

Методические материалы по дисциплине:

Иммунобиологические препараты для медицинского применения.

Догоспитальная педиатрия. Допинг и антидопинговое обеспечение спорта.

Здоровое старение и активное долголетие

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

Институт клинической медицины имени Н.В. Склифосовского Кафедра
клинической иммунологии и аллергологии

Методические материалы по дисциплине:
Иммунобиологические препараты для медицинского применения

основная профессиональная образовательная программа
высшего профессионального образования - программа специалитета

31.05.01 Лечебное дело

Тема 1. Фундаментальная иммунология (58 вопросов)

Какие из нижеперечисленных клеток являются "профессиональными" антиген-представляющими клетками (АПК)?

А. В-лимфоциты Б.

Т-лимфоциты

С. Дендритные клетки Д.

Макрофаги

Е. Нейтрофилы

Ответ: А, С, Д

Какие из нижеперечисленных клеток способны к фагоцитозу?

А. В-лимфоциты

Б. Т-лимфоциты

С. Дендритные клетки Д.

Макрофаги

Е. Нейтрофилы

Ответ: Д, Е

Какие из известных медицине типов дифференцированных клеток

клонированы? А. Эпителиальные

В. Моноциты/макрофаги С.

Лимфоциты

Д. Нейроны Ответ:

С.

В жизненном цикле каких уже дифференцированных клеток запрограммирована

пролиферация? А. Лимфоцитов

В. Эритроцитов

С. Кишечного эпителия Д.

Гепатоцитов

Ответ: А.

Селезенка является периферическим или центральным органом иммунной

системы? А. Периферическим

В. Центральным

С. И центральным и периферическим.

Ответ: А

Какие изотипы иммуноглобулинов секретируются на слизистые оболочки?

А. Все

В. IgA

С. IgE

Д. IgM

Ответ: В, С.

Какие клетки являются антиген-приносящими?

А. Дендритные

В. Макрофаги С.

В-лимфоциты

Д. Эндотелиальные Ответ:

А.

Какие из антиген-представляющих клеток способны инициировать первичный иммунный ответ? А. Эндотелиальные

В. Дендритные С.

Макрофаги Д.

В-лимфоциты

Ответ: В.

Какова физиологическая роль лимфоцитов печени в жизнедеятельности организма? А. Никакой

В. Обеспечивают иммунный ответ на пищевые антигены.

С. Обеспечивают иммунный ответ на кишечные микроорганизмы.

Д. Обеспечивают супрессию иммунного ответа на пищевые и микробные антигены. Ответ: Д.

Цитокинами называют:

А. Разновидность гормонов внутренней секреции.

- В. Разновидность нейромедиаторов.
- С. Продукты распада биологически-активных макромолекул.
- Д. Секретируемые или мембранные молекулы, действующие через рецептор и в межклеточном синапсе.
- Е. Белковые или полипептидные факторы, опосредующие процессы межклеточного взаимодействия
- Г. Лишены специфичности в отношении антигенов
- Г. Специфично связываются с антигеном

Ответ: Д, Е, Г

Т-лимфоциты:

- А. отвечают за развитие клеточных иммунологических реакций виде гиперчувствительности замедленного типа
- В. осуществляют реакции трансплантационного иммунитета
- С. являются клетками-антителопродуцентами
- Д. являются онкомаркерами

Ответ: А.В

В-лимфоциты:

- А. являются иммунорегуляторными клетками
- В. обеспечивают противовирусный иммунитет
- С. трансформируются в клетки памяти
- Д. в ответ на антиген трансформируются в клетки, синтезирующие антитела

Ответ: Д

Основной критерий деления Т-лимфоцитов на субпопуляции:

- А. физические параметры клетки (размер, форма и пр.)
- В. функциональные особенности
- С. экспрессия на клеточной поверхности антигенов, определяющих генетическую программу клетки
- Д. особенности морфологической структуры клетки

Ответ: С

Популяция Т-лимфоцитов:

- А. представлена однородными клетками

В.включает Т-лимфоциты-помощники

С.включает Т-лимфоциты-супрессоры/ цитотоксические

D. включает гранулярные лимфоциты

Ответ:В,С

Т-лимфоциты-хелперы:

A.участвуют в регуляции иммунного ответа

В.стимулируют В-лимфоциты к пролиферации и дифференцировке в антителообразующие клетки
С.обеспечивают становление и поддержание иммунологической толерантности

Ответ:А,В,С

Цитотоксические Т-лимфоциты:

A.стимулируют продукцию антител

В.Оказывают цитотоксическое действие на патогены

С.Стимулируют продукцию провоспалительных цитокинов

D.не участвуют в иммунном ответе

Ответ:В,С

К мононуклеарной фагоцитарной системе относят:

A.нейтрофильные гранулоциты

В.моноциты

С.лимфоциты

Ответ:В

Макрофаг :

A.обеспечивает защиту от облигатных внутриклеточных патогенов

В.удаляет (разрушая) неметаболизируемые неорганические материалы

С.является активно секретирующей клеткой

D.является антитело-продуцирующей клеткой

Е.является антиген-презентирующей клеткой

Ответ: В,С,Е

Оценка иммунной системы включает определение

состояния: А.В-системы иммунитета

В.Т-системы иммунитета

С.системы фагоцитоза

Д.системы комплемента

Ответ: А,В,С

Основные показания к проведению оценки иммунного статуса :

А.нетипичная тяжелая клиника болезни

В.неэффективность АСИТ

С.обострение аллергического заболевания

Д.неэффективность традиционных методов лечения

Ответ:А,Д

Стандартными.методами оценки гуморального иммунитета

являются: А.подсчет количества В-лимфоцитов

В.подсчет количества Т-лимфоцитов

С.определение иммуноглобулинов А, М, G

Д.определение иммуноглобулина Е

Ответ:С

Стандартными методами оценки клеточного иммунитета являются:

А.подсчет количества В-лимфоцитов

В.подсчет количества Т-лимфоцитов

С.Определение и подсчет субпопуляций Т-хелперов

Д.Определение и подсчет субпопуляций В-лимфоцитов

Ответ:А,В,С

Для оценки системы фагоцитоза исследуют следующие клетки :

А.лимфоциты

В.гранулоциты

С.Тимоциты

Ответ: В

Наиболее важными критериями оценки системы фагоцитоза являются:

А.определение подвижности фагоцитарных клеток

В.определение кислород-зависимых механизмов бактерицидности

С.определение кислород-независимых механизмов
бактерицидности

Д. верно В,С

Ответ:Д

Иммуноглобулины - это сывороточные белки, относящиеся к

классу: А.альфа-глобулинов

В.бета-глобулинов

С.гамма-глобулинов

Ответ:С

Иммуноглобулины синтезируются:

А.в плазматических клетках В.в

Т-лимфоцитах

С.в полиморфноядерных лейкоцитах

Д.в астроцитах

Ответ: А

Антитела одной специфичности принадлежат:

А.к одному классу иммуноглобулинов

В.к разным классам

иммуноглобулинов

С.не принадлежат к белкам глобулиновой фракции

Ответ:В

Количество известных классов иммуноглобулинов:

А.1

В.2

С.3

Д.4

Е.5

Ответ:Е

Молекула иммуноглобулина (IgG) состоит:

А. из двух тяжелых полипептидных цепей, соединенных между собой дисульфидными связями

В.из двух легких полипептидных цепей, соединенных дисульфидными связями

С.верно А,В

Д.из одной тяжелой и одной легкой полипептидных цепей, соединенных дисульфидными связями
Ответ:С

Активным центром молекулы антитела являются:

А.константные участки полипептидных цепей

В.вариабельные участки полипептидных цепей

С.верно А,В

Ответ:В

Основной функцией активного центра молекулы антитела является:

А.фиксация антител к клеткам организма

В.фиксация компонентов комплемента

С.связь с антигеном

Ответ:С

Роль иммуноглобулина М в формировании аллергических реакций следующая:

А.участвует в немедленных аллергических реакциях

В.участвует в патогенезе замедленной гиперчувствительности

С.участвует в иммунокомплексных аллергических реакциях

Д.не играет никакой роли в формировании аллергических реакций

Ответ:Д

Свойства иммуноглобулина G:

А.проходит через плаценту

В.имеет 4 подкласса

С.самый короткоживущий иммуноглобулин (имеет самый маленький период полураспада)

Д.обеспечивает защиту против инфекций

Е.участвует в формировании немедленных аллергических реакций

Ответ: А,В,Д

Значение иммуноглобулина А в формировании аллергических реакции заключается в

участии: А.в немедленных аллергических реакциях

В.в формировании системы местного иммунитета (s IgA) и общей системы нейтрализации аллергенов различного происхождения

С.в реакциях замедленной гиперчувствительности

Д.в иммунокомплексных аллергических реакциях
Ответ: В

Роль иммуноглобулина Е в развитии аллергических реакций

А.формирует немедленные аллергические реакции

В.участвует в формировании иммунных комплексов

С.участвует в формировании реакций гиперчувствительности замедленного типа
Д.участвует в цитотоксических иммунных реакциях

Ответ:А

Гиперглобулинемия Е характерна:

А.для атопии В.для

ОРВИ

С.для некоторых вирусных заболеваний

Д.для гипоплазии тимуса

Е.для хронических гранулематозов у детей

Ответ:А

Уровень иммуноглобулинов основных классов в сыворотке крови определяется с помощью А. реакции преципитации

В. реакции бласттрансформации

С.иммуноферментного метода

Ответ:А,С

Нормальный уровень IgG в сыворотке крови здоровых лиц составляет А.2.0-7.0 г/л

В.9-18г/л С.10.0-

15.0 г/л Д.7.0-

20.0 г/л Е.20.0-

30.0 г/л

Ответ: В

Нормальный уровень IgA в сыворотке крови у здоровых

лиц А.1-3 г/л

В.2.0-7.0 г/л

С.5.0-10.0 г/л

Д.7.0-15.0 г/л

Ответ: А

Нормальный уровень IgM в сыворотке крови здоровых лиц находится в

пределах А.1,0-2,5.0 г/л

В.5.0-10.0 г/л

С.0.5-2.0 г/л

Д.2.0-8.0 г/л

Ответ:А

Определение уровня иммуноглобулина Е проводится с помощью:

А. иммуноферментного анализа

В. цитометрии

С. цитологических методов

Ответ:А

Система комплемента:

А.представляет собой большую группу взаимодействующих

между собой белков и гликопротеинов сыворотки крови

В.участвует в воспалительных реакциях

С.не участвует в воспалительных реакциях

Д. верно А,В

Ответ:Д

Эффективность элиминации аллергенов связана:

А. с возрастом

В.с эндокринными факторами

С. с видом аллергенов

Ответ:С

Причиной наследственного ангионевротического отека Квинке

является А. дефицит С1-эстеразы

В.дефицит ингибитора С1-эстеразы

С.дефицит С5

Д.активация С3

Ответ: В

Факторами врожденного иммунитета являются:

А.комплемента

В.лимфоцит

С.иммуноглобулины

Ответ:А

К иммунологическим изменениям, которые могут наблюдаться при наследственном ангионевротическом отеке Квинке, относятся

А.уровень С1-ингибитора снижен

В.уровень С1-ингибитора нормален

С.уровень С1-ингибитора повышен

Ответ: А

К Т-зависимым реакциям относятся:

А.реакции реагинового типа

В.туберкулиновая реакция

С.контактная гиперчувствительность

Д.реакция отторжения

трансплантата Ответ:В,С,Д

Т-клеточным маркером является: А.

СД20

В. СД16

С.СД3

Ответ:С

Иммунологический механизм Т-зависимых аллергических реакций:

- А.сенсibilизация Т-лимфоцитов
- В.образование реагиновых антител
- С.образование иммунных комплексов

Ответ:А

В иммунологической стадии Т-зависимых аллергических реакций участвуют :

- А.плазматические клетки
- В.макрофаги С.Т-хелперы D.Т-эффекторы

Ответ:С

Маркером Т-лимфоцитов-хелперов является:

- А. CD8
- В. CD4
- С.СD21

Ответ:В

Медиаторами Т-зависимых реакций являются:

- А.фактор торможения миграции макрофагов
- В.хемотаксические факторы
- С.гистамин
- D.интерлейкины

Ответ:D

Маркером В-лимфоцитов является:

- А.СD20
- В. CD45 С.СD5

Ответ: А

ИЛ-17 является:

А.Провоспалительным цитокином

В.Играет определенную роль в развитии аутоиммунной
патологии С. Продуцируется Th-17 типа

Ответ: А, В, С

Свойствами IgG антител являются:

А. возможность прохождения через плаценту

В. невозможность прохождения через плаценту

Ответ: А

В периферической крови содержится приблизительно:

А. 10-20% Т-лимфоцитов

В. 20-40% Т-лимфоцитов

С. 40-60% Т-лимфоцитов

Д. 55-80% Т-лимфоцитов

Е. 80-90% Т-лимфоцитов

Ответ: Д

В периферической крови содержится приблизительно :

А. 5-20% В-лимфоцитов

В. 20-40% В-лимфоцитов

С. 40-60% В-лимфоцитов

Д. 60-80% В-лимфоцитов

Е. 80-90% В-лимфоцитов

Ответ: А

Снижение фагоцитарной активности нейтрофилов более характерно:

для А. частых ОРВИ:

В. бронхиальной астмы С.

атеросклероза

Ответ: А

Снижение продукции интерферона более характерно для:

А. вирусных инфекций

В. тромбфлебита

С. редких ОРИ

Д.частых ОРИ

Ответ: A,D

Для внутриклеточных инфекций характерно наличие иммунного ответа

по: А.Th1-типу

В.Th-2 типу С.

Th3-типу

Ответ:А

Кислород-зависимые механизмы бактерицидности фагоцитов могут быть определены при исследовании:

А. люминол-зависимой хемилюминесценции

В. в НСТ-тесте

С. при определении % фагоцитоза

Ответ:А,В

Кислород-независимые механизмы бактерицидности могут быть определены в

тесте: А. НСТ

В. определение уровня дифенинов

С. определении лизосомального индекса

Ответ:В,С

Какие риски связаны с активацией иммунной системы и объясняются особенностями дифференцировки лимфоцитов?

А. Повышенная частота мутаций, следовательно лимфомы и

лейкозы В. Аутоиммунная патология

С. Манифестация болезни Альцгеймера

Д. Остеопороз

Ответ: А, В.

Каковы биологические функции молекул главного комплекса гистосовместимости I

класса? А. Неминуемое отторжение донорских органов.

- В. От них зависит видовой характер питания (травоядность, плотоядность, всеядность).
- С. Представление внутриклеточно-синтезированных фрагментов молекул рецепторам Т-лимфоцитов.
- Д. Ключевая функция в противоопухолевом надзоре

Ответ: С.

Каковы биологические функции молекул главного комплекса гистосовместимости II класса? А. Неминуемое отторжение донорских органов.

- В. От них зависит видовой характер питания (травоядность, плотоядность, всеядность).
- С. Представление внутриклеточно-синтезированных фрагментов молекул рецепторам Т-лимфоцитов.
- Д. Представление поглощенных из внеклеточной среды фрагментов молекул рецепторам Т-лимфоцитов.

Ответ: Д.

Самые выдающиеся открытия Пауля Эрлиха:

- А. Внедрение в практику гистологов анилиновых красителей, описание нейтрофилов, эозинофилов, базофилов.
- В. Обнаружение гемато-энцефалического барьера
- С. Существование в организме рецепторов для лекарственных веществ
- Д. Иммунный ответ возможен лишь в том случае, если в организме предсуществуют клетки со специфическими «боковыми цепями» (рецепторами для антигенов), т.е. врожденный характер адаптивного иммунитета.

Ответ: А, В, С, Д.

ТЕМА 2. Фундаментальная аллергология (79 вопросов)

Какой тип реакции гиперчувствительности лежит в основе патогенеза поллиноза?

- А. I - немедленный (реагинзависимый)
- В. II - цитотоксический
- С. III - иммунокомплексный
- Д. IV – гиперчувствительность замедленного типа

Ответ: А

Через какое время от момента контакта с аллергеном развивается ранняя фаза

аллергического воспаления? А.

через час

В. через несколько минут

С. через два часа

Д. через сутки

Ответ: В

Какой клетке иммунной системы принадлежит основная роль в развитии ранней фазы аллергического воспаления?

А. дендритной клетке В.

макрофагу

С. тучной

Д. базофилу Ответ:

С

Какое вещество является основным преформированным медиатором ранней фазы аллергического воспаления?

А. простагландины В.

гистамин

С. серотонин

Д. лейкотриены

Ответ: В

Какие патофизиологические механизмы являются проявлением ранней фазы аллергического воспаления?

А. гиперреактивность тканей В.

отёк

С. гиперсекреция

Д. всё вышеперечисленное

Ответы: В,С

Через какое время от момента контакта с аллергеном развивается поздняя фаза аллергического воспаления?

А. через час

- В. через сутки
- С. через два дня
- Д. через 3-4 часа

Ответ: D

Какая клетка является основной в развитии поздней фазы аллергического воспаления? А. эозинофил

- В. макрофаг
- С. тучная
- Д. Т-лимфоцит

Ответ: А

Какие патофизиологические механизмы являются проявлением поздней фазы аллергического воспаления?

- А. отёк
- В. гиперреактивность тканей
- С. гиперсекреция
- Д. всё вышеперечисленное

Ответ: В

Для IgE-зависимых реакций характерно:

- А. местная эозинофилия
- В. отек, эритема
- С. присутствие в сыворотке крови аллергических антител

Ответ: А,В,С

Для возникновения псевдоаллергических реакций характерно:

- А. наличие периода сенсibilизации
- В. преимущественно значительное количество вещества, вызывающего реакцию
- С. изменения в системе гистамин-диаминминоксидаза
- Д. энзимопатия

Ответ: В,Д

Болезнями, основывающимися на реакции Артюса, являются:

- A.сывороточная болезнь
- B.атопический дерматит
- C.болезнь Верльгофа
- D.экзогенный аллергический альвеолит

Ответ: A

Для цитотоксических реакций характерно:

- A.наличие антител на поверхности клетки
- B.наличие антигена на поверхности клетки
- C.участие комплемента
- D.антиген является составной частью клетки

Ответ: A,B,C,D

Отличительной особенностью феномена Артюса является:

- A.участие в патогенезе IgE
- B.участие в патогенезе антител IgG
- C.участие комплемента
- D.некроз

Ответ: A,B,C,D

Для псевдоаллергических реакций свойственно:

- A.отсутствие специфических иммуноглобулинов класса IgE
- B.проявление реакций непереносимости после приема различных по химической структуре веществ
- C.возникновение реакций после повторного приема вещества
- D.наличие периода сенсibilизации

Ответ: B

Ведущими признаками феномена Артюса являются:

- A.повреждение сосудистой стенки
- B.разрыхление эндотелия
- C.образование тромбов
- D.нарушение местного кровообращения с очагами некроза

Ответ: A, B, C, D

Переключение В-лимфоцитов на синтез IgE- антител происходит с участием: А. ИЛ-1

В.ИЛ-2

С. ИЛ-4

Д. ИЛ-5

Е. ИЛ-13

Ответ:С

Аллергеном может быть:

А.пыльца растений

В.ультрафиолетовые лучи

С.лучи Рентгена

Д.холод

Ответ: А

При аллергических реакциях немедленного типа иммунный ответ:

А. Th-1 типу

В. Th-2 типу

С.Th-3 типу

Ответ: В

Продукция антител класса IgE у человека зависит:

А.от свойств аллергена

В.от дозы аллергена С.от

эффекта адъюванта

Д.от генетических факторов

Е.от всего перечисленного

Ответ:А

Минимальная продолжительность периода активной
сенсibilизации у человека составляет

А. 2-3 часа

В. 24 часа

С. 4 дня D.7-8

дней

Е. 30-50 дней Ответ:

D

Оптимальный срок периода активной сенсибилизации у человека

составляет: А. 4 дня

В.7-8 дней С.30-

50 дней

D.3 года Ответ: В

Пути разрешающего попадания аллергена в сенсибилизированный организм являются:

А.попадание аллергена в рану

В.ингаляция аэрозоля аллергена

С.внутрикожное введение аллергена

D.энтеральный путь

Е.все перечисленные пути

Ответ: Е

Радиоаллергеносорбентный тест основан на способности реагинов:

А.пассивно сенсибилизировать кожу человека

В.взаимодействовать с анти-IgE сывороткой, меченой изотопами

С.пассивно сенсибилизировать базофилы человека

D.пассивно сенсибилизировать тучные клетки крыс

Ответ:В

Аллергенами, способными вызвать преимущественно образование

реагиновых антител, являются :

А.растительная пыльца, эпидермальные субстанции

В.споры плесневых грибов

С.дифтерийный анатоксин

D.все перечисленные аллергены

Ответ: А

Реагиновый механизм лежит в основе следующих заболеваний:

- A. сывороточной болезни
- B. атопической бронхиальной астмы
- C. контактного дерматита
- D. экзогенного аллергического альвеолита

Ответ: B

Имунокомплексный механизм лежит в основе заболеваний:

- A. атопической бронхиальной астмы
- B. сезонного аллергического ринита
- C. сывороточной болезни
- D. СКВ

Ответ: C, D

Иммунологическим механизмом анафилактической реакции является:

- A. реакция аллергена с сенсibilизированными Т-лимфоцитами
- B. реакция аллергена с антителами, фиксированными на органах, тканях, клетках организма
- C. ничего из перечисленного

Ответ: C

Синонимами термина "реагины" являются:

- A. анафилактические антитела
- B. цитотоксические антитела
- C. интегрины
- D. интерлейкины

Ответ: A

Иммунологически реагины принадлежат:

- A. IgA
- B. IgG
- C. IgE

Ответ: C

Рецепторы для IgE встроены в мембрану:

А. базофилов

В. тучных клеток

С. верно А, В

Ответ: С

К гиперпродукции IgE предрасполагает:

А. повышение уровня секреторного IgA

В. нарушение функции макрофагов

С. ничего из перечисленного

Ответ: С

Гиперпродукция иммуноглобулина Е может быть связана:

А. с атопией

В. паразитарными инфекциями

С. с тяжелыми инфекционными заболеваниями

Д. с онко-патологией

Ответ: А, В

При атопических реакциях тромбоциты являются:

А. клетками-мишенями I порядка

В. мишенью для действия медиаторов

С. партнерами тучных клеток

Д. клетками, не играющими значительной роли

Ответ: С

Фактор активации тромбоцитов (ФАТ)

А. является медиатором,

В. запасы которого хранятся в гранулах тучных клеток

С. образуется из фосфатидилхолина

Д. образуется из арахидоновой кислоты

Ответ: С

ФАТ считается важнейшим медиатором в развитии

А.обострений бронхиальной астмы

В.ангиогенеза

С.новообразований

Д.тромбозов

Е.всех перечисленных процессов

Ответ: А

ФАТ синтезируется в:

А.макрофагах

В.нейтрофилах

С.тучных клетках

Д.иммуноглобулинах

Ответ:А,В,С

Триптаза синтезируется:

А. в тучных клетках В.

