурой: основная, подготовительная и специальная.

К основной медицинской группе для занятий физической культурой (I группа) относятся несовершеннолетние: без нарушений состояния здоровья и физического развития;

К подготовительной медицинской группе для занятий физической культурой (II группа) относятся несовершеннолетние: имеющие морфофункциональные нарушения или физически слабо подготовленные; входящие в группы риска по возникновению заболеваний (патологических состояний); с хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии стойкой клинико-лабораторной ремиссии, длящейся не менее 3-5 лет.

Специальная медицинская группа для занятий физической культурой делится на две подгруппы: специальную "А" и специальную "Б". К специальной подгруппе "А" (III группа) относятся несовершеннолетние: с нарушениями состояния здоровья постоянного (хронические заболевания (состояния), врожденные пороки развития, деформации без прогрессирования, в стадии компенсации) или временного характера;

с нарушениями физического развития, требующими ограничения физических нагрузок.

К специальной подгруппе "Б" (IV группа) относятся несовершеннолетние, имеющие нарушения состояния здоровья постоянного (хронические заболевания (состояния) в стадии субкомпенсации) и временного характера, без выраженных нарушений самочувствия. Отнесенным к этой группе несовершеннолетним рекомендуются в

обязательном порядке занятия лечебной физкультурой в медицинской организации, а также проведение регулярных самостоятельных занятий в домашних условиях по комплексам, предложенным врачом по лечебной физкультуре медицинской организации.

10. Организация вакцинопрофилактики на педиатрическом участке.

Национальный календарь вакцинопрофилактики. Оформление медицинской документации перед проф.прививками.

Ответ: Вакцинопрофилактика является одним из основных разделов работы участковой службы. Врач и медсестра совместно формируют план профилактических прививок согласно переписи населения. Основной прививаемый возраст — это дети первого года жизни. Планирование вакцинации на педиатрическом участке прежде всего рассчитано на неорганизованных детей. Составляется годовой план вакцинации, помесечный и еженедельный план. Дети 1 первого года жизни на вакцинацию приглашаются преимущественно в грудничковые дни. В поликлиниках организована работа прививочных кабинетов согласно графику работы медицинского учреждения. В прививочном кабинете работает медсестра с допуском к проведению вакцинации. Вакцинацию детей проводят согласно нац. календарю профилактических прививок. Одним из важных критериев работы участкового врача педиатра является % охвата вакцинацией детей и своевременность вакцинации согласно нац. календарю профилактических прививок. Перед проведением вакцинации (каждое введение вакцины) необходимо получение добровольного согласия на проведение профилактической прививки, которое заполняется только законным представителем или доверенным лицом (с обязательным предъявлением оформленной доверенности). В день проведения прививки пациент должен быть осмотрен врачом педиатром с проведением в обязательном порядке: термометрии, указанием аллергологического анамнеза и реакций на введенные ранее вакцины. Врач педиатр проводит осмотр ребенка, в конце осмотра выносит заключение о состоянии здоровья и отсутствие противопоказаний проведения вакцинации. Все данные о введенной вакцине, прививочная медсестра вносит в систему ЕМИАС (название вакцины, дату введения, место и количество введенной вакцины, серию вакцины и отсутствие реакции на введенную вакцину).

11. Истинные и ложные противопоказания для проведения вакцинации.

Профилактика поствакцинальных осложнений.

Ответ: Острые инфекционные и неинфекционные заболевания, обострение хронических заболеваний являются временными противопоказаниями для проведения прививок. Плановые прививки проводятся через 2 - 4 недели после выздоровления или в период реконвалесценции или ремиссии. При нетяжелых ОРВИ, острых кишечных заболеваниях

и др. прививки проводятся сразу после нормализации температуры.

вакцины	противопоказания
Все живые вакцины, в том числе оральная живая полиомиелитная вакцина (ОПВ)	Иммунодефицитное состояние (первичное): иммуносупрессия, злокачественные новообразования; Беременность
БЦЖ	1) Вес ребенка при рождении менее 2000 г 2) Келоидный рубец, в т.ч. после предыдущей дозы
Все вакцины	Сильная реакция или поствакцинальное осложнение на предыдущее введение
Вакцины АКДС	Прогрессирующие заболевания нервной системы, фебрильные судороги в анамнезе
Живая коревая вакцина (ЖКВ), живая паротитная вакцина (ЖПВ), краснушная, а также комбинированные ди- и тривакцины (корь-паротит, корь-краснуха-паротит)	Тяжелые формы аллергических реакций на аминогликозиды, анафилактические реакции на яичный белок (кроме краснушной вакцины)
Вакцина против вирусного гепатита В	Аллергическая реакция на пекарские дрожжи
Вакцины АДС, АДС-М, АД-М	Сильная реакция или поствакцинальное осложнение на предыдущее введение; Иммунодефицитное состояние (первичное): иммуносупрессия, злокачественные новообразования; Беременность

Сильной реакцией считается наличие температуры выше 40 °С, в месте введения вакцины - отек и гиперемия свыше 8 см в диаметре.

К поствакцинальным осложнениям относятся тяжелые и (или) стойкие нарушения состояния здоровья вследствие профилактических прививок:

- анафилактический шок;
- тяжелые генерализованные аллергические реакции (ангионевротический отек), синдромы Стивенса-Джонсона, Лайелла, сывороточной болезни;
- энцефалит;
- вакциноассоциированный полиомиелит;
- поражение центральной нервной системы с генерализованными или фокальными остаточными проявлениями, приводящими к инвалидности: энцефалопатия, серозный менингит, неврит, полиневрит, а также проявления судорожного синдрома;
- генерализованная инфекция, остеоит, остеомиелит, вызванные вакциной БЦЖ;
- артрит хронический, вызванный вакциной против краснухи.

Ложные противопоказания против вакцинации: перинатальная энцефалопатия, стабильные неврологические состояния, аллергия, астма, экзема, анемии, увеличение вены тимуса, врожденные пороки, дисбактериоз, поддерживающая терапия, стероиды

местного применения.

Профилактика поствакцинальных осложнений:

Поствакцинальные осложнения (далее – ПВО) чаще всего развиваются либо в первые 24 часа после введения вакцины (реакции немедленного типа), либо в период разгара вакцинального процесса - в первые 1 - 2 дня после введения инактивированных вакцин и с 5 по 14 день при введении живых препаратов (за исключением анафилактического шока).

1. Исключение технических ошибок при вакцинации
2. Правильный отбор лиц на профилактическую прививку
3. Мониторинг ПВО и расследование каждого случая, подозрительного на ПВО.
4. Разъяснительная работа с родителями детей перед проведением иммунизации.
5. Обучение и повышение квалификации медицинского персонала, осуществляющего иммунизацию.
6. Использование противорецидивной терапии при вакцинации детей с хроническими заболеваниями для профилактики развития обострений основного заболевания.

12. Диспансеризация детей. Подготовка ребенка к поступлению в детское дошкольное образовательное учреждение и школу.

Ответ: Диспансеризация детей проводится в соответствии с Приказом Минздрава России от 10.08.2017 № 514н (в редакции от 19.11.2020) «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних». Этим приказом обозначены все необходимые осмотры и виды исследований, приводящиеся в каждой возрастной группе. По итогам проведенной диспансеризации проводится комплексная оценка. Комплексная оценка состояния здоровья несовершеннолетних осуществляется на основании следующих критериев:

- 1) наличие или отсутствие функциональных нарушений и (или) хронических заболеваний (состояний) с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса;
- 2) уровень функционального состояния основных систем организма;
- 3) степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям;
- 4) уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

В зависимости от состояния здоровья несовершеннолетние относятся к следующим группам:

- 1) I группа здоровья - здоровые несовершеннолетние, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных нарушений;
- 2) II группа здоровья - несовершеннолетние: у которых отсутствуют хронические

заболевания (состояния), но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения; реконвалесценты, особенно перенесшие инфекционные заболевания тяжелой и средней степени тяжести;

с общей задержкой физического развития в отсутствие заболеваний эндокринной системы (низкий рост, отставание по уровню биологического развития), с дефицитом массы тела или избыточной массой тела; часто и (или) длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями; с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности функций органов и систем организма;

3) III группа здоровья - несовершеннолетние: страдающие хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциями органов и систем организма, при отсутствии осложнений основного заболевания (состояния); с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации функций органов и систем организма, степень которой не ограничивает возможность обучения или труда;

4) IV группа здоровья - несовершеннолетние: страдающие хроническими заболеваниями (состояниями) в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или компенсированными функциями органов и систем организма либо неполной компенсацией функций; с хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии ремиссии, с нарушениями функций органов и систем организма, требующими назначения поддерживающего лечения; с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией функций органов и систем организма, повлекшими ограничения возможности обучения или труда;

5) V группа здоровья - несовершеннолетние: страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями (состояниями) с редкими клиническими ремиссиями, частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, выраженной декомпенсацией функций органов и систем организма, наличием осложнений, требующими назначения постоянного лечения; с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением функций органов и систем организма и значительным ограничением возможности обучения или труда.

Определение медицинских групп для занятий несовершеннолетним физической культурой с учетом состояния его здоровья осуществляется в целях оценки уровня физического развития и функциональных возможностей несовершеннолетнего, выбора оптимальной программы физического воспитания, выработки медицинских рекомендаций по планированию занятий физической культурой.

В зависимости от состояния здоровья несовершеннолетние относятся к следующим медицинским группам для занятий физической культурой: основная, подготовительная и

специальная.

13. Медико-социальная экспертиза. ИПРА ребенка-инвалида. Льготные категории.

Ответ: Медико-социальная экспертиза (далее – МСЭ)- признание лица инвалидом и определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

МСЭ осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, разрабатываемых и утверждаемых в порядке, определяемом федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социальной защиты населения.

Принятие решения врачебной комиссией медицинской организации о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу и проведении медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы, осуществляется не позднее 30 рабочих дней со дня принятия решения врачебной комиссией медицинской организации о подготовке такого направления.

Перечень медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы, утверждается Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида (далее – ИПРА) - комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности. Отказ инвалида (или лица, представляющего его интересы) от индивидуальной программы реабилитации или абилитации в целом или от реализации отдельных ее частей освобождает соответствующие органы государственной власти, органы местного самоуправления, а также организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности от ответственности за ее исполнение и не дает инвалиду права на получение компенсации в размере стоимости реабилитационных мероприятий, предоставляемых бесплатно.

Льготные категории делятся на Федеральные (представители данных категорий имеют право получить льготы на всей территории Российской Федерации) и региональные (представители данных категорий имеют право получить льготы, предусмотренные местным законодательством при наличии постоянной регистрации на данной территории). Представителями федеральных льгот являются дети-инвалиды, дети ликвидаторов последствий аварии ЧАЭС и другие. Представителями региональных льгот являются дети в возрасте до трех лет, дети из многодетных семей, дети с тяжелыми хроническими заболеваниями, подлежащими обязательной терапии (бронхиальная астма, сахарный диабет, эпилепсия и прочее) и так далее.

14. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным ребенком. Кто имеет право выписать листок нетрудоспособности.

Ответ: В случае ухода за больным членом семьи формируется листок нетрудоспособности медицинским работником одному из членов семьи, иному родственнику, опекуну или попечителю, фактически осуществляющему уход (далее - лицо, осуществляющее уход).

Листок нетрудоспособности формируется: в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 15 лет - на весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара); в случае ухода за больным ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет - на весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара); в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 18 лет, являющимся ВИЧ-инфицированным, - на весь период совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара); в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 18 лет при его болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, при злокачественных новообразованиях, включая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, - на весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара); в остальных случаях ухода за больным членом семьи при лечении в амбулаторных условиях - не более чем на 7 календарных дней по каждому случаю заболевания.

При необходимости осуществления ухода за больным членом семьи листки нетрудоспособности могут формироваться попеременно разным лицам,

осуществляющим уход.

При заболевании двух и более детей одновременно формируется один листок нетрудоспособности в форме электронного документа по уходу за ними.

При заболевании двух детей одновременно лицу, осуществляющему уход, выдается один листок нетрудоспособности по уходу за ними. В случае ухода за двумя одновременно заболевшими детьми уход осуществляется разными лицами, то каждому из лиц, осуществляющих уход, выдается листок нетрудоспособности. При заболевании более двух детей одновременно выдается второй листок нетрудоспособности по уходу за ними. При заболевании второго (третьего и более) ребенка в период болезни первого ребенка сформированный листок нетрудоспособности по уходу за первым ребенком продлевается до выздоровления всех детей без зачета дней, совпавших с днями освобождения от работы по уходу за первым ребенком. При этом в листке нетрудоспособности указываются родственная (семейная) связь, имена, возраст всех детей.

Не формируется листок нетрудоспособности по уходу: за больным членом семьи старше 15 лет при лечении в стационарных условиях (условиях дневного стационара); за хроническими больными в период ремиссии; в период ежегодного оплачиваемого отпуска и отпуска без сохранения заработной платы; в период отпуска по беременности и родам; в период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет, за исключением случаев выполнения работы в указанный период на условиях неполного рабочего времени или на дому.

При заболевании ребенка в период, когда лицо, осуществляющее уход, не нуждается в освобождении от работы (ежегодные оплачиваемые отпуска, отпуск по беременности и родам, отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет, отпуск без сохранения заработной платы), листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком (в случае, когда он продолжает нуждаться в уходе) формируется со дня, когда лицо, осуществляющее уход, должно приступить к работе.

В случаях, когда один из членов семьи, иной родственник находится в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет и другому члену семьи, иному родственнику требуется освобождение от работы по уходу за другим больным ребенком, листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком формируется.

В случае, когда мать ребенка находится в отпуске по беременности и родам и не имеет возможности осуществлять уход за больным ребенком, листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком формируется другому члену семьи, иному родственнику, фактически осуществляющему уход за больным ребенком.

Листок нетрудоспособности формируют (выдают) медицинские работники медицинских организаций:

1. лечащие врачи медицинских организаций (за исключением врачей структурного подразделения медицинской организации, оказывающего скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь);
2. фельдшеры медицинских организаций - в случаях возложения на них отдельных функций лечащего врача (далее - фельдшеры);
3. зубные врачи медицинских организаций - при стоматологических заболеваниях в случае отсутствия в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, или ее структурном подразделении врача-стоматолога.

15. Санаторно-курортное лечение. Показания и противопоказания.

Ответ: Санаторно-курортное лечение (далее – СКЛ) включает в себя медицинскую помощь, осуществляемую медицинскими организациями (санаторно-курортными организациями) в профилактических, лечебных и реабилитационных целях на основе использования природных лечебных ресурсов, в том числе в условиях пребывания в лечебно-оздоровительных местностях и на курортах.

Санаторно-курортное лечение направлено на:

- 1) активацию защитно-приспособительных реакций организма в целях профилактики заболеваний, оздоровления;
- 2) восстановление и (или) компенсацию функций организма, нарушенных вследствие травм, операций и хронических заболеваний, уменьшение количества обострений, удлинение периода ремиссии, замедление развития заболеваний и предупреждение инвалидности в качестве одного из этапов медицинской реабилитации.

Противопоказаниями для проведения СКЛ:

1. Заболевания в острой и подострой стадии, в том числе острые инфекционные заболевания до окончания периода изоляции.
2. Заболевания, передающиеся половым путем.
3. Хронические заболевания в стадии обострения.
4. Бактерионосительство инфекционных заболеваний.
5. Заразные болезни глаз и кожи.
6. Паразитарные заболевания.
7. Заболевания, сопровождающиеся стойким болевым синдромом, требующим постоянного приема наркотических средств и психотропных веществ, включенных в списки I и II Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов.
8. Туберкулез любой локализации в активной стадии (для санаторно-курортных организаций нетуберкулезного профиля).

9. Новообразования неуточненного характера (при отсутствии письменного подтверждения в медицинской документации пациента о том, что пациент (законный представитель пациента) предупрежден о возможных рисках, связанных с осложнениями заболевания в связи с санаторно-курортным лечением).
10. Злокачественные новообразования, требующие противоопухолевого лечения, в том числе проведения химиотерапии.
11. Эпилепсия с текущими приступами, в том числе резистентная к проводимому лечению.
12. Эпилепсия с ремиссией менее 6 месяцев (для санаторно-курортных организаций не психоневрологического профиля).
13. Психические расстройства и расстройства поведения в состоянии обострения или нестойкой ремиссии, в том числе представляющие опасность для пациента и окружающих.
14. Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ.
15. Кахексия любого происхождения.
16. Неизлечимые прогрессирующие заболевания и состояния, требующие оказания паллиативной медицинской помощи.

Показаниями для проведения СКЛ являются заболевания:

1. Туберкулез (для соответствующих организаций, специализирующихся на СКЛ данного направления);
2. Вирусные гепатиты (для соответствующих организаций, специализирующихся на СКЛ данного направления);
3. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ;
4. Дети с психическими расстройствами и расстройствами поведения (для соответствующих организаций, специализирующихся на СКЛ данного направления);
5. Дети с болезнями нервной системы за исключением заболеваний, перечисленных в списке противопоказаний;
6. Дети с заболеваниями болезнями глаза и его придаточного аппарата;
7. Дети с болезнями уха и сосцевидного отростка;
8. Дети с болезнями системы кровообращения;
9. Дети с болезнями органов дыхания;
10. Дети с болезнями органов пищеварения;
11. Дети болезнями кожи и подкожной клетчатки;
12. Дети с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани;
13. Дети с болезнями мочеполовой системы;
14. Дети с врожденными аномалиями (пороками развития), деформациями и

хромосомными нарушениями;

15. Дети после травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин.

16. Наблюдение за детьми первого года жизни. Первичный патронаж. Группы риска новорожденных.

Ответ: Патронаж новорожденного – это активное наблюдение малыша первых месяцев жизни на дому. Патронаж проводится активно – то есть врач (или медицинская сестра сестра) придут домой самостоятельно, вызывать их не нужно. При выписке из родильного дома все сведения о новорожденном передаются в детскую поликлинику по месту проживания. Если же ребенок появился на свет в другом городе или были домашние роды, то тогда законные представители должны самостоятельно сообщить в поликлинику о рождении младенца.

Патронаж новорожденных врач-педиатр участковый проводит не менее двух раз, первое посещение осуществляет не позднее третьего дня после выписки из акушерского стационара (отделения).

Во время первичного патронажа врач подробно знакомится с историей беременности, выпиской из родильного дома, сертификатом прививок. Также будет произведен максимально подробный осмотр ребенка. По итогам осмотра будет выставлен диагноз, определены группа здоровья, а также группы риска. При необходимости будут даны лекарственные и прочие назначения, а также рекомендации по уходу за ребенком, диете матери и ее распорядку дня и отдыха.

Всего имеется 5 групп риска: I группа - новорожденные с риском развития патологии ЦНС; II группа - новорожденные с риском внутриутробного инфицирования; III группа - новорожденные с риском развития трофических нарушений (большая масса тела, гипотрофия, незрелость и эндокринопатии); IV группа новорожденных – с риском развития врожденных пороков органов и систем (пороки развития ЦНС, бронхолегочной, мочеполовой и других систем). Синдром врожденной краснухи (катаракта, глухота, пороки сердца и других органов); наследственно обусловленные заболевания (фенилкетонурия, муковисцидоз); болезнь Дауна. V группа – новорожденные из группы социального риска.

Начиная с первого месяца жизни новорожденные дети наблюдаются в соответствии с Приказом Минздрава России от 10.08.2017 № 514н (в редакции от 19.11.2020) «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»

17. Физиологические состояния детей первого месяца жизни.

Ответ: Транзиторные состояния – состояния приспособления к внеутробным условиям

существования. К ним относятся:

1. Простая эритема
2. Токсическая эритема
3. Физиологическое шелушение кожных покровов
4. Родовая опухоль
5. Пятна у новорождённых.
6. Голубой невус
7. Милии
8. Милиарии
9. Лануго.
10. Желтуха новорождённых.
11. Транзиторная потеря первоначальной массы тела
12. Транзиторный гипотиреоз
13. Транзиторный катар кишечника
14. Транзиторный дисбактериоз
15. Транзиторная олигурия новорождённых
16. Мочекислый диатез (мочекислый инфаркт почек)
17. Половой, или гормональный, криз
18. Транзиторное нарушение теплового баланса
19. Катаболическая направленность обмена веществ
20. Гипогликемия
21. Транзиторный ацидоз
22. Транзиторная гипокальциемия и гипомагниемия
23. Кардиореспираторная адаптация.
24. Анатомическое закрытие артериального протока ко 2-й неделе жизни

**18. Амбулаторное наблюдение за недоношенными детьми на первом году жизни (сроки, кратность осмотра, критерии оценки состояния на первом году жизни).
Смеси для вскармливания недоношенных.**

Ответ: Первичный осмотр недоношенного осуществляется в 1-й день после выписки из отделения патологии новорожденных и недоношенных детей, ребенка посещает: участковый педиатр, медицинская сестра участковая. В случае необходимости с целью определения тактики дальнейшего ведения ребенка ребенок осматривается совместно с заведующим педиатрическим отделением поликлиники.

Повторный осмотр осуществляется на следующий день.

Далее – осмотр 2 раза в неделю в течение 1-го месяца. Со 2-го месяца наблюдения до 6-го – 1 раз в 2 недели с обязательным расчетом питания 1 раз в месяц вплоть до периода, когда недоношенный достигнет показателей нормы своего возраста для доношенных

детей. В течении данного времени осмотр необходимо проводить на дому, как и в период эпидемии гриппа и ОРВИ.

После 6-го месяца до 12 месяцев – 1 раз в месяц.

Критериями оценки состояния недоношенного ребенка являются массо-ростовые показатели, в том числе адекватная прибавка массы тела и психо-моторное развитие ребенка.

Основными направлениями наблюдения недоношенного ребенка являются

Оценка физического развития (динамика увеличения длины тела и массы тела, окружности головы).

Правильная организация вскармливания недоношенного ребенка: грудное вскармливание с добавлением усилителя грудного молока (фортификатора), использование молочной смеси для недоношенного ребенка, время перехода на адаптированную молочную смесь, подбор лечебного питания (при наличии проблем), своевременное и последовательное введение продуктов прикорма - является очень важным вопросом для здоровья ребенка. Анемия недоношенных. Бронхолегочная дисплазия. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта. Аллергические реакции. Дефицит витамина Д (рахит). Вакцинопрофилактика недоношенного ребенка.

Динамическое наблюдение невролога, офтальмолога. Консультация хирурга-ортопеда. Консультация эндокринолога.

Смеси для вскармливания недоношенных – чаще всего это смеси, содержащие приставку «Pre (или Пре)»: Nutrilak Premium ПРЕ, Pre NAN, Nutrilon Pre, Беллакт Пре

Вскармливание специальной ПРЕ – смесью следует продолжать до достижения малышом веса 3000 г, после чего ребенка постепенно переводят на обычную адаптированную детскую смесь. При необходимости и по показаниям врача, молочная смесь для недоношенных детей может оставаться в рационе ребенка на протяжении нескольких месяцев в объеме 1–2 кормлений.

19. Искусственное вскармливание детей первого года жизни. Детские молочные, кисломолочные и лечебные смеси.

Ответ: Искусственное вскармливание используется, когда грудное молоко или полностью отсутствует, либо его доля составляет менее 1/5 суточного рациона ребенка, а в качестве замены женского молока используется его заменители. Перевод ребенка на смешанное или искусственное вскармливание должен быть строго обоснованным. Он осуществляется только в том случае, когда весь арсенал средств, направленных на профилактику гипогалактии и стимуляцию лактации, оказывается неэффективным. В питании детей рекомендуется использовать адаптированные детские молочные смеси.

Характеристика современных адаптированных молочных смесей проводится по:

По возрасту ребенка:

- «начальные» смеси от 0 до 6 месяцев
- «последующие» смеси от 6 мес до 1 года
- «для детей от 0 до 12 мес»

По рН смеси:

- пресные
- кисломолочные.

По консистенции:

- сухие
- жидкие.

По белковому компоненту:

- на основе белков коровьего молока (включая гидролизаты)
- белков козьего молока
- белков сои
- смеси на основе аминокислот

По наличию функциональных компонентов:

- с добавлением (лактоулозы, загустителей)
- без добавления (безлактозные, низколактозные).

Основные критерии правильно подобранной смеси — хорошая переносимость и толерантность организма ребенка к данному продукту, гармоничное физическое развитие и высокий эмоциональный тонус младенца. Внешними проявлениями адекватности смеси потребностям ребенка являются отсутствие диспепсических расстройств (срыгивания, рвота, жидкий стул, испражнения с комочками плохо переваренной пищи, запоры), проявлений пищевой гиперчувствительности, дефицитных состояний (железодефицитная анемия, гипотрофия и др.). Ребенок с удовольствием ест предлагаемую смесь.

Лечебные смеси – смеси, используемые при различных заболеваниях у детей:

1. Смеси у детей с проявлениями аллергии (в том числе атопического дерматита) используются на основании гидролиза: частичного и глубокого (вплоть до аминокислот)
2. Смеси у детей с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта В зависимости от вида загустителя они подразделяются на две группы: смеси, содержащие камедь из плодов рожкового дерева или крахмал.
3. Смеси у детей с аллергией на белок животного молока – на основе изолята соевого белка
4. Лечебное питание для пациентов с фенилкетонурией, это различные смеси и готовые к употреблению продукты без фенилаланина (с приставкой «РКУ»)
5. Для лечения больных галактоземией используются специализированные безлактозные смеси: на основе изолята соевого белка; на основе

высокогидролизованного казеина; аминокислотные; казеинпреобладающие молочные. Углеводный компонент всех вышеуказанных продуктов не содержит лактозу/галактозу и представлен исключительно мальтодекстрином (полимером глюкозы).

20. Принципы и последовательность введения прикорма. Введение продуктов и блюд прикорма (расчёт объема прикорма).

Ответ: Согласно Программе оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации (2019 год), рекомендуемый возраст введения прикорма находится в интервале от 4 до 6 месяцев.

Определить готовность малыша к введению прикорма помогут следующие пункты:

1. Пищевой интерес
2. Ребенок может сидеть самостоятельно или с поддержкой. Недопустимо кормить ребёнка лёжа, потому что он может подавиться.
3. Угасание рефлекса «выталкивания» - когда ребенок выталкивает изо рта и предложенную еду, и пустышку и прочее.

Основные принципы введения прикорма:

1. вводить новый продукт в первую половину дня, чтобы отследить возможные реакции на него;
2. каши, овощные/фруктовые/мясные пюре следует вводить, начиная с монокомпонентных, постепенно добавляя другие продукты данной группы;
3. начинать давать новый продукт с 1/2 чайной ложки, постепенно увеличивая объём до возрастной нормы в течение недели;
4. новые продукты не рекомендуется вводить во время острых инфекционных болезней или в какие-то особые моменты (переезд на другую квартиру, выезд за город, на отдых, болезнь родителей и т.д.).

Традиционно, в нашей стране прикорм начинают с овощей или каш.

Овощи: кабачок, брокколи, цветная капуста, тыква и пр.

Каша: стоит начинать с безмолочных безглютеновых - гречневой, кукурузной, рисовой.

Можно использовать кашу для детского питания промышленного производства, которая обогащена, в первую очередь, железом. Кроме того, такая каша уже готова к употреблению, необходимо лишь развести ее водой, что значительно экономит время.

Также рекомендуется добавлять в пищу масло, например, к овощному пюре – растительное, а к каше – сливочное масло.

Из мясных продуктов для начала прикорма наиболее предпочтительны нежирные сорта мяса, например, пюре из индейки или кролика. Мясное пюре содержит железо, которое легко усваивается, а добавление мяса к овощам улучшает усвоение этого микронутриента из них. Впоследствии ежедневное употребление детской обогащенной

каши и мясного пюре позволяет удовлетворить потребности детей в железе, цинке и других микронутриентах.

Вводя фруктовые пюре (яблочное, грушевое, персиковое, черносливовое и пр.) в рацион, стоит обращать особое внимание на состав продукта – важно, чтобы в нем не содержалось добавленного сахара.

Рыба является источником легкоусвояемого белка и содержит большое количество полиненасыщенных жирных кислот, в том числе класса омега-3, а также витаминов В2, В12, минеральных веществ. Предпочтение следует отдавать океанической рыбе, лучше белой (треска, хек, минтай, морской окунь и др.), из красной можно порекомендовать лосося, из речной - судака.

Кисломолочные продукты готовят с использованием специальной закваски, которая расщепляет молочный белок, благодаря чему малыш сможет получить незаменимый набор аминокислот в хорошо доступной форме. В некоторые продукты добавлены пребиотики, отдельные витамины и минеральные вещества. Их регулярное употребление благоприятно влияет на функционирование кишечника, повышает аппетит и усвоение микронутриентов.

Рекомендации и сроки введения прикорма детям из группы риска по развитию пищевой аллергии и страдающим пищевой аллергией, такие же, как для здоровых детей. Ранее рекомендовалось отсроченное введение высокоаллергенных продуктов с целью предотвращения развития аллергических заболеваний у детей из групп риска. В настоящее время имеются данные, свидетельствующие о том, что подобная практика может привести не к снижению, а к увеличению частоты развития пищевой аллергии. К наиболее распространенным высокоаллергенным продуктам относятся: коровье молоко, куриное яйцо, соя, пшеница, арахис, орехи, моллюски и рыба.

К возрасту 8 месяцев, когда уже введены все основные группы продуктов и ребенок совершенствует свои навыки, чтобы есть самостоятельно, особое внимание следует уделить разнообразию состава блюд и изменению консистенции пищи - от пюреобразной переходим к мелко- и крупноизмельченной.

21. Острые кишечные инфекции. Дифференциальная диагностика бактериальных и вирусных диарей. Диагностика, принципы комплексной терапии ОКИ у детей.

Используемые растворы для оральной регидратации.

Ответ: Острые кишечные инфекции (ОКИ) – это большая группа инфекционных заболеваний человека с энтеральным (фекальнооральным) механизмом заражения, вызываемых патогенными (шигеллы, сальмонеллы и др.) и условно патогенными бактериями (протей, клебсиеллы, клостридии и др.), вирусами (рота-, астро-, Калици-, группы Норфолка и др.) и простейшими (амеба гистолитика, криптоспоридии,

балантидия коли и др.)

Этиологическая классификация ОКИ и инвазий у детей

- Кишечные инфекции установленной этиологии:
 - бактериальные инфекции:
 - холера, НАГ-инфекция;
 - ботулизм;
 - дизентерия бактериальная (шигеллез);
 - брюшной тиф и паратифы (А и В);
 - другие сальмонеллез;
 - эшерихиозы (коли-инфекция);
 - кампилобактериоз и другие ОКИ, вызванные анаэробными возбудителями;
 - иерсиниоз;
 - вирусные инфекции:
 - ротавирусная;
 - норовирусная;
 - саповирусная;
 - астровирусная;
 - аденовирусная;
 - ОКИ, вызванная стафилококком и условно-патогенными микроорганизмами (клебсиеллами, цитробактером, синегнойной палочкой, протеом и др.).
- Кишечные инфекции неустановленной этиологии.
- Сочетанные кишечные инфекции.
- Кишечные инвазии:
 - амебиаз кишечника (амебная дизентерия);
 - лямблиоз;
 - криптоспоридиоз;
 - стронгилоидоз и другие гельминтозы

Принципы диагностики острых кишечных инфекций

Этиологическая диагностика ОКИ у детей проводится в два этапа.