В лимфоцитах

С.В клетках эндотелия

Ответ:А

Повышение уровня иммуноглобулина М характерно для:

А.наличия острого инфекционного процесса

В.наличия хронического воспаления С.

атопии

Ответ:А

Ранняя фаза анафилактической реакции появляется в течение:

А.первых 20мин

В.в течение 12 часов

С.В течение 36 часов

Ответ: А

Поздняя фаза анафилактической реакции появляется:

А.Через 6- 12 часов

В.Через 8 часов

С.Через 24 часа

Ответ:А

Тучные клетки могут дегранулироваться неиммунологическим путем в результате воздействия всех перечисленных агентов, за исключением:

А.рентгеноконтрастных веществ

В.комплекса аллерген-IgE +

С.поликалеонных аминов

Д.опиатов

Ответ:В

Анафилактическая реакция может иметь в своей основе:

А.реакцию аллергена с антителами, фиксированными на органах, тканях и клетках организма

В.образование в крови комплекса аллерген - антитело с последующей его фиксацией на шоковых тканях

С.повреждаемые клетки сами по себе несут антигенный компонент, т.е. являются аллергеном и благодаря этому реагируют с антителами

Д.ничего из перечисленного

Ответ:А,В

Виды аллергических реакций:

А.немедленного типа

В.замедленного типа

С.ультрабыстрого типа

Д.ультрамедленного типа

Ответ:А,В

Аллергические реакции, опосредованные Т-лимфоцитами:

А.цитотоксическая

В.туберкулиновая

С.контактная

Д.гранулематозная

Е.анафилактическая

Ответ: A,B,C,D

Сенсибилизация к атопическим аллергенам связана с:

- A. дисбалансом иммунного ответа с преобладанием Т-хелперов 1 типа
- В. дисбалансом иммунного ответа с преобладанием Т-хелперов 2 типа
- С. Вообще не связана с дисбалансом Т-лимфоцитов
- D. Все перечисленное верно

Ответ: В

К нарушению бронхиальной проходимости ведет все перечисленное, кроме:

- A. полипоза носа
- В. отека слизистой бронхов
- С. спазма гладкой мускулатуры бронхов
- D. гиперсекреции слизи

Ответ: А

Клетками-мишенями аллергических реакций являются:

- A. тучные клетки
- В. эритроциты
- С. фибробласты
- D. все перечисленные

Ответ: А

К клеткам-мишеням I порядка относятся:

- A. миелоциты
- В. тучные клетки
- С. нейтрофилы
- D. гладкомышечные клетки

Ответ: В

Примерами клеток-мишеней II порядка являются:

- A. тучные клетки
- В. базофилы

С.эозинофилы

D.тромбоциты

Ответ:D

Для IgE известно:

A.1 тип рецепторов

B.2 типа рецепторов (низко и высокоафинные)

C.3 типа рецепторов

D.4 типа рецепторов

Ответ:B

Высокоафинные рецепторы для IgE представлены:

A.на тучных клетках и базофилах

B.на эозинофилах и моноцитах

C.на лимфоцитах и тромбоцитах

D.на макрофагах

Ответ:A

Низкоафинные рецепторы для IgE представлены:

A.на тучных клетках и базофилах

B.на макрофагах

C.на лимфоцитах, моноцитах, тромбоцитах, эозинофилах

D.ни на каких из перечисленных клеток

Ответ:C

По своей природе высокоафинный рецептор для IgE является:

A.белком

B.фосфолипидом

C.углеводом

D.гликопротеином

Ответ:D

IgE связывается с высокоафинным рецептором:

A.Fc-фрагментом

В.Fab'-фрагментом

C.F(ab')₂-фрагментом

D.Fd-фрагментом

Ответ:А

Высокоаффинные рецепторы для IgE активируют клетку путем:

А.перекрестного связывания не менее 2 рецепторов

В.гранулоцитоза

С.разрушения рецептора

D.разрыва рецептора на субъединицы

Ответ:А

Низкоаффинные рецепторы для IgE соответствуют поверхностному антигену:

А.CD15

В.CD4

С.CD18

D.CD23

Ответ:D

Активация клеток-мишеней 2 порядка происходит за счет:

А.разрушения клеточной мембраны

В. действия на клеток медиаторов. выделяющихся при разрушении клеток 1
порядка С. гранулоцитоза

D. стягивания молекул IgE на клеточной поверхности путем соединения через молекулу
аллергена Ответ:В

В базофилах и тучных клетках предшествуют:

А. гистамин

В. нейтрофильный хемотаксический фактор

С. эозинофильный хемотаксический фактор

D. лейкотриены

Ответ:А,В,С

В регуляции синтеза IgE участвуют:

А.высокоаффинные рецепторы для IgE

В.низкоаффинные рецепторы для IgE

С.IgE-связывающие факторы

Д.все перечисленные факторы

Ответ: D

Механизм активации клеток-мишеней I порядка и секреции из них медиаторов аллергии происходит за счет:

А.стягивания молекул IgE на клеточной поверхности путем соединения их через молекулу аллергена

В.разрушения клеточной мембраны

С.гранулоцитоза

Д.действия на клетки медиаторов, высвобождающихся из клеток в ходе аллергической реакции

Ответ:А

Синтез IgE подавляют:

А. ИЛ-10

В. интерфероны С.

ИЛ-4

Ответ:В

Классификация медиаторов аллергии предусматривает следующие их группы:

А.токсические медиаторы

В.гуморальные медиаторы

С.предсуществующие медиаторы

Д.вновь образуемые в ходе аллергической реакции

Ответ:С,Д

Введение моноклональных антител к IgE приводит к:

А. уменьшению уровня иммуноглобулина Е в кров

В. к увеличению уровня иммуноглобулина Е в крови

С. не влияет на уровень иммуноглобулина Е в

крови Ответ:А

В базофилах и тучных клетках предсуществуют следующие медиаторы:

А.гистамин

В.лейкотриены C4, D4, E4

С.фактор, активирующий тромбоциты (ФАТ)

Д.эозинофильный хемотаксический фактор (ЭХФ)

Ответ:А,D

В тучных клетках и базофилах в ходе аллергической реакции образуются следующие медиаторы аллергии

А.гистамин

В.лейкотриены C4, D4, E4

С.серотонин

Д.ацетилхолин

Ответ:В,С,D

Из клеток-мишеней I порядка в ходе аллергической реакции высвобождаются следующие медиаторы аллергии

А.гистамин

В.главный эозинофильный белок со свойствами основания

С.арилсульфатаза В

Д.фосфолитаза D

Ответ:А,В

Из клеток-мишеней II порядка в ходе аллергической реакции высвобождаются следующие медиаторы аллергии:

А.фактор активации тромбоцитов

В.лейкотриены

С.простогландины

Д.верно все перечисленное

Ответ:D

Участие гистамина в аллергических реакциях обусловлено:

А.способностью повышать сосудистую проницаемость

и сокращать гладкую мускулатуру

В.способностью понижать сосудистую проницаемость и расслаблять гладкую

мускулатуру С. верно и то, и другое утверждение

Ответ:А

Известно:

А.1 тип гистаминовых рецепторов В.2

типа гистаминовых рецепторов С.3

типа гистаминовых рецепторов

Д.4 типа гистаминовых рецепторов

Ответ:Д

Сокращение гладкой мускулатуры и повышение сосудистой проницаемости возникает при стимуляции:

А.гистаминовых рецепторов I типа +

В.гистаминовых рецепторов II типа

С.гистаминовых рецепторов III типа

Д.внутриклеточных рецепторов

Ответ:А

Повышение желудочной секреции возникает при стимуляции:

А.гистаминовых рецепторов I типа

В.гистаминовых рецепторов II типа

С.гистаминовых рецепторов III типа

Д.внутриклеточных рецепторов

Ответ:В

Активация в ЦНС происходит с участием:

А.гистаминовых рецепторов I типа

В.гистаминовых рецепторов II типа

С.гистаминовых рецепторов III типа

Д.внутриклеточных рецепторов

Ответ:С

Лейкотриены являются продуктами метаболизма:

А.фосфатидия инозитола

В.глицерола

С.арахидоновой кислоты

Д.нейраминовой кислоты

Ответ:С

Лейкотриены являются продуктом:

А.липооксигеназного метаболизма арахидоновой кислоты

В.метоксигеназного метаболизма арахидоновой кислоты

С.триптазного метаболизма арахидоновой кислоты

Д.активации метилтрансферазы

Ответ:А

Арахидоновая кислота высвобождается из мембранных фосфолипидов под воздействием:

А.протеинкиназы С

В.фосфодиэстеразы

С.фосфолипазы А2

Д.фосфолипазы D

Ответ:С

Фосфолипаза А2 тормозится:

А.тиреотропным гормоном В.пролактином

С.вазопрессином

Д.глюкокортикостероидами

Ответ:D

Сокращение гладкой мускулатуры и повышение сосудистой проницаемости вызывают лейкотриены :

А.А4 В.В4

С.С4, D4, E4 D.А4 и

В4

Ответ:С

Положительный хемотаксис лейкоцитов вызывают лейкотриены:

A.B4

B.C4, D4, E4 C.A4

D.никакие из перечисленных

Ответ:В

Неспецифическую бронхиальную гиперреактивность вызывает:

A.серотонин

B.норадреналин

C.ИЛ-10

D.интерлейкин-2

Ответ: А

Высвобождение из клеток ФАТ тормозят лекарственные препараты:

A.кетотифен (стабилизатор мембран тучных клеток)

B.теофиллин

C.эфедрин

D.все перечисленное

Ответ:А

Образование ФАТ тормозят :

A.кетотифен B.интал

C.глюкокортикостероиды

D.все перечисленные лекарственные препараты

Ответ:С

Выраженным бронхоспастическим действием обладают

медиаторы: A.γ-интерферон

B.фактор некроза опухолей-α

C.Ил-1

D.фактор, активирующий тромбоциты (ФАТ)

Ответ:D

Тема 3. Первичные иммунодефициты (20 вопросов)

1.	Какой дефект в иммунной системе детей обуславливает клиническую картину синдрома IPHX? А. У этих детей нет лимфоцитов. В. У этих детей нет только Т-лимфоцитов. С. У этих детей нет только В-лимфоцитов. Д. У этих детей есть все эффекторные субпопуляции лимфоцитов, нет только Т-регуляторных-супрессоров (Treg). Ответ: Д.
2.	Причинами рецидивирующей пиодермии (фурункулеза) могут быть: А.Первичные дефекты иммунитета В.Заболевания ЖКТ С.Гормональный дисбаланс D.Паразитарные инфекции Е.Все перечисленное верно Ответ:Е
3.	Какие первичные иммунодефициты могут сопровождаться фурункулезом или пиодермией? А.Тяжелый комбинированный иммунодефицит В.ОВИН С.ХГБ D.Все вышеперечисленное Ответ:С
4.	Базисной терапией для больных с гипо- и агаммаглобулинемией в настоящее время являются: А. Донорская плазма В. Донорские иммуноглобулины С. Иммуномодуляторы D. Иммуностимуляторы Ответ: В
5.	Синонимами общей вариабельной иммунной недостаточности (ОВИН) являются: А. гипогаммаглобулинемия В. агаммаглобулинемия С. дисгаммаглобулинемия D. синдром Вискотт-Олриджа Ответ: А
6.	По международным протоколам введение препаратов донорских иммуноглобулинов разрешено при: А.врожденной агаммаглобулинемии В.синдроме «хронической усталости» С.инфекционных заболеваниях D.спортсменам перед соревнованиями Ответ: А
7.	Клинические признаки дефектов антителопродукции: А.рекуррентные бактериальные синопульмонарные инфекции В.хронические энтеровирусные гастроэнтериты С.отставание ребенка в росте и развитии D.грибковые пневмонии Е.плохое заживление ран

	Ф.хронические гингивиты и парадонтиты Ответ: А,В
8.	Клинические признаки дефектов цитотоксических Т-лимфоцитов: А.рекуррентные бактериальные синопульмонарные инфекции В.хронические энтеровирусные гастроэнтериты С.отставание ребенка в росте и развитии Д.грибковые пневмонии Е.плохое заживление ран Ф.хронические гингивиты и парадонтиты Г.симптомы болезни «трансплантат против хозяина» без трансплантации. Ответ: С,Д,Г
9.	Клинические признаки дефектов фагоцитов: А.рекуррентные бактериальные синопульмонарные инфекции В.хронические энтеровирусные гастроэнтериты С.отставание ребенка в росте и развитии Д.грибковые пневмонии Е.плохое заживление ран Ф.хронические гингивиты и парадонтиты Г.симптомы болезни «трансплантат против хозяина» без трансплантации. Н.диффузный гранулематоз Ответ:Е,Ф,Н
10.	Селективный дефицит иммуноглобулина А может сопровождать: А.атопическое заболевание В.лимфопродиферативное заболевание С.ангииты Ответ: А,В
11.	Причина первичных иммунодефицитов - А.Вирус иммунодефицита человека В.Генетические дефекты С.Опухоли Д.Инфекции Е.Все вышеперечисленное Ответ: В
12.	При селективном дефиците IgA уровень этого иммуноглобулина в сыворотке не превышает: А.1 г/л В.0,5 г/л С.0,1 г/л Д.0,05 г/л Е.0 г/л Ответ: D
13.	Для тяжелой комбинированной иммунной недостаточности (ТКИН) характерно: А.Раннее начало (первые недели и месяцы жизни) В.Тяжелые пневмонии С.Упорная диарея Д.Грибковые поражения кожи и слизистых оболочек Е.Все вышеперечисленное Ответ: Е
14.	Х-сцепленная агаммаглобулинемия (болезнь Брутона) связана с врожденным дефицитом

	А.IL-4 В.Рецептора к IL-4 С.Тирозинкиназы btk D.цАМФ Е.Всего перечисленного Ответ: С
15.	Для какой формы ПИД характерны следующие значения лабораторных показателей: CD19 – 20%, IgA – 0,1 г/л, IgM – 0,9 г/л, IgG – 1,8 г/л, НСТ – 15% А.Х-сцепленная агаммаглобулинемия В.Селективный дефицит IgA С.Хроническая гранулематозная болезнь D.ОВИН Е.Все вышеперечисленные Ответ: D
16.	Для какой формы ПИД характерны следующие значения лабораторных показателей: CD3 – 0%, CD4 – 0%, CD8 – 0%, CD19 – 1%, IgA – 0,02 г/л, IgM – 0,06 г/л, IgG – 0,2 г/л А.Х-сцепленная агаммаглобулинемия В.Селективный дефицит IgA С.Хроническая гранулематозная болезнь D.ОВИН Е.ТКИН Ответ: E
17.	Какой из методов исследования подтверждает диагноз хронической гранулематозной болезни: А.Определение уровня ЦИК В.Определение СН50 С.Определение количества Т- и В-лимфоцитов D.Определение основных субпопуляций Т-лимфоцитов Е.НСТ-тест Ответ: E
18.	При ХГБ страдает: А.Хемотаксис В.Адгезия С.Поглотительная способность D.Киллинг Е.Все перечисленное Ответ: D
19.	Что характерно для первичного дефицита конечных (C5-C9) компонентов комплемента? А.Частые вирусные инфекции В.Склонность к опухолям С.Частые бактериальные (нейссерияльные) инфекции D.Ангионевротический отек Е.Аллергические проявления Ответ: С
20.	Принципы лечения первичных иммунодефицитов: А.Заместительная терапия донорскими иммуноглобулинами В.Пересадка костного мозга С.Генная терапия D.Антибиотикотерапия

	Е. Все выше перечисленное Ответ: Е
--	---------------------------------------

Тема 4. Иммунодиагностика и иммунокоррекция (47 вопросов)

Признаки вторичных иммунодефицитов:

- А. Частые обострения основного заболевания
- В. Длительные обострения основного заболевания
- С. Субфебрильная температура
- Д. Синдром хронической усталости
- Е. Верно все перечисленное

Ответ: Е

Что чаще является этиологическим фактором при хронических воспалительных процессах на слизистых оболочках?

- А. Бактерии
- В. Вирусы
- С. Грибы
- Д. Микст-инфекции

Ответ: D

Какие вирусы чаще встречаются у больных с хроническими воспалительными процессами на слизистых оболочках?

- А. Вирусы семейства герпеса
- В. Вирусы гепатитов
- С. Вирусы гриппа

Ответ: А

Есть ли изменения в стандартной иммунограмме у больных с хроническими воспалительными заболеваниями на слизистых оболочках?

- А. Да
- В. Нет
- С. Верно и А, и В

Ответ: С

У пациента в иммунограмме отмечено уменьшение % и абсолютного содержания CD4+лимфоцитов.

Это может быть связано с наличием у пациента:

А.Вирусной инфекции

В.Бактериальной инфекции

С.Внутриклеточных инфекций (бактериальных или вирусных) Ответ: С

У пациента в иммунограмме отмечено снижение % фагоцитоза нейтрофилов.Это может быть связано с :

А. С наличием острого или обострением хронического воспалительного процесса на момент обследования

В.Этиологическим фактором в данном случае вероятно является бактериальная инфекция

С. Верно А,В

Ответ:С

У пациента в иммунограмме выявлено увеличение уровня NK-лимфоцитов.Это может быть связано с:

А Преимущественно с наличием внутриклеточных инфекций

В.С наличием внеклеточных бактериальных инфекций

С. С наличием множественных травматических заболеваний

Д.С наличием аллергопатологии

Ответ: А

Иммунорегуляторный индекс – это:

А.% соотношение CD4+/CD8+лимфоцитов

В. % соотношение CD16+/CD56+лимфоцитов

С.Соотношение CD 19+/CD45+лимфоцитов

Д.Верно А,В

Ответ: А

Увеличение иммунорегуляторного индекса чаще наблюдаются при:

А.Обострении хронических воспалительных заболеваний

В.При наличии ремиссии хронических воспалительных

заболеваний С. Чаще при наличии внутриклеточных инфекций

D. Чаще при наличии внеклеточных инфекций

Правильный ответ: A,C

У пациента с многочисленными рецидивами герпетической инфекции в иммунограмме будут чаще наблюдаться изменения:

A. Уровня иммуноглобулинов основных классов

B. Функциональной активности фагоцитирующих клеток

C. Количества субпопуляций В-лимфоцитов

D. Количества субпопуляций Т-лимфоцитов

E. Количества субпопуляций NK-лимфоцитов

Ответ: D,E

В иммунограмме пациента отмечено значительное увеличение уровня иммуноглобулина E. Это может быть связано с :

A. Наличием бактериальных инфекций

B. Наличием вирусных инфекций

C. Паразитарных инфекций

D. Атопии

Ответ: C,D

При онкологических заболеваниях в стандартной иммунограмме, как правило:

A. Есть изменения

B. Нет изменений

C. Изменения появляются на поздних стадиях заболевания

D. Изменения появляются на ранних стадиях заболевания

Ответ: C

Для инфекционного процесса, вызванного ВИЧ, характерно изменение количества:

A. CD4+ лимфоцитов

B. CD 8+ лимфоцитов

C. CD21+ лимфоцитов

D. Иммуноглобулинов основных классов

Ответ: A,B

Результаты анализа мокроты больного хроническим бронхитом после курса лечения очередного обострения: лейкоциты- 0-1, лимфоциты- 1, эозинофилы- 0, эпителий - много

- А. Пациент здоров, может больше не применять лекарств
- В. У пациента -остаточные явления воспаления, следует провести курс антибактериальной терапии
- С. Большое количество эпителия в ан. мокроты свидетельствует о недостаточно восстановленной функции иммунитета слизистой респираторного тракта. К лечению прибавить противовоспалительные препараты, антиоксиданты, препараты, улучшающие иммунитет слизистых оболочек

Ответ: С

Иммуномодуляторы – это:

- А. Вещества, в терапевтических дозах,восстанавливающие функцию иммунной системы
 - В. Вещества, в терапевтических дозах стимулирующие функцию иммунной системы
 - С.Вещества, в терапевтических дозах супрессирующие функции иммунной системы
- Ответ: А

К иммуномодулирующим препаратам относятся:

- А. Химически чистые
- В.Бактериального происхождения
- С. Донорские компоненты иммунной системы человека
- Д.Синтетические аналоги иммунной системы человека
- Е.Физически чистые

Ответ: А,В,С, D

Синтетические аналоги компонентов иммунной системы человека:

- А.Циклоферон
- В.Амиксин
- С.Галавит
- Д.Имудон
- Е.Ничего из перечисленного

Ответ:Е

Химически чистые иммуномодуляторы:

- А.Циклоферон

В.Амиксин

С.Галавит

Д.Имудон

Е.Ничего из перечисленного

Ответ: А,В,С

Базисной терапией для больных с гипо- и агаммаглобулинемией в настоящее время

являются: А. Донорская плазма

В. Донорские иммуноглобулины С.

Иммуномодуляторы

Д.Иммуностимуляторы

Ответ:В

Лабораторная диагностика вирусных инфекций проводится на основании данных:

А.Общего анализа крови

В. Наличия специфических антител в сыворотке

С. Данных ПЦР

Д. Данных коагулограммы

Ответ:В,С

Бактериальные иммунокорректоры подразделяются на:

А. Системного действия

В.Локального действия

С.Верно А,В

Ответ:С

К бактериальным иммунокорректорам локального действия

относятся: А.ИРС-19

В.Рибомунил

С.Бронхомунал

Д.Имудон

Ответ: А,Д

Тромбоцитопения может возникнуть в результате:

А. Применения больших доз интерферона

В. Применения амиксина

С.Имунорикса

Ответ: А

Депрессия может возникнуть в результате применения:

А.Интерферонов

В.Имунофана

С.Тактивина

Д.Ремикейда

Ответ:А

Ремикейд – это:

А. Цитостатик

В. Антибиотик

С.Моноклональные антитела

Ответ:С

Моноклональные антитела применяются для лечения:

А.Ревматоидного артрита

В.Туберкулеза

С.Бронхиальной астмы

Д.Пневмонии

Ответ:А,С

Ремикейд –это коммерческое название:

А.Инфликсимаба

В.Ципрофлоксацина

С.Изопринозина

Ответ:А

Ремикейд – это моноклональные антитела к:

А.TNF-альфа

B.TNF- α era

C. IL-1

D.IL-6

Ответ: A

Ремикейд хорошо себя зарекомендовал при:

A.СКВ

B. Остеоартрозе

C. Ювенильном ревматоидном артрите

D. Болезни Такаясу Ответ:

C

Побочными эффектами терапии Ремикейдом являются:

A. Туберкулез

B.Онкологические заболевания

C. Цитопения

D.Все перечисленное верно

Ответ:D

Ремикейд при Ревматоидном артрите чаще назначают в сочетании с :

A.Цитостатиками

B.Кортикостероидами

C.Нестероидными противовоспалительными препаратами

D.Антибиотиками

Ответ: A

В настоящее время существуют лечебные моноклональные
антитела к:

A.ТНФ-альфа

B.CD21+

C.CD80+

D.Кератиноцитам

Ответ: A,B,C

Атипичные проявления герпетической инфекции:

- A. Снижение работоспособности
 - B. Боли в горле при глотании
 - C. Увеличение регионарных лимфоузлов
 - D. Пузырьковые высыпания на слизистых
- Ответ: A, B, C

Длительная субфебрильная температура тела чаще наблюдается при

- : A. при герпетической инфекции
 - B. при кандидозной инфекции
 - C. При хламидиозной инфекции
 - D. Ничего из перечисленного
- Ответ: A, B, C

Иммуномодуляторы, эффективные при герпетической инфекции:

- A. Рибомунил
- B. Виферон
- C. Изопринозин
- D. ИРС-19

Ответ: B, C

Причины неэффективности иммуномодулирующей терапии:

- A. Не выявлена причина (причины) заболевания
 - B. Механизм действия иммуномодулятора не влияет на изменения иммунитета пациента
 - C. Неправильное выполнение рекомендаций врача
 - D. Все перечисленное верно
- Ответ: D

Причинами рецидивирующей пиодермии (фурункулеза) могут быть:

- A. Первичные дефекты иммунитета
- B. Заболевания ЖКТ
- C. Гормональный дисбаланс
- D. Паразитарные инфекции
- E. Все перечисленное верно

Ответ: E

Какие первичные иммунодефициты могут сопровождаться фурункулезом или пиодермией?

А. Тяжелый комбинированный иммунодефицит

В. ОВИН

С. ХГБ

Д. Все вышеперечисленное

Ответ: С

Для иммунограммы больных рецидивирующей герпетической инфекцией характерно:

А. снижение количества Т-клеток и их субпопуляций

В. повышение уровня NK-лимфоцитов

С. снижение уровня NK-лимфоцитов

Д. все вышеперечисленное +

Ответ: D

При рецидивирующем фурункулезе следует обратить внимание

на: А. состояние ЖКТ,

В. эндокринной системы

С. наличие atopического заболевания

Д. выявление и санацию очагов инфекции

Ответ: А,В,С,Д

При хронических неспецифических заболеваниях легких основными звеньями иммунопатогенеза являются:

А. нарушение функциональной активности макрофагального звена

В. дефекты иммунитета слизистых оболочек

С. дефекты Т-звена

Д. дефекты В-лимфоцитов

Е. преимущественно дефекты гуморального звена и функциональной активности фагоцитов

Ответ: Е

Выбор иммунокорректора зависит от:

А. точек приложения действия препарата

В. особенностей иммунопатогенеза заболевания

С. от фазы заболевания

Д. верно все вышеперечисленное

Ответ: D

К иммунокорректорам бактериального происхождения относятся:

А. бронхомунал+

В. Бронхосан (бромгексин)

С. бромгексин

Д.эrespал (фенспирид h1-блокатор_

Ответ:А

К синтетическим иммунокорректорам относятся:

А.рибомунил

В.ИРС-19

С. полиоксидоний

Д.пирогенал (бактериальный липополисахарид)

Ответ:С

Иммунокорректоры, оказывающие преимущественное действие

на Т-клеточное- звено

А. Тактивин

В.миелопид

С. Биостим (бактериальный лизат из клебсиел)

Ответ:А

Иммунокорректоры, оказывающие преимущественное влияние на В-клеточное

звено: А. лизоцим

В. миелопид

С. лейкоинтерферон

Д.интерферон

Ответ:В

Иммунокорректоры, оказывающие преимущественное влияние на макрофагальное

звено:

А. полиоксидоний В.

деринат

С. Диуцифон (противолепрозное)

Д. нуклеинат натрия

Ответ: А, В, С, Д

Тема 5. Мукозальный иммунитет (36 вопросов)

Для слизистых оболочек характерно наличие:

А. Т-хелперов 1 порядка

В. Т-хелперов 2 порядка

С. Т-хелперов 3 порядка

Ответ: А, В, С

Функции иммунитета слизистых:

А. защита от антигенов

В. обеспечение иммунологической толерантности

С. обеспечение развития аллергических

реакций Ответ: верно А, В

Повышение уровня иммуноглобулина М характерно для:

А. наличия острого инфекционного процесса

В. наличия хронического воспаления С.

атопии

Ответ: А

Свойства представителей нормальной микрофлоры слизистых оболочек:

А. обеспечивают колонизационную резистентность макроорганизма

В. синтезируют витамины

С. обладают иммуномодулирующим действием

Д. регулируют процессы пищеварения в кишечнике

Е.верно все перечисленное

Ответ:Е

Пробиотики обладают доказанным терапевтическим и профилактическим действием при:

А.заболеваниях ЖКТ

В.кардиомиопатии С.

при эпилепсии

Ответ:А

Какие изотипы иммуноглобулинов секретируются на слизистые?

А. Все

В. IgA

С. IgE

Д. IgM

Ответ: В, С.

Какие изменения в стандартной иммунограмме могут встречаться чаще у больных с хроническими воспалительными процессами на слизистых оболочках?

А.Изменения уровня иммуноглобулинов основных классов

В.Изменения в составе субпопуляций Т-лимфоцитов

С.Изменения количества В-лимфоцитов

Д.Изменения количества NK-лимфоцитов

Е.Изменения показателей функциональной активности фагоцитов

Ответ: А,Е

У пациента в иммунограмме отмечено снижение уровня сывороточного иммуноглобулина А немного ниже нормы.

Это может быть связано с наличием у обследуемого:

А. Частых ОРИ

В. Аллергических заболеваний С.

Травматических повреждений

Ответ: А,В

Для диффузной лимфоидной ткани в слизистых оболочках характерно наличие:

А. В-1 лимфоцитов

В. В-2 лимфоцитов

С.В-3 лимфоцитов

Д.В-4лимфоцитов

Ответ: А

Для структурированной лимфоидной ткани характерно наличие:

А.В-1 лимфоцитов

В.В-2 лимфоцитов

С.В-3 лимфоцитов

Д.В-4 лимфоцитов

Ответ: В

Для слизистых оболочек характерно наличие Т-лимфоцитов,экспрессирующих рецепторы :

А. $\alpha\beta$

В. $\gamma\delta$

С. $\nu\chi$ Д. $\mu\zeta$

Правильный ответ: В

Для слизистых оболочек характерно:

А. наличие феномена иммунологической толерантности

В. наличие феномена хоминга

С. наличие феномена «солидарности» слизистых оболочек

Д. верно все перечисленное

Ответ: D

Наибольшее количество лимфоидной ткани находится:

А. В слизистых оболочках ЖКТ

В.В слизистых оболочках респираторного тракта

С. В слизистых оболочках уро-генитального
тракта

Д. В коже Ответ:

А

Лимфоидная ткань слизистых оболочек подразделяется на:

А.Структурированную

В.Диффузную

С.Диффузно-структурированную

Ответ: А,В

Структурированная лимфоидная ткань слизистых включает:

А.Миндалины

В.Аппендикс

С.Пейеровы бляшки тонкой кишки

Д.Селезенку

Е.Печень Ответ:

А,В,С

Структурированная лимфоидная ткань слизистых оболочек является:

А.Индукторной зоной

В.Эффекторной зоной

С. Нейтральной зоной

Д.Верно А,В Ответ:

А

В состав пейеровой бляшки входят:

А.Клетки эпителия

В.Дендритные клетки

С.В-лимфоциты

Д.Т- лимфоциты

Е.Астроциты

Ответ: А,В,С,Д

М-клетка – это:

А.Особая клетка эпителия

В.Это разновидность Т-лимфоцитов

С.Это разновидность В-лимфоцитов

Ответ:А

Функции М- клеток:

- А. Доставка антигена к дендритным клеткам, Т и В-лимфоцитам
- В. Функция памяти
- С. Оказывают токсическое действие на антигены

Ответ: А

Структуры, подобные пейеровым бляшкам, находятся :

- А. В кишечнике
- В. В бронхах
- С. В миндалинах
- Д. Верно все перечисленное

Ответ: D

Пейерова бляшка содержит:

- А. Герменативный центр
- В. Репродуктивный центр
- С. Фолликулярный центр

Ответ: А

В герменативном центре пейеровой бляшки происходит:

- А. Выработка иммуноглобулинов
- В. Выработка интерферона
- С. Выработка эстрогенов

Ответ: А

В уро-генитальном тракте, как правило:

- А. Всегда мало лимфоидной ткани
- В. Всегда много лимфоидной ткани
- С. Количество лимфоидной ткани увеличивается в течение жизни человека

Ответ: С

В слизистых оболочках происходит выработка :

- А. До 40% всех иммуноглобулинов
- В. До 50% всех иммуноглобулинов
- С. До 80% всех иммуноглобулинов

Ответ:С

Функции эпителиальных клеток слизистых оболочек:

А.Барьерная

В.Сигнальная

С.Выработка дефинзинов

Д. Синтез секреторного компонента IgA

Е. Синтез цитокинов

Г. Выработка кератиноцитов

Г. верно-А-Е

Ответ: G

Дефинзины :

А.Вещества,обладающие антибиотическим действием

В.Кислород-независимые факторы

бактерицидности С.Кислород-зависимые факторы

бактерицидности Д.Их выработка генетически

детерминирована

Е. Верно-А,В,Д

Ответ:Е

«Сборка» секреторного IgA осуществляется :

А. На базальной поверхности клеток эпителия

В.На апикальной поверхности клеток эпителия

С.В цитоплазматическом ретикулуме эпителиальных клеток

Ответ: В

В клетках эпителия слизистых оболочек при контакте их с антигеном происходит

выработка : А. Провоспалительных цитокинов

В.Антивоспалительных цитокинов

С.Дифензинов

Д. Эритропоэтина Ответ:

А,С

К провоспалительным цитокинам относятся:

A. ИЛ-1

B. ИЛ-6

C. ИЛ-10

D. ИЛ-8

Ответ: A, B, D

В эпителиальном слое слизистых оболочек находятся:

A. Интраэпителиальные Т-лимфоциты

B. Интраэпителиальные В-лимфоциты C.

Кератиноциты

D. Миоциты Ответ:

A

Слизистая оболочка состоит из:

A. Слоя эпителия

B. Собственно пластинки слизистой оболочки

C. Подслизистого слоя

D. Эпидермального слоя

Ответ: A, B, C

Функции интраэпителиальных Т-лимфоцитов:

A. Обеспечение механизмов иммунологической

толерантности B. Участие в противовирусном иммунитете

C. Участие в противоопухолевом иммунитете

D. Формирование антител

Ответ: A, B, C

Характеристика дендритных клеток слизистых оболочек:

A. Их количество увеличивается в течение жизни человека

B. Высокая скорость обмена – 1 раз в 5-6 дней

C. Обеспечивают дифференцировку CD4+ лимфоцитов

D. Низкая скорость обмена – 1 раз в 40 дней

Ответ: A, B, C

Выберите из нижеперечисленных препаратов те, которые относятся к группе

пробиотиков: А. Риофлора

В. Линнекс

С. Максилак

Д. Супракс

Е. Нистатин

Выберите из нижеперечисленных препаратов те, которые являются монокомпонентными лекарствами, т.е. в составе есть только один штамм бактерий (первое поколение

пробиотиков): А. Бифиформ

В. Аципол

С. Линнекс

Д. Риофлора

Е. Бифидумбактерин

Ф. Колибактерин

Г. Бификол

Н. Лактобактерин

Ответ: Е, Ф, Н

Выберите из нижеперечисленных препаратов те, которые являются поликомпонентными лекарствами, т.е. в составе которых содержатся сразу несколько штаммов бактерий

А. Бифиформ

В. Аципол

С. Линнекс

Д. Риофлора

Е. Бифидумбактерин

Ф. Колибактерин

Г. Бификол

Е. Лактобактерин Ответ:

А, В, С, Д, Г

Тема 6. ПОЛЛИНОЗЫ (40 вопросов)

1.	Кому из учёных принадлежит ставший сегодня историческим термин "сенная лихорадка"? A. Д. Адо
	В. И. Мечников С. Д. Босток D. Гиппократ Ответ: С
2.	Какие аллергены являются причинно-значимыми в развитии поллинозов? А. грибковые В. пищевые С. пыльцевые D. лекарственные Ответ: С
3.	Какие аллергены являются причинно-значимыми в развитии поллинозов? А. грибковые В. пищевые С. пыльцевые D. лекарственные Ответ: С
4.	Какая сенсibilизация характерна для клинических форм поллинозов, преобладающих в структуре данного заболевания у детей Москвы и Московской области? A. к пыльце злаковых В. к пыльце деревьев С. Поливалентная D. к пыльце сорных трав Ответ: С
5.	Сколько видов растений из существующих на земном шаре продуцируют пыльцу, являющуюся аллергенной? A. около В. около 100 С. около 1000 D. Около 20 Ответ: А
6.	Укажите размер пыльцы растений, способной переноситься ветром на большие расстояния? A. от 30 до 70 мкм В. от 20 до 40 мкм С. от 10 до 30 мкм D. от 50 до 100 мкм Ответ: В
7.	Какое количество антигенов содержит пыльца растений? А. от 5 до 10 В. от 10 до 20 С. от 20 до 30 D. от 30 до 40 Ответ: А

8.	В каких частях растений могут присутствовать антигены? А. в стеблях В. в листьях С. в пыльцевых зернах Д. в корнях Ответ: А,В,С Ответ: А
9.	Укажите концентрацию пыльцы в воздухе, при которой обычно возникают симптомы пылевой аллергии: А. около 10 пыльцевых гранул на 1м³ В. около 100 пыльцевых гранул на 1м³ С. около 500 пыльцевых гранул на 1м³ Д. около 50 пыльцевых гранул на 1м³ Ответ: Д
10.	В какое время суток концентрация пыльцы в воздухе обычно становится максимальной? А. днём В. утром С. ранним вечером Д. ночью Ответ: А,С
11.	В какую погоду концентрация пыльцы в воздухе обычно становится максимальной? А. в сухую В. после дождя С. в снежную Д. все перечисленные ответы верны Ответ: А
12.	В какую погоду концентрация пыльцы в воздухе обычно становится минимальной? А. в сухую В. после дождя С. в снежную Д. все вышеперечисленные Ответ: В
13.	Сколько сезонных периодов цветения растений характерно для средней полосы Европейской части России? А. два В. четыре С. пять Д. три Ответ: Д
14.	Какие сезонные периоды цветения растений характерны для средней полосы Европейской части России? А. осеннее-зимний В. весенний С. весенне-летний Д. летнее-осенний Ответ: В,С,Д

15.	Какие факторы способствуют развитию сенсibilизации? А. месторождения В. высокий уровень сывороточного IgE С. грудное вскармливание Д. месяц рождения Ответ: А,В, D
16.	Какой путь проникновения пыльцевых аллергенов в организм является
	основным? А. пероральный В. аэрогенный С. через кожу Д. все вышеперечисленные Ответ: В
17.	Какие причины могут вызвать обострение аллергических заболеваний, обусловленных пыльцевой сенсibilизацией, вне сезона поллинииции? А. лечение фитопрепаратами В. перенесенное респираторное заболевание С. употребление в пищу продуктов, имеющих антигенное родство с причинно- значимыми растениям Д. всё вышеперечисленное Ответ: А,С
18.	Какие клинические проявления поллиноза наиболее часто встречаются в практике аллерголога-иммунолога? А. ринит/риносинусит В. конъюнктивит С. контактный дерматит Д. бронхиальная астма Ответ: А,В, D
19.	Укажите редкие клинические проявления поллиноза: А. крапивница и отек Квинке В. аллергический контактный дерматит С. аллергический фарингит, ларингит, трахеит Д. риносинусит Ответ: А,В,С
20.	Когда возникает аллергический конъюнктивит при сенсibilизации к пыльце деревьев? А. зимой В. весной С. летом Д. осенью Ответ: В
21.	Когда возникает аллергический ринит при сенсibilизации к пыльце злаковых? А. зимой В. весной С. летом Д. осенью Ответ: С