- I этап – предварительная диагностика, проводимая врачом при первом осмотре больного на основании клинико-эпидемиологических данных, которые позволяют предположить этиологию заболевания еще до получения результатов лабораторных исследований. Это важно для своевременного назначения адекватной терапии, целенаправленного лабораторного исследования и правильного размещения больных в условиях стационара, исключающего возможность внутрибольничного инфицирования.

Для предварительной постановки диагноза ОКИ необходимо учитывать комплекс клинико-эпидемиологических факторов, характерных для различных этиологических форм ОКИ:

- этиологическую структуру ОКИ в данной местности с учетом возраста заболевшего;
- сезон года;
- предполагаемый источник заражения: наличие ОКИ у одновременно или последовательно заболевших в окружении больного; предполагаемая недоброкачественная пища, вода; пребывание в другом стационаре;
- характерные для каждой инфекции клинические проявления болезни, а также сроки их появления, максимальной выраженности и длительность сохранения, сочетание симптомов и последовательность их появления в первый день болезни;
- локализацию патологического процесса в ЖКТ и его характер (воспалительный или функциональный).

• II этап – окончательная диагностика ОКИ – основывается в большинстве случаев на данных клинико-лабораторных исследований:

дальнейшей динамике клинических проявлений болезни, выделении возбудителей или его антигенов из разных биологических субстратов организма, обнаружении специфических антител в крови. Роль разных методов диагностики неодинакова при разных инфекциях.

Базисная стартовая терапия ОКИ у детей включает:

- пероральную регидратацию;
- сорбционную терапию;
- диетотерапию

Пероральную регидратацию целесообразно проводить гипоосмолярными (менее 245 мОсм) солевыми растворами (рекомендация ВОЗ, 2008).

Пероральная регидратация, стартовый момент при гипогидратации 1–2-й степеней, проводится в два этапа. Первичной задачей первого этапа является восполнение патологических текущих потерь жидкости и электролитов, возникших вследствие эксикоза. Его ориентировочная продолжительность – 6 ч, при этом ежечасный объем жидкости равен дефициту массы тела и рассчитывается по формуле:

$$\text{мл/ч} = M (\text{кг}) \times P \times 10/6,$$

где: мл/ч – объем жидкости, вводимый больному за 1 ч;

М – фактическая масса тела ребенка в кг;

Р – процент острой потери массы тела за счет эксикоза;

10 – коэффициент пропорциональности.

22. Острые кишечные инфекции. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Показания к назначению антибактериальной терапии при инфекционных диареях у детей.

Ответ: Острые кишечные инфекции (ОКИ) – это большая группа инфекционных заболеваний человека с энтеральным (фекальнооральным) механизмом заражения, вызываемых патогенными (шигеллы, сальмонеллы и др.) и условно патогенными бактериями (протей, клебсиеллы, клостридии и др.), вирусами (рота-, астро-, Калици-, группы Норфолка и др.) и простейшими (амеба гистолитика, криптоспоридии, балантидия коли и др.)

Антибактериальная терапия ОКИ относится к виду этиотропной терапии при бактериальных кишечных инфекциях.

По рекомендациям ВОЗ, к абсолютным показаниям к назначению антибактериальных препаратов при ОКИ относятся брюшной тиф, холера, амебиаз, шигеллез.

Российские эксперты расширили показания к антибактериальной терапии для пациентов следующих категорий

- тяжелые формы ОКИ (в ряде случаев – среднетяжелые);
- сочетанные вирусно-бактериальные и бактериально-бактериальные инфекции;
- осложненное течение болезни и наличие сопутствующих очагов;
- отягощенный преморбидный фон ребенка.

Противоэпидемические мероприятия при острых кишечных инфекциях

1. направлены на локализацию очага и предотвращение дальнейшего распространения инфекции.

2. изоляция больного и направление экстренного извещения в территориальный орган, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор. При выявлении больных ОКИ в школах, детских дошкольных организациях, организациях отдыха для детей и взрослых, социальных учреждениях (интернатах) ответственность за своевременное информирование территориальных органов федерального органа исполнительной власти, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, возлагается на руководителя организации. Медицинский работник организации, выявивший больного, обязан принять меры по изоляции больного и организации дезинфекции.

3. Эпидемиологическое расследование эпидемического очага ОКИ проводится органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, с целью установления границ очага, выявления возбудителя ОКИ и его источника, лиц, подвергшихся риску заражения, определения путей и факторов передачи возбудителя, а также условий, способствовавших возникновению очага. Целью эпидемиологического расследования является разработка и принятие мер по ликвидации очага и стабилизации ситуации.
4. Эпидемиологическое расследование включает осмотр (эпидемиологическое обследование) очага, сбор информации (опрос) у пострадавших, лиц, подвергшихся риску заражения, персонала, изучение документации, лабораторные исследования. Объем и перечень необходимой информации определяются специалистом, отвечающим за организацию и проведение эпидемиологического расследования.
5. Противоэпидемические мероприятия в очагах ОКИ и при эпидемическом подъеме заболеваемости ОКИ должны быть направлены: на источник инфекции (изоляция, госпитализация); на прекращение путей передачи инфекции; на повышение защитных сил организма лиц, подвергшихся риску заражения.
6. Лица с симптомами ОКИ подлежат изоляции.
7. Госпитализации подлежат больные с тяжелыми и среднетяжелыми формами ОКИ у детей в возрасте до 2 лет и у детей с отягощенным преморбидным фоном, больные всех возрастов с наличием сопутствующих заболеваний, больные затяжными и хроническими (при обострении) формами болезни, больные ОКИ различными формами при невозможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства (выявления больного), больные ОКИ из числа декретированного контингента, больные ОКИ различных возрастов, находящиеся в учреждениях закрытого типа.
8. Обязательному лабораторному обследованию на ОКИ в эпидемическом очаге подлежат выявленные больные с симптомами (или выборка больных с одинаковой симптоматикой, заболевших в течение одного инкубационного периода), лица, общавшиеся с больными, лица из числа декретированного контингента..
9. В эпидемическом окружении проводят лабораторное исследование проб окружающей среды, в том числе остатков пищевого продукта или блюд, сырья, воды, смывов с кухонного оборудования, инвентаря и другие.
10. За контактными лицами, относящимися к декретированному контингенту, детьми, посещающими детские дошкольные организации и летние оздоровительные организации, медицинское наблюдение осуществляется не только по месту жительства, но и по месту работы (учебы, отдыха). Результаты медицинского наблюдения отражаются в амбулаторных картах, в историях развития ребенка, в стационарах - в историях болезни (при регистрации очага в стационаре). Длительность медицинского

наблюдения составляет 7 дней и включает опрос, осмотр, наблюдение за характером стула, термометрию.

23. Инфекционный мононуклеоз. Клиника, диагностика, лечение, профилактика, противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ответ: Инфекционный мононуклеоз, вызванный вирусом Эпштейн-Барр

Инфекционный мононуклеоз — это группа инфекционных заболеваний, характеризующихся лихорадкой, ангиной, лимфо-денотацией, гепатоспленомегалией и гематологическим синдромом.

Этиология Возбудитель инфекционного мононуклеоза — вирус герпеса (*Herpesvirus hominis*), относится к сем. *Herpesviridae*, подсемейству *Gammaherpesvirinae*, вирус группы человека 4 (вирус Эпштейна— Барр). Возбудитель инфекционного мононуклеоза по всем биологическим свойствам близок к вирусу простого герпеса и неотличим от возбудителя опоясывающего герпеса и вируса ветряной оспы. Вирус Эпштейна—Барр имеет характерное для вируса *H. hominis* внутреннее ядро из линейной двунитевой ДНК, окруженной белковой оболочкой икосаэдральной симметрии. Этот нуклеокапсид заключен в оболочку-конверт. Законвертированная форма имеет диаметр 150—200 нм, а «голый» (без оболочки) вирион — 100 нм и содержит 162 капсомера. ОММ ДНК равна $85—105 \cdot 10^6$ и состоит из длинных зон ДНК-последовательностей, чередующихся с многочисленными повторениями коротких зон. Имеет антигенные компоненты, общие с другими вирусами герпеса, однако имеет и свои антигенные особенности. Содержит следующие специфические антигены: вирусный капсидный антиген (VCA), ядерный антиген (EBNA), ранний антиген (EA), мембранный антиген (MA) и мембранный антиген, выявляемый на лимфоцитах (LYDMA). Эти антигены отличаются по времени появления и по проявлению их биологической активности. Из всех вирусиндуцируемых антигенов раньше всего обнаруживается LYDMA, антиген EA формируется в присутствии ингибиторов ДНК, мембранный (MA), нейтрализуемый антиген представляет поверхностный антиген клеток, продукт поздних и ранних генов. Комплементсвязывающий ядерный антиген — EBNA. Во время литической фазы инфекции он предшествует синтезу вирусных частиц, поэтому является ранним. Антиген вирусного капсида — VCA, является поздним антигеном, представляя структурные антигены цельного вириона. Вирус может длительное время персистировать в клетках хозяина в виде латентной инфекции, обладает тропизмом к (3-лимфоцитам.

Эпидемиология В последние года отмечается рост заболеваний, вызванных вирусом Эпштейна—Барр. Источником инфекции являются больные типичной и атипичными клиническими формами, вирусоносители. Инфекция передается воздушно-капельным путем, через предметы, загрязненные слюной, описаны случаи трансплацентарной

передачи. Восприимчивость всеобщая. Инфицирование при неблагоприятной социальной обстановке (скученность) происходит в основном в возрасте 1—3 года; при хороших социальных условиях—в подростковом возрасте. 80—100% взрослого населения имеют антитела к вирусу Эпштейна—Барр. Чаще болеют мальчики. Обычно регистрируются спорадические случаи. Заболевание регистрируется круглогодично, с подъемами весной. После перенесенного заболевания развивается стойкий иммунитет. Повторные случаи возможны у иммунокомпromетированных лиц.

Классификация I. Форма: Типичная. Атипичная: стертая; бессимптомная; висцеральная. II. Тяжесть: Легкая. Среднетяжелая. Тяжелая. III. Течение: Острое. Затяжное. Гладкое (без осложнений). С осложнениями. С микст-инфекцией.

Клиника Заболевание может начинаться: постепенно — больные в течение 1—2 недель жалуются на слабость, утомляемость, головные боли, тошноту, боли в животе, небольшие катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей, субфебрилитет, с постепенным усилением болей в горле; остро — отмечается повышение температуры до 37,5—38,5°C, появляются боль в горле, заложенность носа (в дальнейшем усиливающаяся), увеличение лимфатических узлов шейной группы. Какие изменения в рото- и носоглотке наблюдаются в разгар заболевания? Боль в горле, заложенность носа — относятся к ранним признакам инфекционного мононуклеоза. Однако только к концу первой, реже на второй неделе изменения достигают максимальной выраженности. В ротоглотке определяются разлитая гиперемия, увеличение миндалин (они могут смыкаться), налеты на миндалинах, гиперплазия лимфоидных образований на задней стенке глотки, истечение слизистогнойного отделяемого из носоглотки, отек язычка. Наложения на миндалинах чаще всего беловато-желтого цвета, располагаются по ходу лакун, легко снимаются, не оставляя кровоточащей поверхности, и растирающиеся между предметными стеклами. Однако наложения могут покрывать миндалины полностью, быть толстыми, плотными, могут иметь грязно-серый цвет, бугристую поверхность. То есть наложения чаще имеют гнойный характер, но могут быть и частично фибринозными, в этом случае их называют «ложно-пленчатыми», гнойные наложения на миндалинах обусловлены активацией вторичной бактериальной флоры.

Затруднение носового дыхания, носовой оттенок голоса, храпящее дыхание являются проявлением воспаления носоглоточной миндалины, аденоидита. Эти проявления объединяются в симптомокомплекс «задний ринит». Изменения со стороны рото- и носоглотки сохраняются в течение 5—10 дней. Как изменены лимфатические узлы при инфекционном мононуклеозе? Лимфатические узлы увеличиваются постепенно, начиная с первых дней болезни, но максимальных размеров достигают к концу 1-й недели.

Преимущественно увеличиваются лимфатические узлы шейной группы. Здесь они могут

достигать размеров грецкого ореха (до 3 см в диаметре). Лимфатические узлы множественные, расположены как бы цепочкой вдоль m. Sternocleidomastoideus. Они плотные, подвижные, м&лоблезненные. Кожа над ними не изменена, иногда определяется пастозность окружающей клетчатки шеи. Увеличение лимфатических узлов не всегда идет параллельно степени поражения ротоглотки.

Начиная со второй недели заболевания увеличиваются лимфатические узлы других групп (подмышечные, паховые, бронхиальные, мезентеральные). Обратная динамика лимфатических узлов замедлена, они, постепенно уменьшаясь, остаются увеличенными 3—6 недель. Какие изменения со стороны печени и селезенки характерны при инфекционном мононуклеозе? Увеличение печени и селезенки относится к частым проявлениям инфекционного мононуклеоза. Печень начинает увеличиваться с первых дней болезни, ее размеры (чаще 3—4 см, превышающие возрастные) достигают максимума к 5—10-му дню заболевания. Край печени чаще заострен, консистенция мягко-эластическая, болезненность незначительная и непостоянная.

Увеличение печени сопровождается незначительным (в 1,5— 2 раза) повышением уровня активности АЛАТ (у 80% больных) и/или нарушением пигментного обмена (у 5% детей). Частота появления желтухи не зависит от степени увеличения размеров печени. Размеры печени сокращаются медленно, иногда она остается увеличенной в течение 2—3 мес. Увеличение селезенки — ранний признак инфекционного мононуклеоза, но максимальные размеры селезенки определяются на 5—10-й день болезни. Селезенка перестает пальпироваться к концу 2—3-й недели. Что представляет собой экзантема при инфекционном мононуклеозе? Экзантема регистрируется у 3—15% больных, преимущественно раннего возраста, появляется на 3—5-й день, имеет пятнисто-папулезный, мелкопятнистый (точечный), розеолезный или петехиальный характер. Сыпь может быть очень обильной, сопровождаться зудом, иметь нечеткую этапность распространения. Экзантема сохраняется 2—3 дня, реже дольше, исчезает бесследно, но может оставаться пигментация.

Чаще сыпь возникает при использовании в лечении ампициллина.

Осложнения при инфекционном мононуклеозе могут быть обусловлены тяжестью течения самого заболевания, присоединением вторичной инфекции или формированием иммунопатологических реакций. К первой группе относятся гепатит, разрыв селезенки, ларингит со стенозом гортани, менингоэнцефалит, миокардит. За счет присоединения вторичной (бактериальной) инфекции развиваются отиты, синуситы, пневмония, стоматит. К третьей группе осложнений относятся синдром Рея, синдром Гийона—Барре (полирадикулоневропатия).

Лабораторная диагностика Вирусологические методы применяются крайне редко, вирус выделяют из слюны как во время инфекционного мононуклеоза, так и после.

Серологические методы основаны на обнаружении в сыворотке крови больного гетерофильных антител по отношению к эритроцитам барана, лошади, быка и других животных. Реакция Пауля—Буннелля — в основе этого метода — феномен агглютинации, исследуют сыворотку больного, где антигеном служат эритроциты барана. У больных инфекционным мононуклеозом титр реакции достигает 1 : 1024, у здоровых лиц — не выше 1:16. При типичном клиническом варианте с характерной гематологической картиной заболевания для лабораторного подтверждения за диагностический титр можно принимать 1 : 64 — 1 : 128, при атипичном проявлении — высокие титры реакции. Следует учитывать тот факт, что ложноположительные результаты могут быть при ряде детских инфекций. Реакция Пауля—Буннелля в модификации Давидсона — для повышения специфичности сыворотка крови больного предварительно обрабатывается вначале экстрактом из почек морской свинки для удаления посторонних гетерофильных антител, не относящихся к инфекционному мононуклеозу, затем экстрактом из бычьих эритроцитов для удаления специфических для инфекционного мононуклеоза антител. Учет реакции производят путем сопоставления результатов при обработке и без обработки сыворотки. Диагностический титр 1 : 28 и выше. Реакция Ловрика—Вольнера проводится на стекле с эритроцитами барана, обработанными папаином. Метод основан на способности фермента папаина разрушать оболочку эритроцита и инактивировать поверхностные рецепторы, способные агглютинировать антитела вируса инфекционного мононуклеоза. Результаты реакции оценивают по разнице во времени наступления агглютинации нативных и обработанных папаином эритроцитов барана. Диагностическим временем принято считать 15 с и более. Реакцию Томчика ставят с бычьими эритроцитами, предварительно обработанными трипсином, растворяющим поверхностный протеин эритроцитов, обнажая антиген инфекционного мононуклеоза, которым богаты бычьи эритроциты. Диагностический титр 1 : 48, реакция положительна на 2-й неделе болезни, ^кегда титр реакции агглютинации максимально высокий, на 3-й неделе болезни титр снижается. Реакция более специфична по сравнению с предыдущими. Реакция Гоффа—Бауэра — агглютинации с эритроцитами лошади, учитывается по 4-кестной системе, по специфичности и чувствительности превосходит другие методы. Все серологические реакции при инфекционном мононуклеозе являются лишь вспомогательными. Иммунологические методы основаны на обнаружении специфических антител в сыворотке крови. В зависимости от типа выявляемых антител можно диагностировать острую, латентную и хроническую инфекцию. Обнаружение антител к ядерному и ранним антигенам при отсутствии антител к позднему капсидному антигену указывает на острую инфекцию. Наличие антител к капсидному антигену и позднему нейтрализующему мембранному антигену свидетельствует о латентной инфекции. В

сыворотке крови регистрируются антитела трех основных классов IgM, IgA, IgG, направленные к тем или иным антигенным компонентам.

Дифференциальная диагностика с учетом ведущих синдромов Ведущий синдром — «мононуклеозоподобный», включающий в себя лихорадку, гепатомегалию, спленомегалию, генерализованную лимфаденопатию. Перечень заболеваний, сопровождающихся мононуклеозоподобным синдромом: I. Инфекционные заболевания: Инфекционный мононуклеоз, вызванный вирусом Эпштейна—Барр. Инфекционный мононуклеоз, вызванный цитомегаловирусами (приобретенная форма ЦМВИ). ВИЧ-инфекция. Острый, приобретенный токсоплазмоз. Хламидиоз. Аденовирусная инфекция. Листериоз, ангинозно-септическая форма. Туляремия, ангинозно-бубонная форма. Псевдотуберкулез. Бруцеллез. II. Неинфекционные заболевания:

Лимфогранулематоз Острый лимфобластный лейкоз.

Лечение Лечение больных инфекционным мононуклеозом должно быть комплексным и этапным. Принципы лечения больных инфекционным мононуклеозом: Этиотропная терапия. Патогенетическая терапия. Симптоматическая терапия. Режим, диета. Госпитализации подлежат больные со среднетяжелыми и тяжелыми формами заболевания. Этиотропная терапия. Противовирусные препараты (альфа-интерферон, виферон, лейкоинтерферон, неовир, циклоферон и др.) должны назначаться в ранние сроки заболевания, однако, учитывая возможность персистенции вируса, целесообразно их назначение и при поздних сроках постановки диагноза. Обычно курс противовирусных препаратов продолжается 7—10 дней. При наличии ангины с наложениями или других бактериальных проявлений должны быть назначены антибактериальные средства. Препаратами выбора при этом являются макролиды и цефалоспорины. Назначение ампициллина нежелательно, так как при его использовании наиболее часто появляется экзантема (феномен парааллергии). Антибактериальные средства назначаются в возрастных дозах на 7—14 дней.

Патогенетическая терапия. Детоксикационная терапия проводится в виде применения энтеросорбентов и обильного питья (при легких и среднетяжелых формах) или внутривенных инфузий (при тяжелых формах) глюкозо-солевых растворов. Инфузионная терапия проводится на фоне использования мембраностабилизаторов (витамины С и Е, глюконат кальция, унитиол). В тяжелых случаях назначаются ингибиторы протеаз. Показаниями для назначения глюкокортикоидных гормонов являются наличие резко выраженного отека в ротоглотке, развитие ларингита со стенозом гортани, полинейропатии, синдрома Рея, появление обильной экзантемы. При развитии ларингита со стенозом гортани или выраженном отеке в ротоглотке обычно ограничиваются внутривенным введением преднизолона в дозе 3—4 мг/кг в течение 1—2 дней. В других случаях целесообразно сочетание внутривенного нерорального применения

глюкокортикоидных гормонов.

Больные нуждаются в назначении десенсибилизирующих средств (димедрол, тавегил, кларитин и др.). Учитывая влияние вируса Эпштейна—Барр на иммунокомпетентные системы, показано назначение иммуномодуляторов с учетом изменений иммунограммы (пентоксил, нуклеинат натрия, тимоген, иммунофан, ликолипид, полиоксидоний и др.). В качестве симптоматической терапии используются жаропонижающие средства, сосудосуживающие препараты. Проводится местное лечение ангины: орошение раствором фурацил-лина, использование препаратов «Биопарокс», «Гексорал», «Имудон» и др. Больные нуждаются в постельном режиме на весь острый период. Кроме того, ограничения физической нагрузки должны продолжаться и в ближайшие 3—6 мес. после выздоровления. Больные должны получать диету в соответствии с возрастом, но с исключением жареных блюд и ограничением тугоплавких жиров и экстрактивных веществ. Соблюдение диеты продолжается в остром периоде и в продолжение 3—6 месяцев периода реконвалесценции. Больные, перенесшие инфекционный мононуклеоз, нуждаются в диспансерном наблюдении в течение 3—6 мес. и реабилитационной терапии, включающей в себя иммуномодулирующие препараты, диету, режим.

Профилактика Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции не проводят. Больных изолируют на острый период болезни.

Реабилитация Реконвалесценты инфекционного мононуклеоза находятся на диспансерном учете в течение 12 мес. Клинико-лабораторное наблюдение (через 1,3, 6, 9 и 12 мес.) включает клинический осмотр, лабораторное обследование (общий анализ крови, определение уровня АЛАТ, 2 кратный тест на ВИЧ-инфекцию).

24. Менингококковая инфекция. Клиника, диагностика, помощь на догоспитальном этапе при менингококковом менингите. Профилактика, противоэпидемические мероприятия в очаге. Экстренная иммунопрофилактика.

Ответ: Менингококковая инфекция – антропонозное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем и протекающее в виде бактерионосительства, назофарингита, менингококкемии и гнойного менингита, реже - с поражением других органов и систем [1].

Клиническая классификация менингококковой инфекции.

В Российской Федерации в настоящее время принята классификация менингококковой инфекции В.И.Покровского, по которой выделяются локализованные, генерализованные и редкие формы инфекции [1].

1. Локализованные формы:

- а) менингококконосительство;
- б) острый назофарингит.

2. Генерализованные формы:

- а) менингококкемия: типичная, молниеносная, хроническая;
- б) менингит;
- в) менингоэнцефалит;
- г) смешанная (менингит и менингококкемия).

3. Редкие формы:

- а) менингококковый эндокардит;
- б) менингококковый артрит (синовит), полиартрит;
- в) менингококковая пневмония;
- г) менингококковый иридоциклит.

1.6 Клиническая картина заболевания

Инкубационный период от 2 до 10 дней, в среднем – 4 дня.

Менингококковый назофарингит - наиболее частое проявление МИ. Затруднение носового дыхания, возможны скудные выделения из носа, небольшой кашель, головная боль. Может быть лихорадка продолжительностью от 1 до 4 суток, чаще субфебрильная, в более тяжелых случаях до 38.0-38,5оС. При осмотре отмечается бледность кожного покрова, инъекция сосудов склер и конъюнктив. Слизистая оболочка передних отделов зева обычного вида, задней стенки глотки - гиперемирована, отечна, на ней часто видны наложения слизи. Со 2-3-го дня появляется гиперплазия лимфоидных фолликулов. Особенно выражены воспалительные изменения в носоглотке, они распространяются на заднюю часть хоан и носовых ходов, что приводит к нарушению носового дыхания.

Менингококкемия – начинается остро среди полного здоровья или на фоне назофарингита. При среднетяжелой форме температура повышается с умеренным ознобом до 38 – 39оС, сопровождается умеренной головной болью, к концу суток или началу вторых появляется необильная геморрагическая сыпь. Элементы сыпи не превышают в диаметре 0,5см, локализуются преимущественно в дистальных отделах конечностей и на ягодицах, иногда возможна розеолезная сыпь. Умеренная тахикардия, артериальная гипотензия. При тяжелом течении болезни отмечается выраженный озноб, ломота в теле, резкая слабость, температура с выраженным ознобом повышается до 39 – 40оС, сыпь появляется в первые 12 часов болезни, геморрагическая, обильная, крупная до 1-2 см в диаметре, наряду с конечностями элементы сыпи имеются на лице и

туловище, крупные элементы некротизируются, часто – кровоизлияния в конъюнктивы. Конечности холодные, цианоз ногтевых фаланг. Пульс частый, слабого наполнения, артериальное давление понижено в пределах до 50% возрастной нормы, диурез снижен до 200 – 500мл – т.е. картина компенсированного ИТШ. При очень тяжелом течении болезни начало бурное, температура с потрясающим ознобом повышается до 40 – 41^oC, часто наблюдается рвота и диарея, сыпь появляется в первые часы болезни, крупная с геморрагическим некрозом, преимущественно локализуется на лице и туловище, многочисленные кровоизлияния в слизистые оболочки глаз и рта. Картина ИТШ развивается в первые часы болезни, иногда до появления сыпи. Температура быстро снижается до нормального или субнормального уровня. Конечности холодные, акроцианоз. АД снижается в пределах до 50% возрастной нормы, часто не определяется, выраженная тахикардия, одышка, дыхание при аускультации ослабленное, особенно в нижних отделах, олигоанурия. Без адекватной терапии в течение 1-2 суток наступает летальный исход. При присоединении ОНГМ нарушается сознание, появляются судороги, расстройства дыхания.

Картина крови: нейтрофильный лейкоцитоз до $20-30 \times 10^9/\text{мкл.}$, со сдвигом влево, тромбоцитопения. В очень тяжелых случаях наблюдается лейкопения, снижение количества тромбоцитов менее $20 \times 10^9/\text{мкл.}$, выраженная картина ДВС-синдрома. При исследовании КЩС – декомпенсированный метаболический ацидоз, газы крови – снижение уровня O_2 , повышение уровня CO_2 . При бактериоскопии мазков крови в очень тяжелых случаях обнаруживаются внеклеточные скопления менингококка.

Менингит начинается остро: познобливание, головная боль, температура тела в течение 1-х суток достигает 38,5-39,5^oC. Головная боль быстро усиливается и к концу суток становится труднопереносимой, распирающей, диффузной. Она усиливается при движениях, под воздействием света, звуков. Несколько позже появляются тошнота, затем рвота «фонтаном». Одновременно появляется гиперестезия кожи конечностей, живота, что может имитировать наличие острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, почек. В конце 1 или на 2-й день болезни появляются менингеальные симптомы, (ригидность мышц затылка, верхний и нижний симптом Брудзинского, симптом Кернига) которые могут сочетаться с симптомами натяжения (симптомы Нери, Ласега). Со 2-3-го дня болезни больные, занимают вынужденную «менингеальную» позу: на боку с запрокинутой головой и поджатыми к туловищу

ногами. Со 2-х суток нарастает общемозговой синдром: заторможенность, сопор, психомоторное возбуждение. На 2-3-й день возможно появление очаговых симптомов: парезов черепных нервов, чаще лицевого и глазодвигательных, пирамидных знаков, иногда парезов конечностей, тазовых расстройств. Серьезным осложнением является развитие гнойного лабиринтита и кохлеарного неврита, может появиться шум в ушах. Со

стороны внутренних органов существенной патологии не отмечается. Возможны относительная брадикардия, повышение АД, особенно систолического. При люмбальной пункции СМЖ уже с первых часов болезни вытекает под повышенным давлением, однако при частой рвоте возможна гипотензия. Самым ранним изменением СМЖ является повышение уровня лактата до 5-15 ммоль/л, снижение рН менее 7,20, на 3 день – снижение глюкозы, которая может не определяться. Еще при нормальном цитозе в СМЖ появляются нейтрофилы. В это время фактически до развития воспаления возбудитель может быть обнаружен в субарахноидальном пространстве всеми методами. В течение нескольких часов ликвор становится гнойным, мутным, содержит до 3-10 тыс. клеток в 1 мкл (более 90% всех клеток- нейтрофилы), до 1.5-6 г/л и более белка. Становятся резко положительными

осадочные пробы. Картина крови при менингите - лейкоцитоз менее выражен, чем при менингококкемии, в пределах $15,0-25,0 \cdot 10^9/\text{л}$. Изменения в моче отсутствуют. Наиболее частым осложнением менингита является отек-набухание головного мозга (ОНГМ).

ОНГМ может развиваться в сроки от первых часов болезни (молниеносная форма менингита), когда еще не сформировался гнойный экссудат в оболочках мозга, и до 3 - 5-го дня лечения у больных старше 70 лет с исходно сниженным мозговым кровотоком. Симптомы тяжелого прогрессирующего ОНГМ: спутанность сознания, психомоторное возбуждение с быстрым переходом в кому, появление генерализованных клонико-тонических судорог, нарушения дыхания: поверхностное дыхание, тахипноэ, аритмия с нарастанием гипоксемии и гипокапнии, затем гиперкапния. Систолическое АД повышено до 140 - 180 мм рт. ст., нестабильно.

Наиболее часто встречается сочетанная (смешанная) форма менингококковой инфекции (менингит+менингококкемия). Сочетанная форма (менингит + менингококкемия) - болезнь начинается с интоксикации, появления менингококкемической сыпи. К концу 1 суток или на 2 день болезни часто на фоне повторного подъема температуры тела появляется интенсивная головная боль, рвота и менингеальный синдром. Сочетанная форма менингококковой инфекции может осложняться ИТШ и ОНГМ, а также их сочетанием.

Медицинская помощь детям с менингококковой инфекцией может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) – при легкой и среднетяжелой форме менингококкового назофарингита, менингококконосительстве;
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения) – на этапе реконвалесценции и реабилитации;

- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) – при тяжелой форме менингококкового назофарингита, генерализованных форм менингококковой инфекции, требующих специальных методов диагностики и лечения.

Первичная медико-санитарная помощь детям предусматривает:

- первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
- первичную врачебную медико-санитарную помощь;
- первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Первичная медико-санитарная помощь детям оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь детям в амбулаторных условиях осуществляется в фельдшерско-акушерских пунктах, образовательных организациях (медицинские кабинеты дошкольных и общеобразовательных (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования) учреждений, учреждений начального и среднего профессионального образования средним медицинским персоналом. При наличии в этих учреждениях врача, медицинская помощь оказывается в виде первичной врачебной медико-санитарной помощи.

Так же первичная врачебная медико-санитарная помощь детям осуществляется врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом) врачом бригады «скорой помощи» в амбулаторных условиях.

При подозрении или выявлении у ребенка локализованных форм менингококковой инфекции, не требующих лечения в условиях стационара, врач-педиатр участковый (врачи

общей практики (семейные врачи), средние медицинские работники медицинских организаций или образовательных организаций) при наличии медицинских показаний направляют ребенка на консультацию в детский кабинет инфекционных заболеваний медицинской организации для оказания ему первичной специализированной медикосанитарной помощи.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь детям осуществляется врачом-инфекционистом медицинской организации, оказывающим медицинскую помощь

детям в амбулаторных условиях (детская поликлиника).

Экстренная профилактика менингококковой инфекции

В соответствии с санитарными правилами по профилактике МИ (СП 3.1.2.2512-09), профилактическую вакцинацию по эпидемическим показаниям проводят при угрозе эпидемического подъема, а именно, при увеличении заболеваемости преобладающей

серогруппой менингококка в 2 и более раз по сравнению с предыдущим годом:

- детям от 1 года до 8 лет включительно;
- студентам первых курсов средних и высших учебных заведений, прежде всего, в коллективах, укомплектованных учащимися из разных регионов страны и зарубежных стран. Согласно календарю профилактических прививок по эпидемическим показаниям (Приказ МЗ РФ №125н от 21.03.2014 г.), в РФ вакцинации подлежат дети и взрослые в очагах менингококковой инфекции, вызванной менингококками серогрупп А или С и лица,

подлежащие призыву на военную службу. Вакцинация проводится в эндемичных регионах, а также в случае эпидемии, вызванной менингококками серогрупп А или С.

Возникновение в межэпидемический период очагов с вторичными заболеваниями генерализованной формой МЗ в течение одного месяца является настораживающим признаком возможного подъема заболеваемости. В таких очагах, с установленной серогруппой менингококка, сформировавшей очаг, проводится экстренная вакцинация менингококковой вакциной, в составе которой присутствует антиген, соответствующий серогруппе, выявленной у больных.

В такой ситуации вакцинации подлежат:

- дети старше 1-2 лет, подростки и взрослые:
- все лица, общавшиеся с больным в детской дошкольной образовательной организации, доме ребенка, детском доме, школе, школе-интернате, семье, квартире;
- студенты первого курса средних и высших учебных заведений, факультета, на котором возникло заболевание, а также студенты старшего курса высшего и среднего учебного заведения, общавшиеся с больным в группе и (или) комнате общежития;
- лица, общавшиеся с больным в общежитиях, при возникновении заболевания в коллективах, укомплектованных иностранными гражданами.

25. Вирусный гепатит А. Клиника, диагностика, лечение, профилактика, противоэпидемические мероприятия в очаге. Экстренная иммунопрофилактика.

Ответ: Острый вирусный гепатит А (ВГА) – инфекционное заболевание, вызываемое вирусом гепатита А (HAV), с преимущественно фекально-оральным механизмом передачи и характеризующееся кратковременными симптомами интоксикации, нарушениями функции печени различной степени тяжести и доброкачественным течением.

Этиология. Возбудителем ВГА является РНК-содержащий вирус гепатита А (HAV), относящийся к семейству Picornaviridae, группе энтеровирусов.

Вирус обнаруживается в фекалиях, желчи, гепатоцитах и в крови. В сыворотке крови,

уже в ранние сроки заболевания, выявляются специфические антитела сначала класса М, а затем G.

Эпидемиология: Основным механизмом передачи возбудителя — фекальнооральный, путь передачи - водный, пищевой и контактнобытовой. Также возможен парентеральный путь передачи (при переливании крови от больного ВГА донора реципиенту) и половой.

Жалобы и анамнез: Для типичной желтушной формы ВГА характерным является острое начало, жалобы на повышение температуры, интоксикацию (слабость, снижение аппетита, сонливость, боли в мышцах, суставах и т.д.), тошноту, рвоту, желтушность кожи и склер, изменение цвета мочи и кала. Рекомендовано при сборе анамнеза особое внимание обращать на наличие/отсутствие опорных эпидемиологических признаков гепатита (сведения о контактах с больными ВГА, о пребывании в эндемичной местности, данные о трансфузиях, оперативных вмешательствах, инъекциях, инструментальных обследованиях, стоматологическом лечении и других медицинских манипуляциях за 6 мес. до заболевания) и владеть эпидситуацией по заболеваемости ВГА в данный момент. В течении ВГА различают инкубационный, преджелтушный, желтушный периоды и период реконвалесценции.

Оценивая эпидситуацию, следует учитывать, что инкубационный период ВГА составляет 7-45 дней.

Физикальное обследование

Длительность преджелтушного периода составляет 2-3 дня, но может удлиняться до 5-6 дней. У детей он чаще всего проявляется интоксикационным, диспептическим или смешанным синдромом, катаральный отмечается в 15-20% случаев, артралгический – крайне редко.

Желтушный период начинается с появлением желтухи сначала на слизистых полости рта, склерах, шее, ушных раковинах (стадия нарастания – 1-3 дня), затем на коже туловища (стадия максимального проявления). Длительность желтушного периода 7-14 дней. С появлением желтухи интоксикация уменьшается, но сохраняются слабость, сниженный аппетит, периодические боли в животе, желтуха может сопровождаться зудом кожи (особенно в ночное время).

Лабораторная диагностика:

- биохимический анализ крови с определением показателей (АлТ, АсТ, билирубина и его фракций, ЩФ, ГГТП, холестерина).
- общий анализа мочи (ОАМ) с определением желчных пигментов (уробилина и уробилиногена).
- Выявление повышенного уровня АлТ и АсТ в сыворотке указывает на цитолиз гепатоцитов и с высокой степенью вероятности подтверждает диагноз острого гепатита.

Для острой фазы болезни характерно превалирование АлТ над АсТ.

- исследование коагулограммы (фибриногена, ПТИ, МНО) для оценки степени тяжести заболевания.

- исследование протеинограммы (общего белка, белковых фракций).

- проведение серологических исследований: определения антител и антигена НАV методом ИФА с целью установления этиологии гепатита (Anti-NAV IgM , AntiNAV IgG, НАVAg

- проведение молекулярно-генетических методов исследования для определения РНК-NAV методом ПЦР с целью установления этиологии гепатита.

РНК-NAV - показатель репликации вируса. РНК может быть обнаружена в инкубационный, желтушный периоды, а также при обострении ВГА.

- ультразвуковое исследования (УЗИ) органов брюшной полости.

- компьютерная или магнитно-ядерная томография брюшной полости при выявлении противоречивых данных при проведении УЗИ органов брюшной полости.

ЛЕЧЕНИЕ:

Режим – охранительный (постельный, полупостельный);

Диета – щадящая, стол 5а, 5щ, 5л/ж, 5п по Певзнеру;

Патогенетическая терапия

Рекомендовано всем больным ВГА проведение дезинтоксикационной терапии.

При легкой степени тяжести проводится пероральная дезинтоксикация в объеме 1-2 л/сутки жидкости в виде некрепко заваренного чая с медом. Назначаются энтеросорбенты

При средней степени тяжести инфузионно - дезинтоксикационная терапия назначается в объеме физ.потребности с использованием внутривенно капельно кристаллоидных растворов (5% декстрозы, 0,9% натрия хлорида) в дозе 10мл/кг, а также растворы электролитов (калия хлорид, кальция хлорид), способствующих восстановлению гомеостаза, длительность курса 5-7 дней;

При тяжелой степени тяжести усиление дезинтоксикационной терапии проводится увеличением объема вводимой жидкости до 15-20мл/кг/сутки, трехкратным введением энтеросорбентов, а также введением 10% раствора альбумина, свежемороженой плазмы крови.

Нормализация функции ЖКТ (профилактику запоров, борьбу с дисфункцией).

- препараты стимулирующие моторику ЖКТ - слабительные (домперидон 10-15мг 2 раза в сутки внутрь, метоклопрамид детям 2-6 лет в дозе 0,5-1мг/кг/сут, старше 6 лет - 5-10мг 1-3 раза в сутки внутримышечно)

Нормализация функции желчеобразования и желчевыведения с использованием спазмолитиков и желчегонных препаратов внутрь (дротаверин- 10-20мг в зависимости от возраста 1-2 раза в сутки, урсодезоксихолевая кислота - 10мг/кг/сут 1 раз в сутки. Длительность курса 2-3 недели

Профилактика:

Специфические методы

Пассивная иммунизация проводится по эпидпоказаниям не позднее 7–10-го дня от предполагаемого контакта с больным. С этой целью применяется 10% коммерческий иммуноглобулин либо специфический иммуноглобулин с повышенным содержанием анти-HAV в дозах: 1,0 мл — детям от 1 года до 10 лет, 1,5 мл — детям старше 10 лет, 3,0 мл — беременным женщинам. Препарат обеспечивает защиту от 3 до 5 мес., но проведение сезонной и повторной серопротекции считается нецелесообразным. Активная иммунизация – это радикальное решение проблемы профилактики ВГА. Для ее проведения создан ряд вакцин, из которых в нашей стране разрешены к использованию отечественная инактивированная вакцина ГЕП-А-инВАК и зарубежные вакцины – Хаврикс, Аваксим

Вакцинацию рекомендовано начинать с 1 года, контактными лицам проводить не позднее 10 дня от предполагаемого контакта. Стандартный первичный курс - 1 доза, вводится внутримышечно в плечо или бедро. Она может сочетаться с любой другой вакциной, декларированной календарем профилактических прививок, при условии введения в разные участки тела. Защитный эффект достигается через месяц, но через 6–12 мес. необходимо введение бустерной дозы. Вакцинация обеспечивает защиту от ГА на 5 и более лет

Неспецифические методы

1. Соблюдение стандартов гигиены.
2. Обязанность уведомления соответствующей территориальной санитарно-эпидемиологической станции.

Критериями выздоровления являются:

- отсутствие интоксикации;
- нормализация уровня аминотрансминаз (АлТ, АсТ) и билирубина.
- нормализация или значительное уменьшение размеров печени и селезенки;
- появление в крови анти-HAV IgG

Диспансерное наблюдение

Рекомендовано при отсутствии жалоб пациента проводить диспансерное обследование в

условиях поликлиники врачом инфекционистом (при его отсутствии – участковым педиатром) через 1, 3 и 6 мес. после выписки из стационара, при отсутствии жалоб пациента через 1, 3 и 6 мес. после выписки из стационара проводить контроль биохимического анализа крови с определением уровня АлТ, АсТ, билирубина, ЩФ, а при затяжной общего белка и альбумина, ОАК, ОАМ

Рекомендовано проведение профилактических прививок не ранее, чем через 1 мес. от момента выздоровления, разрешение занятий спортом – через 3-6мес.

26. Вирусный гепатит В. Клиника, диагностика, лечение, профилактика, противоэпидемические мероприятия в очаге. Экстренная иммунопрофилактика. График вакцинации против гепатита В в соответствии с Нац.календарем.

Ответ: Гепатит В может существовать в двух формах – острой и хронической.

Острый гепатит В может развиваться сразу после заражения, обычно протекает с выраженной симптоматикой. Иногда развивается тяжелая опасная для жизни форма гепатита с быстрым прогрессированием заболевания, которая носит название фульминантный гепатит.

У новорожденных острый гепатит в 90% случаев переходит в хронический.

Хронический гепатит В может быть следствием острого гепатита, а может возникать изначально - при отсутствии острой фазы. Тяжесть симптомов при хроническом гепатите варьирует в широких пределах – от бессимптомного носительства, когда инфицированные люди длительное время не подозревают о заболевании, до хронического активного гепатита, быстро переходящего в цирроз.

Вирус гепатита В может длительно сохраняться в окружающей среде и стоек к внешним воздействиям.

Вирус гепатита В содержится во всех биологических жидкостях больного человека или носителя. Наибольшее количество вируса содержится в крови, сперме, вагинальных выделениях. Значительно меньшее - в слюне, поте, слезах, моче и кале инфицированного человека. Передача вируса осуществляется при контакте поврежденной кожи или слизистых с биологическими жидкостями больного или носителя.

Пути передачи вируса

- Половой путь: при гомо- или гетеросексуальных контактах, при оральном, анальном или вагинальном сексе. При нетрадиционных видах секса риск заражения увеличивается.
- При переливании зараженной крови и ее компонентов.
- При пользовании общими шприцами.
- Через хирургические, стоматологические инструменты, а также через иглы для татуировок, маникюрные инструменты, бритвы.

- Заражение ребенка больной матерью происходит во время рождения при контакте с родовыми путями.
- Бытовые контакты – менее характерны. Вирус не способен передаваться
- через поцелуи, общую посуду, полотенца – слюна и пот содержат слишком малое для заражения количество вирусов. Однако если в слюне содержатся примеси крови, заражение более вероятно. Поэтому возможно инфицирование при использовании общих зубных щеток или бритв.

Инкубационный период – период от заражения до первых проявлений заболевания - длится в течение 30-180 дней (чаще 60-90 дней).

Безжелтушный период длится в среднем 1-2 недели.

Начальные проявления

- Потеря аппетита.
- Усталость, вялость.
- Тошнота и рвота.
- Иногда повышается температура.
- Боли в мышцах и суставах.
- Головная боль.
- Кашель.
- Насморк.
- Боли в горле.

Желтушный период. Первый симптом, который заставляет насторожиться – это потемнение мочи. Моча становится темно-коричневой - «цвета темного пива». Затем желтеют глазные склеры и слизистые глаз, рта, что можно определить, подняв язык к верхнему небу; пожелтение также больше заметно на ладонях. Позже желтеют кожные покровы. Появляется тяжесть и боль в правом подреберье. Иногда наблюдается обесцвечивание кала, что связано с закупоркой желчных ходов.

Вакцинация

Обязательная вакцинация. С недавнего времени вакцинация против гепатита В была включена в обязательный календарь прививок. Новорожденные наиболее чувствительны к вирусу гепатита В – в случае инфицирования в этом возрасте, риск приобретения хронической формы гепатита В составляет 100%. В то же время иммунитет, создаваемый вакциной в этот период жизни, наиболее стойкий. Рекомендовано прививать

новорожденного еще в родильном доме, затем через 1 месяц после первой прививки, и через 6 месяцев после первой прививки (так называемая схема 0-1-6). При пропуске очередной инъекции следует помнить о допустимых интервалах - 0-1(4)-6(4-18) месяцев. Однако если были пропущены допустимые интервалы, необходимо продолжать

вакцинацию по схеме, как если бы пропуска не было. Если вакцинация проведена по стандартной схеме,

повторная вакцинация обычно не требуется, поскольку иммунитет сохраняется по меньшей мере в течение 15 лет.

Экстренная профилактика гепатита В

Экстренная профилактика необходима в тех случаях, когда контакт с вирусом уже состоялся, и требуется немедленная защита: после полового контакта с носителем вируса гепатита В, а также при рождении ребенка у инфицированной матери. Кроме того, экстренную профилактику применяют при предполагаемом контакте с вирусом: при планировании большой операции, планировании беременности, при появлении в семье носителя вируса гепатита В. Для экстренной профилактики применяют экстренную вакцинацию, которая проводится по особой схеме. При необходимости немедленной защиты на короткий срок можно использовать профилактику иммуноглобулином против гепатита В. Экстренная вакцинация проводится по схеме: 0-7-21-12. Первая прививка должна быть сделана в первые 12-24 часа, затем на 7 сутки, затем на 21 сутки и последняя инъекция – через 12 месяцев после контакта.

27. Корь. Клиника. Диагностика, лечение, профилактика, противоэпидемические мероприятия в очаге. Экстренная иммунопрофилактика. График вакцинации против кори в соответствии с Нац.календарем.

Ответ: Корь – антропонозная инфекционная болезнь, характеризующаяся лихорадкой, интоксикацией, этапным высыпанием пятнисто-папулезной сыпи, энантемой, катаральным и катарально-гнойным ринитом, ларингитом, конъюнктивитом.

Этиология. Возбудителем является *Polynosa morbillorum*, относящийся к роду *Morbillivirus* семейства *Paramyxoviridae*. Кроме коревого вируса, в этот род входят вирус подострого склерозирующего панэнцефалита (ПСПЭ), вирус чумки собак, вирус чумы рогатого скота.

Источник инфекции – только больной человек в последние дни (1-2 дня) инкубационного периода, в максимальной степени – в продромальный (катаральный) период (3-4 дня), и в значительно меньшей степени в первые 4 дня периода высыпаний. При развитии коревой пневмонии период заразительности удлиняется до 10 дней с момента появления сыпи. Здоровое вирусоносительство отрицается, но описаны случаи бессимптомной коревой инфекции. Кроме человека, других резервуаров вируса кори в природе не описано.

Инкубационный период – составляет 8–17 дней, в результате иммуноглобулинопрофилактики может удлиняться до 21 дня.

Механизм передачи – аэрозольный.

Пути и факторы передачи. Капельки слизи и экссудата, выделяющиеся при кашле, чихании, крике, плаче, разговоре и содержащие вирус кори, от больного по воздуху попадают на слизистые оболочки носоглотки и верхних дыхательных путей восприимчивых людей. Заражение возможно как при тесном общении с больным, так и при нахождении в соседних с больным помещениях. Это связано с тем, что вирус выделяется в составе мелкодисперсного аэрозоля и с потоками воздуха может переноситься в другие помещения и на другие этажи. Вследствие низкой устойчивости вируса во внешней среде заражений корью через загрязненные предметы практически не бывает.

Восприимчивость и иммунитет. Дети, рожденные от иммунных матерей, в первые месяцы жизни невосприимчивы к кори за счет материнских антител. В дальнейшем восприимчивость зависит от наличия вакцинации против кори. Непривитые и не болевшие ранее корью обладают почти абсолютной восприимчивостью.

Факторы риска. Общение с больным корью непривитых и неболевших корью, непроведение прививок против кори в соответствии с возрастом, иммунодефициты.

Профилактика. Основу профилактики заболеваемости корью составляет вакцинация. Плановая вакцинация детей проводится в возрасте 12 месяцев, ревакцинация – в 6 лет. В соответствии с Национальной программой иммунизации охват прививками против кори должен составлять 97%. Иммунизация против кори приводит к выработке иммунитета у 90-97% привитых.

1. Мероприятия, направленные на источник инфекции

1.1 Выявление Осуществляется на основании: обращения за медицинской помощью, эпидемиологических данных, результатов контроля состояния здоровья при утренних приемах в дошкольные учреждения, результатов активного наблюдения за состоянием здоровья детей и взрослых.

1.2 Диагностика Первичный диагноз устанавливается в случае заболевания, протекающего с наличием у больного генерализованной макулопапулезной сыпи (т.е. не везикулярной), с температурой 38оС в анамнезе и, по крайней мере, с одним из следующих симптомов: кашель, ринит или конъюнктивит.

Клинически подтвержденный случай – это случай заболевания, соответствующий клиническому определению кори.

Лабораторно подтвержденный случай – случай заболевания, совпадающий с клиническим определением, подтвержденный результатами лабораторных исследований или эпидемиологически связанный с лабораторно подтвержденным случаем.

Эпидемиологическая связь определяется, если был непосредственный контакт больного с другим лицом, у которого заболевание подтверждено лабораторно и сыпь появилась за 7–18 дней до возникновения заболевания у общавшегося.

1.3 Учет и регистрация Первичными документами учета информации о являются: а) карта амбулаторного больного; б) история развития ребенка. Для персонального учета в ЛПО и ЦГЭ ведется журнал учета инфекционных болезней (ф. 060/у).

1.4 Экстренное извещение о случае заболевания или подозрении в нем, а также о случае носительства врач либо средний медицинский работник, независимо от его ведомственной принадлежности, передает информацию в территориальный ЦГЭ. Эпидемиолог представляет внеочередное и заключительное донесение о вспышке кори в вышестоящие по подчиненности учреждения в установленном порядке.

1.5 Изоляция Больные с легким течением при наличии возможности соблюдения противоэпидемического режима изолируются по месту жительства.

Клиническими показаниями для госпитализации являются тяжелые и среднетяжелые формы инфекции, эпидемическими – невозможность обеспечения изоляции на дому и организации соответствующего режима. Обязательно изолируются больные из детских учреждений с постоянным пребыванием детей, а также проживающие в общежитиях.

1.6 Лабораторное обследование Для лабораторного подтверждения диагноза исследуют на наличие противокоревых антител парные сыворотки, взятые между 4-м и 7-м днями после появления сыпи (первая сыворотка) и через две недели после первой пробы (вторая сыворотка). При спорадической заболеваемости лабораторно обследуют все зарегистрированные случаи кори, при возникновении вспышек – первые десять случаев. Критериями лабораторного подтверждения диагноза является выявление в иммуноферментном тесте в сыворотке больного антител к вирусу кори класса IgM в сроки от 4-го до 28-го дня после появления сыпи или четырехкратного (и более) нарастания противокоревых антител IgG в парных сыворотках, а также выделение вируса кори.

1.7 Лечение В соответствии с протоколами (стандартами) обследования и лечения больных инфекционными и паразитарными болезнями, до клинического выздоровления и прекращения выделения возбудителей.

1.8 Критерии выписки

Выписка из стационара осуществляется после клинического выздоровления. Изоляцию прекращают через 4 дня после появления сыпи, при наличии осложнений – через 10 дней.

2. Мероприятия, направленные на разрыв механизма передачи

2.1 Текущая дезинфекция Проветривание помещения в течение 30–45 минут и влажная уборка с применением моющих средств. При наличии бактерицидных ламп – обеззараживание воздуха в течение 20–30 минут с последующим проветриванием помещения.

2.2 Заключительная дезинфекция Не проводится

3. Мероприятия, направленные на лиц, общавшихся с источником инфекции

3.1 Выявление Врач, установивший диагноз, выявляет лиц в возрасте от 3-х месяцев до 35 лет неболевших корью и непривитых, либо привитых однократно, которые общались с заболевшим за два дня до начала заболевания и в период клинических проявлений.

3.2 Клинический осмотр Осуществляется участковым врачом и включает оценку общего состояния, осмотр кожных покровов (высыпания), слизистых глаз и носоглотки, измерение температуры тела.

3.3 Сбор эпидемиологического анамнеза Выясняется время общения с заболевшим, прививочный статус и наличие кори в анамнезе. Уточняются перенесенные общавшимися заболевания со сходной клиникой (краснуха, скарлатина, ОРВИ, риниты, конъюнктивиты, аллергические реакции и др.) и их дата, наличие подобных заболеваний по месту работы/учебы.

3.4 Медицинское наблюдение Устанавливается на 17 дней с момента последнего общения, а для получивших иммуноглобулинопрофилактику – на 21 день. Если общение было однократным и известна его точная дата, то осуществляется с 8-го по 17-й (или 21-й) день. Наблюдение за общавшимися по месту воспитания, учебы или работы больного осуществляет медицинский работник данного учреждения (при его наличии). Наблюдение за общавшимися по месту жительства и в остальных ситуациях проводит участковый врач.

Включает опрос, осмотр кожи и слизистых, термометрию 1 раз в день (в ДДУ – 2 раза в день утром и вечером). Результаты наблюдения вносятся в журнал наблюдений за общавшимися, в историю развития ребенка (ф.112у), в амбулаторную карту больного (ф.025у) или в медицинскую карту ребенка (ф.026у), а результаты наблюдения за работниками пищеблока – в журнал «Здоровье».

3.5 Режимно-ограничительные мероприятия

В ДДУ, школе и иных учреждениях образования в течение 17 дней (в случае применения иммуноглобулина – 21 дня) после изоляции больного прекращается прием в группу (класс), из которой изолирован больной, новых и временно отсутствовавших лиц не привитых и без справки о прививках или перенесенной кори. Запрещается перевод лиц из данной группы (класса) в другие, не допускается общение с детьми других групп (классов) в течение 17(21) дней после изоляции больного.

Карантинная группа (класс) должна получать пищу на пищеблоке в последнюю очередь. В общих столовых для лиц, общавшихся с источником инфекции, выделяются отдельные столы, они получают пищу в последнюю очередь.

Дети, посещающие организованные коллективы, не привитые и не болевшие корью ранее, общавшиеся с источником инфекции в семье (квартире) до его госпитализации и не получившие экстренную профилактику, не допускаются (разобщаются) в

организованные коллективы в течение 17 дней с момента последнего общения с больным.

На привитых против кори и переболевших ею режимно-ограничительные мероприятия не распространяются.

Экстренная специфическая профилактика

Общавшиеся с больным лица в возрасте от 9 месяцев до 35 лет, не болевшие корью и не привитые против нее (нет документально подтвержденных сведений о прививках), подлежат немедленной вакцинации комплексной (корь, эпидемический паротит, краснуха) вакциной или коревой моновакциной. Препарат желателно ввести не позднее 3-х суток с момента контакта. Дети, экстренно привитые в возрасте от 9 до 11 месяцев, подлежат повторной прививке через 6 месяцев и ревакцинации в 6 лет. Ревакцинация остальных лиц проводится в соответствии с Календарем профилактических прививок.

Однократно привитые и не болевшие корью дети старше 5-ти лет подлежат ревакцинации.

Рекомендуется введение иммуноглобулина нормального человеческого (коревого) лицам с противопоказаниями к коревым вакцинам, детям в возрасте от 3 до 9 месяцев, а также не привитым лицам без противопоказаний к вакцинации, если с момента контакта прошло более 3 суток.

28. Краснуха. Клиника, диагностика, лечение, профилактика, противоэпидемические мероприятия в очаге. Экстренная иммунопрофилактика. График вакцинации против краснухи в соответствии с Нац.календарем.

Ответ: Краснуха – острая антропонозная инфекция, характеризующаяся мелкопятнистой экзантемой, генерализованной лимфаденопатией, умеренно выраженной лихорадкой и поражением плода у беременных.

Возбудителем является вирус краснухи, относящийся к роду Rubivirus семейства Togaviridae. Вирион представлен сферическими частицами диаметром 50-70 нм, содержит РНК, имеет оболочку. Вирус нестоек в окружающей среде и характеризуется термолабильностью. При температуре 56С инактивируется в течение 30 мин, при 100С – в течение 2 мин. Наличие в среде белка (сыворотка, альбумин) значительно повышает устойчивость к высокой температуре. При низких температурах в лабораторных условиях сохраняется в течение нескольких лет. Инактивируется под действием эфира, хлороформа, формальдегида, ультрафиолетового облучения.

Источник инфекции – больной манифестной или инapparантной формой краснухи. Выделение вируса из носоглотки начинается со второй половины инкубационного периода, становится максимальным в продромальном периоде и продолжается около 5

дней после начала высыпания, хотя иногда вирус можно обнаружить через 10 дней и даже 3 недели. Больной представляет наибольшую эпидемическую опасность около 10-12 дней. Вирусемия возникает за неделю, а иногда и раньше, до начала высыпания и исчезает через 1-2 дня после его начала, что совпадает по времени с появлением в крови вируснейтрализующих антител. За несколько дней до высыпания и в период высыпания вирус можно обнаружить в кале. В моче вирус появляется на короткое время в начале высыпания.

При легких и бессимптомных формах источник инфекции опасен для окружающих не более 3-4 дней. Соотношение клинически выраженных и бессимптомных форм болезни среди детей и подростков составляет 1:1 – 1:2, среди взрослых – от 1:3 до 1:7.

При врожденной краснухе, несмотря на циркуляцию антител в крови ребенка, вирус в течение длительного времени (более 2 лет) сохраняется в его организме. В течение всего этого времени ребенок с врожденной краснухой является источником краснушной инфекции.

Инкубационный период составляет от 11 до 24 дней, в среднем 16-21 день.

Механизм передачи – аэрозольный и вертикальный (трансплацентарный).

Пути и факторы передачи. Вирус распространяется от человека к человеку посредством капелек секрета слизистых оболочек верхних дыхательных путей. Реализация механизма передачи при краснухе требует длительного общения с источником инфекции, что обусловлено слабой выраженностью таких симптомов, как кашель и насморк.

Вертикальный механизм передачи (от матери плоду) приводит к внутриутробному заражению плода. Краснуха в манифестной и бессимптомной форме особенно опасна в первые 15 недель беременности, когда вирус проникает через плаценту и поражает эмбриональные ткани. В результате возможны смерть плода, выкидыш или рождение ребенка с различной, чаще всего тяжелой патологией.

Восприимчивость и иммунитет. Восприимчивость к краснухе высокая, особенно в детском возрасте. После перенесенного заболевания формируется напряженный и продолжительный иммунитет. В большинстве стран мира иммунная структура населения выглядит однотипно. К 6-10 годам жизни более половины детей содержат краснушные антитела в крови, к 20 годам специфические антигемагглютинины обнаруживаются в 80-95% случаев.

Профилактика. С учетом высокой восприимчивости к вирусу краснухи и аэрозольного механизма передачи, основу профилактики этой инфекции составляет вакцинация. В настоящее время вакцинация против краснухи введена в национальный календарь прививок и проводится в возрасте 12 месяцев и 6 лет (ревакцинация). Беременным женщинам необходимо избегать контактов с больными краснухой. В случае подозрения на краснуху беременные подвергаются лабораторному обследованию. В организованных

коллективах важно соблюдение санитарно-гигиенических мероприятий (проветривание, влажная уборка, обработка игрушек и т.д.).

Мероприятия, направленные на источник инфекции

1.1 Выявление Больные выявляются на основании: обращения за медицинской помощью, эпидемиологических данных, результатов контроля состояния здоровья при утренних приемах в дошкольные учреждения, результатов активного наблюдения за состоянием здоровья детей и взрослых.

1.2 Диагностика Проводится по клиническим, эпидемиологическим данным и результатам лабораторных исследований. Краснуха может быть заподозрена у больного любого возраста при наличии лихорадки, пятнисто-папулезной сыпи; увеличения шейных, затылочных и/или заушных лимфатических желез; или артралгии/артрита. Краснуха не может быть подтверждена только клинически.

Лабораторно подтвержденный случай краснухи – это случай заболевания, который соответствует определению случая, подозрительного на краснуху, и который подтвержден лабораторно.

Эпидемиологически подтвержденный случай краснухи – случай заболевания, который соответствует определению случая, подозрительного на краснуху, и который эпидемиологически связан с лабораторно подтвержденным случаем краснухи. Эпидемиологическая связь определяется, если был непосредственный контакт больного с другим лицом, у которого заболевание подтверждено лабораторно и сыпь появилась за 10-21 дня до возникновения заболевания у контактного.

Для лабораторного подтверждения диагноза исследуют методом ИФА на наличие противокраснушных IgM антител образец сыворотки крови, полученный в период между 4 и 28 днем с момента появления сыпи.

Изоляция Больной изолируется на дому или госпитализируется. Клиническими показаниями к госпитализации являются тяжелое течение заболевания, осложнение в виде энцефалита, артрита и т.д., эпидемическими – наличие по месту жительства больного непривитых против краснухи детей или беременных женщин.

1.6 Лабораторное обследование При первом обращении заболевшего за медицинской помощью забирается один образец сыворотки крови для исследования методом ИФА на наличие противокраснушных IgM антител.

1.7 Лечение В соответствии с протоколами (стандартами) обследования и лечения больных инфекционными и паразитарными болезнями, до клинического выздоровления и прекращения выделения возбудителей.

1.8 Критерии выписки Выписку переболевших (прекращение изоляции на дому) и допуск в коллектив проводят после клинического выздоровления, но не ранее чем через 5 дней от момента появления сыпи.

Мероприятия, направленные на лиц, общавшихся с источником инфекции

3.1 Выявление К лицам, бывшим в общении с источником инфекции, относятся дети и взрослые, которые контактировали с заболевшим в ДДУ, школе, семье в течение 10-21 дня до появления у него первых клинических признаков.