22.	Когда отмечается период обострения бронхиальной астмы при сенсibilизации к пыльце сорных трав? А. зимой В. весной С. летом Д. осенью Ответ: D
23.	Укажите основные клинические симптомы аллергического ринита при сенсibilизации к пыльцы деревьев:

	А. заложенность носа В. приступы чиханья С. кожный зуд Д. обострение в середине лета Ответ: А,В
24.	Укажите основные клинические симптомы бронхиальной астмы при сенсibilизации к пыльцы злаковых: А. приступообразный кашель В. отсутствие обострения в зимний период С. зуд кожи Д. приступы затруднённого дыхания Правильный ответ: А,В,Д
25.	Укажите основные клинические симптомы аллергического конъюнктивита при сенсibilизации к пыльцы сорных трав: А. слезотечение В. одностороннее поражение конъюнктивы глазного яблока и век с гнойным отделяемым С. обострение в конце лета Д. зуд век Ответ: А,С, D
26.	Укажите основные критерии диагностики аллергических заболеваний, вызванных пыльцевой сенсibilизацией: А. лабораторное определение аллергенспецифических IgE В. сбор аллергологического анамнеза С. рентгенография органов грудной клетки Д. кожные аллергологические пробы Ответ: А,В,Д
27.	В какое время года кожные аллергологические пробы у пациентов с аллергическими заболеваниями, вызванными пыльцевой сенсibilизацией, не проводятся? А. декабрь-февраль В. ноябрь-декабрь С. апрель-сентябрь Д. январь-март Ответ: С

28.	Терапия периода обострения аллергических заболеваний, вызванных пыльцевой сенсibilизацией, включает в себя: А. проведение аллергенспецифической иммунотерапии В. назначение антигистаминных препаратов С. проведение мероприятий, направленных на уменьшение контакта с пыльцевыми аллергенами D. исключение из рациона питания ребёнка продуктов, содержащих общие антигены с пылью растений Ответ: В,С, D
29.	Укажите антигистаминные препараты, наиболее часто используемые в терапии обострения аллергических заболеваний, вызванных пыльцевой сенсibilизацией А. Клемастин (Тавегил) В. Цетиризин (Зиртек) С. Лоратадин (Кларитин) D. Дифенгидрамин (Димедрол) Ответ: В,С

30.	Укажите основные побочные эффекты антигистаминных препаратов первого поколения: А. тахифилаксия В. седативное действие С. сухость слизистых D. мочегонный эффект Ответ: А,В,С
31.	Наиболее эффективным методом терапии аллергических заболеваний, вызванных пыльцевой сенсibilизацией является: А. применение глюкокортикостероидов В. применение гомеопатических препаратов С. аллергенспецифическая иммунотерапия D. Анти - IgE – терапия с применением моноклональных антител Ответ: С
32.	Укажите основные показания для проведения аллергенспецифической иммунотерапии: А. небольшое число причинно значимых аллергенов у пациента В. доказанная IgE-опосредованная природа заболевания С. возраст пациента до 2-х лет D. невозможность полной элиминации аллергена Ответ: А,В,D
33.	Укажите возможные способы введения аллергена при проведении аллергенспецифической иммунотерапии: А. назальный В. парентеральный (подкожно) С. пероральный (сублингвальный) D. трансдермальный (чрезкожный) Ответ: А,В,С
34.	Укажите основные направления первичной профилактики поллинозов: А. рациональное озеленение городов В. планирование беременности вне сезона пыления С. искусственное вскармливание D. использование методов физического оздоровления и закаливания Ответ: А,В,D

35.	Укажите основные направления вторичной профилактики поллинозов: А. не проводить профилактические прививки и плановые оперативные вмешательства в период пыления растений, на пыльцу которых у пациентов аллергия В. адекватная фармакотерапия и аллергенспецифическая иммунотерапия С. не соблюдать гипоаллергенную диету Д. вести обучение больного и членов его семьи по вопросам лечения и профилактики пыльцевой аллергии Ответы: А,В,Д
36.	Противопоказаниями к проведению АСИТ являются: А. Обострение аллергического заболевания В. Тяжелые психические расстройства С. Онкологические заболевания в любой стадии развития Д. Невозможность соблюдения пациентом схемы назначенного лечения Ответ: А, В, С, D
37.	Лечебные аллергены бывают следующих форм: А. Водно-солевые экстракты аллергенов В. Комбинированные аллергены С. Модифицированные лечебные аллергены Д. Сублингвальные аллергены Ответ: А, С, D
38.	Оптимальная длительность АСИТ: А. 1-2 года В. 3-5 лет С. 5-7 лет Д. Не менее 10 лет Ответ: В
39.	Инъекции аллергена может проводить: А. Педиатр В. Аллерголог-иммунолог С. Сестра аллергологического кабинета Д. Врач общей практики Ответ: В, С
40.	В случае проведения АСИТ пыльцевыми аллергенами курс должен быть начат не позднее чем за: А. 1,5мес. до начала цветения растений, к пыльце которых имеется повышенная чувствительность В. 2 мес. до начала цветения растений, к пыльце которых имеется повышенная чувствительность С. 3 мес. до начала цветения растений, к пыльце которых имеется повышенная чувствительность Д. 4 мес. до начала цветения растений, к пыльце которых имеется повышенная чувствительность Ответ: А

1.	Атопический дерматит (АтД) является: А. Самостоятельным заболеванием кожи В. Воспалительным заболеванием кожи и ее придатков С. Является составной частью «атопического марша» D. Является составной частью НАО Ответ: С
2.	АтД дебютирует чаще: А. В детском возрасте В. В среднем возрасте С. В пожилом возрасте Ответ: А
3.	Фазы АтД: А. младенческая В. Детская С. Подростковая и взрослая D. Старческая Ответ: А,В,С

4.	Диагностические критерии АтД: А. Обязательные В. Дополнительные С. Промежуточные D. Смешанные Ответ: А,В
5.	К обязательным диагностическим критериям относятся: А. Зуд кожи В. Высыпания в типичных местах С. Наследственная предрасположенность к атопии D. Хейлит Ответ: А,В,С
6.	Для младенческой фазы АтД характерно наличие: А. Лихенификации В. Экссудации С. Мокнутия D. все перечисленное верно Ответ: В,С
7.	Для подростковой фазы характерно наличие: А. Мокнутий В. Лихенификации С. Экссудации D. Верно С Ответ: В
8.	К дополнительным диагностическим критериям АтД относятся: А. сезонность обострения В. Синдром Денье-Моргана С. кожный зуд D. сухость кожи Ответ: А,В,D

9.	Классификация АтД: А. Единой классификации не существует В. В каждой стране существует своя классификация С. Существует единая международная классификация Д. Все перечисленное верно Ответ: А
10.	Кожные тесты при АтД выполняют: А. Всегда В. При отсутствии выраженного обострения С. При наличии обострения Д. Вне зависимости от стадии процесса Ответ: В
11.	При наличии выраженных высыпаний на руках кожные тесты при АтД можно выполнить: А. На спине В. На нижних конечностях С. На ягодицах Д. Верно А-С Ответ: А

12.	Для больных АтД характерно: А. Наличие очагов инфекции В. Отсутствие очагов инфекции С. Для больных АтД характерно наличие инфицирования только в детском возрасте Ответ: А
13.	Причинно-значимыми аллергенами у больных с АтД в раннем детском возрасте являются: А. Пищевые аллергены В. Бытовые аллергены С. Эпидермальные аллергены Ответ: А
14.	Причинно-значимыми аллергенами у больных с АтД <u>в подростковом возрасте</u> являются: А. Эпидермальные аллергены В. Пищевые аллергены С. Инсектные аллергены Д. Бытовые аллергены Ответ: Д
15.	Для больных АтД характерно наличие: А. Бактериальных инфекций В. Грибковых инфекций С. Вирусных инфекций Д. Микст-инфекций Ответ: Д

16.	Дефекты иммунного ответа при АД: А. Дисбаланс дифференцировки Th1/Th2-лимфоцитов В. Преобладание продукции провоспалительных цитокинов С. Гиперпродукция IgE Д. все перечисленное неверно Ответ: А, В, С
17.	При АД определяют заболевания: А. ЖКТ В. ЦНС С. Железы внутренней секреции Д. Заболевания внутренних органов встречаются редко при АД Ответ: А, В, С
18.	Принципы терапии АД: А. Комплексный подход, заключающийся в устранении причинно-значимых аллергенов, лечении сопутствующей патологии, иммунокоррекции, коррекции аллергического воспаления В. Только наружная терапия С. Преимущественно устранение причинно-значимых аллергенов Д. Только АСИТ Ответ: А
19.	Основные препараты, применяемые при АД для купирования обострения: А. Топические ГКС В. Блокаторы H-1 рецепторов к гистамину С. Системные ГКС

	Д. Антибиотики Ответ: А, В
20.	Базисными средствами наружной терапии АД являются: А. Топические ГКС В. НПВС С. Эмоленты Д. Спрегаль Ответ: А, С
21.	Какие побочные эффекты длительного применения топических ГКС Вы знаете? А. Атрофия кожи В. Инфицирование С. Системные эффекты Д. Развитие заболеваний крови Ответ: А, В, С
22.	Что влияет на развитие побочных эффектов от применения топических ГКС? А. Длительное применение В. Бессистемное применение С. Применение галогенизированных препаратов Д. Все перечисленное верно Ответ: Д

23.	Какие топические ГКС не содержат галогены? А.Элоком В.Флюцинар С.Афлодерм D.Локоид Е.Адвантан Ответ:А,D,E
24.	Такролимус и Пимекролимус по своему действию являются: А.Топическими ГКС В.Системными ГКС С.Цитостатиками местного действия D.Блокаторами H₂-рецепторов к гистамину Ответ:С
25.	Какие особенности действия метилпреднизолона ацепоната? А.Не содержит галогенов В.Действующим веществом является метаболит,который активизируется в очаге воспаления С. Использование один раз в сутки D.Назначают только в фазу затихающего обострения Е.Можно использовать для поддерживающей интермиттирующей терапии F.Содержит Бром Ответ:А,В,С
26.	При обострении АтД с выраженной экссудацией и мокнутиями используют: А.Жирные мази В.Кремы С.Эмульсии D.Все перечисленное верно Ответ:С

27.	У больных с обострением АтД на фоне выраженной лихенификации следует назначать: А.Эмульсии В.Кремы С.Мази D.Жирную мазь Ответ:С,D
28.	Какие дополнительные свойства блокаторов H₁-рецепторов к гистамину 1 поколения полезны при обострении АтД у детей? А.Седативные свойства В.Холинолитические свойства С.Противорвотные свойства D.Нейролептические свойства ОтветА,В
29.	Какие три основные звена составляют «порочный круг» воспаления при АтД? А.Обезвоживание и обезжиривание кожи В.Аллергическое воспаление С.Вторичное инфицирование D.Верно все перечисленное Ответ:D

30.	Какие местные средства относятся к комбинированным препаратам? А.Тридерм В.Травокорт С.Акридерм D.Элоком Е.Дермовейт Ответ:А,В,С
31.	Какие средства из перечисленных относятся к эмоллентам? А.Дардиа В.Глутамол С.Кутивейт D.Бетновейт Ответ:А,В
32.	Какие иммуномодуляторы могут быть эффективны при АтД? А.Рузам В.Рибомунил С.Имунорикс D.ничего из перечисленного Ответ:А

Тема 8. Бронхиальная астма (99 вопросов)

Определите заболевание «бронхиальная астма»

А. Хроническое бронхолёгочное заболевание с приступами

бронхоспазма; В. Хроническое аллергическое заболевание нижних
дыхательных путей;

- С. Хроническое бронхолёгочное заболевание сложного генеза с приступами бронхоспазма;
D. Хронический бронхит с бронхоспазмом.

Ответ: С

Чем характеризуется бронхиальная астма?

- А. Повышенной чувствительностью дыхательных путей к бытовым аллергенам; В. Гиперреактивностью бронхов к внешним факторам;
С. Повышенной чувствительностью бронхов к различным провоцирующим факторам;
D. Все перечисленное верно

Ответ: Д

Патогенетически бронхиальная астма это:

- А. Хроническое воспалительное заболевание с бронхиальной гиперреактивностью;
В. Хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей с клеточной инфильтрацией слизистой бронхов;
С. Хроническое воспалительное заболевание бронхов с участием многих клеток и молекул;
D. Воспалительный процесс бронхов опосредованный молекулярными механизмами. Ответ: С

Морфологически бронхиальная астма это:

- А. Заболевание с выраженной инфильтрацией дыхательных путей эозинофилами, тучными клетками;
В. Заболевание с инфильтрацией слизистой бронхов мононуклеарами;
С. Заболевание с инфильтрацией слизистой эозинофилами и выраженным отёком;
D. Заболевание с отёком слизистой бронхов и инфильтрацией слизистой эозинофилами и нейтрофилами.

Ответ: D

Клинически бронхиальная астма это:

- А. Заболевание с приступами экспираторного удушья;
В. Заболевание с приступами экспираторного удушья и кашля
С. Заболевание с приступами затруднённого дыхания и кашля
D. Заболевание с кашлем, удушьем, выделениями из носа

Ответ: С

Нозологически бронхиальная астма это:

- A. Единое по форме заболевание
- B. Группа сходных клинически нозологий
- C. Эволюционно переходящие одна в другую нозологии
- D. Нозологически единое заболевание

Ответ: D

При бронхиальной астме хроническое воспаление

сопутствует: A. Повышению реактивности бронхов;

- B. Специфическим иммунным реакциям;
- C. Аллергическим реакциям;

- D. Повышению реактивности бронхов и аллергическим реакциям. Ответ: A

Бронхиальная астма- это заболевание, которое

поддерживается: A. Постоянной стимуляцией триггерами

воспаления в бронхах; B. Вдыханием экзоаллергенов;

- C. Постоянным воздействием экзо- и эндогенных провоцирующих факторов;
- D. Воздействием аллергенов.

Ответ: C

По формам клинически выделяют:

- A. Экзо-и эндогенную формы бронхиальной астмы;
- B. Атопическую и инфекционную формы бронхиальной астмы;
- C. Экзо-, эндогенную и смешанную формы бронхиальной астмы
- D. Атопическую, инфекционную, аспириновую формы бронхиальной астмы. Ответ: C

К экзогенной бронхиальной астме относят:

- A. Атопическую;
- B. Атопическую, нутритивную, профессиональную;
- C. Атопическую, смешанную;
- D. Атопическую,

профессиональную. Ответ: А

К atopической астме относят:

- A. Пылевую, пыльцевую;
- B. Пылевую, грибковую, пыльцевую;
- C. Пылевую, грибковую;
- D. Пылевую, пыльцевую, профессиональную.

Ответ: A

К круглогодичной астме относят:

- A. Пылевую, клещевую;
- B. Пылевую, профессиональную;
- C. Пылевую, профессиональную, клещевую;
- D. Клещевую. Профессиональную.

Ответ: A

Профессиональная астма всегда связана:

- A. Только с иммунными механизмами;
 - B. Может быть обусловлена как иммунными так и неиммунными механизмами;
 - C. С различными типами аллергических реакций;
 - D. С аллергическими и псевдоаллергическими реакциями.
- Ответ: B

К эндогенной бронхиальной астме относят:

- A. Инфекционно-аллергическую;
 - B. Инфекционно-аллергическую и инфекционно-зависимую;
 - C. Инфекционно-аллергическую, инфекционно-зависимую, гиперэозинофильную;
 - D. Инфекционно-аллергическую, физического усилия, инфекционно-зависимую.
- Ответ: D

К бронхиальной астме относят:

- A. Атопическую, эндогенную, химической этиологии;
 - B. Атопическую, инфекционную
 - C. Атопическую экзогенную и эндогенную;
 - D. Психогенную, атопическую, эндогенную.
- Ответ: B

Обострение бронхиальной астмы это:

- A. Неуклонное прогрессирование бронхообструктивного синдрома;
- B. Прогрессирование бронхообструктивного синдрома не купируемого повседневными бронхолитиками;
- C. Приступ удушья не купируемый бета 2 адреностимуляторами;
- D. Приступы бронхоспазма затяжного характера. Ответ: B

Ремиссия при астме это:

- A. Отсутствие приступов бронхоспазма в течение нескольких дней; B. Отсутствие приступов бронхоспазма в течение недели;
- C. Отсутствии е приступов бронхоспазма в течение нескольких недель;
- D. Больной отмечает исчезновение приступов в течение суток. Ответ: C

Стабильная ремиссия при бронхиальной астме это:

- A. Отсутствие приступов в течение недели; B. Отсутствие приступов в течение месяца; C. Отсутствие приступов в течение года;
- D. Отсутствие приступов в течение двух лет. Ответ: D

Главными этиологическим факторами астмы являются:

- A. Бытовые, пыльцевые аллергены;
 - B. Бытовые, пищевые, лекарственные аллергены;
 - C. Бытовые, пыльцевые, бактериальные, грибковые аллергены;
 - D. Бытовые, пищевые аллергены.
- Ответ: C

К наиболее значимым эпидермальным аллергенам при атопической астме

- относятся: A. Шерсть кошки, собаки, эпидермис и волос человека;
- B. Шерсть хомяка, морской свинки;
- C. Шерсть кошки, собаки;
- D. Перхоть лошади, шерсть собаки.

Ответ: С

Среди пищевых аллергенов наиболее актуальны для астматика:

- A. Хлебобулочные изделия;
- B. Морепродукты, цитрусовые;
- C. Копчёности, пряности, соленья;
- D. Морепродукты, цитрусовые, каринные яйца, шоколад.

Ответ: D

Среди газов, предрасполагающих к развитию астмы наиболее токсичными являются: A. Озон;

- B. Аммиак, угарный газ;
- C. Углекислый газ, диоксид азота;
- D. Хлор.

Ответ: A

Газы, отравление которыми чаще других приводит к формированию бронхиальной астмы: A. Угарный газ;

- B. Сероводород;
- C. Метан, углекислый газ;
- D. Аммиак.

Ответ: C

Среди бактериальных аллергенов чаще всего к формированию астмы приводят: A. Золотистый стафилококк; белый стафилококк;

- B. Протей кишечная палочка;
- C. Золотистый стафилококк, нейссерия перфлава;
- D. Кишечная палочка, синегнойная палочка.

Ответ: C

Среди вирусных аллергенов наиболее часто к формированию астмы приводят: A. Вирус гриппа, парагриппа, респираторно-синцитиальный;

- B. Аденовирусная инфекция;
- C. Респираторно-синцитиальный, парагриппа;
- D. Вирус гриппа.

Ответ: A

У больных атопической пылевой астмой сезонность обострений (октябрь-ноябрь) связана:

- A. С повышенной влажностью.
- B. С суточными колебаниями температур.
- C. С пиком размножения в этот период пироглифидных клещей.
- D. С переходом на зимние ритмы.

Ответ: C

В формировании грибковой бронхиальной астмы наибольшее значение имеют грибы: A. Аспергиллус.

B. Пенициллиум, ризопус.

C. Аспергиллус
кандида.

D. Ризопус, альтернария.

Ответ: C

Бронхиальная астма считается лёгкой по течению если:

- A. Приступы проходят самостоятельно или при неинвазивной подаче бронхолитиков.
- B. Приступы возникают менее 1 раза в неделю.
- C. Приступы проявляются в виде кашля.
- D. Приступы в виде лёгкого бронхоспазма.

Ответ: A

Среднетяжёлое течение при бронхиальной астме характеризуется:

- A. Приступы купируются неинвазивными или инвазивными путями подачи бронхолитиков.
- B. Приступы купируются глюкокортикостероидными лекарственными средствами.
- C. Приступы возникают не реже 2 раз в день.
- D. Ночные приступы бронхоспазма не реже 2 раз в

месяц. Ответ: A

Тяжёлое течение бронхиальной астмы характеризуется:

- A. Частыми тяжёлыми приступами удушья, заболевание контролируется системными ГКС.
- B. В анамнезе отмечались астматические состояния.
- C. Заболевания контролируется топическими ГКС.
- D. Приступы возникают чаще 2 раз в день.