3.2 Клинический осмотр Осуществляется участковым врачом сразу после выявления очага и включает оценку общего состояния, осмотр кожных покровов и пальпация лимфоузлов.

3.3 Сбор эпидемиологического анамнеза Врач, выявивший больного, устанавливает перенесенные общавшимися лицами подобные заболевания, их дату и наличие по месту работы/учебы общавшихся. Кроме того, выявляются беременные женщины, которые были в контакте с заболевшим краснухой.

3.4 Медицинское наблюдение

За лицами, бывшими в общении с источником инфекции, устанавливается на 21 день после его изоляции (опрос, осмотр кожных покровов, заднешейных лимфоузлов, термометрия ежедневно). Организуется по месту жительства или учебы общавшихся.

3.5 Режимно-ограничительные мероприятия

В течение 21 дня после изоляции больного новые и временно отсутствовавшие дети, ранее не болевшие краснухой и не привитые против этой инфекции, в группу (класс), из которой/го изолирован больной, не принимаются. Запрещается перевод неболевших и непривитых детей из данной группы (класса) в другие группы (классы) в течение 21 дня после изоляции больного. Ограничивается контакт лиц, общавшихся с источником инфекции, с детьми других групп детского учреждения в течение 21 дня после изоляции больного.

Дети, не болевшие краснухой ранее и непривитые против этой инфекции, общавшиеся с источником инфекции в семье (квартире), не допускаются (разобщаются) в организованные коллективы в течение 21 дня с момента последнего общения с больным. Если установлена точная дата однократного контакта, то разобщение проводится с 11 по 21 день. В течение этого периода времени общавшиеся лица подлежат медицинскому наблюдению.

Взрослые, а также дети, ранее переболевшие краснухой и привитые против этой инфекции, разобщению не подлежат.

В течение этого времени рекомендуется отменить в детском или подростковом учреждении все культурно-массовые мероприятия, запрещается проведение плановых профилактических прививок. Занятия физкультурой в группе (классе), где учился источник инфекции, проводить на свежем воздухе.

3.6 Лабораторное обследование

Беременные, контактировавшие с больным краснухой в сроки 1-12 недель беременности,

подлежат серологическому обследованию (сыворотка крови методом ИФА) на наличие противокраснушных IgM антител сразу после установления контакта или на наличие противокраснушных IgG антител дважды: сразу после установления контакта (но не позднее 10-го дня) и через 10-14 дней.

3.7 Экстренная профилактика

Выполняется в зависимости от прививочного статуса лиц, находившихся в тесном контакте с источником инфекции.

Детям в возрасте до 12 месяцев рекомендуется ввести иммуноглобулин в дозе 0,3 мл/кг в/м.

Лица в возрасте от 1 года до 35 лет, не болевшие краснухой ранее и не привитые против нее, однократно привитые (если с момента прививки прошло не менее 6-и месяцев), а также лица с неизвестным прививочным и инфекционным анамнезом могут подлежать иммунизации живой вакциной против краснухи в соответствии с инструкцией к применению вакцины, но не позднее 72-х часов с момента выявления первого больного в очаге.

29. Эпидемический паротит. Клиника, диагностика, лечение, профилактика, противоэпидемические мероприятия в очаге. Экстренная иммунопрофилактика. График вакцинации против эпид.паротита в соответствии с Нац.календарем.

Ответ: Эпидемический паротит (свинка, заушница; лат. parotitis epidemica, от др.-греч. *παρά-* — возле, около и др.-греч. *οὖς*, родительный падеж *ὠτός* — ухо) — острое инфекционное заболевание с негнойным поражением железистых органов (слюнные железы, поджелудочная железа, семенники), вызванное парамиксовирусом. Наиболее часто болеют дети в возрасте от 3 до 15 лет.

Заражение происходит воздушно-капельным путём (при кашле, чихании, разговоре) от больного человека, который заражён от 9 суток до появления симптомов до 5–9 суток после появления симптомов (отёчность гланд)[3].

Возбудитель РНК-содержащий вирус MuV[en][4] из рода Rubulavirus семейства парамиксовирусов (Paramyxoviridae). Возбудитель паротита был впервые выделен и изучен в 1934 году Э. Гудпасчером и К. Джонсоном.

Вирионы полиморфны, округлые вирионы имеют диаметр 120–300 нм. Однонитевая и нефрагментированная «минус»-РНК кодирует 8 белков, в том числе Н-, N- и F-белки суперкапсидной оболочки.

Вирус обладает гемагглютинирующей, нейраминидазной и гемолитической активностью. Вирус агглютинирует эритроциты кур, уток, морских свинок, собак и др. В лабораторных условиях вирус культивируется на 7–8-дневных куриных эмбрионах и

клеточных культурах. К вирусу чувствительны первично-трипсинизированные культуры клеток почки морской свинки, обезьян, сирийского хомяка, фибробласты куриных эмбрионов. Лабораторные животные малочувствительны к вирусу паротита. Только у обезьян удается воспроизвести заболевание, сходное с паротитом человека. Вирус нестойк, инактивируется при нагревании, ультрафиолетовом облучении, контакте с жирорастворителями, 2% раствором формалина, 1% раствором лизола.

После перенесения эпидемического паротита чаще всего остаётся стойкий пожизненный иммунитет, однако встречаются и повторные заболевания паротитом.

Течение болезни
Инкубационный период (отрезок времени от момента заражения до развития симптомов) составляет 11–23 дней; чаще – 13–19 дней. У некоторых за 1–2 дня наблюдаются продромальные явления (разбитость, недомогания, боли в мышцах, головные боли, познабливания, нарушения сна и аппетита). С развитием болезни симптомы становятся более выраженными, отмечаются признаки поражения слюнных желез: сухость во рту; боли в области уха, усиливающиеся при жевании, разговоре.

Классификация

А. Манифестные формы:

- Неосложнённые: поражение только слюнных желёз, одной или нескольких.
- Осложнённые: поражение слюнных желёз и других органов (менингит, менингоэнцефалит, панкреатит, орхит, эпидидимит, мастит, миокардит, артриты, нефрит).

По тяжести течения:

- легкие (в том числе стертые и атипичные): протекающие с субфебрильной температурой тела, с отсутствием или слабо выраженными признаками интоксикации, без осложнений;
- среднетяжёлые: протекающие с фебрильной температурой (38-39,9°C), длительной лихорадкой и выраженными симптомами общей интоксикации (озноб, головная боль, артралгия и миалгия), значительным увеличением слюнных желез, чаще — двусторонним паротитом, наличием осложнений;
- тяжелые: протекающие с высокой температурой (40 °C и выше), длительным её повышением (до 2 нед и более), резко выраженными признаками общей интоксикации (астенизация, резкая слабость, тахикардия, снижение АД, нарушение сна, анорексия и др.).

Б. Инаппарантная форма инфекции.

В. Резидуальные явления эпидемического паротита. атрофия яичек; бесплодие; диабет; глухота, нарушение функций центральной нервной системы.

Лихорадка максимальна на 1–2-й день, продолжается 4–7 дней. Поражение слюнных

желез: область железы болезненна. Боль выражена в некоторых точках: впереди мочки уха, позади мочки уха (болевые точки Филатова) и в области сосцевидного отростка. Симптом Мурсу – воспалительная реакция слизистой оболочки в области выводного протока пораженной околоушной железы. Кожа над ней напряжена, лоснится, припухлость может распространиться и на шею. Увеличение в течение 3 дней достигает максимума, держится 2–3 дня и постепенно (в течение 7–10 дней) уменьшается.

Прогноз при эпидемическом паротите благоприятный, летальные исходы бывают очень редко (1 на 100 000 заболевших), однако следует учитывать риск глухоты и атрофии яичек с последующим бесплодием.

Подтверждение диагноза

Из лабораторных методов подтверждения диагноза наиболее доказательным является выделение вируса паротита из крови, смывов из глотки, секрета околоушной слюнной железы, спинномозговой жидкости и мочи.

Иммунофлюоресцентные методы позволяют обнаружить вирусы на клеточной культуре уже через 2-3 дня (при стандартном методе исследования – лишь через 6 дней). Иммунофлюоресцентный метод позволяет обнаружить вирусный антиген непосредственно в клетках носоглотки, что даёт возможность наиболее быстро получить ответ.

Серологические методы позволяют выявить нарастание титра антител только через 1–3 недели от начала заболевания. Используются различные методы. Наиболее информативным является твердофазный иммуноферментный анализ, более поздние результаты получают с помощью более простых реакций (РСК и РНГА). Исследуют парные сыворотки: первая берется в начале болезни, вторая – спустя 2–4 недели. Диагностическим считается нарастание титра в 4 раза и более. Может быть использована внутрикожная проба с антигеном (аллергеном). Диагностическим считается переход отрицательной пробы в положительную. Если кожная проба будет положительной уже в первые дни болезни, то это свидетельствует о том, что человек ранее перенес паротит.

Лечение Больных эпидемическим паротитом можно лечить дома. Госпитализируют больных тяжёлыми осложненными формами и по эпидемиологическим показаниям. Изолируют больных дома в течение 9 дней. В детских учреждениях, где выявлен случай заболевания паротитом, устанавливается карантин на 21 день. Дезинфекция в очагах паротита не проводится.

Этиотропного лечения нет. Важной задачей лечения является предупреждение осложнений. Важно соблюдение постельного режима не менее 10 дней. У мужчин, не соблюдавших постельного режима в течение 1-й недели, орхит развивался в 3 раза чаще (у 75 %), чем у лиц, госпитализированных в первые 3 дня болезни (у 26%). Для профилактики панкреатитов необходимо соблюдать определенную диету: избегать

переедания, уменьшить количество белого хлеба, макарон, жиров, капусты. Диета должна быть молочно-растительной. Из круп лучше употреблять рис, разрешается черный хлеб, картофель.

При орхитах возможно назначение преднизолона в течение 5–7 дней, начиная с 40–60 мг и уменьшая дозу каждый день на 5 мг, или другие кортикостероиды в эквивалентных дозах. На течение паротитного менингита благоприятное влияние оказывает спинномозговая пункция с извлечением небольшого количества ликвора. Некоторое значение имеет умеренная дегидратационная терапия. При остром панкреатите назначают жидкую щадящую диету, атропин, папаверин, холод на живот, при рвоте — аминазин, а также препараты, ингибирующие ферменты, в частности контрикал (трасилол), который вводят внутривенно (медленно) в растворе глюкозы, в первый день 50000 ЕД, затем 3 дня по 25000 ЕД/сут и еще 5 дней по 15000 ЕД/сут. Местно — согревающие компрессы.

Профилактика. Вакцина против паротита — безопасное средство предотвращения болезни. При показателях вакцинации населения в 90% эффективность достигает 85%. В целях долгосрочной профилактики требуется введение двух доз. Введение первой дозы рекомендуется в возрасте от 12 до 18 месяцев. Введение второй дозы обычно производится в период между двумя и шестью годами.

В соответствии с российским национальным календарём прививок, вакцинация против эпидемического паротита проводится с помощью комбинированной живой вакцины от кори, краснухи и паротита в возрасте 12 месяцев, а ревакцинация — в шесть лет

30. Коклюш. Клиника, диагностика, лечение, профилактика, противоэпидемические мероприятия в очаге. Экстренная иммунопрофилактика. График вакцинации против коклюша в соответствии с Нац.календарем.

Ответ: Коклюш — острая респираторная инфекционная болезнь антропонозной природы, характеризующаяся явлениями интоксикации и преимущественным поражением дыхательных путей со своеобразными приступами судорожного кашля.

Этиология. Возбудитель коклюша — палочка Борде-Жангу (*Bordetella pertussis*). Является представителем рода *Bordetella*, относящегося к родам с неясным систематическим положением. В состав рода входят также *B. parapertussis*, и *B. bronchiseptica*. Это неподвижный микроорганизм размерами 0,2-0,3x0,5-1,2 мкм, грамотрицателен, строгий аэроб. Спор не образует, при окрашивании по Романовскому-Гимзе выявляется нежная капсула, которая может утрачиваться при пересевах. Выделяют три серотипа возбудителя: 1,2,3; 1,2,0; 1,0,3, а также «дефектный» — 1,0,0, специфичность которых определяется агглютинами. Всего выделяют 8 агглютининов, из которых 1 и 7 - общие

для всех серотипов. Серотип с антигенным набором 1,2,3 является более патогенным и обуславливает тяжелые формы болезни. Кроме агглютининов в антигенную структуру возбудителя коклюша входят гемагглютинин, токсин, лимфоцитозстимулирующий и гистаминсенсibiliзирующий факторы, аденилциклаза и защитный фактор. Токсин коклюшного микроба представлен двумя фракциями – экзо- и эндотоксином. Экзотоксин термолабилен, действует на прессорные нервы, вызывая сужение просвета сосудов и некроз тканей и обладает иммуногенными свойствами. Он прочно связан с клеткой, максимальное количество его обнаруживается в логарифмический период фазы роста, в отмирающих клетках он не выявляется. Эндотоксин образуется при разрушении микробной клетки, не обладает иммуногенными свойствами. Обе фракции токсина обладают дерматонекротизирующим эффектом.

Возбудитель неустойчив во внешней среде и вне организма быстро погибает. В сухой мокроте сохраняет жизнеспособность несколько часов, в капельном аэрозоле – 20-23 часа. Палочка коклюша погибает при воздействии рассеянного солнечного света в течение 2 часов, прямых солнечных лучей – в течение 1 часа, ультрафиолетовых лучей – в течение нескольких минут. Температура 56°C вызывает гибель возбудителя коклюша через 10-15 минут, растворы дезинфицирующих средств в обычных концентрациях – через несколько минут.

Источником инфекции является больной острой формой болезни, который становится заразительным с появлением первых клинических проявлений. Заразительность больного максимальна в катаральном периоде и на первой неделе судорожного кашля, когда коклюшную палочку удается выделить в 90-100 % случаев.

Все больные коклюшем независимо от тяжести клинических проявлений представляют опасность как источники возбудителя инфекции. Особую опасность представляют больные со стертыми атипичными формами коклюша, значение которых после внедрения активной иммунизации резко возросло. Следует отметить, что в большинстве случаев диагноз ставится после начала судорожного кашля и больные, находящиеся в продромальном периоде, остаются в коллективах, активно заражая окружающих. Установлено носительство коклюшной палочки в очагах инфекции. Носительство встречается нечасто – у 1-2 % детей старшего возраста, привитых против коклюша и имеющих напряженный иммунитет, а также у взрослых, ухаживающих за детьми (до 10-12 %).

Возбудитель коклюша передается с помощью воздушно-капельного механизма. Коклюшная палочка размножается только в глубоких отделах дыхательных путей (гортань, трахея, бронхи) и выделяется из организма с секретом дыхательных путей при кашле и других экспираторных актах. Больной при кашле выбрасывает в окружающую среду крупнодисперсный аэрозоль, который оседает в непосредственной близости от

источника инфекции. Заражение происходит только при непосредственном общении с источником инфекции на расстоянии, не превышающем 2 метра. Таким образом, для распространения инфекции необходим тесный и длительный контакт с больным. В связи с выраженной нестойкостью возбудителя в окружающей среде передача коклюшной палочки через контаминированные предметы обихода или третьих лиц практически исключена.

К коклюшу восприимчивы дети с первых дней жизни. В крови новорожденных материнские антитела практически отсутствуют вне зависимости от наличия их в крови матери. Это обусловлено тем, что противокклюшные антитела представлены, в основном, иммуноглобулинами класса М, которые не проникают через плаценту. В настоящее время появились сообщения об обнаружении материнских антител в крови новорожденных в течение первых 5-6 недель жизни, однако это не обеспечивает их защиту от инфекции. Первая встреча с возбудителем приводит обычно к развитию клинически выраженного заболевания. Такая встреча происходит чаще всего в раннем детстве, что и определяет «детский» характер инфекции.

Инкубационный период при коклюше колеблется от 4 до 21 дня, составляя, в среднем, 5-8 дней. В течении коклюшной инфекции выделяют следующие последовательные периоды: инкубационный, катаральный, спазматического кашля, обратного развития или разрешения. Катаральный период характеризуется упорным кашлем, длится от 3 до 14 дней и является наиболее заразительным. Спазматический или судорожный период характеризуется приступами кашля с репризами и длится от 2 до 4 недель (у грудных детей может увеличиваться до 2-3 месяцев). Общая продолжительность коклюшной инфекции зависит от тяжести течения болезни, но обычно не превышает 6-8 недель.

Основным методом лабораторной диагностики является бактериологический. Материалом для исследования является слизь с задней стенки глотки, которую забирают натошак или через 2-3 часа после еды. Взятие материала может проводиться двумя способами: методом «тампона» и «кашлевых пластинок». В связи с медленным ростом коклюшной палочки на питательных средах бактериологическое исследование продолжается в течение 5-7 суток, т.е. предварительный ответ может быть получен на 3-5 сутки, окончательный - на 5-7 сутки. В настоящее время предложен иммунофлюоресцентный метод (как метод экспресс-диагностики), который позволяет получить ответ через 2-6 часов после забора материала. Антигеном является слизь из гортано-глотки, а антителом – сухие люминесцирующие коклюшные глобулины из гипериммунных антибактериальных сывороток ослов. При длительном кашле и отсутствии бактериологического подтверждения диагноза используется серологический метод диагностики. Используется реакция агглютинации (РА), реакция связывания комплемента (РСК) и реакция пассивной гемагглютинации (РПГА). Серологическое

исследование необходимо проводить в динамике, начиная со второй - третьей недели болезни с интервалом 1-2 недели. Диагностическое значение имеет нарастание титров антител в 4 и более раза. Для детей, не привитых и ранее не болевших коклюшем, диагностическое значение имеет наличие специфических антител в титрах 1:80 и выше.

Основой профилактики коклюша является активная иммунизация детей адсорбированной коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакциной (АКДС-вакциной). Иммунизация проводится с трехмесячного возраста. Есть импортные аналоги — Инфанрикс и многокомпонентные Пентаксим и Инфанрикс Гекса, которые формируют иммунитет к еще большему количеству болезней, а также переносятся намного легче, чем АКДС.

Согласно Национальному календарю профилактических прививок РФ курс вакцинации АКДС состоит из 3-х прививок с интервалом 1,5 месяца: в 3, 4,5 и 6 месяцев. В 18 месяцев однократно проводится ревакцинация.

АКДС-вакцину можно делать только до 4 лет (если быть точнее — 3 лет 11 месяцев 29 дней). Если ребенка до этого возраста не успели привить АКДС, то вакцинацию проводят АДС-анатоксином (в 4-6 лет) или АДС-М-анатоксином (в 6 лет и старше). Но АДС и АДС-М защищают только от дифтерии и столбняка. В них нет коклюшного компонента.

Пентаксим. В соответствии с Национальным календарем профилактических прививок РФ курс вакцинации состоит из 3 доз вакцины с интервалом в 1,5 мес: в возрасте 3, 4,5 и 6 месяцев. По рекомендации врача могут применяться и другие схемы трехдозовой иммунизации (например, 2-3-4, 2-4-6 или 3-4-5). Ревакцинацию проводят однократно в возрасте 18 месяцев.

Инфанрикс. Курс вакцинации состоит из 3 доз вакцины, вводимых согласно Национальному календарю профилактических прививок РФ в 3, 4,5 и 6 месяцев жизни. Ревакцинацию проводят однократно в 18 месяцев.

Инфанрикс-Гекса. Согласно Национальному календарю профилактических прививок РФ курс вакцинации состоит их трех доз вакцины, вводимых в 3, 4, 5 и 6 месяцев. По рекомендации врача могут также применяться другие схемы трехдозовой (например, 2-3-4 месяца, 3-4-5 месяцев, 2-4-6 месяцев) и двухдозовой (например, 3-5 месяцев) вакцинации. Необходимо соблюдать интервал между дозами не менее 1 месяца. Ревакцинация проводится однократно в 18 месяцев. Вакцина Инфанрикс Гекса не применяется у детей старше 36 месяцев.

Противоэпидемические мероприятия. Больной коклюшем подлежит изоляции. Госпитализация осуществляется по клиническим и эпидемическим показаниям. Изоляция больных продолжается в течение 25 дней от начала заболевания. Лица, которые общались с больным коклюшем, подвергаются медицинскому осмотру, сбору

эпидемиологического анамнеза и медицинскому наблюдению. В коллективах, обслуживающих детей до 3-х лет, с целью активного выявления источников инфекции проводят двукратное бактериологическое обследование детей и персонала. Кашель является главным симптомом коклюша. Поэтому с целью выявления источников инфекции каждого ребенка, кашляющего в течение 5-7 дней, врач должен направить на двукратное бактериологическое исследование (два дня подряд или через день) и установить за ним активное наблюдение. Кашляющих детей обследуют в специальном помещении поликлиники или на дому. Взрослых людей, работающих с детьми, обследуют в бактериологической лаборатории ЦГЭ или в очаге коклюша по месту работы. Выявленных бактерионосителей из этих коллективов изолируют до получения двух отрицательных результатов бактериологического исследования, проведенных 2 дня подряд или с интервалом 1-2 дня.

Если с больным коклюшем по месту жительства общались дети до 7 летнего возраста, которые не болели и не привиты против этой инфекции, то они подлежат разобщению от организованных коллективов на 14 дней. За переболевшими или привитыми детьми до 7 лет, а также детьми старше 7 лет и взрослыми, общавшимися с больным коклюшем, устанавливают медицинское наблюдение на 14 дней без разобщения от коллективов. В семье и квартире, а также в закрытых детских коллективах, общавшимся детям до 7 лет и взрослым, работающим с детьми дошкольного возраста, выполняют двукратное бактериологическое обследование.

Возбудитель коклюша обладает невысокой устойчивостью во внешней среде, поэтому заключительная дезинфекция в очагах этой инфекции не проводится. В очагах коклюша следует усилить соблюдение санитарно-гигиенических мероприятий (влажная уборка, проветривание, обработка игрушек), а также проведение санитарно-просветительной работы.

31. Скарлатина. Клиника, диагностика, лечение, профилактика, противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ответ: Скарлатина – острая инфекционная болезнь, характеризующаяся лихорадкой, интоксикацией, ангиной, мелкоточечной сыпью и вероятностью развития инфекционно-аллергических осложнений.

Возбудитель – бета-гемолитический стрептококк группы А (*Streptococcus pyogenes*). Популяция стрептококков неоднородна по способности вырабатывать экзотоксин, антигенной структуре, вирулентности. Вирулентность связана с количественным содержанием М-белка, который является типоспецифическим антигеном. На основании различий в М-антигене выделяют более 80 сероваров.

Стрептококки обладают средней устойчивостью во внешней среде. На предметах

обихода, одежде, постельных принадлежностях они сохраняют жизнеспособность от нескольких дней до нескольких недель. К температурным воздействиям мало устойчивы – нагревание до 56С вызывает их гибель через 30 минут. Стрептококки чувствительны к дезинфектантам – погибают в течение нескольких минут при воздействии 1%-ного раствора хлорамина, 1%-ного раствора фенола.

Источник инфекции – больной (скарлатиной, ангинами, назофарингитами и другими заболеваниями стрептококковой этиологии), реконвалесцент, носитель стрептококков. Больным принадлежит ведущая роль в структуре источников инфекции. Период заразительности больных – с первого дня заболевания до клинического выздоровления (до 3-5 недель). Максимальное выделение возбудителей – на первой неделе заболевания. Раннее начало лечения антибиотиками способствует более быстрому освобождению от стрептококков. Реконвалесцентное носительство стрептококков формируется в среднем у 3-5% лиц, переболевших скарлатиной. Здоровое носительство стрептококков часто выявляется в окружении больного, а также во вновь сформированных организованных коллективах. Отмечается увеличение частоты здорового носительства в осенний период. Продолжительность здорового носительства обычно не превышает одной недели. Здоровые носители выделяют меньшее количество стрептококков, чем больные скарлатиной, поэтому их эпидемическая значимость невелика.

Инкубационный период – колеблется в пределах от 1 до 12 дней, в большинстве случаев составляет 2-7 дней.

Механизм передачи – аэрозольный.

Пути и факторы передачи. Путь передачи – воздушно-капельный, реализация которого осуществляется посредством выделяющихся при кашле, чихании, разговоре мелких капелек аэрозоля, содержащих стрептококки. Посредством крупнокапельной фазы аэрозоля заражение возможно лишь при тесном общении с источником инфекции. Пылевой фазой аэрозоля заражение при скарлатине происходит редко, так как стрептококки хотя и обладают относительной устойчивостью, но во внешней среде они быстро теряют вирулентность. Предметы обихода, обсемененные стрептококками, являются факторами передачи преимущественно в тех случаях, когда они загрязнены недавно и соприкасаются со слизистыми оболочками (игрушки, которые дети берут в рот). Редко роль факторов передачи при скарлатине могут выполнять пищевые продукты (молоко, молочные продукты, кремы).

Критерии допуска в коллектив. Реконвалесценты из числа детей в возрасте от 3 месяцев до 8 лет, посещающие организованные коллективы, допускаются в эти учреждения через 12 дней после клинического выздоровления и выписки из стационара.

Текущая дезинфекция проводится до госпитализации больного, или в течение всего

времени его лечения на дому, а также в карантинной группе ДДУ или классе школы в течение 7 дней с момента изоляции последнего больного. Помещения, где находился (находится) больной хорошо проветриваются, проводится влажная уборка, обработка посуды, белья, игрушек, предметов личной гигиены больного, мытье полов 2%-ным горячим мыльно-содовым раствором или 0,5%-ным раствором хлорамина. В организованном коллективе выполняются мероприятия по максимальному рассредоточению детей (раздвигаются кровати, столы и т.д.), проводится ультрафиолетовое облучение.

Профилактика. Предупреждение заболеваемости скарлатиной достигается рациональным выполнением санитарно-гигиенических требований в детских дошкольных учреждениях и других организованных коллективах (ежедневный фильтр детей, влажная уборка, проветривание, обработка игрушек, рациональное наполнение групп, изоляция между группами и т.д.). Вероятность осложнений скарлатины (ревматизм и др.) значительно уменьшается в результате применения антибиотиков с профилактической целью. Массовую антибиотикопрофилактику целесообразно проводить накануне или в самом начале подъема заболеваемости скарлатиной. Для этих целей рекомендуют использование пенициллина или бициллина-3.

32. Ветряная оспа. Клиника, диагностика, лечение. Противоэпидемические мероприятия в очаге. Экстренная иммунопрофилактика.

Ответ: Ветряная оспа (varicella) – острая вирусная антропонозная инфекция, наиболее характерным признаком которой является макулопапулезно-везикулезная сыпь. Этиология. Возбудитель ветряной оспы – VZV – относится к семейству Herpesviridae, подсемейству Alphaherpesvirinae и отличается быстрым распространением по клеточной культуре, эффективным разрушением инфицированных клеток и способностью существовать в латентной форме преимущественно (но не исключительно) в нервных ганглиях. Возбудитель ветряной оспы нестойк в окружающей среде, чувствителен к ультрафиолетовому облучению, дезинфектантам. При низкой температуре сохраняется долго, устойчив к повторному замораживанию. Эпидемиология. Ветряная оспа – строгий антропоноз. Источники инфекции – больной ветряной оспой и больной опоясывающим лишаем (herpes zoster). Заразность больного ветряной оспой очень велика и продолжается с последнего дня инкубационного периода до 3–5-го дня от момента появления последнего элемента сыпи. Больной с herpes zoster может стать источником ветряной оспы при длительном и очень тесном контакте с ним. Механизм передачи – аэрогенный, абсолютно преобладающий путь распространения воздушно-капельный. Инфекция исключительно легко переносится на значительные расстояния (20 м и более): в соседние помещения, с этажа на этаж по вентиляционным и

иным ходам. Некоторые авторы допускают контактный путь заражения, через различные предметы (детские игрушки в первую очередь), но существенного эпидемиологического значения он не имеет. Описаны случаи внутриутробного заражения. Восприимчивый контингент – люди любого возраста, не имеющие иммунитета к возбудителю. Абсолютное большинство случаев заболевания наблюдается среди детей – 80 % переносят ветрянку до 7 лет. Остальные (как правило, не посещавшие детские дошкольные учреждения) заболевают в школьные годы. У взрослых ветряная оспа встречается редко. Выраженных циклических подъема и спада заболеваемости ветряной оспой по годам нет, но характерна сезонность – в осенне-зимний сезон переболевает 70–80 % детей, болеющих в данном году.

После заболевания формируется стойкий, напряженный, пожизненный иммунитет. Повторные случаи ветряной оспы исключительно редки.

Клиническая картина. Инкубационный период при ветряной оспе составляет в абсолютном большинстве случаев 11–21 день, редко 10, еще реже 23 дня. Начало заболевания острое. Развиваются продромальные симптомы интоксикации, интенсивность которых зависит от тяжести течения инфекции. Чаще всего он выражен слабо и только у некоторых больных можно выделить период недомогания, раздражительности, плаксивости, снижения аппетита и других проявлений интоксикации и ваготонии в течение одного, редко 2 дней. Обычно же первыми симптомами инфекции являются высыпания и небольшое повышение температуры тела (иногда температура тела остается нормальной). Элементы сыпи проходят закономерную эволюцию: розовое пятно (розеола) – папула – везикула – корочка. Пятна диаметром 2–4 мм в течение нескольких часов превращаются в папулы и везикулы. Везикулы наполнены прозрачным содержимым, лишь иногда оно становится мутным, гнойным и даже геморрагическим. Величина их различна – от 1–2 до 5–6 мм в диаметре, при проколе везикула спадается, так как в отличие от везикулы (пустулы) при натуральной оспе она однокамерная. Не все пятна и папулы превращаются в везикулы. Кроме того, в течение нескольких дней идет «подсыпание» новых элементов. Это придает своеобразие экзантеме при ветряной оспе: у одного и того же больного одновременно можно видеть и пятно, и папулу, и везикулу, и корочку. Сыпь при ветряной оспе сопровождается обычно зудом и всегда располагается на нормальном фоне кожи без всякого порядка. Количество элементов сыпи различно – от единичных до нескольких десятков и даже сотен. Экзантема локализуется на коже туловища, лица, шеи, на коже конечностей, за исключением ладоней и подошв, где она встречается крайне редко. Очень характерно наличие высыпных элементов на волосистой части головы – это важный дифференциально-диагностический признак ветряной оспы. Общая продолжительность периода высыпаний варьирует: от появления первых элементов до образования корочек

на месте лопнувших или резорбировавшихся везикул проходит 2–3 дня; с учетом того, что нередко «подсыпание» наблюдается еще 2–8 дней, то пятнисто-папулезно-везикулезную сыпь при ветряной оспе можно видеть на протяжении 2–10 дней, редко дольше. Корочки отпадают через 5–10 дней без следа, при их «срывании» и образовании на их месте вторичных, как правило, инфицированных корочек этот срок удлиняется еще на 1–2 нед, а на их месте могут оставаться рубчики. Одновременно с сыпью на коже появляется сыпь на слизистых оболочках полости рта, а иногда и половых органов, особенно у девочек. Энантема представляет собой красное пятно, которое в течение нескольких часов превращается в пузырек. Последний в свою очередь, мацерируясь, превращается (очень быстро, тоже в течение нескольких часов) в афту. Энантема наблюдается далеко не у всех больных, количество элементов может быть различным, обычно их 3–5, но иногда очень много. Тогда развившийся ветряночный афтозный стоматит доставляет много неприятных ощущений, грудные дети отказываются от груди. В подавляющем большинстве случаев заболевание протекает нетяжело, но могут наблюдаться и тяжелые формы: геморрагическая, гангренозная, буллезная. У некоторых больных развивается вирусная пневмония, обычно это происходит на 2–5-й день болезни в период высыпания и чаще встречается у детей до 2 лет и у взрослых. В особо тяжелых случаях поражаются печень, селезенка, желудочно-кишечный тракт, почки, эндокринная система. Возможны энцефалиты ветряночной природы, которые протекают более тяжело, чем большинство вирусных энцефалитов. Типичных изменений в гемограмме при неосложненной ветрянке нет. В первые дни, как и при большинстве других вирусных инфекций, возможны лейкопения, нейтропения, относительный лимфоцитоз при нормальной СОЭ.

За лицами, бывшими в тесном общении с источником инфекции, устанавливается на 21 день после его изоляции. Ежедневно 2 раза в день (утром и вечером) выполняется опрос, осмотр зева, кожных покровов и термометрия.

Критерии допуска в коллектив. Переболевшие допускаются в коллектив после отпадения корок, но не ранее чем, через 2 недели от начала заболевания. При появлении повторных заболеваний в детском учреждении переболевший ветряной оспой может быть допущен в коллектив сразу после исчезновения клинических проявлений заболевания.

Прекращается прием новых и временно отсутствовавших детей в группу, из которой изолирован больной ветряной оспой, в течение 21 дня после изоляции больного.

Запрещается перевод детей из данной группы в другие группы в течение 21 дня после изоляции больного.

Не допускается общение с детьми других групп детского учреждения в течение 21 дня после изоляции больного. На это же время рекомендуется запретить участие карантинной группы (класса) в культурно-массовых мероприятиях. В классе, где учился

заболевший, отменяется кабинетная система обучения.

Дети в возрасте до 7 лет, посещающие организованные коллективы, не болевшие ветряной оспой ранее и общавшиеся с источником инфекции в семье (квартире), не допускаются (разобщаются) в организованные коллективы в течение 21 дня с момента последнего общения с больным. Если момент контакта с заболевшим точно установлен, то дети могут быть допущены в коллектив в течение первых 10 дней, а разобщаются с 11 по 21 день с момента контакта.

Дети в возрасте старше 7 лет и лица, ранее переболевшие ветряной оспой, разобщению не подлежат.

Экстренная профилактика. При заносе ветряной оспы в детское лечебное учреждение детям, находившимся в контакте с источником инфекции в палате или даже палатах, выходящих в один коридор, рекомендуется вводить гаммаглобулин, полученный из крови реконвалесцентов, в дозе 1,5-3,0 мл в/м.

33. Полиомиелит, в т.ч. вакциноассоциированный полиомиелит. Клиника, диагностика, лечение, профилактика, противозидемические мероприятия в очаге. Экстренная иммунопрофилактика. График вакцинации против полиомиелита в соответствии с Нац.календарем.

Ответ: Острый полиомиелит относится к инфекционным заболеваниям вирусной этиологии и характеризуется разнообразием клинических форм - от abortивных до паралитических. Паралитические формы возникают при поражении вирусом серого вещества, расположенного в передних рогах спинного мозга и двигательных ядрах черепно-мозговых нервов. Клинически это выражается развитием вялых или периферических парезов и параличей. Наиболее часто острый полиомиелит возникает в результате инфицирования одним из трёх типов вируса полиомиелита.

Резервуаром и источником возбудителя является человек, больной или носитель. Полиовирус появляется в отделяемом носоглотки через 36 ч., а в испражнениях 72 ч. после заражения и продолжает обнаруживаться в носоглотке в течение одной, а в испражнениях - в течении 3-6 нед. Наибольшее выделение вируса происходит в течение первой недели заболевания.

Механизм передачи возбудителя фекально-оральный, пути передачи -водный, пищевой и бытовой. Важное значение имеет и аспирационный механизм с воздушно-капельным и воздушно-пылевым путями передачи.

Естественная восприимчивость людей высокая, однако клинически выраженная инфекция встречается гораздо реже носительства: на один манифестный случай приходится от 100 до 1000 случаев бессимптомного носительства полиовируса. Поэтому, с точки зрения эпидемиологической значимости, случаи бессимптомного носительства

или бессимптомной инфекции представляют большую опасность.

Постинфекционный иммунитет типоспецифический пожизненный.

Основные эпидемиологические признаки.

В довакцинальный период распространение заболевания носило повсеместный и выраженный эпидемический характер. В условиях умеренного климата наблюдалась летне-осенняя сезонность.

Поствакцинальный период характеризуется резким снижением заболеваемости. Заболевание регистрируется в основном у детей, не привитых против полиомиелита или привитых с нарушением календаря профилактических прививок.

Длительность инкубационного периода при остром полиомиелите колеблется от 4 до 30 дней. Наиболее часто этот период длится от 6 до 21 дня. Первичное размножение и накопление вируса происходит в глотке и кишечнике. В последующем, вирус попадает в лимфатическую систему и затем в кровь. Следующим за вирусемией этапом развития болезни является проникновение вируса в центральную нервную систему. Это происходит через эндотелий мелких сосудов или по периферическим нервам.

Типичным для острого полиомиелита является поражение вирусом крупных двигательных клеток - мотонейронов, расположенных в сером веществе передних рогов спинного мозга и ядрах двигательных черепно-мозговых нервов в стволе головного мозга. Частичное повреждение мотонейронов или полная гибель их приводит к развитию вялых парезов или параличей мышц лица, туловища, конечностей. Воспалительный процесс по типу серозного менингита развивается и в оболочках мозга. Мозаичность поражения нервных клеток находит своё клиническое отражение в ассиметричном беспорядочном распределении парезов и относится к типичным признакам острого полиомиелита.

Профилактические мероприятия.

Улучшение санитарно-гигиенических условий способствует ограничению распространения полиовируса, однако единственным специфическим средством предупреждения паралитического полиомиелита остается иммунизация живой оральной полиомиелитной вакциной (ОПВ) из аттенуированных штаммов Сэбина или инактивированной полиомиелитной вакциной (ИПВ). Вакцинация проводится в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

Клиническая картина непаралитических форм острого полиомиелита

Инаппарантная форма протекает как вирусоносительство и не сопровождается клиническими симптомами. Диагностика осуществляется только по данным вирусологического обследования.

Абортивная форма (малая болезнь) характеризуется следующими симптомами: умеренная лихорадка, интоксикация, головная боль, иногда незначительные катаральные

явления со стороны верхних дыхательных путей, разлитые неинтенсивные боли в животе, дисфункция кишечника. Признаки поражения нервной системы отсутствуют.

Менингеальная форма протекает с синдромом серозного менингита. Ликвор сохраняет прозрачность, давление обычно повышено. Количество клеток в ликворе увеличивается от нескольких десятков до 200-300 в 1 см³. Белок в ликворе сохраняется нормальным или умеренно повышается, что особенно характерно для случаев с болевым синдромом.

Течение паралитических форм острого полиомиелита делится на 4 периода: препаралитический, паралитический, восстановительный и резидуальный.

Препаралитический период длится от начала болезни до выявления первых признаков поражения двигательной сферы и занимает от нескольких часов до 2-3 дней. В части случаев заболевание может иметь двухволновое течение. Препаралитический период может полностью отсутствовать, и тогда заболевание начинается сразу с появления вялых парезов и параличей («утренний паралич»).

Паралитический период болезни длится от момента появления парезов и параличей и в течение времени их стабилизации. Он заканчивается при первых признаках начинающегося восстановления нарушенных функций.

Восстановительный период острого полиомиелита продолжается от 6 месяцев до 1 года. В течение этого времени происходит постепенное, сначала довольно активное, а затем более медленное восстановление нарушенных двигательных функций.

Резидуальный период характеризуется остаточными явлениями после перенесенного острого полиомиелита в виде стойких парезов и параличей, не имеющих тенденцию к восстановлению,

Спинальная форма - является самой распространённой формой паралитического полиомиелита.

Заболевание начинается остро, с повышенной температурой и общей интоксикацией. Иногда бывают небольшие катаральные явления, разжиженный стул. Дети вялы, капризны, теряют аппетит, плохо спят.

На 2-3 день, а иногда уже к концу первых суток болезни, появляются головные боли, иногда рвота, боли в конечностях, шее, спине. При осмотре обнаруживаются менингеальные знаки и положительные симптомы натяжения нервных стволов (симптомы Нери, Лассега, Вассермана).

Важным диагностическим симптомом является подёргивание или вздрагивание отдельных мышечных групп - впоследствии, по окончании препаралитического периода, в этих мышцах в первую очередь появляются парезы и параличи.

Парезы и параличи бывают всегда вялыми без признаков спастичности. Чаще страдают нижние конечности. Двигательные нарушения проявляются в невозможности произвести активные движения или в ограничении объёма этих движений и снижении мышечной

силы. Мышечный тонус и тургор тканей в пораженных конечностях снижены. Сухожильные рефлексы на поражённой конечности снижены или отсутствуют.

При одностороннем поражении мышц живота одна его половина выбухает, при двухстороннем - живот напоминает «живот лягушки». Брюшные рефлексы угасают.

Вялые парезы и параличи при остром полиомиелите отличаются рядом особенностей:

1. Период нарастания двигательных нарушений очень короткий: от нескольких часов до 1-2 дней. Нарастание парезов в течение 3-4 дней представляет редкое исключение и является поводом для сомнений в диагнозе.

2. Чаще страдают проксимальные отделы конечностей.

3. Парезы и параличи имеют ассиметричное «мозаичное» расположение, что связано с разбросанным беспорядочным поражением мотонейронов в сером веществе спинного мозга.

4. Чувствительные, тазовые нарушения и пирамидная симптоматика отсутствуют.

В восстановительном периоде, который приходится на 2-3 неделю болезни, а иногда наступает и раньше, в поражённых мышцах появляются активные движения.

В случае сохранности отдельных мышечных групп или частичного восстановления поражённых мышц больные получают возможность ходить. При этом выявляются типичные признаки паретической походки, формирующиеся в зависимости от поражения той или иной группы мышц: движения в больной ноге по темпу отстают от движений в здоровой или менее поражённой конечности, нога в коленном суставе прогибается назад (рекурвация колена), отмечается ротация ноги кнаружи, свисание стопы, варусная или вальгусная установка стопы. Рано начинается атрофия мышц, в последующем нарастающая. Появляется отставание поражённой конечности в росте, остеопороз, костные деформации. Последние особенно выражены при поражении скелетных мышц (сколиозы, кифозы, деформация грудной клетки). Значительные изменения происходят в суставах.

Бульбарная форма острого паралитического полиомиелита - является одной из самых тяжёлых. Протекает остро, бурно, с коротким препаралитическим периодом или без него.

Клиническая симптоматика обусловлена локализацией поражения в области ствола мозга, что определяет тяжесть течения болезни. Поражение ядер языкоглоточного, блуждающего, подъязычного нервов приводит к расстройствам глотания, фонации, речи, патологической секреции слизи, скапливающейся в верхних дыхательных путях и обтурирующей их.

Бульбарная форма, обусловленная поражением ядер IX, X, XI и XII черепных нервов, т.е. каудального отдела ствола мозга, часто заканчивается быстрым летальным исходом. Если он не наступает в первые 7-10 дней болезни, то к концу 2-й - началу 3-й недели

состояние больных начинает улучшаться, бульбарные явления уменьшаются и в последующем могут полностью исчезнуть.

Понтинная форма - выражается изолированным поражением ядра лицевого нерва и имеет наиболее благоприятное течение. Заболевание довольно часто протекает без лихорадки и общей интоксикации, т.е. без симптомов препаралитического периода.

В паралитическом периоде развивается слабость или полная неподвижность мимических мышц лица, как правило, одной его половины.

Вирусологическое и серологическое обследование больных полиомиелитом или лиц с подозрением на заболевание, а также - контактных с ними

Организация и проведение лабораторных исследований осуществляется в соответствии с Санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.1.2343-08 «Профилактика полиомиелита в постсертификационный период», Методическими указаниями МУК 4.2.2410-08 «Организация и проведение вирусологических исследований материалов от больных полиомиелитом, с подозрением на это заболевание, с синдромом острого вялого паралича (ОВП)» и Методическими указаниями МУ 3.1.1.2360-08 «Эпидемиологический надзор за полиомиелитом и ОВП в постсертификационный период».

В дополнение к указанным документам рекомендуется проведение исследований в региональном центре эпидемиологического надзора за ПОЛИО/ОВП материалов из обслуживаемой территории и прикрепленных субъектов Российской Федерации - от прибывших из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий) и от лиц, общавшихся с ними.

Рекомендации по проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очагах

1. В очагах острого паралитического полиомиелита, вызванного диким штаммом полиовируса.

Организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий осуществляется в соответствии с Санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.1.2343-08 «Профилактика полиомиелита в постсертификационный период» и Методическими указаниями МУ 3.1.1.2360-08 «Эпидемиологический надзор за полиомиелитом и ОВП в постсертификационный период».

В дополнение к СП 3.1.1.2343-08 «Профилактика полиомиелита в постсертификационный период» рекомендуется:

1.1. Медицинский осмотр врачами терапевтом (педиатром), неврологом (инфекционистом) всех лиц, имевших непосредственный контакт с больным, независимо от возраста.

1.2. Медицинское наблюдение за контактными в течение не менее 20 дней с

регистрацией результатов наблюдения в соответствующей медицинской документации.

1.3. Дополнительная иммунизация против полиомиелита всех контактных, независимо от возраста и ранее проведенных профилактических прививок:

1.3.1. Оральной полиомиелитной вакциной (ОПВ):

- контактных взрослых - однократно;
- контактных детей в возрасте до 18 лет - однократно;
- не привитых по возрасту детей - при отсутствии противопоказаний к вакцинации живой оральной полиомиелитной вакциной - прививают ОПВ (для скорейшего формирования кишечного иммунитета), в том числе новорожденных детей в родильном доме (в этом случае прививка расценивается как «нулевая» доза);
- при наличии в очаге детей в возрасте до 15 лет, прибывших из Таджикистана, дополнительная иммунизация: однократно - при наличии прививок, осуществленных в Российской Федерации, и трехкратно - при наличии прививок, проведенных в Таджикистане.

1.3.2. Инактивированной полиомиелитной вакциной (ИПВ):

- детей, находящихся в стадии вакцинации ИПВ,
- детей, имеющих противопоказания к вакцинации ОПВ (иммунодефицитные состояния, злокачественные новообразования, иммуносупрессия) - однократно ИПВ.

34. Железодефицитная анемия. Клиника, диагностика, лечение, профилактика, ведение на педиатрическом участке. Диспансерное наблюдение.

Ответ: ЖДА — полиэтиологичное заболевание, возникновение которого связано с ДЖ в организме из-за нарушения его поступления, усвоения или повышенных потерь, характеризующееся микроцитозом и гипохромной анемией.

Клиника: Клиническая картина ЖДС зависит от степени и стадии развития ДЖ, а также от длительности его существования. Извращение вкуса: влечение к употреблению несъедобных веществ — мела, зубного порошка, глины, песка, льда (погофагия); часто больные едят сырые продукты — крупы, тесто, фарш. Извращение обоняния: пристрастие к необычным запахам — керосина, бензина, ацетона, лака, красок, гуталина, выхлопных газов автомобиля и др. Астено-вегетативные нарушения: родители обращают внимание на вялость ребенка, быструю утомляемость. Мышечная гипотония: первым симптомом, на который обращают внимание больной или родители, — невозможность выполнять привычную работу. Нарушение мочеиспускания: императивные позывы на мочеиспускание, ночное недержание мочи, чаще у девочек, недержание мочи днем при смехе, кашле. Снижение иммунитета: частые ОРВИ, кишечные инфекции (до 5–6 раз в год). Сердечно-сосудистые нарушения: при длительном существовании ЖДС выявляются тахикардия, приглушенность тонов сердца, гипоксические и

дистрофические изменения на ЭКГ, повышение ударного и минутного объема сердца, реже одышка. Задержка психомоторного развития: снижена способность к обучаемости, познавательной деятельности у детей, у которых ДЖ отмечался в раннем детском возрасте.

Диагностика: Концентрация Hb определяется унифицированным гемиглобинцианидным методом как «ручным» методом, так с помощью автоматических гематологических анализаторов. Согласно рекомендациям ВОЗ, нижней границей нормы для концентрации Hb следует считать 110 г/л у детей в возрасте от 6 мес. до 6 лет, 115 г/л у детей в возрасте 6–11 лет и 120 г/л у детей старше 12 лет.

Усредненные показатели степени ЖДА:

Легкая – значения гемоглобина находятся в пределах 110 – 90 г/л;

Средняя – содержание Hb колеблется от 90 до 70 г/л;

Тяжелая – уровень гемоглобина падает ниже 70 г/л.

Лечение: Целью терапии ЖДА является устранение ДЖ и восстановление его запасов в организме. Добиться этого можно только при устранении причины, лежащей в основе ЖДА, и одновременном возмещении ДЖ в организме. Прежде всего, должна быть выявлена и устранена причина развития ЖДС (неправильное питание, кровотечения, гельминтозы, нарушения всасывания и др.), иначе терапия может оказаться неэффективной. Непосредственно лечение представляет собой восполнение ДЖ лекарственными препаратами, содержащими железо. При этом предпочтение следует отдавать препаратам железа для перорального приема.

В терапии ЖДА предпочтение отдают неионным соединениям железа – препаратам, представленным гидроксид-полимальтозным комплексом трехвалентного железа (Феррум Лек, Мальтофер), которые характеризуются высокой эффективностью, безопасностью, отсутствием риска передозировки, интоксикации и отравлений; отсутствием потемнения десен и зубов; приятным вкусом; отличной переносимостью, определяющую высокую комплаентность; отсутствием взаимодействия с другими лекарственными средствами и продуктами питания; наличием антиоксидантных свойств. Выбор препаратов железа зависит также от возраста ребенка

Профилактика ЖДА: Предупреждение железодефицитной анемии у детей начинается антенатально. Беременным препарат железа назначают во второй половине беременности в малых дозах и длительно. Такие же дозы препарата показаны в период лактации. Необходимо выявлять детей входящих в группу риска по развитию железодефицитной анемии. Прежде всего это дети родившиеся раньше срока, с низкой массой тела менее 3 кг, а также с весом более 4 кг, от многоплодной беременности, с аллергическими поражениями кожи и слизистых, с респираторными и кишечными заболеваниями. Этим детям требуется назначение профилактического лечения

препаратом железа с 6 месячного возраста. В более старшем возрасте необходимо помнить о соблюдении режима питания, правильном сбалансированном питании. Родителям быть внимательными в отношении появления сидеропенических симптомов - трофические изменения кожи и её придатков, появление диспептических расстройств — нарушение вкуса, тошнота, рвота и др. Ведение на педиатрическом участке: Все дети, больные ЖДА, подлежат диспансерному наблюдению на педиатрическом участке. Диспансерное наблюдение: Осмотр педиатром: на 10-й день от начала лечения (получения полной терапевтической дозы препаратов железа), далее на 3-4 неделе лечения, затем 1 раз в месяц — до нормализации уровня гемоглобина; затем 1 раз в 3 мес. после нормализации уровня гемоглобина; Контролируются самочувствие и общее состояние больного. Консультация гематолога по показаниям. Осмотр врачей специалистов — по показаниям.

35. Острые респираторные заболевания. Клиника, диагностика, лечение, профилактика, ведение на педиатрическом участке.

Ответ: ОРЗ (острое респираторное заболевание) у детей – это воспаление верхних дыхательных путей вследствие внедрения вирусов или бактерий, сопровождающееся характерными симптомами и общей интоксикацией организма.

Классификация: Выделяют две основные разновидности детских ОРЗ:

Вирусные (ОРВИ). Наиболее частыми возбудителями являются вирусы гриппа, парагриппа, РС-вирусы и т.д. В симптоматике на первый план выступают интоксикационные проявления (высокая температура, слабость, ломота в теле). Бактериальные. Обычно возбудителями выступают условно-патогенные микроорганизмы, обитающие на слизистых дыхательных путей, которые активизируются при снижении иммунитета (стрептококки, стафилококки, пневмококки, коринебактерии). Зачастую фактором-провокатором являются первичные вирусные инфекции (ОРВИ), после которых следом могут присоединяться бактериальные. В клинической картине доминируют локальные проявления поражения респираторного тракта (першение в горле, насморк, кашель), при этом интоксикационные жалобы минимальны.

Наиболее часто встречаются следующие разновидности ОРВИ:

парагрипп; риновирусная инфекция – вирусное поражение носа и носоглотки;

аденовирусная – поражаются дыхательная система, глаза, лимфоидная ткань и органы пищеварения; респираторно-синтициальная – поражение нижних дыхательных путей в виде бронхита, бронхиолита, пневмонии. В какой форме будет протекать ОРЗ, зависит от возбудителя. Разные вирусы тропны (имеют сродство, легче всего приживаются) к различным отделам дыхательной системы. Аденовирус оседает на слизистой носоглотки

и глаз, активно размножается в лимфатической ткани. Риновирус «выбирает» слизистую носа, и так все остальные патогены. У многих детей вирусные частицы длительно находятся в неактивном состоянии (персистируют) в ткани лимфатических узлов. Активизируются они после переохлаждения или при обострении сопутствующих хронических заболеваний.

Врачи выделяют 3 степени тяжести (легкая, средняя и тяжелая), типичное и атипичное течение, осложненную и неосложненную форму.

Клиника: Парагрипп. От момента заражения проходит 2-4 суток (инкубационный период). Начало острое, температура повышается умеренно, интоксикация выражена слабо. Беспокоит боль в горле и за грудиной, становится осиплым голос, присоединяется сухой кашель, обильный насморк. Самое тяжелое проявления парагриппа – ложный круп или острый отек гортани. Резко сужается ее просвет, что проявляется шумным дыханием, хрипящим голосом и кашлем по типу лая собаки. Медицинская помощь оказывается зачастую в стационаре. Выздоровление наступает в течение полутора недель.

Риновирусная инфекция. Беспокоит сильный насморк с серозным отделяемым в большом количестве, из носа буквально течет (ринорея). Присоединяется недомогание, неинтенсивный сухой кашель, першение задней стенки глотки. Повреждается кожа вокруг носа (мацерация), на несколько дней теряются обонятельные и вкусовые ощущения, из глаз текут слезы. На губах и крыльях носа возможна герпетическая сыпь. Это самая легкая форма ОРВИ, при которой, как правило, не бывает осложнений.

Аденовирусная инфекция

Начало острое – озноб, высокая температура тела, слабость, вялость, боли в голове. Сразу начинается ринит с обильным прозрачным отделяемым, кашель. Течение волнообразное, с затиханием и обострением, длительное. Респираторно-синтициальная инфекция

Инкубация – от 3 суток до недели, тяжесть течения напрямую определяется возрастом пациента. Дети старшего возраста переносят заболевание достаточно легко. Насморк и кашель умеренные, немного болит за грудиной, температурные показатели невысокие, интоксикационные проявления мало выражены. Дети до 3-х лет болеют тяжело, поскольку поражаются нижние дыхательные пути, часто развивается обструктивный синдром. У ребенка появляются приступы кашля, выделяется небольшое количество густой и вязкой мокроты. Дыхание шумное и частое, затруднен выдох. Малыш плохо спит, видна синюшность носогубного треугольника, кожа бледная, снижается аппетит, выраженная слабость. Осложнения в виде синусита, отита или пневмонии развивается у недоношенных и новорожденных детей. Бактериальные ОРЗ Температура обычно не

поднимается выше 38°C, при этом подъем нерезкий. Общее состояние не так сильно страдает, как при вирусных инфекциях. Преобладают локальные симптомы: слизисто-гнойные и гнойные выделения из носа; кашель влажный, мокрота зачастую трудно отделяется;

налет на миндалинах.

Диагностика: Диагностирует заболевание педиатр в соответствии с жалобами ребенка и объективными симптомами, выявленными при осмотре. Иногда требуется точная лабораторная идентификация причинного вируса.

Для уточнения реакции организма на воспалительный процесс и своевременного выявления осложнений назначаются следующие исследования:

общий анализ крови и мочи; рентген органов грудной клетки; рентген придаточных пазух носа; консультация ЛОРа, пульмонолога и других специалистов. Список обследований дополняется по мере необходимости.

Лечение: Лечение зависит от клиники, степени тяжести, конкретного вида возбудителя. Применяются противовирусные, антибактериальные, жаропонижающие препараты, иммуномодуляторы, местные сосудосуживающие средства. Из немедикаментозного лечения преобладают обильное теплое питье, рациональное питание.

Профилактика: к мерам профилактики относят: ЗОЖ, рациональное питание, здоровый сон, применение комплексных витаминных препаратов.

Ведение на педиатрическом участке: Все дети, больные ОРЗ, подлежат наблюдению на педиатрическом участке. Основную роль в лечении выполняет врач-педиатр участковый как в поликлинике, так и на дому. Также данных пациентов может наблюдать дежурный врач-педиатр педиатрического отделения поликлиники.

36. Хронический тонзиллит. Клиника, диагностика, лечение, профилактика, ведение на педиатрическом участке. Диспансерное наблюдение.

Ответ: Хронический тонзиллит (ХТ) – это инфекционно-аллергическое заболевание всего организма с местными проявлениями в виде стойкой воспалительной реакции небных миндалин, морфологически выражающейся альтерацией, экссудацией и пролиферацией.

Клиника: Клиническая картина ХТ обусловлена постоянно протекающим (перманентным)

хроническим воспалением миндалин (преимущественно небных), в результате которого формируются морфологические изменения самих миндалин, окружающих тканей, регионарных лимфатических узлов, а также могут возникать патогенетически связанные с этим процессом острые тонзиллиты, функциональные и органические изменения других органов и систем. Выделяют 5 групп местных признаков

хронического тонзиллита: 1. гиперемия и валикообразное утолщение краев небных дужек; 2. рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками; 3. разрыхленные или рубцово-измененные и уплотненные миндалины; 4. казеозно-гнойные пробки или жидкий гной в лакунах миндалин; 5. увеличение регионарных лимфатических узлов.

Диагностика: Диагноз «Хронический тонзиллит» ставится на основании: 1. анамнестических данных о частых респираторных заболеваниях, рецидивах ангин, в том числе с осложнениями, сопутствующих заболеваний сердца, почек, суставов, эндокринных органов, длительного периода немотивированной повышенной утомляемости, снижения работоспособности, длительной субфебрильной температуры; 2. физикального обследования, включающего оценку врачом общего состояния пациента и по данным результатов обследований другими специалистами; 3. лабораторных исследований; 4. инструментального обследования глотки – фарингоскопия.

Лечение: При компенсированной или субкомпенсированной форме воспаления проводят консервативное лечение. Основной противомикробный препарат подбирают исходя из обнаруженного возбудителя инфекции. Терапия бактериального тонзиллита основана на применении пенициллинов, макролидов, цефалоспоринов. При вирусной природе заболевания назначают противовирусные препараты. В случае присоединения вторичной инфекции добавляют антибиотикотерапию. Если инфекцию спровоцировал грибок, применяют противогрибковые средства. Обязательный этап лечения — промывание миндалин. Скопившиеся в лакунах отходы бактериальной жизнедеятельности (детрит) необходимо удалять принудительно. Пробки могут быть слишком плотные, а лимфоидная ткань теряет способность самоочищаться. Процедуру проводит лечащий врач в поликлинике или стационарном ЛОР-отделении. В современной отоларингологии практикуют традиционные и инновационные методы санации миндалин:

- Промывание безыгольным шприцем — очищение тканей под напором струи антисептического раствора.
- Вакуумная аспирация — высасывание детрита из лакун под отрицательным давлением, которое создает прибор (по принципу пылесоса).
- Ультразвуковая чистка аппаратом «Тонзиллор» — двойное воздействие. Ультразвук разбивает пробки на мельчайшие частички, а вакуумная насадка эвакуирует их из тканей миндалин.
- Интратонзиллярная лазерная деструкция. Луч диодного медицинского лазера направленно воздействует на патологические отложения, оставляя смежные участки слизистой интактными (неповрежденными).

Хирургическое лечение: Когда лимфоидная ткань замещается соединительными волокнами, консервативная терапия не поможет. Пациенту показана тонзиллэктомия — удаление гланд. Более щадящим методом современной хирургии считается лакунотомия — резекция пораженных участков миндалин.

Профилактика: Профилактические мероприятия заключаются в устранении факторов риска; закаливании, санитарно-просветительской работе с населением по разъяснению причин возникновения тонзиллитов, своевременном лечении заболеваний зубов, десен, патологии ушей, носа и околоносовых пазух, восстановлении нарушенного носового дыхания.

Ведение на педиатрическом участке: Пациенты с ХТ подлежат наблюдению врачу-педиатру участковому и врачу-оториноларингологу 1 раз в 6 мес.

37. ГЭРБ. Клиника, диагностика, лечение, профилактика, ведение на педиатрическом участке. Диспансерное наблюдение.

Ответ: ГЭРБ – многофакторное заболевание, непосредственной причиной которого является гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР). ГЭР - непроизвольное забрасывание желудочного либо желудочно-кишечного содержимого в пищевод, сопровождающееся поступлением в пищевод не свойственного ему содержимого, способного вызвать физикохимическое повреждение слизистой оболочки пищевода.

Клиника: Клинические проявления ГЭРБ разнообразны и многочисленны, чаще характеризуется: упорными рвотами, срыгиваниями, отрыжкой, икотой, утренним кашлем чувством горечи во рту, изжогой, болями за грудиной, дисфагией, ночным храпом, приступами затрудненного дыхания, поражением зубной эмали.

Диагностика: ОАК (анемия, $\uparrow$ СОЭ, белки воспаления), ОАМ (без особенностей), копрограмма+на скрытую кровь (оценка ферментной активности), ЭГДС (оценка изменений слизистой), УЗИ (оценка размеров органов, толщины стенок), БХ крови (определение концентрации общего белка, альбумина, холестерина, глюкозы, амилазы, билирубина, железа, активности трансаминаз). Эндоскопия - Морфологические изменения (гиперемия и признаки воспаления слизистой, фибринозный налет, эрозии, переходящие в язвы),

Моторные нарушения (признаки недостаточности кардии, спровоцированное пролабирование на высоту 1-2 см, снижение тонуса сфинктера). Рентгенография - изменение диаметра пищевода, рельефа слизистой оболочки, изменение характера перистальтики (обратный заброс контрастного вещества из желудка в пищевод). Гистологическое исследование - гиперплазия эпителия в виде утолщения слоя базальных клеток и удлинения сосочков, инфильтрация лимфоцитами и плазматическими клетками, полнокровие сосудов подслизистого слоя (реже дисплазия эпителия, дистрофические и метапластические изменения). Внутрипищеводная рН-метрия (суточный мониторинг) -

1) снижение рН в пищеводе ниже 4-х в течении 5 минут и более

2) определение не менее 3-х эпизодов рефлюкса в течении 5 минут

3) восстановление рН в пищеводе в течение более 5 минут.