Ответ: A

Основные этапы развития бронхиальной астмы:

- А. Астма лёгкого, среднетяжёлого, тяжёлого течения. В. Лёгкая, тяжёлая бронхиальная астма. С. Предастма, собственно бронхиальная астма. D. Клинически неоформленная, клинически оформленная астма. Ответ: С

Предастма это:

- А. Состояние с очень лёгкими приступами бронхоспазма. В. Состояние при котором приступы бронхиальной астмы проходят самостоятельно. С. Состояние представляющее угрозу возникновения бронхиальной астмы. D. Когда приступы бронхиальной астмы возникают реже 1 раза в месяц. Ответ: С

Диагноз бронхиальной астмы ставится после:

- А. Возникновения приступообразного кашля. В. После первого клинически оформленного приступа или статуса бронхиальной астмы. С. После положительного ингаляционного ацетилхолинового теста. D. После положительного теста на скрытый бронхоспазм. Ответ: В

Атопическая преастма это:

- А. Аллергический риноконъюнктивит. В. Состояние, представляющее угрозу возникновения атопической астмы в виде аллергического ринита или других лёгких проявлений респираторной атопии. С. Аллергический бронхит с ринальными явлениями. D. Поллиноз. Ответ: В

Инфекционная преастма это:

- А. Хронический бронхит. В. Состояние, представляющее угрозу возникновения инфекционной астмы, при котором специфическое исследование выявляет сенсibilизацию к бактериальным аллергенам. С. Хронический обструктивный бронхит. D. Рецидивирующая пневмония. Ответ: В.

Лёгочными осложнениями бронхиальной астмы являются:

- A. Хронический обструктивный бронхит.
- B. Эмфизема, пневмосклероз, ателектаз, пневмоторакс.
- C. Лёгочное сердце.
- D. Лёгочно-сердечная недостаточность.

Ответ: B

Внелёгочными осложнениями бронхиальной астмы являются:

- A. Дистрофия миокарда, лёгочное сердце, сердечная недостаточность.
- B. Лёгочно-сердечная недостаточность.
- C. Инфаркт миокарда.
- D. Инсульт.

Ответ: A

Острыми лёгочными осложнениями бронхиальной астмы

являются: A. Ателектаз, пневмоторакс, острая эмфизема.

- B. Эмфизема.
- C. Инфаркт лёгкого.
- D. Асфиксия.

Ответ: A

Хроническими лёгочными осложнениями бронхиальной астмы

являются: A. Эмфизема, пневмосклероз, лёгочная недостаточность.

- B. Лёгочное сердце.
- C. Хронический бронхит.
- D. Хроническая обструктивная болезнь лёгких.

Ответ: A

В фазу нестабильной ремиссии приступы астмы:

- A. Могут возникнуть всегда в любое время.
- B. Возникают под воздействием специфических аллергенов или триггерных факторов.
- C. Возникают только под влиянием бронхолёгочной инфекции.
- D. Возникают только при обострении хронических бронхолёгочных заболеваний.

Ответ: B

Самой частой причиной развития атопической бронхиальной астмы являются: А. Домашняя пыль как сложный многокомпонентный аллерген.

В. Пироглифидные клещи.

С. Тараканы.

Д. Аллергены амбарно-зернового комплекса.

Ответ: А

Пыльцевая бронхиальная астма нозологически является:

А. Самостоятельной нозологией.

В. Частью диагноза «бронхиальная астма».

С. Частью диагноза «поллиноз».

Д. Этапом в развитии поллиноза.

Ответ: С

Наиболее частой причиной развития пыльцевой бронхиальной астмы является: А. Пыльца злаков, сложноцветных.

В. Пыльца деревьев.

С. Употребление цитрусовых.

Д. Пыльца подсолнечника.

Ответ: А

При пыльцевой бронхиальной астме приступы бронхоспазма

вызываются: А. При употреблении копчёностей, пряностей.

В. При употреблении продуктов растительного происхождения, имеющих общие антигенные свойства с пыльцой, вызывающей поллиноз.

С. При употреблении морепродуктов.

Д. При употреблении куриных яиц.

Ответ: В

Аллергия на насекомых при бронхиальной

астме: А. Невозможна.

В. Вызывают астму при ингаляции частиц их тел.

С. Вызывают астму при попадании частиц их тел в пищу.

Д. Вызывают астму при попадании частиц их тел с питьём.

Ответ: В

Насекомые наиболее часто, приводящие к формированию астмы:

А. Пчёлы, бабочки, тараканы.

В. Мухи.

С. Муравьи.

Д. Жуки.

Ответ: А

Лекарственные препараты приводят к сенсibilизации при астме если:

А. Если существует возможность профессиональной сенсibilизации ингаляционным путём. В. При парентеральном введении.

С. Через полость рта.

Д. При нанесении на кожные покровы.

Ответ: А

Первичная пищевая (нутритивная) астма:

А. Встречается гораздо чаще вторичной (вторичная пищевая возникает на фоне пыльцевой сенсibilизации).

В. Не встречается в настоящее время.

С. Встречается гораздо реже вторичной пищевой.

Д. Встречается с одинаковой частотой по сравнению с вторичной пищевой. Ответ: С

Первичная пищевая (нутритивная) астма обычно обусловлена:

А. Атопическими механизмами.

В. Иммунокомплексной аллергической реакцией.

С. Преимущественно неиммунными (псевдоаллергическими) механизмами.

Д. Цитотоксической аллергической реакцией.

Ответ: С

Специфические аллергические механизмы при бронхиальной астме

являются: А. Единственными в патогенезе заболевания.

В. Часто сочетаются с параиммунными.

С. В зависимости от формы преобладают аллергические или псевдоаллергические механизмы.

Д. Аллергические задействуются крайне редко.

Ответ: С

Астматическая триада это:

- A. Сочетание бронхиальной астмы, поллиноза, аллергического ринита.
- B. Сочетание бронхиальной астмы, аллергического ринита, хронического бронхита.
- C. Сочетание бронхиальной астмы, рецидивирующего полипоза носа, придаточных пазух с непереносимостью нестероидных противовоспалительных препаратов.
- D. Сочетание бронхиальной астмы, аллергического ринита, лекарственной непереносимости. Ответ: C

При астматической триаде приступы удушья вызываются:

- A. Приёмом нестероидных противовоспалительных препаратов, пищевого красителя тартразина, пищевых продуктов, содержащих салицилаты.
- B. Употреблением копчёностей, морепродуктов.
- C. Употреблением солёного, жареного.
- D. Употреблением шоколада, куриных яиц.

Ответ: A

В основе патогенеза атопической бронхиальной астмы всегда

лежит: A. Аллергическая анафилактическая реакция 1-го типа.

- B. Аллергическая анафилактическая реакция 1-го типа, иногда в сочетании с иммунокомплексной аллергической реакцией 3-го типа.
- C. Цитотоксическая аллергическая реакция 2-го типа.
- D. Клеточно-опосредованная аллергическая реакция 4-го типа.

Ответ: B

Патогенез бронхиальной астмы опосредован:

- A. Исключительно аллергической функцией IgE.
- B. Аллергической функцией IgE, реже IgG, IgM, IgA, сенсibilизированными лимфоцитами.
- C. Все перечисленные иммуноглобулины играют одинаково важную роль в патогенеза бронхиальной астмы.
- D. Аллергической функцией IgE, сенсibilизированными лимфоцитами.

Ответ: B

При астматической триаде приступы удушья возникают:

- A. В связи, с IgE-зависимым механизмом дегрануляции тучных клеток.
- B. В результате ингибции синтеза простагландинов.
- C. В связи с отложением иммунных комплексов в стенках бронхов.

D. В связи с диффузными отложениями в области базальной мембраны бронхов альбумина, фибриногена.

Ответ: B

Атопическая бронхиальная астма:

A. Имеет более лёгкое течение чем инфекционная, встречается чаще в молодом возрасте.

B. Имеет более тяжёлое течение чем инфекционная, встречается чаще в пожилом возрасте.

C. По частоте и тяжести не отличается от инфекционной.

D. Встречается значительно реже инфекционной. Ответ: A

Инфекционная бронхиальная астма:

A. Имеет более лёгкое течение чем атопическая, встречается чаще в молодом

возрасте. B. Имеет более тяжёлое течение чем атопическая, встречается чаще в пожилом возрасте. C. По частоте и тяжести не отличается от атопической.

D. Встречается значительно чаще атопической.

Ответ: B

Инфекционно-аллергическая бронхиальная астма

обусловлена: A. Аллергической анафилактической реакцией 1-го типа.

B. Аллергической цитотоксической реакцией 2-го типа.

C. Клеточно-опосредованной аллергической реакцией 4-го типа.

D. Иммунокомплексной аллергической реакцией 3-го типа.

Ответ: C

Патогенез инфекционно-зависимой бронхиальной астмы

связан: A. С аллергической анафилактической реакцией 1-го типа.

B. С продукцией лимфоцитами фактора высвобождающего

гистамин. C. С аллергической цитотоксической реакцией 2-го типа.

D. С клеточно опосредованной аллергической реакцией 4-го типа. Ответ: D

Воспаление бронхов любой этиологии способствует формированию, в первую очередь: А. Атопической бронхиальной астмы.
В. Смешанной бронхиальной астмы.

С. Инфекционной бронхиальной астмы.

Д. Хронического обструктивного бронхо-лёгочного заболевания.

Ответ: В

Снижение резистентности к инфицированию слизистой бронхов при atopической бронхиальной астме:

А. Повышает склонность астматиков к респираторным инфекциям. В. Приводит к формированию астматической триады.

С. Приводит к формированию хронического обструктивного лёгочного заболевания.

Д. Приводит к формированию лёгочной

недостаточности. Ответ: А

Обострения инфекционно-аллергической бронхиальной астмы чаще всего вызываются: А. Респираторной вирусной инфекцией.

В. Аллергенами домашней пыли.

С. Клещевыми аллергенами.

Д. Плесневыми грибами.

Ответ: А

В развитии гиперреактивности бронхов при вирусной инфекции важную роль играет:

А. Повышение реактивности гладкой мускулатуры бронхов, в связи с уменьшением бета-адренергической активности.

В. Проникновение ирритантов.

С. Проникновение экзоаллергенов.

Д. Десквамация бронхиального эпителия.

Ответ: А

Инфекционно-аллергическая бронхиальная астма чаще начинается: А. После 30-45 лет.

В. После 25 лет.

С. В 10-15 лет.

Д. В раннем детстве.

Ответ: А

Атопическая бронхиальная астма чаще
начинается: А. После 30-45 лет.

- В. После 25 лет.
- С. В 10-25 лет.
- Д. В раннем детстве.

Ответ: С

Эффект элиминации при инфекционно-аллергической бронхиальной астме: А. Встречается всегда.

- В. Встречается редко.
- С. Не встречается.
- Д. Со временем исчезает.

Ответ: С

Эффект элиминации при atopической бронхиальной астме:

- А. Встречается всегда.
- В. Встречается редко.
- С. Не встречается.
- Д. Чётко выражен, но с течением времени обычно ослабевает.

Ответ: D

Приступы удушья при atopической бронхиальной астме:

- А. Обычно начинаются через 15-20 минут после контакта с аллергеном.
 - В. Начинаются через несколько часов после контакта с аллергеном.
 - С. Начинаются через сутки после контакта с аллергеном.
 - Д. Начинаются в первые секунды после контакта с аллергеном.
- Ответ: А

Аллергены домашней пыли вызывают у астматика-атопика:

- А. Всегда немедленную астматическую реакцию.
- В. Отсроченную немедленную астматическую реакцию.
- С. Немедленную, реже отсроченную немедленную астматическую реакцию.
- Д. Очень редко немедленную астматическую реакцию.

Ответ: С

Аллергены домашней пыли вызывают у астматиков-атопиков немедленный и отсроченный

ненемедленный ответы:

А. Чаше, чем аллергены пыльцы.

- В. Реже, чем аллергены пыльцы.
- С. Также часто как и аллергены пыльцы.
- Д. Намного реже пыльцевых аллергенов.

Ответ: А

Позднюю астматическую реакцию у больных atopической астмой обычно

связывают: А. С IgE- зависимой дегрануляцией тучных клеток.

- В. С цитотоксической аллергической реакцией.
- С. С иммунокомплексной аллергической реакцией.
- Д. С реакцией замедленной клеточной гиперчувствительности.

Ответ: С

Прекращение контакта с аллергеном на длительный срок у больных atopической астмой приводит:

- А. К эффекту элиминации и улучшению состояния.
- В. К усилению приступов.
- С. К повышению неспецифической реактивности бронхов.
- Д. К стойкой стабильной ремиссии.

Ответ: А

Неспецифические раздражители в период нестабильной ремиссии у астматиков-atопиков могут вызывать приступы так как:

- А. Сохраняется исходная гиперреактивность бронхов.
- В. Усиливают действия различных аллергенов.
- С. Способствуют активации эндогенных механизмов болезни.
- Д. Играют роль специфических аллергенов.

Ответ: А

У больных atopической бронхиальной астмой могут быть постоянные приступы удушья при непостоянном контакте с аллергеном поскольку:

- А. Вызываются любыми неспецифическими раздражителями.
- В. Активизируются эндогенные механизмы болезни.
- С. Нарастает сенсibilизация экзоаллергенами.
- Д. Повышается проницаемость слизистой бронхов.

Ответ: A

Неспецифическая бронхиальная гиперреактивность при атопической бронхиальной астме: А. Усиливает реакцию на специфические аллергены.

В. Не усиливает реакцию на специфические

аллергены. С. Ослабляет реакцию на

специфические аллергены.

Д. Очень резко усиливает реакцию на специфические

аллергены. Ответ: А

Факторы риска развития бронхиальной астмы:

А. Гиперреактивность бронхов, респираторные инфекции.

В. Внутренние (генетическая предрасположенность, атопия), внешние (Аллергены, вирусные и бактериальные инфекции, курение).

С. Ингалянты.

Д. Профессиональные сенсибилизаторы.

Ответ: В

Основные факторы ответственные за обострение бронхиальной

астмы: А. Аллергены, респираторные инфекции.

В. Физическая нагрузка.

С. Курение.

Д. Воздействие ингалянтов.

Ответ: А

Ремоделирование дыхательных путей при бронхиальной астме это

А. Гетерогенный процесс, приводящий к изменениям в соединительной ткани и нарушению структуры дыхательных путей вследствие динамического процесса дифференцировки, миграции, развития структурных клеток.

В. Рост и регенерация фибробластов в дыхательных путях.

С. Дифференцировка фибробластов в клетки гладкой мускулатуры бронхов.

Д. Комбинация повреждённого бронхиального

эпителия. Ответ: А

Бронхиальная астма у детей школьного возраста:

А. Исчезает в пубертатном периоде.

В. Исчезает у 30-50% детей в пубертатном периоде, часто рецидивирует

впоследствии. С. Исчезает когда ребёнок становится взрослым.

D. Не исчезает.

Ответ: В

Основными симптомами бронхиальной астмы являются:

А. Кашель, одышка при движении.

В. Экспираторная одышка,
кашель. С. Инспираторная
одышка, кашель.

Д. Кашель, ринальные явления.

Ответ: В

Бронхиальная астма чаще встречается:

А. У мужчин. В.

У женщин. С.

У мальчиков.

Д. У девочек.

Ответ: В

Для клинически значимой (персистирующей) бронхиальной астмы

характерно: А. Экспираторная одышка, кашель.

В. Приступообразный кашель, дистанционные хрипы.

С. Гиперреактивность дыхательных путей, симптомы бронхиальной астмы (свистящие хрипы, стеснение в груди, кашель).

Д. Кашель, ринальные явления.

Ответ: С

Острая бронхоконстрикция тяжёлого течения связана:

А. С выраженной инфильтрацией дыхательных путей эозинофилами, тучными клетками, мононуклеарами с обширным вовлечением как крупных так и мелких бронхов.

В. С отёком слизистой, острой бронхоконстрикцией.

С. Со спазмом гладкой мускулатуры бронхов, отёком слизистой, инфильтрацией бронхов эозинофилами, нейтрофилами.

Д. С диффузной блокадой бета-2 адренорецепторов.

Ответ: А

Когда бронхиальная астма исчезает клинически:

А. Сохраняется гиперреактивность дыхательных путей или

кашель. В. Функция лёгких нормализуется.

С. Сохраняется кашель.

Д. Все показатели ФВД нормализуются.

Ответ: А

Хроническое воспаление дыхательных путей при бронхиальной астме связано:

А. С повреждением и восстановлением бронхиального эпителия, что приводит к ремоделированию дыхательных путей.

В. С отёком слизистой, гиперсекрецией слизи.

С. С постоянной стимуляцией триггерами воспаления в бронхах.

Д. С постоянным воздействием специфических и неспецифических факторов. Ответ: А

Наиболее важные диагностические признаки атопической астмы:

А. Эозинофилия крови, высокий уровень эозинофилов в мокроте.

В. Нарушения показателей ФВД, положительный ингаляционный тест с ацетилхолином.

С. Анамнестические указания на определённые экзоаллергены, положительные кожные пробы на эти аллергены.

Д. Положительный тест на скрытый бронхоспазм. Ответ: С

Первичная профилактика бронхиальной астмы это:

А. Пренатальные мероприятия (гипоаллергенная диета беременной), постнатальные мероприятия (исключение коровьего молока, яиц, рыбы, орехов).

В. Предупреждение ОРВИ.

С. Устранение табачного дыма.

Д. Устранение бытовых аллергенов.

Ответ: А

Для диагностики неспецифической гиперреактивности при бронхиальной астме необходимо: А. Провокация метахолином или гистамином.

В. Провокация физической нагрузкой.

С. Провокация физиологическим раствором.

Д. Тест на скрытый бронхоспазм.

Ответ: А

Интермитирующая бронхиальная астма это :

- А. Симптомы реже 1 раза в неделю, короткие обострения, ночные симптомы не чаще 2 раз в месяц.
- В. Приступы реже 1 раза в месяц.
- С. Приступы 1-2 раза в год.
- Д. Симптомы только на фоне ОРВИ.

Ответ: А

Лёгкая персистирующая бронхиальная астма это:

- А. Приступы чаще 1 раза в неделю, но реже 1 раза в день, ночные приступы чаще 2 раз в месяц.
- В. Приступы 1 раз в день.
- С. В анамнезе отмечено астматическое состояние.
- Д. Ночные приступы до 1-2 раз в месц.

Ответ: А

Персистирующая бронхиальная астма средней тяжести это:

- А. Ежедневные симптомы бронхоспазма, ночные чаще 1 раза в неделю.
- В. Приступы реже 1 раза в день.
- С. Ночные приступы реже 1 раза в неделю.
- Д. Ежедневные дневные и ночные приступы.

Ответ: А

Тяжёлая персистирующая бронхиальная астма это:

- А. Ежедневные симптомы, частые обострения, ограничение физической активности, частые ночные симптомы.
- В. Дневные приступы до 4-5 раз в день.
- С. Ночные приступы до 1 раза в сутки.
- Д. Ежедневные дневные и ночные приступы.

Ответ: А

Наиболее распространённый этиопатогенетический метод лечения больных атопической астмой:

- А. Аллергенспецифическая иммунотерапия.
- В. Плазмаферез.
- С. Плазмацитозферез.

D. Вакциноterapia бактериальными
аллергенами. Ответ: А

Наиболее распространённая этиопатогенетическая терапия больных инфекционно-аллергической астмой:

- A. Аллергенспецифическая иммунотерапия.
- B. Плазмаферез.
- C. Плазмацитоферез.
- D. Вакциноterapia бактериальными аллергенами.

Ответ: D

Наиболее важные диагностические признаки инфекционно-аллергической бронхиальной астмы:

- A. Эозинофилия крови, высокий уровень эозинофилов в мокроте.
- B. Нарушения показателей ФВД.
- C. Положительные внутрикожные тесты с бактериальными аллергенами.
- D. Связь обострений астмы с эпизодами ОРВИ.

Ответ: C

Ингаляционные ГКС принято

назначать: A. С 1-й ступени бронхиальной астмы. B. Со 2-й ступени бронхиальной астмы. C. С 3-й ступени бронхиальной астмы.

- D. С 4-й ступени бронхиальной астмы.

Ответ: B

Антилейкотриеновые препараты принято

назначать: A. С 1-й ступени бронхиальной астмы.

- B. Со 2-й ступени бронхиальной астмы.

C. С 3-й ступени бронхиальной астмы.

- D. С 4-й ступени бронхиальной астмы.

Ответ: B

На 1й ступени бронхиальной астмы:

- A. Нет необходимости ежедневного приёма препаратов.
- B. Только ингаляционные ГКС.
- C. Кромоны или антилейкотриеновые.
- D. Кромоны или ингаляционные ГКС.