Лечение: Немедикаментозная терапия : Нормализация режима сна, исключение стрессовых факторов. Частое дробное питание, исключая жирное, жареное, соленое, копченое,

острое, газированное. Исключить вредные привычки (курение, употребление алкоголя).

Медикаментозная терапия : Антациды 10-14 дней (Фосфалюгель, Альмагель, Маалокс 15+)

Фосфалюгель (Алюминия фосфат) При гэрб, диафрагмальной грыже — сразу после еды и на ночь; при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки — через 1–2 ч после еды и немедленно при возникновении болей; при гастрите и диспепсии — до еды.

Прием препарата повторяют, если боли возникают в

промежутках между приемами. Детям: до 6 мес — по 4 г (1/4 пак. или 1 ч.ложка) после каждого из 6 кормлений; после 6 мес — по 8 г (по 1/2 пак. или 2 ч.ложки) после каждого из 4 кормлений. старше 6 лет — по 1–2 пак. 2–3 раза в сутки; Ингибиторы протонной помпы (Эзомепразол 12+, Рабепразол, Омепразол 18+)

Нексиум (эзомепразол) Эрозивный рефлюкс-эзофагит: по 40 мг 1 раз в сутки в течение 4 нед. Дополнительный 4-недельный курс - если нет улучшения или симптомы не стихают. Для предотвращения рецидива: по 20 мг 1 раз в сутки.

ГЭРБ без эзофагита: 20 мг 1 раз в сутки курсом на 4 недели. Если симптомы не пропадают - доп. обследование. После устранения симптомов можно перейти на режим приема препарата «по необходимости» - 20 мг/сут Прокинетики (Домперидон 12+)

Мотилиум (домперидон) Старше 12 лет и дети с массой ≥ 35 кг: по 10 мл. 3 раза/сут (макс. – 30 мл) Младше 12 лет с массой тела < 35 кг: 0.25 мг/кг массы тела 3–4 раза/сут (макс. - 30 мл)

Профилактика: Профилактика болезни включает правильное питание, контроль объема употребляемой пищи, устранение провоцирующих факторов по возможности.

Диспансерное наблюдение: Кратность наблюдения специалистами и объем обследований

определяется выраженностью клинической симптоматики и клинико-эндоскопическими данными. – участковый педиатр — 2 раза в год; – при выраженной клинической симптоматике показан осмотр

гастроэнтерологом — 2 раза в год; – пациенты с осложненным течением ГЭРБ (со стриктурами пищевода, кровотечениями, пищеводом Барретта) — наблюдаются

совместно с хирургом 2 раза в год; – при эндоскопически негативной форме ГЭРБ и рефлюкс-эзофагите I ст. ФЭГДС показана при обострении заболевания; – при ГЭРБ и/или рефлюкс-эзофагите II-III ст. ФЭГДС показана 1 раз в год, а также при обострении заболевания; – при ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом IV ст. (язва пищевода, пищевод

Барретта) ФЭГДС показана 1 раз в 6 мес. на первом году наблюдения и 1 раз в год (при условии достижения клинико-эндоскопической ремиссии)

38. Хронический гастродуоденит. Клиника, диагностика, лечение, профилактика, ведение на педиатрическом участке. Диспансерное наблюдение.

Ответ: Хронический гастродуоденит - хроническое воспаление со структурной перестройкой слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки, а также формированием секреторных, моторных и эвакуаторных нарушений.

Клиника: Боль в животе различна по интенсивности, может быть ранней (во время или через 10-20 минут после еды) и поздней (на голодный желудок или спустя 1-1,5 часа после еды).

Локализация - эпигастральная и пилорoduоденальная область, возможна иррадиация в левое подреберье, левую половину грудной клетки и руку. Отрыжка, тошнота, рвота, нарушение аппетита. Характерных клинических симптомов у инфекции *H.pylori* нет.

Диагностика: ОАК (анемия, ↑СОЭ, белки воспаления), ОАМ (без особенностей), копрограмма+на скрытую кровь (оценка ферментной активности), ЭГДС (оценка изменений слизистой), УЗИ (оценка размеров органов, толщины стенок), БХ крови (определение концентрации общего белка, альбумина, холестерина, глюкозы, амилазы, билирубина, железа, активности трансаминаз). Методы диагностики инфекции *H.pylori*:

- дыхательные тесты с регистрацией продуктов жизнедеятельности *H.pylori* (СО₂, аммиак)
- обнаружение специф. антихеликобактерных антител классов А и G при помощи экспресс-тестов - ПЦР с пробами кала
- бактериологический метод (определение штамма *H.pylori*, установление его чувствительности к препаратам) - ПЦР в биоптате слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки - уреазный тест

Лечение: Немедикаментозная терапия : Нормализация режима сна, исключение стрессовых факторов. Частое дробное питание, исключая жирное, жареное, соленое, копченое, острое, газированное. Исключить вредные привычки (курение, употребление алкоголя). Эрадикационная терапия (при наличии *H.pylori*) : Первые 5 дней - ИПП + висмута субцитрат + амоксициллин (50 мг\кг\сут) Следующие 5 дней - ИПП + висмута субцитрат + джозамицин (50 мг\кг\сут) Медикаментозная терапия :

Антациды 10-14 дней (Фосфалюгель, Альмагель, Маалокс 15+) Фосфалюгель (Алюминия фосфат) При гэрб, диафрагмальной грыже — сразу после еды и на ночь; при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки — через 1–2 ч после еды и немедленно при возникновении болей; при гастрите и диспепсии — до еды. Прием препарата повторяют, если боли возникают в промежутках между приемами. Детям: до 6

мес — по 4 г (1/4 пак. или 1 ч.ложка) после каждого из 6 кормлений; после 6 мес — по 8 г (по 1/2 пак. или 2 ч.ложки) после каждого из 4 кормлений. старше 6 лет — по 1–2 пак. 2–3 раза в сутки; Ингибиторы протонной помпы 14 дней (Эзомепразол 12+, Рабепразол, Омепразол 18+)

Нексиум (эзомепразол) Эрозивный рефлюкс-эзофагит: по 40 мг 1 раз в сутки в течение 4 нед. Дополнительный 4-недельный курс - если нет улучшения или симптомы не стихают. Для предотвращения рецидива: по 20 мг 1 раз в сутки.

ГЭРБ без эзофагита: 20 мг 1 раз в сутки курсом на 4 недели. Если симптомы не пропадают - доп. обследование. После устранения симптомов можно перейти на режим приема препарата «по необходимости» - 20 мг/сут Прокинетики (Домперидон 12+)

Мотилиум (домперидон) Старше 12 лет и дети с массой ≥ 35 кг: по 10 мл. 3 раза/сут (макс. – 30 мл) Младше 12 лет с массой тела < 35 кг: 0.25 мг/кг массы тела 3–4 раза/сут (макс. - 30 мл)

Профилактика: Вести здоровый образ жизни, правильно питаться и соблюдать режим питания. Употреблять только качественную и безопасную пищевую продукцию.

Диспансерное наблюдение: Обострение, неполная клинико-лабораторная ремиссия (1-й год наблюдения): Диспансерное наблюдение на педиатрическом участке: – педиатр — 1 раз в 3 месяца; – гастроэнтеролог — 1 раз в 6 месяцев. Стадия ремиссии (2-й год наблюдения): – педиатр — 1 раз в 6 месяцев; – гастроэнтеролог — 1 раз в год. Стадия стойкой ремиссии (3-й и последующие годы наблюдения): – педиатр — 1 раз в год; – гастроэнтеролог — 1 раз в год.

39. Хронический запор. Клиника, диагностика, лечение, профилактика, ведение на педиатрическом участке. Диспансерное наблюдение.

Ответ: Хронический запор – это состояние, при котором у детей увеличивается интервал между дефекациями и/или систематически происходит неполное опорожнение кишечника. Это состояние может быть спровоцировано неправильным питанием, психологическими факторами или органической патологией.

Клиника: Запор сам по себе является изолированным симптомом, который может сопровождать целый ряд заболеваний ЖКТ. В зависимости от этиологии может меняться сопутствующая клиническая картина.

Ключевыми характеристиками констипации является снижение количества испражнений до 2 раз в неделю или полное их отсутствие, ощущение неполного опорожнения кишечника.

Дополнительными признаками являются:

боль в животе – характер зависит от типа поражения кишечной стенки, при этом ребенок может ощущать как и постоянную ноющую боль, так и непродолжительные

схваткообразные приступы; тошнота, метеоризм, рвота; потеря аппетита, снижение массы тела; Диагностика: Для подтверждения диагноза могут назначаться следующие обследования: общий анализ крови и мочи; биохимический анализ крови; кал на яйца гельминтов; УЗИ органов брюшной полости; ирригография – рентгенологический метод, который применяется при наличии подозрений на непроходимость кишечника; колоноскопия; КТ/МРТ органов брюшной полости. Лечение: Лечение запора у детей разного возраста направлено на улучшение перистальтики кишечника и облегчение его освобождения от каловых масс. Для достижения этих целей на первом этапе применяются немедикаментозные методы, а именно модификация образа жизни: нормализация питания с увеличением количества овощей и фруктов в ежедневном рационе; увеличение объема потребляемой жидкости; отказ от «тяжелой» пищи (фаст-фуд, большое количество мяса, сладости). Прием слабительных средств у детей нежелателен. С одной стороны, это связано с риском развития побочных эффектов, а с другой – существует вероятность привыкания. Поэтому так важно выявить причину запора и воздействовать на нее. Однако есть группы препаратов, которые используются на первом этапе для нормализации пассажа каловых масс по кишечнику. Это средства, увеличивающие объем кала – действуют примерно через 24 часа; и препараты «быстрого реагирования» (например, глицериновые свечи), которые ускоряют перистальтику, действие развивается через 10-15 минут.

Профилактика: Профилактика запоров базируется на рациональном питании, достаточному употреблению жидкости и своевременном лечении других заболеваний ЖКТ.

Диспансерное наблюдение: Диспансерное наблюдение на педиатрическом участке: – педиатр — 1 раз в 3 месяца; – гастроэнтеролог — 1 раз в 6 месяцев.

40. Воспалительные заболевания кишечника (НЯК, болезнь Крона). Клиника, диагностика, лечение, профилактика, ведение на педиатрическом участке. Диспансерное наблюдение.

Ответ: Язвенный колит (или неспецифический язвенный колит) – это хроническое заболевание, при котором на слизистой толстого кишечника образуются язвы. Патология характеризуется периодическими кишечными кровотечениями различной интенсивности, нарушениями пищеварения, потерей массы тела.

Клиника: Выраженность симптомов язвенного колита у детей зависит от площади пораженного участка кишечника. Если патологический процесс захватывает только прямую кишку, ребенок может жаловаться на боли внизу живота, болезненные позывы на дефекацию (тенезмы), а также кровотечения из заднего прохода различной степени

интенсивности. Поражение всей левой стороны кишечника часто проявляется очень сильными болями с соответствующей стороны живота, а также диареей с примесью крови. Поскольку поражение слизистой нарушает процессы всасывания, со временем может возникнуть дефицит питательных веществ, сопровождающийся снижением массы тела. При тотальном поражении всего кишечника симптомы неспецифического язвенного колита у ребенка становятся опасными. Маленький пациент страдает от сильной диареи, сопровождающейся обезвоживанием, болей в животе и кишечных кровотечений. В тяжелых случаях при отсутствии своевременной медицинской помощи развивается шоковое состояние, связанное с потерей крови и жидкости, снижением артериального давления. Эта форма заболевания может иметь молниеносное течение, которое характеризуется стремительным развитием симптоматики и имеет высокий риск осложнений.

Примерно у каждого десятого пациента отмечается сопутствующее воспалительное поражение глаз, суставов, кожи, желчевыводящих путей, костей и мышц.

Диагностика: Диагностика язвенного колита основана на анализе жалоб и анамнеза ребенка и обнаружении характерных признаков поражения кишечника. Для объективного подтверждения используются следующие методики: лабораторная диагностика: копрограмма, бакпосев кала, анализ кала на скрытую кровь, общий анализ крови, биохимический анализ крови (для выявления сопутствующих нарушений);

колоноскопия: осмотр кишечника изнутри с помощью специального зонда с камерой и подсветкой; биопсия участка кишки: взятие небольшого участка слизистой для исследования под микроскопом, проводится во время колоноскопии;

рентгенография с контрастированием (ирригоскопия и пассаж бария по кишечнику): позволяет выявить язвы, расширение кишки (мегаколон);

компьютерная томография брюшной полости.

Лечение: Лечение язвенного колита у детей направлено на устранение основных симптомов заболевания и профилактику осложнений со стороны кишечника и других органов. Основу терапии составляет коррекция питания. Из рациона исключаются все блюда и продукты, которые раздражают кишечник и стимулируют его работу: фрукты и овощи с большим количеством клетчатки, грубая пища, острые и кислые блюда, газированные напитки. Пища должна содержать большое количество белка, который способствует восстановлению слизистой кишечника. Медикаментозная терапия направлена на остановку воспалительного процесса. В зависимости от ситуации она может включать: НПВС (нестероидные противовоспалительные средства); кортикостероиды (в редких случаях);

иммунодепрессанты; препараты, останавливающие диарею; обезболивающие средства; лекарства для восстановления уровня железа и т.п.

Профилактика: Специфической профилактики заболевания не существует, поскольку врачам до сих пор не известна точная причина его возникновения. При уже поставленном диагнозе профилактические мероприятия направлены на предупреждение рецидивов. Они включают коррекцию питания с минимизацией раздражающей пищи, уменьшение физического и психоэмоционального переутомления, стрессов. Ребенка необходимо регулярно приводить на профилактический прием.

Болезнь Крона у детей – хроническое заболевание желудочно-кишечного тракта, которое характеризуется формированием очагов воспаления с последующим образованием язв, рубцов и свищей преимущественно в тонком кишечнике, но может поражать любой отдел, начиная от ротовой полости и заканчивая прямой кишкой.

Клиника: Признаки патологии вариативны и зависят, в первую очередь, от локализации воспалительного процесса в ЖКТ. Первыми симптомами болезни Крона у детей становятся: боль в животе, желудке, области пищевода;

длительная диарея, сопровождающаяся вздутием живота, метеоризмом, спазмами; патологическая потеря веса; анемия;

повышение температуры тела; постоянная слабость, усталость, вялость;

тошнота, приступы рвоты; снижение аппетита

Диагностика: Основными методами исследования при подозрении на болезнь Крона в детском возрасте стали: рентгенография брюшной полости с применением контрастного вещества – позволяет оценить структурные особенности кишечника и выявить свищи; ирригоскопия (обследование толстой кишки) – направлена на поиск участков сужения и изучения состояния слизистых оболочек; колоноскопия или ректороманоскопия – необходима для визуальной оценки слизистых на разных участках кишечника.

Диагностика болезни Крона у детей также предполагает проведение: общего анализа крови; коагулограммы; определения общего белка и белковых фракций; копрограммы; общего анализа мочи; бактериологического исследования кала.

Лечение: В схему консервативного лечения болезни Крона у детей входят: медикаментозные препараты, оказывающие противовоспалительное, антибактериальное; соблюдение питьевого режима; коррекция питания;

диета.

Профилактика: К сожалению, поскольку причины появления патологии до конца не изучены, специфической профилактики болезни Крона не существует. Диспансерное наблюдение детей с Язвенным Колитом и Болезнью Крона: Для большинства пациентов не реже 1 раза в 3 месяца целесообразно осуществлять осмотр гастроэнтеролога и педиатра.

41. Инфекции мочевыделительных путей. Острый цистит. Клиника, диагностика, лечение, профилактика, ведение на педиатрическом участке.

Ответ: Цистит – заболевание мочевыделительной системы острого или хронического характера, при котором происходит воспаление мочевого пузыря. Состояние сопровождается характерной симптоматикой в виде учащенного мочеиспускания, болезненности, частых позывов к опорожнению мочевого пузыря. Клиника: Клиническая картина заболевания зависит от вида инфекционного агента, вызывавшего воспаления, от тяжести и формы патологии, а также от наличия других воспалительных процессов в организме ребенка. Наиболее характерными признаками цистита у детей являются: учащенные позывы к мочеиспусканию с частотой до 2–4 раз в час; жжение, дискомфорт в области уретры; болезненность и резь при мочеиспускании; выделение мочи небольшими порциями; тянущие и колющие боли в нижней части живота, особенно перед опорожнением мочевого пузыря, в случае длительного сдерживания позывов; изменение цвета и консистенции мочи (урина становится темной, мутной, нередко в ней видны хлопьевидные примеси, осадок, иногда кровь); характерный неприятный запах мочи.

Диагностика: к лабораторным методам обследования при цистите относятся: общеклинический анализ крови; общий анализ мочи; бактериологический посев мочи на микрофлору; исследование мочи по Нечипоренко; мазок на микрофлору из половых органов и мочеиспускательного канала. Дополнительно назначаются инструментальные способы обследования, в число которых входит ультразвуковое исследование органов мочеполовой системы, цистоскопия, цистография и другие процедуры. Комплексная диагностика направлена на выявление цистита и сопутствующих ему патологий (например, наличия конкрементных образований в мочевом пузыре, повреждения стенок органа или его деформации).

Лечение: поскольку в подавляющем большинстве случаев воспаление мочевого пузыря имеет бактериальное происхождение, основным методом терапии становится применение антибиотиков. Помимо антибактериального курса ребенку могут быть назначены следующие группы лекарственных препаратов: противовоспалительные средства; противогрибковые препараты; спазмолитики; жаропонижающие средства; уросептики.

Для закрепления достигнутого лечебного эффекта могут использоваться различные физиотерапевтические процедуры: электрофорез, магнитотерапия, ультразвуковая терапия, лечебная физкультура и другие методики.

Профилактика: тщательно следить за гигиеной половых органов ребенка и обучать его самостоятельным навыкам ежедневного ухода за собой; подмывать малышей после каждого опорожнения кишечника, перед сменой подгузника;

правильно подмывать девочек, двигаясь от лобка к анусу;

не разрешать детям пользоваться личными предметами гигиены или одежды других людей (полотенцами, губками, мочалками, нательным бельем);

приобретать детям просторное нижнее белье из натуральных тканей;

не переохлаждать малышей, так как воздействие низких температур приводит к снижению общей и местной иммунной защиты, что многократно повышает риск активизации патогенной флоры.

Ведение на педиатрическом участке: Пациентов с острым циститом наблюдает врач-педиатр участковый/дежурный; врач-уролог.

42. Инфекции мочевыделительных путей. Острый пиелонефрит. Клиника, диагностика, лечение, профилактика, ведение на педиатрическом участке. Диспансерное наблюдение.

Ответ: Острый пиелонефрит — воспалительное заболевание почечной паренхимы и лоханки, возникшее вследствие бактериальной инфекции.

Клиника: Острая форма заболевания всегда возникает внезапно. Ключевыми симптомами острого пиелонефрита у детей становятся: резкое повышение температуры тела (до 39-40°C); общая слабость; озноб; снижение аппетита; тошнота, рвота; помутнение и изменение цвета мочи; головная боль; сильные боли в поясничном отделе спины. Диагностика: В перечень дополнительной диагностики пиелонефрита у детей в зависимости от показаний и необходимости могут входить: общий анализ мочи – для определения наличия воспалительного процесса в почках; посев мочи – для выявления наличия в мочевыводящих путях инфекции и определения ее чувствительности к антибиотикам;

общий анализ крови – для выявления воспаления в организме ребенка и сопутствующей анемии; ультразвуковое исследование – для определения размеров почки, плотности ее паренхимы, наличия деформации чашечно-лоханочной системы и т.д; МРТ или КТ – для исключения возможных патологических процессов, потенциально способных спровоцировать пиелонефрит. Лечение: Медикаментозное лечение пиелонефрита включает в себя следующие группы препаратов: антибиотики; уроантисептики; диуретики; обезболивающие препараты; спазмолитики; противовоспалительные средства; жаропонижающие препараты; иммуномодуляторы. Диета при пиелонефрите должна включать повышенное употребление жидкости с одновременным исключением жареных, острых, копченых, сильно соленых и жирных блюд, а также газированных напитков. Предпочтительные способы приготовления пищи – тушение, отваривание, приготовление на пару. В случае, если у маленького пациента имеется обширное гнойное поражение, показано хирургическое вмешательство.

Профилактика: С целью снижения рисков развития пиелонефрита в детском возрасте рекомендуется: не переохлаждать и не перегревать детей, одевая их в соответствии с погодными условиями; соблюдать правила личной гигиены, учить малыша самостоятельно заботиться о чистоте своего тела; контролировать имеющиеся очаги хронических заболеваний у малышек; проводить иммунопрофилактику в соответствии с графиком прививок; Диспансерное наблюдение: Педиатр: 1-й год — ежемесячно в течение первого года первых 3 мес., далее — 1 раз в 3 мес.; 2-й год — 1 раз в 3 мес., далее — 1 раз в 6 мес. Нефролог в период ремиссии на фоне лечения — 1 раз в мес., далее — 1 раз в 3 мес. в течение 3-х лет, после чего 1 раз в 6 мес.; при вторичном пиелонефрите 1-й год — 1 раз в 3 мес., 2-й год — 1 раз в 6 мес., при снижении функции почек — 1 раз в 3-6 мес. Стоматолог и оториноларинголог консультируют ребенка 2 раза в год. Гинеколог/ уролог — при обострении.

43. Внебольничная пневмония (типичная). Клиника, диагностика, лечение, профилактика, ведение на педиатрическом участке. Диспансерное наблюдение.

Ответ: Внебольничная пневмония (типичная) - острое инфекционное заболевание, преимущественно бактериальной природы, характеризующееся очаговым поражением респираторных отделов легких и наличием дыхательных расстройств и внутриальвеолярной экссудации, а также инфильтративными изменениями на рентгенограммах легких. Клиника: Укорочение перкуторного звука (над пораженным участком), Ослабление дыхания/Появление бронхиального дыхания, Крепитация/Мелкопузырчатые хрипы (50-70%), у детей старшего возраста - Усиление бронхофонии и голосового дрожания, Повышение температуры тела. Диагностика:ОАК (Лейкоцитоз более $15 \times 10^9/\text{л}$ (выше 30 - атипичная флора), Нейтрофиллез, $\uparrow\text{СОЭ}$), ОАМ (без особенностей), БХ крови ($\uparrow\text{СРБ}$ и др белков острой фазы), Бактериологическое исследование на флору (при подозрении на атипичную флору\тяжелое течение) Рентген грудной клетки (для пневмококковой пневмонии более характерна гомогенная тень с четкими границами, а для микоплазменной — негомогенная, без четких границ), Пульсоксиметрия (в целях определения степени насыщения крови кислородом). Лечение: Показания к госпитализации: возраст <6 мес; тяжелое течение; тяжелое фоновое заболевание; проведение иммуносупрессивной терапии; отсутствие ответа на стартовую АБТ в течение 48 ч. Немедикаментозная терапия: Постельный режим на время лихорадки, диета по возрасту. Медикаментозная терапия: Принципы эмпирической терапии: раннее назначение АБП с учетом наиболее вероятного возбудителя и его чувствительности в регионе, возраста больного, наличие фоновых заболеваний, токсичность и переносимость АБП для конкретного пациента. Антибактериальная терапия (типичная флора - 7-10 дней; атипичная - 10-14).

Амоксициллин 50 мг/кг/сут на 10-14 дней (предпочтительнее в форме Солютаб); Джозамицин 50 мг/кг/сут (при атипичной флоре или в качестве альтернативной терапии). При тяжелом течении рекомендуется разделять суточную дозу препарата на 3 приема, вместо 2 (большой показатель $T > МПК$). В случаях отсутствия ответа на стартовую эмпирическую терапию (в особенности у детей старше 5 лет) рекомендуется добавить к β -лактамному антибиотику макролидный. Диспансерное наблюдение: Дети, перенесшие среднетяжелую ВП, подлежат диспансерному наблюдению в течение 6 мес, а перенесшие тяжелую и осложненную ВП — в течение 12 мес у врача-терапевта участкового.

44. Внебольничная пневмония (атипичная). Клиника, диагностика, лечение, профилактика, ведение на педиатрическом участке. Диспансерное наблюдение.

Ответ: 1. Внебольничная пневмония (атипичная). Клиника, диагностика, лечение, профилактика, ведение на педиатрическом участке. Диспансерное наблюдение.

- Пневмония определяется как «острое инфекционное заболевание легочной паренхимы, преимущественно бактериальной этиологии, диагностируемое по синдрому дыхательных расстройств и/или физикальным данным, а также инфильтративным изменениям на рентгенограмме»

- Внебольничная пневмония – это пневмония, развившаяся вне стационара или диагностированная в первые 48 часов с момента госпитализация
- Атипичная внебольничная пневмония - отличающаяся от общей популяции по этиологии, характеру течения и прогнозу
- Клиническая картина проявляется выраженными в различной степени интоксикацией, респираторными нарушениями, локальными физикальными изменениями со стороны легких
 - Наиболее значимыми являются тахипноэ с ЧД более 50 в мин, кряхтящее/стонущее дыхание. Ранними и важными являются симптомы дыхательной недостаточности, гипоксемии, гиперкапнии
- Пульсоксиметрию рекомендовано проводить всем детям с респираторными симптомами и подозрением на пневмонию с целью комплексной оценки состояния и определения показаний к госпитализации
- Рентгенографию грудной клетки (рентгенографию легких, или рентгенографию легких цифровую) рекомендуется назначать с целью диагностики пневмонии и/или ее осложнений в следующих случаях:
 - имеются признаки дыхательной недостаточности
 - лихорадке без очага инфекции

- при наличии локальных и/или асимметричных аускультативных и перкуторных изменений в легких
- детям с подтвержденной рентгенологически пневмонией, но у которых отмечается неадекватный ответ на антибактериальную терапию
- Детям с подозрением на пневмонию рекомендуется провести общий (клинический) анализ крови развернутый, исследование уровня С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови для оценки маркеров бактериальной инфекции
- Лечение:
 - рекомендуется использовать амоксициллин в качестве первого выбора для исходно здоровых детей любого возраста с ВП
 - детям с пневмонией при повышении температуры тела $> 39—39,5^{\circ}\text{C}$ рекомендуется жаропонижающая терапия
 - рекомендуется поддерживать адекватный уровень гидратации у детей с пневмонией
 - не рекомендуется рутинно использовать у детей с пневмонией ингаляционную терапию
 - не рекомендуется рутинно использовать у детей с ВП противокашлевые препараты и средства для лечения простудных заболеваний
- Ведение на педиатрическом участке:
 - Дети с нетяжелым и среднетяжелым течением пневмонии не имеющих «красных флагов» получают лечение в амбулаторных условиях
 - До наступления эффекта от терапии детям рекомендуется постельный режим, после снижения температуры — полупостельный, через 3—5 дней — общий с прогулками. Важно проветривание помещения
- Профилактика:
 - Рекомендовано всем детям при условии отсутствия противопоказаний проведение вакцинации против инфекции *H.influenzae b*, пневмококковой инфекции, гриппа
 - Рекомендуется исключить контакт всех детей с табачным дымом, избегать бытового загрязнения воздуха в месте проживания

45. Острый бронхит. Клиника, диагностика, лечение, профилактика, ведение на педиатрическом участке.

Ответ: • Острый бронхит — воспаление слизистой оболочки бронхов, чаще развивающееся на фоне острой респираторной вирусной инфекции

- Клиническая картина: острое начало с невысокой температурой (до 38°C) (реже температура достигает более высоких цифр), кашлем, насморком. Аускультативно в легких симметрично с обеих сторон выслушиваются рассеянные сухие и/или влажные хрипы, которые обычно уменьшаются после откашливания. Состояние ребенка обычно

не страдает

- В большинстве случаев, дополнительных обследований, кроме осмотра педиатром, ребенку с острым бронхитом не требуется
- Острый бронхит, в большинстве случаев, носит доброкачественный характер и не требует назначения антибиотиков.
- При повышении температуры тела $> 39-39,5^{\circ}\text{C}$ рекомендуется использовать физические методы охлаждения, провести жаропонижающую терапию
- Не рекомендуется рутинное назначение группы противокашлевых препаратов
- Рекомендуется назначение лекарственных средств группы «муколитические препараты» — при вязкой, трудно отделяемой мокроте
- Острый бронхит обычно требует только амбулаторного лечения
- Рекомендовано всем детям при условии отсутствия противопоказаний проведение вакцинации против инфекции *H.influenzae b*, пневмококковой инфекции, гриппа
- Рекомендуется детям избегать нахождения в местах с загрязнением воздуха и с табачным дымом с целью профилактики развития бронхитов

46. Острый обструктивный бронхит. Клиника, диагностика, лечение, профилактика, ведение на педиатрическом участке.

Ответ: • Острый вирусный бронхит может сопровождаться синдромом бронхиальной обструкции, особенно у детей раннего возраста, в случае РС-вирусной инфекции, а также у детей с атопией и вероятным дебютом бронхиальной астмы

- отмечаются экспираторная одышка, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, удлиненный выдох и сухие свистящие хрипы (в том числе дистанционные), насыщение крови кислородом (сатурация) может быть снижено
- В большинстве случаев, дополнительных обследований, кроме осмотра педиатром, ребенку с острым обструктивным бронхитом не требуется
- рекомендуется назначение препаратов для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей (препаратов, обладающих бронхолитическим действием) из групп: селективные β_2 -адреномиметики или адренергические средства в комбинации с антихолинергическими или антихолинергические средства либо другой препарат для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей по индивидуальным показаниям
- Не рекомендуется рутинно использовать для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей также ксантины
- Рекомендуется использовать ингаляционные глюкокортикостероиды при недостаточной эффективности предыдущей терапии
- Рекомендовано всем детям при условии отсутствия противопоказаний проведение

вакцинации против инфекции *H.influenzae b*, пневмококковой инфекции, гриппа

- Рекомендуется детям избегать нахождения в местах с загрязнением воздуха и с табачным дымом с целью профилактики развития бронхитов

47. Бронхиальная астма. Клиника, диагностика, лечение (в том числе ступенчатая терапия), профилактика, ведение на педиатрическом участке. Диспансерное наблюдение.

Ответ: • Бронхиальная астма - заболевание, характеризующееся хроническим воспалением дыхательных путей, наличием респираторных симптомов, таких как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют по времени и интенсивности, и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей

- Типичными клиническими симптомами БА у детей являются свистящие хрипы, кашель, одышка, часто усиливающиеся в ночное время или при пробуждении. При развитии обострения БА у детей появляется навязчивый сухой или малопродуктивный кашель (иногда до рвоты), экспираторная одышка, шумное свистящее дыхание.
- Диагноз БА рекомендуется устанавливать на основании жалоб и анамнестических данных пациента, результатов функциональных методов обследования, специфического аллергологического обследования и исключения других заболеваний
- Рекомендуется проведение развернутого общего (клинического) анализа крови всем пациентам при первичной диагностике и в динамике с целью оценки эозинофильного воспаления
- Рекомендовано Исследование уровня общего иммуноглобулина E в крови при первичной диагностике и в процессе динамического наблюдения с целью определения наличия аллергического воспаления и диагностики фенотипа астмы
- Рекомендовано определение уровня специфических иммуноглобулинов E в крови при первичной диагностике и в процессе динамического наблюдения с целью идентификации сенсibilизации и возможных триггерных факторов
- У всех пациентов с подозрением на БА рекомендуется использовать спирометрию в качестве начального исследования для выявления и оценки степени тяжести обструкции дыхательных путей
- Всем пациентам рекомендуется выполнять бронходилатационный тест для определения степени обратимости обструкции под влиянием бронхорасширяющих препаратов
- У пациентов с нормальными показателями спирометрии и отрицательным бронходилатационным тестом для подтверждения диагноза БА рекомендуется использовать тесты на выявление бронхиальной гиперреактивности

- В качестве метода диагностики БА у пациентов старше 5 лет при невозможности проведения спирометрии рекомендуется пикфлоуметрия
- При лечении БА рекомендуется использовать ступенчатый подход, корректируя объем терапии в зависимости от уровня контроля и наличия факторов риска обострений
- Будесонид+формотерол для купирования приступов и симптомов в режиме «по потребности»
- Пациентам с наличием факторов риска обострений рекомендуется назначать регулярную терапию низкими дозами ИГКС

48. Аллергический ринит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика с вазомоторным и медикаментозным ринитом, лечение, профилактика, ведение на педиатрическом участке. Диспансерное наблюдение.