Ответ: А

Пероральные ГКС при бронхиальной астме только:

А. С 1-й ступени.

В. Со 2-й ступени.

С. С 3-й ступени.

Д. С 4-й ступени.

Ответ: D

Бета-2 адреностимуляторы длительного действия при бронхиальной астме

только: А. С 1-й ступени.

В. Со 2-й ступени.

С. С 3-й ступени.

Д. С 4-й ступени.

Ответ: С

Тема 9. Карта иммунологического обследования (11 иммунограмм)

1. Какое заключение Вы могли бы сделать по данной иммунограмме и каков предположительный диагноз CD3 – 87%, CD4 – 55%, CD8 – 33%, CD3-CD16+CD56+ - 9%, CD19 – 0,1%, IgA – 0,07 г/л, IgM – 0,04 г/л, IgG – 0,6 г/л

А.Х-сцепленная агаммаглобулинемия (болезнь Брутона)

В.Селективный дефицит IgA

С.Хроническая гранулематозная болезнь

Д.ОВИН

Е.ТКИН

Ф.На данной иммунограмме имеет место иммунодефицит в системе естественных киллеров

Г. Уровень иммуноглобулина G соответствует нормальному предтрансфузионному уровню

Ответ: А, G

2. Какое заключение Вы могли бы сделать по данной иммунограмме и каков предположительный диагноз, если известно, что ребёнку 11 лет CD3 – 56%, CD4 – 32%, CD8 – 35%, CD3-CD16+CD56+ - 7%, CD19 – 23%, IgA – 0,004 г/л, IgM – 0,005 г/л, IgG – 0,353 г/л ?

А.Х-сцепленная агаммаглобулинемия (болезнь Брутона)

В.Селективный дефицит IgA

С.Хроническая гранулематозная болезнь

Д.ОВИН

Е.ТКИН

Е. Уровень иммуноглобулина G соответствует низкому предтрансфузионному уровню
Ответ: D, F

3. Какое заключение Вы могли бы сделать по данной иммунограмме и каков предположительный диагноз, если известно, что ребенку 7 лет CD3 – 64%, CD4 – 42%, CD8 – 26%, CD3-CD16+CD56+ – 19%, CD19 – 14%, IgA – 0,033 г/л, IgM – 0,019 г/л, IgG – 0,295 г/л, спонтанная хемилюминесценция 16 Mv/min, индуцированная хемилюминесценция 223

Mv/min? ОВИН

А. X-сцепленная агаммаглобулинемия (болезнь Брутона)

В. Хроническая гранулематозная болезнь

С. ОВИН

Д. Гипогаμμαглобулинемия детей раннего возраста

Е. На данной иммунограмме имеет место иммунодефицит в системе естественных киллеров

Г. На данной иммунограмме имеет место иммунодефицит в моноцитарно-макрофагальном звене

Г. На данной иммунограмме имеет место иммунодефицит в системе иммуноглобулинов

Ответ: С, G

4. Какое заключение Вы могли бы сделать по данной иммунограмме и каков предположительный диагноз, если известно, что ребенку 2 года CD3 – 64%, CD4 – 42%, CD8 – 26%, CD3-CD16+CD56+ – 19%, CD19 – 14%, IgA – 0,033 г/л, IgM – 0,019 г/л, IgG – 0,295 г/л, спонтанная хемилюминесценция 16 Mv/min, индуцированная хемилюминесценция 223 Mv/min?

А. X-сцепленная агаммаглобулинемия (болезнь Брутона)

В. Хроническая гранулематозная болезнь

С. ОВИН

Д. Гипогаμμαглобулинемия детей раннего возраста

Е. На данной иммунограмме имеет место иммунодефицит в системе естественных киллеров

Г. На данной иммунограмме имеет место иммунодефицит в моноцитарно-макрофагальном звене

Г. На данной иммунограмме имеет место иммунодефицит в системе иммуноглобулинов

Ответ: D, G

5. Какое заключение Вы могли бы сделать по данной иммунограмме и каков предположительный диагноз CD3 – 72%, CD4 – 24%, CD8 – 51%, ИРИ 0,47, CD3-CD16+CD56+ – 15%, CD19 – 0,2%, IgA – 0,001 г/л, IgM – 0,010 г/л, IgG – 0,010 г/л, спонтанная хемилюминесценция 18, индуцированная хемилюминесценция 248?

А. X-сцепленная агаммаглобулинемия (болезнь Брутона), дебют

В. Хроническая гранулематозная болезнь

С. ОВИН

Д. Гипогаμμαглобулинемия детей раннего возраста

Е. На данной иммунограмме имеет место иммунодефицит в системе естественных киллеров

Ф. На данной иммунограмме имеет место иммунодефицит в моноцитарно-макрофагальном звене

Г. Наиболее вероятно наличие бактериальной инфекции

Ответ: А

6. Какое заключение Вы могли бы сделать по данной иммунограмме и каков предположительный диагноз CD3 – 73%, CD4 – 42%, CD8 – 32%, CD3-CD16+CD56+ - 7%, CD19 – 10%, IgA – 0,150 г/л, IgM – 0,212 г/л, IgG – 1,05 г/л , спонтанная хемилюминесценция 0,8 Mv/min, индуцированная хемилюминесценция 26 Mv/min?

А. X-сцепленная агаммаглобулинемия (болезнь Брутона)

В. Хроническая гранулематозная болезнь

С. ОВИН

Д. ТКИН

Е. На данной иммунограмме имеет место иммунодефицит в системе естественных киллеров

Г. На данной иммунограмме имеет место иммунодефицит в моноцитарно-макрофагальном звене

Г. На данной иммунограмме имеет место иммунодефицит в системе Т-клеток

Ответ: В, Г

7. Какое заключение Вы могли бы сделать по данной иммунограмме и каков предположительный диагноз CD3 – 75%, CD4 – 31%, CD8 – 46%, ИРИ 0,7, CD3-CD16+CD56+ - 5%, CD19 – 6%, IgA – 0,150 г/л, IgM – 0,210 г/л, IgG – 1,5 г/л , спонтанная хемилюминесценция 15, индуцированная хемилюминесценция 250?

А. На данной иммунограмме имеет место иммунодефицит в звене естественных киллеров

В. На данной иммунограмме имеет место иммунодефицит в звене Т-клеток

С. Необходимо проведение тестов 2-ого уровня для оценки функциональной активности NK-клеток

Д. Необходимо проведение тестов 2-ого уровня для оценки функциональной активности Т-клеток

Е. ОВИН

Г. Гипоагмаглобулинемия детей раннего возраста

Ответ: А, С

8. Какое заключение Вы могли бы сделать по данной иммунограмме и каков предположительный диагноз лейкоциты $13 \times 10^9/\text{л}$, CD3 – 70%, CD4 – 35%, CD8 – 35%, ИРИ 2,0, CD3-CD16+CD56+ - 7%, CD19 – 10%, IgA – 0,320 г/л, IgM – 0,085 г/л, IgG – 0,950 г/л , спонтанная хемилюминесценция 90, индуцированная хемилюминесценция 290?

А. X-сцепленная агаммаглобулинемия (болезнь Брутона)

В. Хроническая гранулематозная болезнь

С. ОВИН

Д. Гипоагмаглобулинемия детей раннего возраста

Е. На данной иммунограмме имеет место иммунодефицит в системе естественных киллеров

Г. На данной иммунограмме имеет место иммунодефицит в моноцитарно-макрофагальном звене

Г. Наиболее вероятно наличие бактериальной инфекции

Ответ: Г

9. Какое заключение Вы могли бы сделать по данной иммунограмме и каков предположительный диагноз CD3 – 55%, CD4 – 29%, CD8 – 40%, ИРИ 0,65, CD3-CD16+CD56+ - 7%, CD19 – 5%, IgA – 0,370 г/л, IgM – 0,270 г/л, IgG – 1,8 г/л , спонтанная хемилюминесценция 9, индуцированная хемилюминесценция 90?

А.Х-сцепленная агаммаглобулинемия (болезнь Брутона)

В.Хроническая гранулематозная болезнь

С.ОВИН

Д. Гипогаμμαглобулинемия детей раннего возраста

Е. На данной иммунограмме имеет место иммунодефицит в системе естественных киллеров

Г. На данной иммунограмме имеет место иммунодефицит в моноцитарно-макрофагальном звене

Г. На данной иммунограмме имеет место иммунодефицит в звене Т-клеток

Н.Необходимо исключение ВИЧ-инфекции

Ответ: Г, Г, Н

10. Какое заключение Вы могли бы сделать по данной иммунограмме и каков предположительный диагноз CD3 – 70%, CD4 – 35%, CD8 – 39%, ИРИ 1,3, CD3-CD16+CD56+ - 6%, CD19 – 13%, IgA – 0,320 г/л, IgM – 0,210 г/л, IgG – 1,5 г/л , спонтанная хемилюминесценция 15, индуцированная хемилюминесценция 280, НК-активность 9%?

А. На данной иммунограмме имеет место иммунодефицит в звене естественных киллеров

В.необходимо проведение тестов 2-ого уровня для оценки функциональной активности НК-клеток

С. На данной иммунограмме имеет место иммунодефицит в моноцитарно-макрофагальном звене

Д. На данной иммунограмме имеет место иммунодефицит в звене Т-клеток

Е.Необходимо исключение ВИЧ-инфекции

Ответ: А

11. Какое заключение Вы могли бы сделать по данной иммунограмме и каков предположительный диагноз CD3 – 74%, CD4 – 35%, CD8 – 32%, CD3-CD16+CD56+ - 5%, CD19 – 15%, НК-активность 50%, IgA – 0,320 г/л, IgM – 0,210 г/л, IgG – 1,3 г/л ?

А. На данной иммунограмме имеет место иммунодефицит в системе естественных киллеров

В.Норма

С.Селективный дефицит НК-клеток

Д.ОВИН

Е.Селективный дефицит IgA

Ответ: В

**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
им.Н.Ф.Филатова

Кафедра детских болезней

Методические материалы [по дисциплине:](#)

Догоспитальная педиатрия

основная профессиональная образовательная программа высшего
профессионального образования - программа специалитета

31.05.01 Лечебное дело

Тестовые задания для промежуточной аттестации

001	ПОКАЗАТЕЛИ ДЛИНЫ ТЕЛА ЗДОРОВОГО ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЮТ ____ СМ
А	38-42
Б	43-47
В	48-52
Г	53-57
002	ДЛИНА ТЕЛА ГОДОВАЛОГО ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ ____ СМ
А	60-63
Б	67-70
В	75-77
Г	80-83
003	ЗА 1-Й ГОД ЖИЗНИ ДЛИНА ТЕЛА ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ В СРЕДНЕМ НА ____ СМ
А	15
Б	20
В	25
Г	30
004	ПУБЕРТАТНЫЙ РОСТОВЫЙ СКАЧОК У МАЛЬЧИКОВ ОБЫЧНО ОТМЕЧАЕТСЯ В ____ ЛЕТ
А	4-6
Б	7-9
В	10-12
Г	13-15
005	ПУБЕРТАТНЫЙ РОСТОВЫЙ СКАЧОК У ДЕВОЧЕК ОБЫЧНО ОТМЕЧАЕТСЯ В ____ ЛЕТ
А	4-6
Б	7-9
В	10-12
Г	13-15
006	ПОКАЗАТЕЛИ МАССЫ ТЕЛА ЗДОРОВОГО ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЮТ В СРЕДНЕМ ____ ГРАММ
А	2000-2300
Б	3200-3500
В	4400-4700
Г	5600-5900
007	ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ ____ %
А	0-2
Б	5-6
В	8-9
Г	10-11
008	СРЕДНЕМЕСЯЧНАЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА ВО ВТОРОМ ПОЛУГОДИИ ЖИЗНИ У ЗДОРОВОГО ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ ____ ГРАММ

А	250
Б	400
В	550
Г	700
009	РАЗМЕР ОКРУЖНОСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЗДОРОВОГО ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ ____ СМ
А	26-28
Б	32-34
В	38-40
Г	44-46
010	ОКРУЖНОСТЬ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СТАНОВИТСЯ РАВНОЙ ОКРУЖНОСТИ ГОЛОВЫ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА К ____ МЕСЯЦАМ
А	1-2
Б	3-4
В	5-6
Г	7-8
011	НАВЫК УДЕРЖАНИЯ ГОЛОВЫ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ДОЛЖЕН СФОРМИРОВАТЬСЯ У РЕБЕНКА К ____ МЕСЯЦАМ
А	2
Б	3
В	4
Г	5
012	СТАНОВЛЕНИЕ НАВЫКА ХОДЬБЫ ПРОИСХОДИТ У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ ____ МЕСЯЦЕВ
А	10-14
Б	15-17
В	18-20
Г	22-24
013	РЕБЕНОК СЛЕДИТ ЗА ДВИЖУЩИМСЯ ПРЕДМЕТОМ С ____ ЖИЗНИ
А	2-3 дней
Б	2 недель
В	1 месяца
Г	1,5-2 месяцев
014	ЖЕЛТУШНОЕ ОКРАШИВАНИЕ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК, ПОЯВИВШЕЕСЯ У ДОНОШЕННОГО ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА НА 3-Й ДЕНЬ ЖИЗНИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО СВИДЕЛЬСТВУЕТ О
А	транзиторной (физиологической) желтухе
Б	гемолитической болезни новорожденных
В	врожденной цитомегаловирусной инфекции
Г	атрезии желчных путей
015	ДИФФУЗНАЯ ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ, ПОЯВИВШАЯСЯ У ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ВСКОРЕ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ И ИСЧЕЗНУВШАЯ К КОНЦУ 1-Й НЕДЕЛИ ЖИЗНИ, МОЖЕТ БЫТЬ РАСЦЕНЕНА КАК

А	простая (физиологическая) эритема
Б	токсическая эритема
В	острая аллергическая реакция
Г	пеленочный дерматит
016	У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА СЛАБО ВЫРАЖЕНА _____ ФУНКЦИЯ КОЖИ
А	резорбционная
Б	дыхательная
В	защитная
Г	синтетическая
017	ПО ЯДРАМ ОКОСТЕНЕНИЯ В ЗАПЯСТЬЯХ, ВЫЯВЛЯЕМЫМ ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ, ОПРЕДЕЛЯЮТ
А	биологический возраст
Б	костный возраст
В	минерализацию костной ткани
Г	микроархитектонику костной ткани
018	ПРОРЕЗЫВАНИЕ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ЗАВЕРШАЕТСЯ К _____ МЕСЯЦАМ
А	12
Б	20
В	22
Г	24
019	СМЕНА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НА ПОСТОЯННЫЕ НАЧИНАЕТСЯ С _____ ЛЕТ
А	2
Б	5
В	8
Г	12
020	БОЛЬШОЙ РОДНИЧОК ЗАКРЫВАЕТСЯ К ВОЗРАСТУ _____ ГОДА
А	1-1,5
Б	2
В	3
Г	4
021	В НОРМЕ РАЗМЕР БОЛЬШОГО РОДНИЧКА У НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ НЕ БОЛЕЕ _____ СМ
А	0,5 x 0,5
Б	1 x 1
В	3 x 3
Г	4 x 4
022	ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ В
А	трахее
Б	левом бронхе
В	правом бронхе
Г	плевральной полости

023	ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В МИНУТУ У ДЕТЕЙ 5-6 ЛЕТ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ
А	16-18
Б	20-25
В	30-35
Г	40-60
024	ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В МИНУТУ У ДЕТЕЙ 10 ЛЕТ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ
А	16-18
Б	18-20
В	20-25
Г	30-35
025	У НОВОРОЖДЕННОГО ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ В МИНУТУ СОСТАВЛЯЕТ
А	60-80
Б	80-100
В	100-120
Г	140-160
026	ДЛЯ РАСЧЕТА СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У РЕБЁНКА СТАРШЕ 1 ГОДА ИСПОЛЬЗУЮТ ФОРМУЛУ _____, ГДЕ N –ВОЗРАСТ В ГОДАХ
А	$60+n$
Б	$80+2n$
В	$90+2n$
Г	$100+2n$
027	АНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ ОВАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ В КОНЦЕ ПЕРВОГО _____ ЖИЗНИ
А	дня
Б	месяца
В	полугодия
Г	года
028	СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ УДАРОВ В МИНУТУ
А	60-70
Б	80-85
В	100-110
Г	120-140
029	ДЫХАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ У ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А	учащением пульса на вдохе и урежением на выдохе
Б	учащением пульса на выдохе и урежением на вдохе
В	экстрасистолой при глубоком дыхании
Г	брадиаритмией при физических нагрузках

030	НОРМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЭРИТРОЦИТОВ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ – ДО В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ
А	10
Б	8
В	6
Г	2
031	НЕПРОИЗВОЛЬНОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ ВО СНЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ У ДЕТЕЙ ДО ЛЕТ
А	7
Б	5
В	3
Г	1,5
032	ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЕМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТЕИНУРИЯ ≥ МГ/КГ В СУТКИ
А	10
Б	35
В	50
Г	100
033	ПРИЧИНОЙ СКЛОННОСТИ К СРЫГИВАНИЮ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	функциональная недостаточность нижнего пищеводного сфинктера
Б	вертикальное положение желудка
В	низкий тонус пилорического отдела желудка
Г	повышенная функция нижнего пищеводного сфинктера
034	ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ ФЛОРОЙ КИШЕЧНИКА ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	энтерококк
Б	кишечная палочка
В	бифидум-бактерия
Г	ацидофильная палочка
035	ОСОБЕННОСТЬЮ ЖЕЛУДКА НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ
А	хорошее развитие дна
Б	слабое развитие дна
В	хорошее развитие пилорического отдела
Г	хорошее развитие кардиального отдела
036	НОРМАЛЬНАЯ ЧАСТОТА ДЕФЕКАЦИЙ У РЕБЕНКА 1 МЕСЯЦА НА ГРУДНОМ ВСКАРЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ ____РАЗ (РАЗА) В СУТКИ
А	1
Б	2-3
В	6-7
Г	8-10
037	«ПЕРВЫЙ ПЕРЕКРЕСТ» СОДЕРЖАНИЯ ЛИМФОЦИТОВ И НЕЙТРОФИЛОВ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ _ ДНЕЙ

А	2-3
Б	4-5
В	9-10
Г	15-16
038	КОНЦЕНТРАЦИЯ ГЕМОГЛОБИНА В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ _ Г/Л
А	110-120
Б	130-150
В	140-160
Г	180-220
039	КОЛИЧЕСТВО ЛИМФОЦИТОВ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У РЕБЕНКА 1-3 ЛЕТ СООТВЕТСТВУЕТ %
А	10-15
Б	18-45
В	50-60
Г	70-80
040	ДОСТОВЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЕМ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
А	бластных клеток
Б	юных нейтрофилов
В	лейкоцитоза
Г	лейкопении
041	ДИАГНОЗ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ПРАВОМОЧЕН ПРИ УРОВНЕ ТРОМБОЦИТОВ МЕНЕЕ $\times 10^9/\text{Л}$
А	100
Б	150
В	160
Г	180
042	ТРАНСПЛАЦЕНТАРНЫЙ ИММУНИТЕТ ЗАЩИЩАЕТ РЕБЕНКА ОТ РЯДА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ВОЗРАСТЕ ДО
А	6 месяцев
Б	12 месяцев
В	3 лет
Г	5 лет
043	ЛЕГКОСТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ОБУСЛОВЛЕНА
А	отсутствием секреторного Ig A, низкой продукцией IgM
Б	низкой продукцией Ig G
В	низкой продукцией Ig E
Г	отсутствием секреторного Ig A
044	ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ IgE В СЫВОРОТКЕ ПЛОДА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О _____
А	низком уровне IgE в крови беременной женщины
Б	наличии аллергического заболевания у беременной