Ответ: • Аллергический ринит - воспалительное заболевание слизистой носа, обусловленное действием аллергена

- Характерными симптомами аллергического ринита являются следующие: чихание, заложенность носа, водянистые выделения из носа, зуд в полости носа, которые беспокоят при одних и тех же условиях
- Симптомы болезни могут беспокоить в течение всего года, как при бытовом (круглогодичном) аллергическом рините, или в определенный сезон (весной, лето и/или осенью), как при поллинозе
- Диагноз аллергического ринита устанавливается на основании анализа аллергологического анамнеза, характера клинических симптомов и результатов специфического аллергологического обследования пациента
- Критерии для установки диагноза:
 - о ежедневно проявляющиеся в течение часа и более хотя бы двух из следующих симптомов: заложенность (обструкция) носа, выделения из носа (ринорея), чихание, зуд в полости носа
 - о наличие анамнестических данных, указывающих на связь возникновения жалоб после контакта с предполагаемым причинно-значимым аллергеном
 - о наличие положительных результатов аллергологического обследования
- Рекомендуется всем пациентам цитологическое исследование смывов с верхних дыхательных путей с целью выявления эозинофилии носового секрета при первичной диагностике
- Рекомендуется пациентам с АР при отсутствии противопоказаний к тестированию проводить кожные исследования реакции на аллергены
- Рекомендуется всем пациентам с АР назначение антигистаминных средств системного действия без седативного эффекта

- Рекомендуется всем пациентам АР рассмотреть возможность назначения назальных противоаллергических препаратов
- Рекомендуется всем пациентам с АР при любой степени тяжести рассмотреть целесообразность назначения антагонистов лейкотриеновых рецепторов
- Рекомендуется всем пациентам с АР проведение элиминационных мероприятий в отношении причинно-значимых аллергенов
- Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) – основной метод патогенетического лечения связанных с IgE-опосредованным механизмом аллергических заболеваний
- Рекомендуется всем пациентам с АР рассмотреть целесообразность проведения АСИТ с целью вторичной профилактики

49. Атопический дерматит. Клиника, диагностика, лечение, профилактика, ведение на педиатрическом участке. Диспансерное наблюдение.

Ответ: Атопический дерматит — мультифакториальное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением и возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения

Клиническая картина

Обычно манифестация АтД у детей происходит на первом году жизни. Заболевание проходит в своем развитии три стадии, которые могут быть разделены периодами ремиссии или переходить одна в другую.

- Младенческая стадия АтД формируется у детей с периода новорожденности до двух лет и характеризуется острым воспалением кожи с высыпаниями на коже папул и микробезикул с выраженной экссудацией и мокнутием (экссудативная форма). Локализация высыпаний — преимущественно на лице, реже — на голени и бедрах.

- Детская стадия АтД формируется у детей в возрасте от 2 до 12 лет, может следовать за младенческой стадией без перерыва и продолжается обычно до подросткового возраста. При этом на коже менее выражены экссудативные очаги, характерные для младенческой фазы, отмечается ее значительная гиперемия, выраженная сухость и подчеркнутый рисунок, утолщение складок и гиперкератоз, складчатый характер поражений. Наличие этих элементов определяется как эритематозно-сквамозная форма АтД с лихенизацией.

- Подростковая стадия АтД наблюдается у детей в возрасте старше 12 лет и характеризуется резко выраженной лихенизацией (лихенификацией), сухостью и шелушением, преимущественными поражениями кожи лица и верхней части туловища и непрерывно рецидивирующим течением. Эта стадия начинается в период полового созревания и часто продолжается в зрелом возрасте. Преобладает поражение сгибательных поверхностей в области естественных складок, лица и шеи, плеч и спины,

тыльной поверхности кистей рук, ступней, пальцев рук и ног. Высыпания характеризуются сухими, шелушащимися эритематозными папулами и бляшками и образованием больших лихенифицированных бляшек при хронических очагах поражения кожи.

Диагностика

- проведение общего клинического анализа крови.
- проведение кожных тестов со стандартизованными аллергенами (прик-тест, скарификационные кожные пробы).
- Рекомендуется определение аллергенспецифических IgE-антител в сыворотке крови

Лечение

Лечение АтД должно быть комплексным и патогенетическим, включающим элиминационные мероприятия, диету, гипоаллергенный режим, местную и системную фармакотерапию, коррекцию сопутствующей патологии, обучение больного, реабилитацию. Объем терапии при АтД определяется выраженностью клинических проявлений

Наружная терапия является обязательной и важной частью комплексного лечения

АтД. Она должна проводиться дифференцированно с учетом патологических изменений кожи. Целью наружной терапии АтД является не только купирование воспаления и зуда, но и восстановление водно-липидного слоя и барьерной функции кожи, а также обеспечение правильного и ежедневного ухода за кожей.

50. Реактивный артрит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика с ювенильным идиопатическим артритом, принципы лечения, ведение на педиатрическом участке.

Ответ: Реактивный артрит – транзиторное состояние, воспаление сустава(-ов) на фоне текущей или перенесенной кишечной инфекции или инфекции мочевыводящих путей

Клинические проявления реактивных артритов могут варьировать от преходящего моноартрита до тяжелого мультисистемного заболевания. Общие симптомы включают повышение температуры тела, утомляемость, снижение массы тела. Артрит может быть легким или тяжелым. Поражение суставов обычно асимметричное и олигоартикулярное или полиартикулярное, встречается преимущественно в больших пальцах стопы и крупных суставах нижних конечностей, может сопровождаться появлением обширных экссудатов в коленных суставах. При тяжелом течении заболевания возможны боли в спине. Повреждение суставов встречается редко. Поражение аксиальной области чаще регистрируется у HLA-B27-позитивных пациентов и оно, как правило, асимметричное и с массивными синдесмофитами.

Частым и характерным признаком является энтезопатия

Поражения кожи и слизистых оболочек представляют собой небольшие транзиторные, относительно безболезненные поверхностные изъязвления, развивающиеся чаще всего на слизистой оболочке полости рта, языке и головке полового члена (в виде кольцевидного баланита).

- Типичный артрит
- Симптомы предшествовавшей желудочно-кишечной или мочеполовой инфекции
- Еще один внесуставной признак

Реактивный артрит предполагают у больных с острым асимметричным артритом крупных суставов нижних конечностей и пальцев, особенно при наличии тендинита, а также диареи или дизурических расстройств в анамнезе. Диагноз, в конечном счете, ставится клинически и требует наличия типичного периферического артрита с симптомами мочеполовой или желудочно-кишечной инфекции либо одним из других внесуставных проявлений.

Лечение заключается в назначении антибактериальной терапии в соответствии с возбудителем инфекционного процесса, НПВП курсом до 30 дней и более в возрастной дозировке.

51. Гипертермический синдром. Клиника, лечебные мероприятия на догоспитальном этапе. Показания для госпитализации.

Ответ: В группу пациентов с лихорадкой без очага инфекции (ЛБОИ), согласно международному консенсусу, включаются дети в возрасте до 3-х лет с высокой лихорадкой, у которых на момент обращения к врачу отсутствуют катаральные явления и иные симптомы, указывающие на локализацию процесса или этиологию заболевания. В данную группу не входят больные, находящиеся в тяжелом состоянии с резким нарушением самочувствия, признаками нарушения сознания, нежеланием принимать жидкость, периферическим цианозом, гипо- или гипервентиляцией.

Опасность ЛБОИ заключается в отсутствии каких-либо клинических симптомов, кроме высокой температуры, позволяющих выявить очаг инфекции и также судить о вирусной или бактериальной этиологии каждого конкретного случая, откуда следуют проблемы, связанные с выбором тактики лечения. Несмотря на то, что во многих случаях этиологическим фактором ЛБОИ является бактериальная инфекция, для которой более характерна, в отличие от вирусной, интоксикация с нарушением общего самочувствия, около 96% ЛБОИ протекает без «токсикоза». «Токсикоз» чаще наблюдается при развивающейся ТБИ.

Тем не менее, такие признаки, как вялость, слабость, отказ от еды и жидкости, плаксивость и раздражительность, необычная бледность или гиперемия кожи, заостренность черт лица, сложность в установлении зрительного контакта с ребенком,

выше обычного тревожность матери, должны настораживать врача и рассматриваться как признаки вероятной бактериемии при ЛБОИ.

Лечение

- Детям с симптомами токсикоза показано введение антибиотика
- Детям без симптомов токсикоза показано проведение общего клинического анализа крови:
 - при уровне лейкоцитов $> 15 \times 10^9/\text{л}$ - введение антибиотика;
 - при уровне лейкоцитов $< 5 \times 10^9/\text{л}$ - исключение гриппа, энтеровирусной инфекции, сепсиса;
 - при уровне лейкоцитов $10-15 \times 10^9/\text{л}$ и: / СРБ > 70 мг/л - введение антибиотика; v СРБ < 70 мг/л - анализ на ПКТ; ~ ПКТ > 2 нг/мл - введение антибиотика.
- Детям, получающим антибактериальную терапию, при снижении температуры продолжить лечение 5-7 дней.
- Детям, получающим симптоматическое лечение, при появлении:
 - токсикоза, ухудшении состояния - показано введение антибиотика;
 - иных признаков заболевания - тактика в зависимости от новых симптомов (стоматит, гингивит - введение ацикловира, сыпь - вероятно энтеровирусная)
- Рекомендовано назначение антибактериальной терапии при бактериальных или предположительно бактериальных формах ЛБОИ
- Рекомендовано в качестве препаратов первого выбора назначать: амоксициллин/клавуланат
- Детям в тяжелом состоянии с признаками токсикоза экстренно должна быть начата противошоковая терапия, проведен полный «септический» скрининг и назначена эмпирическая антибактериальная терапия.
- В случае вирусной этиологии ЛБОИ показано назначение симптоматической терапии с адекватным питьевым режимом.

52. Острый стенозирующий ларинготрахеит. Неотложная помощь. Показания для госпитализации.

Ответ: Острый обструктивный ларингит (круп) - воспаление гортани и тканей подскладочного пространства с сужением просвета гортани. Ранее также использовался термин «стенозирующий ларинготрахеит»

- Для купирования крупа эффективно ингаляционное введение суспензии будесонида через компрессорный небулайзер в дозировке 0,5 — 2 мг на 1 ингаляцию. В 85% случаев (обычно при стенозе гортани 1 степени) бывает достаточно 1 процедуры, ингаляции повторяют 2 раза в сутки до полного разрешения стеноза. Дексаметазон 0,1 - 0,6 мг/кг

вводится внутримышечно (или внутривенно) детям со стенозом гортани 2 степени или при неэффективности будесонида при стенозе 1 степени, а также детям младшего возраста при невозможности адекватного проведения ингаляции или чрезмерном беспокойстве ребенка при попытке ингаляции будесонидом. При отсутствии дексаметазона пациенту может быть назначен преднизолон (ак2 в эквивалентной дозировке 1 мг преднизолона соответствует 0,15 мг дексаметазона), однако эффект может быть несколько слабее.

- лечения синдрома крупа может быть использован раствор адреналина 1:1000, при этом)на одну ингаляцию детям в возрасте до 4 лет используют не более 2,5 мл, в возрасте старше 4 лет не более 5 мл, обычно разводят в 3 мл 0,9% раствора натрия хлорида - не более трех ингаляций

- Стеноз гортани 3-й степени требует неотложной интубации

Показания к госпитализации:

При крупе достижение эффекта от ингаляций будесонида или инъекции дексаметазона (преднизолона) на дому или в амбулаторных условиях позволяет отказаться от госпитализации, поскольку повторное усиление стеноза возникает крайне редко

Госпитализация показана в следующих случаях:

- стеноз 2-3 степени;
- невозможность проведения адекватной терапии в домашних условиях;
- прогрессирующее ухудшение состояния.

Ранняя анемия недоношенных - гематологический синдром, характеризующийся снижением гемоглобина и/или гематокрита более, чем на 2 стандартных отклонения от средних значений гемоглобина и/или гематокрита для данного постнатального возраста у недоношенных детей, развивающаяся на 3-10 неделе жизни

Профилактика

Для профилактики анемии у новорожденного рекомендуется отсроченное пережатие и пересечение пуповины спустя 60-120 сек при отсутствии необходимости в немедленном оказании помощи матери или ребенку

Для профилактики анемии у недоношенного новорожденного рекомендуется минимизировать флеботомические потери и диагностические венепункции

Для профилактики анемии недоношенных не рекомендуется рутинное назначение других антианемических препаратов всем недоношенным новорожденным

Рекомендуется назначение эпоэтина альфа** или эпоэтина бета** у глубоко недоношенных новорожденных гестационного возраста менее 31 недели с целью повышения уровня гемоглобина на момент выписки из стационара

Недоношенным новорожденным с ОНМТ и ЭНМТ для профилактики развития железодефицитного состояния рекомендуется назначение пероральных препаратов

трехвалентного железа

Лечение

Недоношенному новорожденному с симптомами анемии и/или снижением уровня гемоглобина до значений, требующих коррекции, для достижения целевого уровня гемоглобина рекомендуется гемотрансфузия эритроцитсодержащих компонентов (ЭСК) крови с учетом потребности в проведении респираторной терапии

Недоношенному новорожденному для коррекции анемии гемотрансфузия эритроцитсодержащих компонентов крови рекомендуется в объеме 10-20 мл/кг

Во время гемотрансфузии и как минимум в течение 2 часов после недоношенному новорожденному рекомендуется проведение мониторинга ЧСС, АД, ЧД, степени насыщения гемоглобина кислородом, диуреза, цвета мочи, температура тела для возможности выявления трансфузионных реакций и осложнений гемотрансфузии

53. Анемия недоношенных (профилактика, лечение). Профилактика рахита у недоношенных детей.

Ответ: Ранняя анемия недоношенных - гематологический синдром, характеризующийся снижением гемоглобина и/или гематокрита более, чем на 2 стандартных отклонения от средних значений гемоглобина и/или гематокрита для данного постнатального возраста у недоношенных детей, развивающаяся на 3-10 неделе жизни

Профилактика

Для профилактики анемии у новорожденного рекомендуется отсроченное пережатие и пересечение пуповины спустя 60-120 сек при отсутствии необходимости в немедленном оказании помощи матери или ребенку

Для профилактики анемии у недоношенного новорожденного рекомендуется минимизировать флеботомические потери и диагностические венепункции

Для профилактики анемии недоношенных не рекомендуется рутинное назначение других антианемических препаратов всем недоношенным новорожденным

Рекомендуется назначение эпоэтина альфа** или эпоэтина бета** у глубоко недоношенных новорожденных гестационного возраста менее 31 недели с целью повышения уровня гемоглобина на момент выписки из стационара

Недоношенным новорожденным с ОНМТ и ЭНМТ для профилактики развития железодефицитного состояния рекомендуется назначение пероральных препаратов трехвалентного железа

Лечение

Недоношенному новорожденному с симптомами анемии и/или снижением уровня гемоглобина до значений, требующих коррекции, для достижения целевого уровня гемоглобина рекомендуется гемотрансфузия эритроцитсодержащих компонентов (ЭСК)

крови с учетом потребности в проведении респираторной терапии

Недоношенному новорожденному для коррекции анемии гемотрансфузия эритроцитсодержащих компонентов крови рекомендуется в объеме 10-20 мл/кг

Во время гемотрансфузии и как минимум в течение 2 часов после недоношенному новорожденному рекомендуется проведение мониторинга ЧСС, АД, ЧД, степени насыщения гемоглобина кислородом, диуреза, цвета мочи, температура тела для возможности выявления трансфузионных реакций и осложнений гемотрансфузии

54. Рахит. Клиника, диагностика, классификация, лечение, профилактика.

Диспансерное наблюдение.

Ответ: Рахит - заболевание младенцев и детей раннего возраста проявляющееся в нарушении костеобразования в связи с недостаточной минерализацией костной ткани. Ведущим этиологическим фактором является дефицит витамина D и его метаболитов в периоде интенсивного роста детей в первые (преимущественно первые два) годы жизни.

По характеру нарушения минерального обмена выделяют:

- Кальципенический рахит.
- Фосфопенический рахит.
- Рахит без выраженных изменений содержания кальция и фосфора.

Степень тяжести рахита

I степень (лёгкая)

Небольшое количество слабовыраженных признаков рахита со стороны нервной и костной систем с вовлечением в процесс костей свода черепа и грудной клетки. Иногда наблюдают невыраженную гипотонию мышц. После рахита I степени не отмечают остаточных явлений.

II степень (средней тяжести)

Характеризуется выраженным нарушением общего состояния и умеренными изменениями со стороны нервной, костной, мышечной и кроветворной систем. При этой степени рахита имеются отчётливые деформации черепа, грудной клетки и конечностей, небольшое увеличение печени и селезёнки, умеренная анемия. Со стороны нервной системы сохраняются симптомы дисфункции вегетативного отдела и присоединяются изменения со стороны ЦНС - задерживается развитие статических и локомоторных функций, позже начинают поднимать голову, сидеть, вставать и ходить, пассивные движения обычно вызывают у них отрицательную реакцию, нарушается поведение, сон, аппетит;

Со стороны костной ткани преобладают:

- симптомы остеоидной гиперплазии: лобные и теменные бугры, реберные «четки», надмышечковые утолщения голеней, «браслетки» на запястьях, «нити жемчуга» на пальцах;

- симптомы гипоплазии костной ткани: задержка роста из-за отставания роста трубчатых костей в длину, позднее прорезывание молочных и постоянных зубов, позднее закрытие родничков, плоский таз;

- костные деформации, как следствие мышечной гипотонии: искривления позвоночника в виде сколиоза, лордоза, поясничного кифоза и деформации грудной клетки с развернутой нижней апертурой, «колоколообразная», «куриная» грудь, «грудь сапожника», деформация нижних конечностей - О-образное (*genu varum*), Х-образное (*genu valgum*) и другие (*coxa vara*, *genu recurvatum*).

Характерна выраженная мышечная гипотония и слабость связочного аппарата. Больные младенцы в положении на спине легко притягивают ногу к голове, сосут первый палец на стопе, кладут стопу на плечо, у них большой, распластаный «лягушачий» живот, возникающий вследствие дряблости мышц брюшной стенки; почти всегда имеется расхождение прямых мышц живота

Появляются функциональные нарушения печени, желудочно-кишечного тракта. Выявляются изменения в белковом, липидном обмене, дефицит витаминов В1, В6, Вs, А, Е, С, меди, цинка, магния.

Вследствие деформации грудной клетки, гипотонии мышц, ограничения движения диафрагмы нарушается легочная вентиляция, появляется предрасположенность к воспалению легких, выявляются дистрофические изменения в сердце.

Гипохромная анемия, преимущественно железодефицитная, но может быть вследствие дефицита аминокислот, меди и цинка.

III степень (тяжёлая)

Крайне редко встречается в настоящее время. Вовлекается в процесс ЦНС: ребенок отстает от сверстников в своем развитии, происходит утрата приобретенных навыков, вялый, заторможенности в виде «причудливых» деформаций. От небольших воздействий возникают переломы без смещения или со смещением. Выраженная мышечная гипотония. Выражены изменения со стороны внутренних органов: значительно увеличена печень и селезёнка, нарушается функция сердца, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, развивается тяжёлая анемия.

Для постановки диагноза необходимо:

1. собрать анамнез для выявления факторов риска.
2. оценить клинические данные.
3. провести параклинические исследования: биохимический анализ крови и сделать рентгенограмму лучезапястного сустава или нижних конечностей.

Анамнез позволяет выявить факторы риска рахита со стороны матери и младенца.

Общее клиническое исследование крови выявляет гипохромную анемию различной степени тяжести в периоде разгара заболевания.

Проводят биохимическое исследование крови и мочи:

- кровь исследуют на кальций, фосфор, щелочную фосфатазу, белок и белковые фракции, лимонную кислоту, КОС, кальцидиол, кальцитриол, паратиреоидный гормон;
- суточную мочу на кальций, фосфор, аминокислоты.

В периоде разгара рахита происходит:

- снижение содержания фосфора в плазме крови до 0,65 - 0,8 ммоль/л (норма у младенцев - 1,5 - 1,8 ммоль/л, старше года 0,81 - 1,55 ммоль/л);
- снижение содержания кальция в плазме крови - общего - до 2 ммоль/л (норма 2,2 - 2,75 ммоль/л) и ионизированного - до 1 ммоль/л (норма 1,0 - 1,15 ммоль/л);
- увеличение концентрации щелочной фосфатазы в сыворотке крови > 40 ед./л в единицах Боданского или Кинг-Амстронга, а также повышение значения щелочной фосфатазы в 1,5 - 2 раза по сравнению с верхним уровнем возрастной нормы при использовании автоматизированных анализаторов;
- диспротеинемия (гипоальбуминемия, гипер-а- и аг-глобулинемия);
- снижение содержания в крови лимонной кислоты < 62 ммоль/л (норма 62 ммоль/л);
- компенсированный метаболический ацидоз с дефицитом оснований до 5 - 10 ммоль/л;
- снижение кальцидиола (25-ОН-D3) ниже 40 нг/мл [норма 50 - 100 нмоль/л (20 - 40 нг/мл)];
- повышенное содержание ПТГ выше 90 пг/мл (норма 20 - 90 пг/мл);
- снижение кальцитриола [1,25-(ОН)₂-D3] ниже 10 - 15 нг/мл [норма 50 - 125 нмоль/л (20 - 50 нг/мл)];
- гиперфосфатурия до 0,5 - 1 мл/сут (норма 0,1 - 0,25 мл/сут);
- кальцийурия выше 4,99 ммоль/сут (норма 0,25 - 4,99 ммоль/сут);
- гипераминоацидурия более 10 мг/кг/сутки (норма до 10 мг/кг/сутки).

Рентгенологическое исследование.

В период разгара выявляют:

В местах наиболее интенсивного роста костей (особенно трубчатых) появляется остеопороз. Зона обызвествления из выпуклой становится горизонтальной, неровной, бахромчатой, расширяется метафиз и увеличивается щель между эпифизом и диафизом. Эпифиз приобретает блюдцеобразную форму, так как периостальное окостенение нарушается меньше энхондрального. Зона предварительного обызвествления становится нечеткой.

Точки окостенения мелких костей запястья, ядра окостенения головок трубчатых костей появляются своевременно, но на рентгенограммах видны нечетко из-за остеопороза.

При рахите II и III степени тяжести бывают поднадкостничные переломы по типу

«зеленой ве точки» - надломы коркового слоя с небольшим продольным смещением на вогнутой стороне искривленной кости, появляются зоны перестройки Лоозера - зоны просветления шириной в несколько миллиметров (ложные переломы). В период реконвалесценции на рентгенограмме в зоне роста костей появляются полосы окостенения, количество которых соответствует числу обострений.

Профилактика

Постнатальная профилактика

Неспецифическая постнатальная профилактика начинается с первых дней жизни младенца организацией рационального питания (грудное молоко).

При введении прикормов необходимо своевременно вводить в рацион питания плодово-ягодные и овощные соки и пюре. Рекомендуется использовать в питании овощи с высоким содержанием кальция и фосфора: морковь, капусту белокочанную и краснокочанную, тыкву, кабачок, корень и зелень петрушки, шпинат, укроп.

К профилактическим мероприятиям относятся прогулки на свежем воздухе (лицо ребенка

должно быть открытым), ежедневный массаж, гимнастика, закаливание.

Специфическая постнатальная профилактика рахита состоит в назначении младенцам витамина D. Доношенным, здоровым новорожденным младенцам рекомендуют назначать витамин D с 4 - 5 недельного возраста независимо от вида вскармливания в дозе 400 - 500 МЕ в сутки. Проводится в осенне-зимне-весенний период на первом и втором годах жизни.

Младенцам из группы риска по развитию рахита (недоношенным, из двоен, с задержкой внутриутробного развития) назначают с 4 недельного возраста в дозе 1000 МЕ на один месяц, в последующем переходят на дозу 500 МЕ.

При 1 степени недоношенности витамин D назначается по 400 - 1000 МЕ ежедневно в течение двух лет, исключая лето.

При недоношенности 2 степени витамин D рекомендуется в дозе 1000 - 2000 МЕ ежедневно в течение года, исключая лето.

Состоит из немедикаментозного и медикаментозного разделов терапии.

К немедикаментозному относятся:

- режим;
- рациональное питание;
- массаж, лечебная физкультура;
- бальнеотерия.

К медикаментозному:

- лечение витамином D;
- коррекция нарушений обмена кальция и фосфора, гиперпаратироза;

- терапии направленной на улучшения всасывания кальция в кишечнике и улучшения ми-нерализации костной ткани.

Лечение витамином D

Для лечения используют препараты витамина D в виде водного и масляного раствора. Целесообразно использовать водный раствор (быстрее начинает действовать, длительное действие (I B). Назначают водный раствор витамина D3 (в одной капле 500 ME) или масляные растворы витамина D (в одной капле 500 ME) и витамина D2 (в одной капле 625, 1250 ME) в дозе 2000 - 5000 ME курсами 30 - 45 дней (II B). Препараты витамина D указаны в приложении 2.

Целесообразно, для подбора дозы витамина D исследование сыворотки крови на кальций-диол (25-OH-D3) в сыворотке крови. Снижение уровня 25-(OH)-D до 10 нг/мл свидетельствует о дефиците витамина D, а содержание ниже 5 нг/мл об авитаминозе (II B).

Коррекция фосфорно-кальциевого обмена, вторичного гиперпаратиреоза

Витамина D назначают в сочетании с витаминами группы B (B1, B2, B6), C, A, E. Особенно важна комбинация с витаминами B и C, так как при их дефиците эффекта от лечения витамином D может и не быть (II B).

С целью снижения выработки паратгормона в паращитовидных желёзах и уменьшения выраженности вегетативных симптомов в комплекс медикаментозного лечения при II и III степени рахита включают препараты калия и магния из расчёта 10 мг/кг массы тела в сутки в течение 3 - 4 нед.

Госпитализации подлежат:

- дети, имеющие активный рахит II - III степени тяжести, сочетающийся с неблагоприятными фоновыми состояниями (недоношенность, соматические заболевания в стадии декомпенсации);
- дети, старше года с активным рахитом, при неэффективности стандартных лечебных мероприятий, для проведения углубленного обследования (II B).

55. Изменения в медицине и обществе, повлиявшие на необходимость развития коммуникативных моделей в общении с пациентами.

Ответ: По данным проведенных исследований в терапевтических отделениях больниц США выяснилось, что «стиль жесткого управления» (процесс), и преждевременная сосредоточенность на медицинских проблемах (содержание) приводили к слишком узкому подходу к выдвижению гипотезы (восприятие) и снижению возможности услышать от пациентов, что их беспокоило (содержание). Все это в результате приводило к ошибкам в консультациях. Врачи демонстрировали постоянный стиль, несмотря на различия в представленных им проблемах и в поведении пациентов. Они часто придерживались

закрытого, ориентированного на врача подхода к сбору информации, что мешало пациентам объяснить свои проблемы и высказать свои жалобы. Невыясненное расхождение во взглядах пациента и врача на лечение может вызвать проблемы в удовлетворенности пациента, выполнении им предписаний, ходе и исходе лечения. Недостатки в коммуникации врача с пациентом приводят к снижению эффективности диагностики, а это в свою очередь - к нарушениям («дефектам»). Недолжным образом примененные навыки опроса могут привести к построению неверной гипотезы. Мысли пациентов, их тревоги и надежды не входят в традиционную историю болезни, и их, как правило, не учитывают в повседневной клинической практике, поэтому руководства по процессу коммуникации включают в себя эту тему для восстановления полноты картины. Перемены, происходящие в медицине и медицинской практике, требуют даже от опытных врачей постоянного совершенствования знаний и навыков общения. Эффективная коммуникация значительно повышает: Точность, результативность, умений поддержат; Воздействие на здоровье пациентов; Удовлетворенность и пациента, и врача; Терапевтические взаимоотношения

56. Модель «болезнь / опыт болезни»: сущность, содержание. Изменения в медицине и обществе, которые привели к необходимости создания модели.

Ответ: Модель «болезнь / опыт болезни»: слияние биомедицинского аспекта и субъективной позиции. Это подход, требующий от врача понимания не только болезни пациента, но и самого пациента. «Опыт болезни» - уникальный опыт переживаний болезни конкретным пациентом, то, как каждый пациент воспринимает, ощущает и справляется со своей болезнью.

Изменения в медицине и обществе, которые привели к необходимости создания модели.

- Традиционная модель болезни не давала полного объяснения проблем пациента.
- Отсутствие пациент-ориентированности и осознания пациентом достижения взаимопонимания с врачом приводили к увеличению числа последующих визитов, обследований и направлений.
- Нераскрытие позиции пациента неспособно помочь диагностированию и сделать консультацию более точной и эффективной.
- Неориентированное на пациента общение увеличивало затраты на обследования и диагностические тесты.
- Без объяснения, учитывающего идеи, ожидания и опасения пациента, его понимание, запоминание, удовлетворенность и приверженность к лечению страдают.

57. Внутренняя картина болезни, ее значение в диагностике. Возрастные особенности картины болезни.

Ответ: Внутренняя картина болезни может дать более четкое понятие о причинах

заболевания, значительно уменьшить неверные предположения врача. У пациента есть своя внутренняя картина болезни, состоящая из 4 аспектов:

Сенсорный аспект – телесные ощущения

Эмоциональный аспект – отношение к болезни и окраска ощущений

Рациональный аспект - знание о болезни, ее причине, течении и исходе

Мотивационный аспект - установка на лечение, ее место в структуре мотивов

Возрастные особенности картины болезни.

3-7 лет: У ребёнка ещё недостаточно средств осознать свой телесный опыт, и значительную роль в описании картины болезни ребёнка играет родитель или врач.

9-11 лет: Почти 45 % больных не смогли описать свои болевые ощущения.

Описание в основном касается отдельного органа и имеют глагольную форму: «колет», «стреляет», «сжимает» и т.д. Редко упоминаются сила и продолжительность боли.

13-15 лет: Появляются описания боли через эмоции и сравнения.

17-19 лет: «Эмоциональные» ответы почти исчезают и описания становятся четкими, определенными, с использованием медицинских терминов, с указанием на интенсивность и длительность ощущений.