В	внутриутробной сенсибилизации
Г	вакцинации беременной в I триместре
045	ЧЕРЕЗ ПЛАЦЕНТУ К ПЛОДУ ОТ МАТЕРИ ПРОНИКАЮТ
А	IgE
Б	IgM
В	IgM и IgG
Г	IgG
046	ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А	травма
Б	инфекция
В	гипоксия
Г	интоксикация
047	ПРОГНОСТИЧЕСКИ НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПО ЭТИОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ПЕРИНАТАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
А	инфекционно-гипоксическое
Б	инфекционно-токсическое
В	токсико-метаболическое
Г	травматическое
048	ОРГАНИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ С НАРУШЕНИЕМ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ ФОРМИРУЮТ
А	эпилепсию
Б	шизофрению
В	умственную отсталость
Г	церебральный паралич
049	«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС ЯВЛЯЕТСЯ
А	электроэнцефалография
Б	рентгенография черепа
В	доплерография сосудов головного мозга
Г	нейросонография
050	 ГИБЕЛЬ ПЛОДА ЧАЩЕ ПРОИСХОДИТ ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ В ПЕРИОД
А	эмбриогенеза
Б	бластогенеза и эмбриогенеза
В	раннего фетогенеза
Г	позднего фетогенеза
051	КЛАССИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТРИАДА В ВИДЕ КАТАРАКТЫ, ПОРОКА СЕРДЦА, ГЛУХОТЫ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А	листериоза
Б	сифилиса
В	краснухи

Г	токсоплазма
052	ДОКАЗАТЕЛЬСТВОМ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ В ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ
А	обнаружение IgG в сыворотке крови
Б	обнаружение IgM в сыворотке крови
В	лихорадка
Г	лейкоцитоз в общем анализе крови
053	ОБНАРУЖЕНИЕ У НОВОРОЖДЕННОГО НА ТРЕТИЙ ДЕНЬ ЖИЗНИ IgM К ЦИТОМЕГАЛОВИРУСУ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ (О)
А	антенатальном инфицировании
Б	интранатальном инфицировании
В	постнатальном инфицировании
Г	инфицировании матери
054	РАННИЙ СЕПСИС НОВОРОЖДЕННЫХ РАЗВИВАЕТСЯ НА _____ СУТКИ ЖИЗНИ
А	2-3
Б	4-5
В	7-10
Г	14-21
055	ПОЗДНИЙ СЕПСИС НОВОРОЖДЕННЫХ РАЗВИВАЕТСЯ НА _____ СУТКИ ЖИЗНИ
А	2-3
Б	4-5
В	7-10
Г	14-21
056	ТРАНЗИТОРНАЯ (ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ) ЖЕЛТУХА У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ИСЧЕЗАЕТ К _____ ДНЮ ЖИЗНИ
А	7-10
Б	11-14
В	15-20
Г	21-30
057	ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ СВЯЗАНА С ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ НЕСОВМЕСТИМОСТЬЮ КРОВИ МАТЕРИ И ПЛОДА ПО _____ АНТИГЕНАМ
А	лейкоцитарным
Б	тромбоцитарным
В	эритроцитарным
Г	плазменным
058	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ
А	отечная
Б	желтушная
В	анемическая
Г	ядерная желтуха

059	ОПЕРАЦИЯ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ПРИ РЕЗУС-ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ
А	элиминации прямого билирубина
Б	элиминации непрямого билирубина
В	профилактики судорожного синдрома
Г	стабилизации ферментных систем печени
060	ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ТРАНЗИТОРНОЙ (ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ) ЖЕЛТУХИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ
А	низкая скорость образования непрямого билирубина
Б	высокая скорость образования непрямого билирубина
В	высокая активность глюкоронилтрансферазы
Г	высокая скорость образования прямого билирубина
061	ПРИЧИНОЙ ПЕРВИЧНОЙ ГИПОГАЛАКТИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	позднее первое прикладывание к груди
Б	наличие нейроэндокринных нарушений у матери
В	редкое прикладывание ребенка к груди
Г	пожилой возраст кормящей матери
062	ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ЛАКТАЦИОННОГО КРИЗА СЛЕДУЕТ
А	докармливать ребенка адаптированной смесью
Б	делать ночные перерывы в кормлениях
В	допаивать ребенка водой
Г	увеличить число кормлений и кормить из обеих грудных желез
063	ЗДОРОВЫМ ДЕТЯМ, РОДИВШИМСЯ С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА, НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ПРИКОРМ ВВОДИТСЯ С _____ МЕСЯЦЕВ
А	3
Б	7
В	6
Г	8
064	ПРИКОРМ – ЭТО ВВЕДЕНИЕ В ПИТАНИЕ РЕБЕНКА 1 ГОДА ЖИЗНИ
А	адаптированных молочных смесей и соков
Б	адаптированных молочных смесей
В	цельного кефира
Г	овощного пюре, каш, мяса
065	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А	острый гепатит А
Б	мастит
В	выраженный лактостаз
Г	пожилой возраст женщины
066	ДОКОРМ – ЭТО ВВЕДЕНИЕ В ПИТАНИЕ РЕБЕНКА
А	адаптированных молочных смесей и соков

Б	адаптированных молочных смесей
В	овощного пюре
Г	молочных каш
067	ПЕРВОЕ ПРИКЛАДЫВАНИЕ К ГРУДИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ
А	в течение первых 30 минут
Б	через 2-3 часа
В	через 12 часов
Г	на вторые сутки
068	ТВОРОГ В РАЦИОН РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ВВОДИТСЯ В _____ МЕСЯЦЕВ
А	3-4
Б	6-7
В	8-9
Г	11-12
069	НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ В ПИТАНИИ РЕБЕНКА НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
А	цельного коровьего молока
Б	йогурта
В	кефира
Г	свинины
070	ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМА СПОСОБСТВУЕТ
А	развитию жевательного аппарата и ЖКТ ребенка
Б	подавлению роста патогенной микрофлоры
В	снижению риска острых кишечных инфекций в раннем возрасте
Г	улучшению всасывания железа из молока матери
071	ПО РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ РЕБЕНОК НЕ НУЖДАЕТСЯ В ДРУГОЙ ПИЩЕ, КРОМЕ ГРУДНОГО МОЛОКА, ДО _____ МЕСЯЦЕВ
А	2-3
Б	4-6
В	7-8
Г	9-10
072	ДЛЯ ГИПОТРОФИИ II СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО ОТСТАВАНИЕ МАССЫ ТЕЛА ОТ ВОЗРАСТНОЙ НОРМЫ НА _____ %
А	20-30
Б	10-20
В	более 30
Г	5-10
073	ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ СЛОЙ ПРИ ГИПОТРОФИИ II СТЕПЕНИ
А	истончен на животе
Б	истончен на животе, груди, бедрах, лице
В	отсутствует на лице и конечностях
Г	отсутствует на животе и груди, истончен на бедрах

074	ДИЕТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПОТРОФИИ I СТЕПЕНИ ВКЛЮЧАЕТ
А	«омолаживание» диеты
Б	расчет питания на фактическую массу тела
В	расчет питания на должную массу тела
Г	применение парентерального питания
075	ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СНИЖАЕТСЯ УРОВЕНЬ
А	трансферрина
Б	сывороточного ферритина
В	общей железосвязывающей способности сыворотки
Г	растворимого трансферринового рецептора
076	ПРИ РАННЕЙ АНЕМИИ НЕДОНОШЕННЫХ ОТМЕЧАЕТСЯ
А	гиперхромия
Б	мегалобластоз
В	ретикулоцитоз
Г	тромбоцитоз
077	ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ПОЗДНЕЙ АНЕМИИ НЕДОНОШЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ
А	дефицит витаминов в организме
Б	истощение неонатальных запасов железа
В	низкая выработка эритропоэтина
Г	дефицит белка в организме
078	ПРИ ПОЗДНЕЙ АНЕМИИ НЕДОНОШЕННЫХ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ
А	эритропоэтин
Б	витамин В12 внутримышечно
В	альбумин внутривенно
Г	препараты железа внутрь
079	ДЕПО ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ ЯВЛЯЮТСЯ
А	печень, кости, жировая ткань
Б	костный мозг, легкие, мышцы
В	костный мозг, печень, селезенка
Г	селезенка, почки, кишечник
080	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА И ИХ ДОЗА ЗАВИСЯТ ОТ УРОВНЯ
А	цветового показателя
Б	эритроцитов
В	гемоглобина
Г	ретикулоцитов
081	УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА НОРМАЛИЗУЕТСЯ ЧЕРЕЗ _____ НЕДЕЛЬ ОТ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА
А	1-2
Б	3-5
В	7-10

Г	15-20
082	САМОЙ ЧАСТОЙ АНЕМИЕЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А	гемолитическая
Б	гипопластическая
В	железодефицитная
Г	витамин-В12-дефицитная
083	ПРИ РАННЕЙ АНЕМИИ НЕДОНОШЕННЫХ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ
А	эритропоэтин
Б	альбумин внутривенно
В	витамин В12 внутримышечно
Г	препараты железа парентерально
084	ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВИТАМИНОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У РЕБЕНКА 2-Х ЛЕТ ЯВИЛСЯ
А	микроцитоз
Б	мегалобластоз
В	уменьшение цветового показателя
Г	снижение количества ретикулоцитов
085	РАХИТ РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ-ЗА ДЕФИЦИТА
А	пищеварительных ферментов
Б	иммуноглобулинов
В	солей кальция, фосфора
Г	факторов свёртывания крови
086	МЕТАБОЛИЗМ ВИТАМИНА D₃ В ОРГАНИЗМЕ
А	осуществляется в крови
Б	происходит в печени, почках
В	доказан только в железистых органах
Г	не происходит, т.к. он исходно уже является активным веществом
087	ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС В КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ РАХИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	развитием дистрофических процессов
Б	частыми переломами
В	повышением минеральной костной плотности
Г	снижением минерализации
088	ВНЕКОСТНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАХИТА ВКЛЮЧАЮТ:
А	заторможенность, мышечный гипертонус
Б	мышечную гипотонию, повышенную возбудимость
В	зуд, сухость кожи
Г	снижение температуры тела, запоры
089	СПЕЦИФИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ РАХИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ
А	витаминов группы В
Б	витамина D
В	препаратов железа

Г	пищеварительных ферментов
090	ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ РАХИТА ВКЛЮЧАЕТ
А	ограничение физической нагрузки
Б	массаж, ЛФК
В	искусственное ультрафиолетовое облучение
Г	электрофорез с хлористым кальцием
091	СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПОСТНАТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАХИТА ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ
А	витамина А
Б	витамина Dз
В	витамина B6
Г	препаратов кальция
092	В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ НА НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРОВОДИТСЯ НОВОРОЖДЕННЫМ
А	переношенным
Б	недоношенным
В	маловесным доношенным
Г	всем без исключения
093	ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РЕТИНОПАТИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А	интенсивная кислородотерапия
Б	внутриутробная инфекция
В	гипербилирубинемия
Г	недостаток сурфактанта
094	НЕДОНОШЕННЫМ СЧИТАЮТ РЕБЕНКА, РОДИВШЕГОСЯ ДО ОКОНЧАНИЯ НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ
А	37
Б	38
В	39
Г	40
095	ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА «НЕДОНОШЕННОСТЬ» В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ОРИЕНТИРУЮТСЯ НА
А	массу тела ребенка
Б	срок гестации
В	срок гестации и массу тела ребенка
Г	массу тела ребенка и клинические признаки недоношенности
096	ПРИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ (БРОНХИТ/ПНЕВМОНИЯ) У ДЕТЕЙ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ
А	полусинтетические пенициллины
Б	макролиды
В	цефалоспорины
Г	аминогликозиды

097	БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТУКЦИЯ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, КОТОРАЯ ВЫЗВАНА
А	S. pneumoniae
Б	H. influenzae
В	M. pneumoniae
Г	M. catarrhalis
098	ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А	пневмония
Б	туберкулез
В	опухоль
Г	эхинококковая киста
099	ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МУКОВИСЦИДОЗА СВЯЗАНЫ С ПАТОЛОГИЕЙ
А	экзокринных желез
Б	эндокринных желез
В	центральной нервной системы
Г	органов кроветворения
100	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ БРОНХОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	бронхиальная астма
Б	инородное тело бронха
В	круп
Г	пневмония
101	ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСТРОГО ПРИСТУПА КАШЛЯ У 3-Х ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА, ИГРАЮЩЕГО В КОНСТРУКТОР, СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ
А	плеврит
Б	бронхиальную астму
В	пневмонию
Г	аспирацию инородного тела
102	В КАЧЕСТВЕ БАЗИСНОЙ МУКОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ПРИМЕНЯЮТ
А	щелочные ингаляции
Б	N- ацетилцистеин
В	дорназу альфа
Г	карбоцистеин
103	БОЛЬ В ГОРЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ
А	Риносинусита
Б	тонзиллофарингита
В	трахеита
Г	отита
104	ПРИ ОТКАЗЕ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОТ ГРУДИ И НАРУШЕНИИ СОСАНИЯ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О(ОБ)
А	остром рините

Б	отите
В	синусите
Г	бронхите
105	ТЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ
А	васкулитом
Б	миокардитом
В	пиодермией
Г	крапивницей
106	К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТНОСИТСЯ
А	кожный зуд
Б	повышение IgE в крови
В	эозинофилия
Г	фолликулярный гиперкератоз
107	У МАЛЬЧИКА 8 МЕСЯЦЕВ С ЭРИТЕМАТОЗНОЙ ЗУДЯЩЕЙ СЫПЬЮ НА ЩЕКАХ И ТУЛОВИЩЕ МОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ
А	хейлит
Б	себорейный дерматит
В	атопический дерматит
Г	микоз
108	К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСИТСЯ
А	аллергическое заболевание на первом году жизни
Б	раннее прорезывание зубов
В	рахит
Г	перенесенная пневмония
109	КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А	лающий кашель
Б	инспираторная одышка
В	экспираторная одышка
Г	одышка смешанного характера
110	БРОНХИАЛЬНУЮ АСТМУ ДИАГНОСТИРУЮТ
А	при наличии 3 и более эпизодов бронхиальной обструкции
Б	после первого эпизода бронхиальной обструкции
В	при наличии атопического дерматита
Г	после проведения аллергологического обследования
111	ОБНАРУЖЕНИЕ ЭОЗИНОФИЛОВ В НАЗАЛЬНОМ СЕКРЕТЕ ПОДТВЕРЖДАЕТ НАЛИЧИЕ У БОЛЬНОГО
А	синусита
Б	инфекционного ринита
В	аллергического ринита
Г	бронхиальной астмы

112	ОСНОВУ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СОСТАВЛЯЮТ
А	антибиотики
Б	ингаляционные глюкокортикостероиды
В	сосудосуживающие препараты
Г	антигистаминные препараты
113	В РАЗВИТИИ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
А	наследственная предрасположенность
Б	инфекционное заболевание, перенесенное плодом внутриутробно
В	хромосомная аномалия
Г	перинатальное поражение ЦНС
114	У РЕБЁНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЁННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА ПОСТОЯННАЯ ОДЫШКА ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ
А	сопутствующей анемии
Б	дыхательной недостаточности
В	лёгочной гипертензии
Г	сердечной недостаточности
115	ПРИ _____ ВОЗМОЖНА СПОНТАННАЯ ЛИКВИДАЦИЯ ПОРОКА
А	тетраде Фалло
Б	недостаточности митрального клапана
В	стенозе аортального клапана
Г	открытом артериальном протоке
116	СИМПТОМАМИ НАРУШЕНИЯ РИТМА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА МОГУТ БЫТЬ ПРИСТУПЫ БЕСПОКОЙСТВА, А ТАКЖЕ
А	тахипноэ
Б	жёсткое дыхание
В	хрипы в лёгких
Г	тахикардия
117	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЭКСТРАКАРДИАЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР НАРУШЕНИЙ РИТМА У ДЕТЕЙ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ
А	оценку вегетативного статуса
Б	определение титров АСЛ-О, С-реактивного белка
В	УЗИ органов брюшной полости
Г	МРТ головного мозга
118	ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ЭНДОКАРДИТОМ ПРЕВАЛИРУЕТ ПОРАЖЕНИЕ
А	аортального клапана
Б	митрального клапана
В	трикуспидального клапана
Г	клапанов лёгочной артерии
119	БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ВКЛЮЧАЕТ

А	НПВП
Б	антибиотики широкого спектра действия
В	глюкокортикоиды
Г	антибиотики пенициллинового ряда, НПВП
120	У НОВОРОЖДЁННОГО С ТЯЖЁЛОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, КАРДИОМЕГАЛИЕЙ, ВЕНОЗНЫМ ЗАСТОЕМ В ЛЁГКИХ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО ИМЕЕТ МЕСТО
А	миокардит
Б	дефект межпредсердной перегородки
В	открытый артериальный проток
Г	дефект межжелудочковой перегородки
121	АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ ВЫЯВЛЯЮТ ПРИ
А	коарктации аорты
Б	стенозе лёгочной артерии
В	дефекте межпредсердной перегородки
Г	дефекте межжелудочковой перегородки
122	ПЕРВИЧНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПОДРОСТКА МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ
А	стеноза почечной артерии
Б	гломерулонефрита
В	вегетативной дисфункцией
Г	гиперфункции щитовидной железы
123	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЭРБ НАБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А	ЭГДС
Б	суточная внутрипищеводная рН-метрия
В	рентгеновское контрастное исследование пищевода
Г	УЗИ органов брюшной полости
124	БАКТЕРИЦИДНЫМ ДЕЙСТВИЕМ В ОТНОШЕНИИ HELICOBACTER PYLORI ОБЛАДАЕТ
А	амоксциллин
Б	кларитромицин
В	нифуратель
Г	доксикалин
125	МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
А	антисекреторных препаратов и прокинетиков
Б	антибиотиков широкого спектра действия
В	нестероидных противовоспалительных средств
Г	ноотропов
126	ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА ЭРАДИКАЦИИ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ
А	7 дней
Б	21 день

В	5 дней
Г	10-14 дней
127	«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА» ЯВЛЯЕТСЯ
А	иммуноферментный анализ
Б	уреазный тест
В	выделение чистой культуры H.pylori из биоптата
Г	РПГА на АГ H.pylori
128	ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ
А	10 дней
Б	8 недель
В	6 месяцев
Г	1 год
129	ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛИЗИСТОЙ ОБЛОЧКИ ЖЕЛУДКА В ВИДЕ «БУЛЫЖНОЙ МОСТОВОЙ» ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А	гастрита типа В
Б	гастрита типа С
В	гастрита типа А
Г	вирусных гастроэнтеритов
130	ЧЕТЫРЕХКОМПОНЕНТНАЯ СХЕМА ЭРАДИКАЦИИ H. PYLORI У ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ
А	висмута трикалия дицитрат + амоксициллин + метронидазол+ферменты
Б	ингибитор протонной помпы + амоксициллин + пробиотик + антацид
В	ингибитор протонной помпы + висмута трикалия дицитрат + амоксициллин + нифурател
Г	висмута трикалия дицитрат + ингибитор протонной + метронидазол + ципрофлоксацин
131	КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У МЛАДЕНЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ
А	запор
Б	водянистая диарея после еды
В	выпадение слизистой оболочки толстой кишки
Г	примесь слизи в оформленном стуле
132	ПОЯВЛЕНИЕ ПЕРВЫХ СИМПТОМОВ ЦЕЛИАКИИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО
А	с переводом на искусственное вскармливание
Б	после введения злакового прикорма
В	с рождения
Г	со второго года жизни
133	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А	параректальная область
Б	илеоцекальный переход

В	тонкая кишка
Г	толстая кишка
134	У ДЕТЕЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ БОЛЕЗНИ КРОНА ПО СРАВНЕНИЮ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ ПРЕОБЛАДАЕТ
А	изжога
Б	тошнота
В	боль в животе
Г	метеоризм
135	МНОЖЕСТВЕННЫЕ СЛИВАЮЩИЕСЯ ЭРОЗИИ И ЯЗВЫ, ПОКРЫТЫЕ КРОВЬЮ, СЛИЗЬЮ И ГНОЕМ, КОНТАКТНАЯ КРОВОТОЧИВОСТЬ И ПОТЕРЯ СОСУДИСТОГО РИСУНКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
А	язвенного колита
Б	болезни Крона
В	псевдомембранозного колита
Г	шигеллезной инфекции
136	ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ СЛЕПОЙ КИШКИ ПО ТИПУ «БУЛЫЖНОЙ МОСТОВОЙ», ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ МАЛЬЧИКА 9 ЛЕТ С НАРАСТАЮЩЕЙ ПОТЕРЕЙ МАССЫ ТЕЛА, ГИПОХРОМНОЙ АНЕМИЕЙ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О
А	язвенном колите
Б	синдроме раздраженной толстой кишки
В	болезни Крона
Г	болезни Гиршпрунга
137	БОЛИ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПО ГИПЕРТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ ИМЕЮТ ХАРАКТЕР
А	кратковременных приступообразных в правом подреберье
Б	опоясывающих
В	поздних в верхней половине живота
Г	постоянных, распирающих в правом подреберье
138	ПРИ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ В ФАЗЕ ОБОСТРЕНИЯ НАЗНАЧАЮТ
А	препараты урсодезоксихолевой кислоты
Б	холеретики
В	холекинетики
Г	тюбажи с минеральной водой
139	ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ВКЛЮЧАЕТ
А	определение серологических маркеров инфекции
Б	определение углеводов стула
В	копрологическое исследование
Г	определение фекального кальпротектина