58. Характеристики педиатрического пациента; его участие в формулировании запроса, описании внутренней картины болезни, разъяснении, установлении комплаенса, выполнении назначений.

Ответ: Педиатрический пациент – «комплексный пациент»

В педиатрии считается, что пациент – это ребёнок. Но даже если на приёме (или в стационаре) он один, считается, что за ним незримо стоит взрослый

В разные возрасты детей они в разной степени могут рассказать о своем состоянии. В младенчестве все делает мать. В подростковом, когда на приеме один подросток, родители могут контролировать комплаенс или отменять назначения дома.

59. Калгари-Кембриджская модель коммуникации в медицинской консультации: ее составляющие, задачи и особенности каждого из этапов.

Ответ: Калгари-Кембриджская модель была предложена Джонатаном Сильверманом, врачом и преподавателем медицинской школы Кембриджского университета, и Сюзанн Керц, профессором Университета Калгари, в 1996 году. Калгари-Кембриджская модель предлагает структурированный подход к ведению приема как надежный способ построения партнерских отношений с пациентом и ясной оценки эффективности приема.

Модель состоит из 5 основных этапов:

- Начало приема
- Сбор информации

- Физикальное исследование
- Разъяснение и планирование
- Завершение консультации

На всех этапах приема одинаково важны непрерывно – выстраивание отношений доверия (адекватное невербальное поведение, создание доверительных отношений, вовлечение пациента) и структурирование консультации (придание диалогу открытости, следование логике).

Задачи каждого этапа:

1. Начало приема

- Знакомство, идентификация пациента
- Создание физического комфорта
- Установление контакта
- Определение причин для консультации

2. Сбор информации

- Выяснение запроса и проблем пациента
- Анамнез, история жизни пациента
- Выяснение субъективной картины и опыта болезни

3. Физикальное исследование

4. Разъяснение и планирование

- Предоставление информации в нужном объеме и правильной форме
- Выяснение «уровня понимания» пациента
- Выяснение потребности в информации
- Разъяснение о болезни и лечении

5. Завершение консультации

- Достижение договоренности
- Планирование действий
- Уточнение и подведение итогов

60. Понятие навыков коммуникации и их отличие от искусства коммуникации.

Требования, предъявляемые к врачебным навыкам коммуникации.

Ответ: Навыки процесса коммуникации:

1. Предоставление необходимой информации в нужном объеме
2. Помощь в понимании и запоминании
3. Достижение взаимопонимания: учет позиции пациента
4. Планирование: совместное принятие решений
5. Варианты объяснения и планирования

Искусство коммуникации будущего врача включает в себя умение устанавливать контакт с

окружающими и поддерживать его, а также способность производить на других людей нужное впечатление.

Требования, предъявляемые к врачебным навыкам коммуникации.

- Активное слушание
- Дифференцированное задавание вопросов
- Выработка партнерской позиции
- Дозирование информации
- Выбор подходящего времени для объяснений
- Щадящее доведение потенциально травмирующих сведений до пациента
- Помощь в точном запоминании и понимании
- Повторение информации пациентом
- Изложение информации понятным языком
- Использование визуальных методов подачи информации
- Улавливание вербальных и невербальных сигналов
- Совместное принятие решений

61. Содержание этапа консультации «Начало приема», характеристики каждого элемента.

Ответ: Подготовка:

1. Врач откладывает предшествующую работу и занимает удобное положение.
2. Сосредотачивает внимание и готовится к консультации.

Создание физического комфорта:

1. Предложите сесть ребенку и его матери
2. Позаботьтесь о втором ребенке и о сопровождающем взрослом
3. Покажите, где положить вещи (если это не сделает сестра)
4. Заполняйте паузы «словесным пухом»: «Как вы дошли? Было скользко?»
5. Сделайте комплимент одежде ребенка, его игрушке.

Установление первоначального контакта:

1. Здоровается с пациентом и просит представиться. Узнать у взрослого пациента как к нему обращаться. Узнать, как обращаться к ребенку.
2. Представляется сам, объясняет свою роль и суть консультации; при необходимости получает согласие.

62. Ожидания, мысли и чувства пациента в отношении врача и предстоящей консультации. Методы их прояснения и возможные затраты времени.

Ответ: Идеи и убеждения - мнения и мысли о причинах или следствиях недомогания, о здоровье и о том, что его ухудшает или улучшает.

Опасения (тревожность) – опасения относительно того, на что могут указывать симптомы

Ожидания – надежды на помощь врача, желаемые результаты визита

Чувства и мысли – эмоции, вызываемые этими проблемами

Воздействие на жизнь – как недомогание воздействует на повседневную жизнь

Узнать идеи, тревоги, и ожидания пациента и прислушаться к ним. Принять взгляды пациента и его право их придерживаться, не обязательно с ними соглашаясь; затем помолчать, как бы давая пациенту возможность при желании рассказать больше. Сформулировать свое понимание проблемы, соотнесенное с пониманием ее пациентом, достичь общего языка. Улавливать сигналы (вербальные и невербальные намеки), подаваемые пациентом в ходе консультации. Использовать открытые вопросы, обобщения и эмпатию.

63. Приемы установления контакта с педиатрическим пациентом. Особенности установления контакта с ребенком.

- Ответ: • начать общение с обычного знакомства и даже общения на отвлеченную тему
- сделайте комплимент одежде ребенка, его игрушке
 - создать безопасную для ребенка обстановку, доктор должен стать на время «своим человеком»
 - быть приветливым и улыбчивым
 - наладить дружескую беседу с родителями, подмигнуть и пошутить, будто вы старые знакомые, которые давно знают друг друга и которые доверяют друг другу. Можно поговорить о чем-то с родителями, чтобы ребенок мог привыкнуть к новому голосу, и понять, что мама или папа не настроены против.
 - спросите имя ребенка у мамы или папы и назовите свое. Попросить родителя познакомить его с ребенком – это очень хороший располагающий прием.
 - Расскажите план консультации
 - Согрейте руки и инструменты перед манипуляцией
 - Дайте ребенку подержать медицинские принадлежности, инструменты
 - Попросите разрешение провести осмотр
 - Объясняйте смысл вопросов или деталей врачебного осмотра, которые кажутся неочевидными.
 - Проявляйте эмпатию
 - Расскажите ребенку и родителю о возможных ощущениях при манипуляции и ее длительности
 - Разместите пациента перед манипуляцией удобно для него и для вас, и прокомментируйте это

64. Физический комфорт пациента – содержание и способы создания для педиатрического пациента. Приемы тактильной подстройки (присоединения) к пациенту.

Ответ: Создание физического комфорта:

- Предложите сесть ребенку и его матери
- Позаботьтесь о втором ребенке и о сопровождающем взрослом
- Покажите, где положить вещи (если это не сделает сестра)
- Заполняйте паузы «словесным пухом»: «Как вы дошли? Было скользко?»
- Сделайте комплимент одежде ребенка, его игрушке.
- Попросите разрешение провести осмотр
- Предупреждайте о каждом последующем действии

Приемы тактильной подстройки (присоединения) к пациенту.

- Согрейте руки и инструменты перед манипуляцией
- Расскажите ребенку и родителю о возможных ощущениях при манипуляции и ее длительности
- Разместите пациента перед манипуляцией удобно для него и для вас, и прокомментируйте это
- Дайте ребенку подержать медицинские принадлежности, инструменты

«Тактильные» слова и вопросы

- «Удобно ли вам?»
- «Вам тепло (холодно, не сквозит)?»
- «Вот здесь вам будет удобно!»
- «Я погрею руки – они у меня холодные»

65. Каналы и способы подстройки (присоединения) к пациенту. Приемы достижения доверительности.

Ответ: Подстроиться можно к любому наблюдаемому поведению, меняя свои действия в соответствии с тем, как меняется поведение пациента.

Визуальный канал (то, что собеседник может видеть в партнере)

- открытая поза, положение тела, головы собеседника, выражение лица
- «отзеркаливание» позы, жестов, ритма дыхания

Аудиальный канал (то, что собеседник может слышать и понять)

- активное слушание
- использование терминов пациента и характерных слов на его уровне понимания
- перефразирование, «резюмирование» и обобщение
- повторение темпов речи, громкости

Эмоциональный канал (то, что собеседник может почувствовать в ходе общения)

- подстройка к интонированию и темпу речи
- эмпатия

66. Приемы подстройки (присоединения) при использовании зрительного канала передачи информации. Невербальные сигналы собеседника: примеры и способы реакции на них.

Ответ: Визуальный канал (то, что собеседник может видеть в партнере)

- открытая поза, положение тела, головы собеседника, выражение лица
- «отзеркаливание» позы, жестов, ритма дыхания

Невербальные навыки – демонстрируют внимательность к пациенту и облегчают выстраивание доверительных отношений.

Примеры невербальных сигналов:

- Осанка, поза
- Движения
- Зрительный контакт
- Голос (высота звука, скорость речи, громкость, ритм, молчание, паузы, интонация, ошибки)
- Расстояние между врачом и пациентом
- Жестикуляция
- Мимика
- Проявление эмоций

Мысли, тревоги и ожидания пациентов раскрываются в невербальных сигналах и косвенных комментариях чаще, чем в четких высказываниях.

Замечаем невербальные сигналы пациента и обязательно реагируем на них, проверяя свое восприятие вербально, задавая вопросы «Вы выглядите расстроенным. Хотите об этом поговорить?», «Расскажите мне, с чем не согласны?» Это поможет продемонстрировать пациенту свою внимательность и сформировать полезные взаимоотношения.

67. Приемы подстройки (присоединения) при использовании слухового канала передачи информации. Смысловые и эмоциональные параметры устной коммуникации.

Ответ:

Аудиальный канал (то, что собеседник может слышать и понять)

- активное слушание (смысловое восприятие информации)
- использование терминов пациента и характерных слов

на его уровне понимания

- повторение отдельных слов пациента («эхо»), показывая, что вы слушаете его.
 - o -И поэтому я не хочу делать прививки
 - o - Не хотите
- повторение последней фразы («цитата»), показывая, что вы его слышите
 - o - И поэтому я не хочу делать прививки
 - o - Так, значит, не хотите делать прививки
- перефразирование, «резюмирование» и обобщение, показывая, что вы понимаете его
 - o - Позвольте, я вас прерву, надо уточнить...

У женщин доминирует визуальный канал. Женщина, слушая женщину, «слышит» эмоции, а слушая мужчину, ищет «сигналы принятия».

У мужчин доминирует аудиальный канал. Мужчина, слушая мужчину, получает информацию, а слушая женщину, отфильтровывает негативные эмоции.

68. Приемы подстройки (присоединения) при использовании эмоционального канала передачи информации. Смысловые и эмоциональные параметры устной коммуникации.

Ответ: Эмоциональный канал (то, что собеседник может почувствовать в ходе общения)

- теплое приветствие пациента
- подстройка к интонированию и темпу речи
- эмпатия
- учитывать чувства и эмоции

Эмоциональное присоединение:

- 1) Распознать и назвать состояние («Я вижу, вы встревожены»)
- 2) Признать состояние («Ваша тревога понятна»)
- 3) Выразить понимание («Мне очень жаль, что так произошло, и я понимаю, почему вы себя так чувствуете»)

Если в процессе общения пациент демонстрирует негативные эмоции (гнев, агрессию, раздражение), врачу необходимо проявить терпеливость, тактичность и принять позицию активного слушания.

Техника непосредственно вербализации эмоций и чувств состоит в прямом информировании пациента о собственном эмоциональном состоянии («Меня взволновало...», «Меня тревожит...», «Меня радует...») или вербализация переживаемых пациентом эмоций и чувств («Вас беспокоит...»).

69. Приемы слушания пациента, их функция и роль в развитии доверительности.

Ответ: Слова и выражения, побуждающие собеседника продолжать говорить:

- «Что еще?».

- «Слушаю вас».
- «Что дальше?».

Паузы:

- Позволяют выслушать пациента до конца.
- Стимулируют его активность и откровенность.
- Пауза в 3 секунды после вопроса увеличивает объем ответа.

Междометия, кивки головой, выражающие согласие и понимание:

- «Да-да», «угу».
- «Конечно», «естественно».

Фасилитация (подбадривающий отклик) – действительно подвигают пациента на рассказ о себе и сигнализируют ему о нашем к нему отношении, об интересе к тому, что он сообщает.

- «Продолжайте»
- «Ага»

Невербальные навыки – демонстрируют внимательность к пациенту и облегчают выстраивание доверительных отношений.

- Осанка, поза
- Движения
- Зрительный контакт
- Расстояние между врачом и пациентом
- Жестикуляция
- Мимика
- Проявление эмоций

Внимательное слушание позволяет врачу выяснить больше пунктов повестки дня пациента, увидеть ситуацию с его позиции, выглядеть заинтересованным и желающим помочь и, сосредоточиваясь на пациенте, улавливать намеки на его чувства и эмоциональное состояние, которые в противном случае могут остаться незамеченными.

70. Понятие эмпатии, пошаговая технология проявления эмпатии по отношению к педиатрическому пациенту. Формулировки и действия, разрушающие доверительность.

Ответ: Эмпатия — это способность врача, суть которой состоит в умении давать опосредованный эмоциональный ответ на переживания пациента, сопряженный с рефлексией его внутренних состояний, мыслей и чувств. Эмоциональная способность реагировать на сигналы, передающие эмоциональный опыт больного человека.

Эмпатия = NURSE

N : name = назвать

U : understand = выразить понимание

R : respect = уважение/нормализовать

S : support = поддержать

E : explore = исследовать

Технология проявления эмпатии главным образом состоит в поддержке пациента и создания комплаенса. Врач может проявить ее через:

- Заботу: «Я обеспокоен, что вы одна пойдете домой в столь позднее время»
- Понимание: «Я прекрасно понимаю Ваши чувства, после того как вы узнали о своем диагнозе»
- Желание помочь: «Если я могу что-то еще сделать для Вас, пожалуйста, скажите об этом»
- Партнерство: «Мы будем работать все вместе, чтобы справиться с этой болезнью»
- Похвалу: «Вы сделали все правильно, снизив температуру тела»
- Чувствительность: «Я прошу прощения, если мой осмотр смущает Вас. Я постараюсь закончить быстрее»

К формулировкам и действиям, разрушающим доверительность, мы можем отнести следующее:

1. Закрытая поза.
2. Отсутствие зрительного контакта.
3. Чрезмерно большое расстояние до пациента.
4. Барьеры, создаваемые врачом (расположение общающихся по противоположные стороны стола создает эффект утрашения, конкуренции).
5. Фамильярное общение (обращение на «ты»)
6. Критика пациента (“вы поздно обратились к врачу”)
7. Обвинение пациента (“если бы вы не..., этого бы не случилось...”)
8. Отстраненность при общении (пациенту важно чувствовать, что в решении его вопроса заинтересованы)

71. Сильные стороны молодого врача, его преимущества перед опытным врачом.

Аргументы врача для защиты своей позиции, если пациент не доверяет опыту врача.

Ответ: Молодой врач совокупно обладает более актуальными знаниями по специальности, но не имеет опыта.

Чаще всего молодые врачи придерживаются совещательной (партнерской) модели ведения консультации, в отличие от патерналистской модели, которой придерживаются более старшие коллеги.

Чаще молодые врачи придерживаются принципов «доказательной медицины» в своей работе, что повышает эффективность и гарантирует определенную безопасность

проводимой терапии.

Молодые врачи чаще прибегают к данным мирового опыта посредством изучения публикаций в базе данных PubMed, UpToDate.

72. Содержание этапа «Сбор информации и осмотр», характеристики каждого элемента. Особенности сбора информации у педиатрического пациента.

Ответ: Этот этап предусматривает более подробное исследование проблемы пациента при помощи модели истории болезни либо «болезнь / опыт болезни». В беседе врач должен задавать краткие и понятные вопросы. Необходимо избегать употребления непонятных терминов и профессиональной лексики. Также строго рекомендуется установить последовательность событий с указанием дат, если пациент может их назвать. Важно давать пациенту выразить свои чувства и эмоции, поощрять это, чтобы создать комплаенс между врачом и больным. Сбор информации проводится при помощи «вороники вопросов» начиная с открытых вопросов и постепенно переходя к закрытым и уточняющим вопросам. При сборе информации у ребенка необходимо задавать вопросы понятные для возраста ребенка.

Во время сбора информации необходимо обращать внимание на:

1. Идеи и убеждения пациента; внимательно выслушать, не перебивая пациента, показать свою заинтересованность в вопросе (активное слушание)
2. Беспокойство пациента (тревожность, опасения) относительно каждой проблемы; необходимо остановиться на каждом высказанном беспокойстве и ответить на него доступным для больного языке (без сложных терминов), при этом не скрывая от пациента всей картины ситуации (это позволит создать доверительные отношения).
3. Ожидания пациента (цели, какую помощь пациент ожидал); необходимо объяснить пациенту либо составить вместе поэтапный план действий, необходимый для решения возникшей ситуации (перечень необходимых лабораторных и диагностических анализов и консультаций со специалистами, планируемую терапию)
4. Влияние и эффекты (как каждая проблема влияет на жизнь пациента). Необходимо узнать у пациента с чем уходит он с приема, остались ли у него нерешенные задачи и вопросы, на которые он хотел бы получить ответ.

Переходя к осмотру ребенка необходимо создать комфортные условия, убедиться, что температура в комнате комфортная, чтобы пациенту не было холодно без одежды, по необходимости установить ширму, перед аускультацией предварительно согреть раструб фонендоскопа.

73. Эффекты слушания пациента, длительность монолога пациента без перебивания, длительность выслушивания пациента врачом до перебивания. Феномен «скрытой повестки».

Ответ: Научиться слушать пациента в начале консультации – первый шаг к эффективной и правильной консультации. Если врач слушает, а не расспрашивает, то и он, и пациент достигают большего числа своих целей в консультации.

Имеется большое количество исследований о том, что врачи очень плохо умеют слушать. Слушание – это комплексный навык, который состоит из молчания (выдерживания пауз), невербальной и вербальной фасилитации и улавливания сигналов.

По данным исследований в среднем врач перебивает пациента через 18 сек. После начала разговора. При этом в тех же исследованиях показано, что если после открывающего вопроса слушать монолог пациента, не перебивая, большинство будут говорить не более 1,5 минут.

Одним из основных инструментов слушания является фасилитация, которая представляет различные навыки подбадривания: невербальные (зрительный контакт, кивки) или вербальные с использованием нейтральных слов («продолжайте», «расскажите подробнее») или отражений – повторения слов, сказанных пациентом.

Некоторые фасилитирующие реплики близко к началу консультации могут перебить пациента, например, если после первой же короткой фразы врач скажет «понятно», хотя с точки зрения пациента к этому моменту еще ничего понятно быть не может. Улавливание сигналов – важнейший и один из наиболее доказательных с точки зрения сокращения времени консультаций навыков. Имеется в виду навык наблюдения за сигналами, которые дает пациент: вербальными или невербальными намеками, когда пациент вскользь упоминает что-то или показывает какую-то эмоцию, но сам не останавливается на этом и не развивает ее. Показано, что в таких сигналах часто кроется важная информация, необходимая врачу для постановки диагноза и эффективной работы с пациентом, и умение обратить на них внимание и развить их – часто ключ к быстрому переходу к главному в расспросе пациента.

В ряде случаев врач может встретиться в своей практике с феноменом «скрытой повестки». Например, на прием обращается мама с ребенком, с жалобами на заболевание (кашель. Боль в горле, насморк, повышение температуры тела и т.д.) и просит оформить ей лист нетрудоспособности, но при осмотре врач не находит признаков заболевания у ребенка. Феномен заключается в следующем под предлогом открытой повестки, которую предъявляет мама (заболевания) кроется скрытая повестка (оформление листка нетрудоспособности). Врач довольно четко должен определять скрытую повестку среди пациентов и действовать строго в рамках правового поля, проговаривая все с пациентом.

74. Понятие и составляющие элементы скрининга в ходе приема, смысл и значение последовательности элементов скрининга.

Ответ: Скрининг состоит из:

- Активного слушания (способствует свободному рассказу, позволяет понять то, как видит пациент свою проблему, ее причины, возможные методы решения, что больной ждет от врача);
- Открытого вопроса (позволяющий понять интересующий врача вопрос, на который пациент дает развернутый ответ);
- Обобщения полученной информации;
- Закрытого вопроса (позволяет врачу уточнить детали, удостовериться в чем-либо);
- Убеждения в том, что пациент донес всю имеющуюся информацию (через вопрос «Что-еще?»);
- Обобщение всего вышесказанного (Передача своими словами смысла и чувств, заключенных в полученном сообщении, интерпретация с позиции врача слов пациента, дабы убедиться в правильности усвоенной информации).

75. Виды вопросов. Вопросы, наиболее эффективные для ситуаций: расспрос, уточнение, управление поведением. Преимущества и недостатки открытых, закрытых и «да-нет-вопросов». Вопросы, имеющие манипулятивный характер.

Ответ: Закрытый вопрос - Вопрос, на который дается короткий односложный ответ («да» или «нет»). Они имеют специфический характер и ограничены узким диапазоном, что позволяет детализировать и уточнить принятую информацию.

Для ситуаций, когда нам нужно скорректировать поведение пациента, в силу, возможно, излишней тревоги, агрессии либо других эмоций, для дальнейшего конструктивного и полезного диалога могут подойти как открытый, так и закрытый вариант вопроса.

Пример: “Что вас расстраивает в данной ситуации? / Почему вы сердитесь?”

“ У вас вызвали тревогу результаты анализов? / Вы огорчены вашим диагнозом?”

К недостаткам можем отнести ограниченность ответа двумя вариантами: да либо нет.

Открытый вопрос — это вопрос, на который пациент дает развернутый ответ. Он предпочтительнее закрытого на этапе расспроса сбора жалоб, потому что позволяет пациенту высказаться самостоятельно и дает возможность составить перечень закрытых вопросов для уточнения информации.

К недостаткам можем отнести: ответ может быть долгим, включать в себя излишнюю либо не относящуюся к сути вопроса информацию.

Одной из главных причин эмоционального напряжения в общении является манипуляция. Манипуляция есть скрытое воздействие одного человека на другого с целью реализации идей первого человека (манипулятора) посредством действий второго (жертва

манипуляции).

Необходимо отметить, что многие пациенты манипулируют неосознанно, их поведение, манера общения состоят сплошь из разных манипулятивных ловушек. Рассмотрим подробнее наиболее распространенные.

Манипулятивная ловушка «чувство вины»

Пример манипулятивного вопроса: “Почему после вашего лечения эффекта ноль?”

Пример вопроса нейтрализатора: “Почему эффекта ноль? Что вы имели в виду?”

Манипулятивная ловушка «сверхобобщение»

Пример манипулятивного вопроса: “Почему все говорят одно, а вы другое?”

Пример вопроса нейтрализатора: “Все — это кто? Уточните.”

Манипулятивная ловушка «вы мне должны»

Пример манипулятивного вопроса: “То есть вы не станете делать то, что я от Вас попросила?”

Пример вопроса нейтрализатора: “Давайте, уточним, что конкретно я могу сделать?”

76. Понятие и составляющие элементы «воронки вопросов», смысл и значение последовательности элементов в «воронке вопросов». Цикл вопросов в ходе приема и завершение расспроса.

Ответ: Воронка вопросов — это последовательное использование в разговоре с пациентом Открытых, Уточняющих и Закрытых вопросов, которые следует задавать именно в таком порядке, по сути это общее правило задавания вопросов:

- Сначала открытые вопросы- они требуют развернутых ответов. На них нельзя ответить «да» или «нет». Задавая их, врач может собрать важную информацию.
- Затем направленные открытые (уточняющие)- они помогают сосредоточиться на важной информации, которую сообщил пациент на первом этапе сбора жалоб.
- К концу диалога – закрытые- они помогают врачу взять беседу под контроль, когда у него уже есть вся необходимая информация. На них человек может ответить только «да» или «нет». С их помощью можно подтвердить детали, полученные на предыдущем этапе беседы.

77. Содержание этапа «Разъяснение», характеристики каждого элемента. Особенности разъяснения в отношении педиатрического пациента.

Ответ: Чтобы построить с пациентом доверительные отношения и добиться максимального комплаенса, приверженности к терапии, необходимо предоставлять правильную информацию в достаточном объеме:

Крайне важно достигнуть взаимопонимания и включить пациента в диагностический, лечебный процесс:

1. Предоставить пациенту объяснения по поводу картины болезни, в связи с

выявленными представлениями, тревогами и ожиданиями;

2. Стимулировать пациента к сотрудничеству и давать для этого возможности;
3. Воспринимать вербальные и невербальные сигналы, отвечать на них. Например, пациент может быть перегружен информацией, демонстрировать тревогу или недоверие;
4. Определить отношение пациента к полученной информации, оценить реакцию на использованные термины, а также принимать и учитывать их.

(Решения относительно планирования диагностического процесса и лечения должны проходить совместно.)

Такой подход к пациенту позволит подобрать терапию, которая будет для него не только эффективной с медицинской точки зрения, но и комфортной морально. Это приведет к полному комплаенсу и приверженности к терапии. Особенно этот подход важен у пациентов с хронической патологией, где лечение длительное и требует затраты большого количества сил.

78. Потребности пациентов в информации. Структурирование информации при разъяснении. Приемы разъяснения и проверки понимания.

Ответ: Основные проблемы:

- Объем информации;
- Структура информации;
- Непонятный язык (сложные фразы, термины);
- Непонимание и не запоминание информации пациентом;
- Вовлечение пациента в принятие решений;
- Не выполнение рекомендации врача (пациент не понимает зачем).

Этапы их решения:

- Оценка начальных знаний пациента;
- Выяснение потребностей пациента в информации;
- Дозирование информации и проверка понимания;
- Выяснение о дополнительной информации, интересной пациенту.

Информацию необходимо подавать дозированно. Выдерживать паузы, во время которых врач должен провести наблюдение за пациентом, чтобы убедиться, что информация понята верно. Реакция пациента помогает направить врача дальше в нужную сторону.

Для обеспечения понимания и запоминания можно использовать:

1. Категоризация или понятные обозначений «Есть три важных момента...» «Теперь мы перейдем к...».
2. Повторения и обобщения для улучшения запоминания.
3. Простой и понятный язык.

4. Наглядные материалы: рисунки, схемы, брошюры.
5. Проверку понимания пациентом информации: «Вы можете повторить то, что я Вам рассказал?»

79. Признаки проявления сопротивление пациента, способы преодоления сопротивления. Пошаговая технология работы с возражениями.

Ответ: Признаки проявления сопротивление пациента:

- Пациент молчит, отстранен.
- Не хочет слышать, что ему пытается донести врач.
- Вступает в конфронтацию с врачом по каждому поводу, даже там, где, казалось бы, проблемы нет.

Варианты решения:

- Установление доверительного отношения: необходимо создать безопасную и поддерживающую среду, где клиент будет чувствовать себя комфортно.
- Разработка сотрудничества: важно помочь пациенту осознать, что они вместе с врачом ведут диалог, а не врач пытается навязать изменения.
- Исследование сопротивления: врачу необходимо выяснить причины сопротивления, чтобы лучше понять, что именно затрудняет процесс взаимоотношений.
- Применение эмпатии и понимания: важно уделять внимание эмоциональным аспектам сопротивления. Проявление понимания и эмпатии может помочь уменьшить сопротивление и установить гармоничную коммуникацию.

Главное правило – не спорить. С возражениями спорить бесполезно, а вот потерять пациента в результате спора возможно.

Необходимо:

1. Выслушать пациента, не перебивая его и не пытаясь оправдаться или доказать свою правоту.
2. Продемонстрировать пациенту, что он услышан, а его возражение замечено.
3. Согласиться если, если пациент прав, например: “Да, лечение длительное”.
4. Прояснить скрытые сомнения или задать вопросы, уточняющие причину возражения.
5. Предложить варианты решения возникшей проблемы.

80. Содержание этапа «Завершение приема», характеристики каждого элемента.

Ответ: В конце приема необходимо резюмировать сказанное и составить окончательный план совместных действий пациента и врача:

1. В конце приема врач должен окончательно убедиться, что пациент полностью согласен с предложенной схемой, что она ему полностью подходит.

2. Поинтересоваться о возникших вопросах и сомнениях.
3. Запланировать следующую консультацию.

81. Приемы обращения с конфликтным пациентом и с агрессивным пациентом.

Пошаговая технология «Я-высказывание».

Ответ: 1. Слушайте внимательно, и вы поймете, что стоит за агрессией. Постарайтесь услышать главную мысль, отделяя агрессивную форму от содержания. Слушайте, ЧТО говорит, а не КАК говорит. Покажите заинтересованность в решении вопроса. Помогите снять эмоциональную напряженность.

2. Не поддавайтесь на провокации Вступив в обмен словесными выстрелами, станете равным с пациентом. В словесной дуэли нет победителей, ибо проблема так и не решится

3. Не отвечайте грубостью на грубость. Перефразируйте сказанное, не изменяя сути, и ответьте по существу проблемы. Чем эмоциональнее пациент, тем более спокойно реагируйте.

4. Не принимайте на свой счет. Всегда нужно помнить о своей профессиональной роли и не выходить за ее границы.

5. Выразите сочувствие и понимание. Необходимо выразить сожаление по поводу сложившейся ситуации, но без частных.

6. Согласитесь, и принесите извинения Мнимое согласие и мнимое признание вины сразу гасит конфликт и позволяет перейти решению вопроса. Будьте выше и лучше агрессора

7. Возьмите перерыв по необходимости и по возможности, если чувствуете, что эмоции переполняют, покиньте кабинет, чтобы прийти в себя. Это надо сделать под благовидным предлогом и ненадолго

8. Предложите план действий: изложите свои предложения чётко и понятно. Будьте абсолютно уверены, что Ваш план осуществим. Сделайте из пациента союзника по выходу из сложившейся ситуации.

9. Заканчивайте свое предложение закрытым вопросом «Вас устраивает такой вариант?» Это создаёт иллюзию выбора, при котором пациенту ничего не остаётся, как подтвердить Ваш вопрос. Задача: взять координаты пациента, обязательно обозначить сроки решения, дату, когда перезвоните ему и сообщите о принятых мерах.

82. Неподобающие и неправомерные требования пациентов. Методика отказа пациенту.

Ответ: В ряде случаев врач может столкнуться с неподобающими и неправомерными требованиями пациентов, например:

- 1) Мама просит открыть ей лист нетрудоспособности в то время, как отсутствуют

причины (например, у ребенка отсутствуют признаки заболевания, в частности предлагает сделать это на возмездной основе (благодарность, подарок, оплата).

2) Мама просит выдать справку о болезни, но первично по заболеванию ребёнок осмотрен не был, на момент данной консультации здоров.

3) Подросток самостоятельно обращается на прием к врачу с выдать справку о болезни, но первично по заболеванию ребёнок осмотрен не был, на момент данной консультации здоров.

4) Родитель просит поругать ребенка на приеме, например за нарушение диеты (питается фаст-фудом); легко одевается; курит и т.д.

Врач во всех вышеперечисленных ситуациях должен сохранять спокойствие, объяснить родителю, что его деятельность осуществляется исключительно в рамках правового поля и данные просьбы являются нарушением закона и могут привести к нарушению закона, что повлечет за собой последствия как для самого врача, так возможно и для родителя. При возможности найти компромиссы, не нарушающие закона.