140	ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ С ВЫСОКИМ СИНДРОМОМ ЦИТОЛИЗА ПРЕДПОЛАГАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ
А	интерферона
Б	ферментов
В	глюкокортикоидов
Г	азатиоприна
141	«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	ультразвуковое исследование
Б	пункционная биопсия печени
В	фиброэластометрия
Г	МРТ
142	ДИАГНОЗ ПАНКРЕАТИТА У МАЛЬЧИКА 11 ЛЕТ ПОДТВЕРДИТ ПОВЫШЕНИЕ В АНАЛИЗЕ КРОВИ
А	АЛТ
Б	билирубина
В	амилазы
Г	холестерина
143	МЕТОДОМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А	ЭГДС
Б	колоноскопия
В	видеокапсульная эндоскопия
Г	КТ органов брюшной полости
144	ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ НАЛИЧИИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ЯВЛЯЮТСЯ ЛЕЙКОЦИТУРИЯ И БАКТЕРИУРИЯ $\geq$ _____ КОЕ/МЛ
А	10^2
Б	10^3
В	10^4
Г	10^5
145	ДЛЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНЫ
А	симптомы интоксикации, боли в животе
Б	боли при мочеиспускании
В	боли в надлобковой области
Г	отеки
146	ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ
А	фторхинолоны
Б	цефалоспорины 3-го поколения
В	аминогликозиды
Г	карбапенемы

147	САМЫМ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОЙ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
Б	<i>Escherichia coli</i>
В	<i>Enterococcus faecalis</i>
Г	<i>Candida albicans</i>
148	«ЗОЛОТЫМ» СТАНДАРТОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ И
А	проба Нечипоренко
Б	микробиологическое исследование мочи
В	проба Зимницкого
Г	проба Реберга
149	УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ
А	при тяжелом течении
Б	всем детям
В	при неэффективности терапии
Г	при рецидивирующем течении
150	ПАРЕНТЕРАЛЬНЫЕ ЦЕФАЛОСПОРИНЫ 3-ГО ПОКОЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ
А	старше 6 месяцев
Б	старше 5 лет
В	старше 12 лет
Г	любого возраста
151	СКРИНИНГОМ НА ИНФЕКЦИЮ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ НЕМОТИВИРОВАННОЙ ЛИХОРАДКЕ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А	общий анализ мочи
Б	микробиологическое исследование мочи (посев)
В	проба Нечипоренко
Г	проба Зимницкого
152	ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЕМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТЕИНУРИЯ
А	< 0,5 г/л
Б	≤ 50 мг/кг/24ч
В	≥ 50 мг/кг/24ч
Г	0,5-1,0 г/л
153	ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ ПОЛУЛУНИИ В ____ % КЛУБОЧКОВ И БОЛЕЕ
А	25
Б	50
В	75

Г	100
154	ЭКСТРАРЕНАЛЬНЫМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОГО ПОСТСТРЕПТОКОККОВОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ ОТЕКИ, МАКРОГЕМАТУРИЯ И
А	артериальная гипертензия
Б	артралгии
В	фебрильная лихорадка
Г	дизурия
155	ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, РВОТА, СУДОРОГИ У РЕБЕНКА С ОСТРЫМ ПОСТ-СТРЕПТОКОККОВЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЯМИ
А	тромбоза сосудов почек
Б	острого повреждения почек
В	типичного течения заболевания
Г	гипертензионной энцефалопатии
156	ЛЕЧЕНИЕ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ
А	при наличии результатов иммунологического исследования крови
Б	немедленно
В	при наличии результатов нефробиопсии
Г	при наличии результатов УЗИ почек
157	ДЛЯ IgA-НЕФРОПАТИИ ХАРАКТЕРНА МАКРОГЕМАТУРИЯ, ПОЯВЛЯЮЩАЯСЯ
А	через 1-3 недели после стрептококковой фарингеальной инфекции
Б	через 1-2 недели после острой респираторной вирусной инфекции
В	в первые три дня острой респираторной вирусной инфекции
Г	через 3-6 недель после пиодермии
158	ОСЛОЖНЕНИЕМ ТЯЖЕЛОГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА, УГРОЖАЮЩИМ ЖИЗНИ, МОЖЕТ БЫТЬ
А	гипертензионная энцефалопатия
Б	острая надпочечниковая недостаточность
В	судорожный синдром
Г	тромбоз почечных вен
159	БОЛЕЗНЬ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У
А	новорожденных
Б	детей первого года жизни
В	детей от 1 года до 10 лет
Г	подростков
160	САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СТЕРОИДОРЕЗИСТЕНТНОГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А	IgA-нефропатия
Б	болезнь минимальных изменений
В	мембранозная нефропатия

Г	фокально-сегментарный гломерулосклероз
161	ТИПИЧНЫМ ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ КОЖНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
А	индурация и блеск кожи
Б	наличие папул Готтрона над мелкими суставами кистей
В	фиксированная эритема в скуловой области
Г	наличие участков выраженной атрофии кожи
162	НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ У ДЕВОЧКИ 15 ЛЕТ С ДИФFUЗНОЙ ПЛОТНОСТЬЮ И БЛЕСКОМ КОЖИ, КОНТРАКТУРАМИ СУСТАВОВ, ОДЫШКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А	системная красная волчанка
Б	системная склеродермия
В	интерстициальное заболевание легких
Г	ювенильный ревматоидный артрит
163	ОСТЕОЛИЗ КОНЦЕВЫХ ФАЛАНГ КИСТЕЙ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
А	системной склеродермии
Б	рахита
В	подагры
Г	врожденного гипотиреоза
164	НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ У ДЕВОЧКИ 15 ЛЕТ С ЭРИТЕМОЙ «БАБОЧКА» НА ЛИЦЕ, ЛИХОРАДКОЙ, АРТРАЛГИЯМИ, ОТЕКАМИ, ГЕМАТУРИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А	острая ревматическая лихорадка
Б	острый постстрептококковый гломерулонефрит
В	системная склеродермия
Г	системная красная волчанка
165	ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
А	лейкопенией, анемией, тромбоцитопенией
Б	лейкоцитозом, анемией
В	гипертромбоцитозом
Г	лейкоцитозом, гипертромбоцитозом
166	МЕТОТРЕКСАТ У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ ДЕРМАТОМИОЗИТОМ НАЗНАЧАЮТ ПРИ
А	тяжелом течении заболевания, торпидности к кортикостероидам
Б	инфицированных кальцинатах мышц
В	антисинтезном синдроме
Г	эрозивно-язвенном поражении кишечника
167	ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А	поражение периферических нервов
Б	нарушение сознания
В	поражение черепно-мозговых нервов
Г	психоз

168	ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РЕЦИДИВА ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
А	варфарин
Б	аспирин
В	клопидогрел
Г	дипиридамол
169	ДЛЯ АКРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ
А	энтезопатий
Б	эрозивного артрита мелких суставов кистей
В	проксимального полимиозита
Г	склеродактилии
170	ОБ АКТИВНОСТИ МИОЗИТА ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОВЫШЕНИЕ В КРОВИ УРОВНЯ
А	билирубина
Б	щелочная фосфатазы
В	креатинфосфокиназы
Г	креатинина
171	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ ОТМЕЧАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ
А	системной красной волчанкой
Б	системной склеродермией
В	ювенильным дерматомиозитом
Г	синдромом Кавасаки
172	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ДЛЯ СИСТЕМНОЙ ФОРМЫ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А	нейтрофильный гиперлейкоцитоз
Б	моноцитоз
В	лимфоцитоз
Г	лейкопения
173	СУСТАВНОЙ СИНДРОМ ПРИ ПОЛИАРТИКУЛЯРНОМ ВАРИАНТЕ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	отсутствием деформаций суставов
Б	летучестью артралгий, артритов
В	симметричностью поражения суставов
Г	несимметричностью поражения суставов
174	ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ЮВЕНИЛЬНОГО ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А	дактилит
Б	увеит
В	спондилоартрит

Г	афтозный стоматит
175	ХАРАКТЕРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГЛАЗ ПРИ ОЛИГОАРТИКУЛЯРНОМ ВАРИАНТЕ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А	глаукома
Б	увеит
В	катаракта
Г	кровоизлияние в склеру
176	ОДНИМ ИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ СИСТЕМНОГО ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А	бронхиолит
Б	гломерулонефрит
В	катаракта
Г	лихорадка
177	БОЛЬНЫМ С ПОЛИАРТИКУЛЯРНЫМ ВАРИАНТОМ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ НПВП РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ
А	метотрексата
Б	генно-инженерного биологического препарата
В	циклофосфана
Г	преднизолона
178	СУСТАВНОЙ СИНДРОМ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	летучестью артралгий
Б	стойкостью артрита
В	преимущественным поражением межфаланговых суставов
Г	отсутствием деформаций в суставах
179	БОЛЬНОМУ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ ВО ВРЕМЯ ОБОСТРЕНИЯ СУСТАВНОГО СИНДРОМА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ
А	массаж
Б	НПВП
В	наложение гипсовой лонгеты
Г	физиотерапевтические процедуры
180	ДЛЯ ПУРПУРЫ ШЕНЛЯЙНА-ГЕНОХА ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ
А	крупных артерий
Б	вен
В	сосудов микроциркуляторного русла
Г	лимфатических сосудов
181	ПЯТНИСТО-ПАПУЛЕЗНАЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ СЫПЬ, РАСПОЛОЖЕННАЯ СИММЕТРИЧНО, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НА КОЖЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А	ювенильного полиартериита
Б	пурпуры Шенляйна-Геноха
В	синдрома Кавасаки
Г	неспецифического аортоартериита

182	ОСЛОЖНЕНИЕМ СИНДРОМА КАВАСАКИ В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ МОЖЕТ БЫТЬ
А	кардиосклероз
Б	геморрагический инсульт
В	пневмония
Г	разрыв коронарной артерии
183	ОСЛОЖНЕНИЕМ АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ПУРПУРЕ ШЕНЛЯЙНА-ГЕНОХА МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ
А	гастрит
Б	острый панкреатит
В	инвагинация кишечника
Г	колит
184	ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИИ БЕДРЕННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ АОРТОАРТЕРИИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А	перемежающаяся хромота
Б	артериальная гипертензия
В	боль в животе
Г	спастический парез нижних конечностей
185	ПРИ УЗЕЛКОВОМ ПОЛИАРТЕРИИТЕ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ
А	крупные сосуды
Б	мелкие и средние артерии
В	капилляры
Г	вены
186	АНТИТЕЛА К ТРОМБОЦИТАМ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ПРИ
А	тромбастении Глянцмана
Б	идиопатической тромбоцитопенической пурпуре
В	болезни фон Виллебранда
Г	тромбофилии
187	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ ДОСТОВЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
А	снижение агрегации тромбоцитов
Б	повышение содержания тромбоцитов
В	снижение содержания тромбоцитов
Г	снижение адгезии тромбоцитов
188	ОСОБЕННОСТЬЮ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ГЕМОФИЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
А	гематом и гемартрозов
Б	петехиальной сыпи
В	множественных экхимозов
Г	пятнисто-папулезной сыпи
189	УДЛИНЕНИЕ ВРЕМЕНИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
А	идиопатической тромбоцитопенической пурпуры
Б	пурпуры Шенляйна-Геноха
В	гемофилии А
Г	гемофилии В

190	ОТСРОЧЕННОСТЬ КРОВОТЕЧЕНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ
А	болезни фон Виллебранда
Б	гемофилии
В	идиопатической тромбоцитопенической пурпуры
Г	тромбастении Глянцмана
191	ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ В ЛЕЧЕНИИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А	внутривенный иммуноглобулин
Б	преднизолон
В	десмопрессин
Г	циклофосфамид
192	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ В АНАЛИЗАХ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А	лейкоцитоз
Б	лейкопения
В	феномен «лейкемического провала»
Г	моноцитоз
193	ДЛЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГЕМОФИЛИИ «А» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
А	концентрат VIII фактора
Б	концентрат IX фактора
В	концентрат VIII и IX факторов
Г	концентрат VIII фактора и фактора фон Виллебранда
194	ДВУМЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ МАНИФЕСТНЫМИ СИМПТОМАМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ
А	прибавка массы тела и повышенный аппетит
Б	жажда и полиурия
В	диспепсия и боли в животе
Г	кашель и насморк
195	ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А	дефицит массы тела
Б	ожирение
В	наличие сопутствующих заболеваний
Г	курение
196	ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГЛЮКОЗУРИИ У РЕБЕНКА С ЖАЛОБАМИ НА ЖАЖДУ И ПОЛИУРИЮ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О
А	сахарном диабете
Б	гломерулонефрите
В	пиелонефрите
Г	цистите
197	ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
А	сахарного диабета 1 типа
Б	сахарного диабета 2 типа
В	ацетонемических гипогликемий
Г	всех нарушений углеводного обмена

198	ПРИ ВЫРАЖЕННОМ ПОХУДАНИИ РЕБЕНКА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ
А	сахарного диабета 1 типа
Б	сахарного диабета 2 типа
В	ацетонемических гипогликемий
Г	всех нарушений углеводного обмена
199	ПРИ НАЛИЧИИ У РЕБЕНКА ОЖИРЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ
А	несахарного диабета
Б	нарушений жирового обмена
В	гипокортицизма
Г	колита
200	ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ГИПЕРТИРЕОЗА (ТИРЕОТОКСИКОЗА) У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А	отечность
Б	заторможенность
В	задержка психического развития
Г	тахикардия
201	ПРИ СОЧЕТАНИИ У РЕБЕНКА ЗАДЕРЖКИ РОСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ
А	гипокортицизм
Б	гипогонадизм
В	гипотиреоз
Г	сахарный диабет
202	РЕБЕНОК С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА НУЖДАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ
А	поливитаминного комплекса
Б	препарата сульфонилмочевины
В	метформина
Г	инсулина
203	РЕБЕНОК С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НУЖДАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ
А	диетотерапии
Б	поливитаминного комплекса
В	препарата сульфонилмочевины
Г	инсулина
204	ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЭПИЗОДА ГИПОГЛИКЕМИИ С НАРУШЕНИЕМ СОЗНАНИЯ, РАЗВИВШЕГОСЯ У РЕБЕНКА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (НА ИНСУЛИНОТЕРАПИИ), ПРИМЕНЯЕТСЯ
А	инсулин
Б	левотироксин
В	гидрокортизон
Г	глюкагон
205	НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ У РЕБЕНКА 3-Х ЛЕТ С «ЛАЮЩИМ» КАШЛЕМ, ОСИПЛОСТЬЮ ГОЛОСА, СУБФЕБРИЛИТЕТОМ НА ФОНЕ ОРВИ ЯВЛЯЕТСЯ

А	дифтерия
Б	пневмония
В	острый бронхит
Г	стенозирующий ларингит
206	В ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ГРИППА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ
А	индукторы интерферона
Б	блокаторы М-2 каналов
В	ингибиторы нейроаминидазы
Г	производные пурина
207	ЭКСПРЕСС-МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОРВИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	ПЦР мазка со слизистой оболочки носа
Б	бактериологическое исследование мазка со слизистой оболочки носа
В	микроскопия отделяемого из носа
Г	метод кашлевых пластинок
208	ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ГРИППА ПОКАЗАНА ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ ОТ
А	6 месяцев
Б	1 года
В	3 лет
Г	6 лет
209	ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ЧЕРТОЙ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	частое развитие эпиглоттита
Б	сухой кашель
В	отсутствие лихорадки
Г	конъюнктивит
210	НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ БРОНХИОЛИТА У РЕБЕНКА 4 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ
А	вирус гриппа
Б	респираторно-синцитиальный вирус
В	аденовирус
Г	вирус простого герпеса
211	ТИПИЧНЫМ ВЕТРЯНОЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А	однокамерный пузырек с прозрачным содержимым
Б	узелок, возвышающийся над поверхностью кожи
В	многокамерный пузырек с прозрачным содержимым
Г	уртикарий
212	ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ, КРОМЕ БОЛЬНОГО ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ, ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬНОЙ
А	генитальным герпесом
Б	опоясывающим герпесом
В	простым герпесом 1 типа
Г	инфекционным мононуклеозом
213	В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО С ТИПИЧНОЙ ФОРМОЙ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
А	инозин пранобекс (изопринозин®)
Б	ацикловир

В	антибиотик
Г	иммуноглобулин
214	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТИПИЧНОЙ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У РЕБЕНКА ДОСТАТОЧНО
А	серологического метода
Б	вирусологического метода
В	клинических проявлений
Г	молекулярно-генетического метода
215	В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ НА КОЖЕ
А	только везикул
Б	только пятен
В	только корочек
Г	элементов во всех стадиях развития (пятен, папул, везикул, корочек)
216	ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ВНЕЗАПНОЙ ЭКЗАНТЕМЫ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВГЧ 6 ТИПА, ЯВЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕ СЫПИ НА
А	волосистой части головы
Б	лице
В	ладонях
Г	подошвах
217	ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНО ОБНАРУЖЕНИЕ ДНК ВИРУСА В
А	слюне
Б	моче
В	крови
Г	кале
218	ДЛЯ ЭПШТЕЙН-БАРР ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА НАИБОЛЕЕ ХАРКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ___ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ
А	шейных
Б	внутригрудных
В	паховых
Г	подмышечных
219	ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ КРАСНУХЕ СОСТАВЛЯЕТ_____ДНЯ /ДНЕЙ
А	2-3
Б	7-8
В	10-24
Г	25-30
220	ПЛАНОВАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КРАСНУХИ ПРОВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦА (ЕВ)
А	3
Б	12
В	18
Г	24
221	НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК КОРИ В КАТАРАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

А	конъюнктивит
Б	высокая температура тела
В	участки гиперкератоза в виде мелких белесоватых точек на слизистой оболочке щек
Г	энантема
222	ПЛАНОВУЮ ВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ КОРИ ПРОВОДЯТ ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦЕВ
А	3
Б	6
В	9
Г	12
223	ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ СЫПИ ПРИ КОРИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	сгущение в естественных складках кожи
Б	одновременное появление по всему телу
В	этапность высыпания сверху вниз (лицо, шея-туловище-конечности)
Г	появление на гиперемизированном фоне кожи
224	ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПРИПУХЛОСТИ _____ ПОЗВОЛИТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ ДИАГНОЗ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА
А	в затылочной области
Б	впереди уха, вдоль восходящей ветви нижней челюсти
В	по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы
Г	по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы
225	ПРАВИЛЬНЫМ УТВЕРЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ ТО, ЧТО
А	стойкий иммунитет не вырабатывается после перенесенной инфекции
Б	механизм передачи инфекции воздушно-капельный и фекально-оральный
В	индекс контагиозности составляет 50%
Г	вирус тропен к эпителиальной и железистой тканям
226	ПОРАЖЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
А	инфекционного мононуклеоза
Б	гриппа
В	дизентерии
Г	эпидемического паротита
227	ОРХИТ, ПЕРЕНЕСЕННЫЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ, МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ
А	рака простаты
Б	простатита
В	бесплодия
Г	хронического уретрита
228	ХАРАКТЕРНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ФИБРИНОЗНОЙ ПЛЕНКИ ПРИ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ:
А	грязно-серый цвет, плотная консистенция, трудность отделения от поверхности
Б	желтоватый цвет, рыхлая консистенция, яркая «лаковая» поверхность слизистой под пленкой
В	желтый цвет, неизменная поверхность слизистой после отделения пленки
Г	неприятный запах, ярко-белый цвет, рыхлое соединение с подлежащими тканями

229	ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ДИФТЕРИИ СОСТАВЛЯЕТ
А	2-3 часа
Б	1-6 дней
В	7-14 дней
Г	21-28 дней
230	ОСИПЛОСТЬ ГОЛОСА ВПЛОТЬ ДО АФОНИИ, ГРУБЫЙ ЛАЮЩИЙ КАШЕЛЬ, СТЕНОТИЧЕСКОЕ ДЫХАНИЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
А	дифтерийного крупа
Б	пневмонии
В	острого трахеита
Г	острого фарингита
231	НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ДЛЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО ПРИ ДИФТЕРИИ С ТОКСИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А	снижение глубоких сухожильных рефлексов
Б	паралич диафрагмы
В	мышечная слабость в конечностях
Г	паралич небной занавески
232	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	симптоматическая терапия
Б	антибактериальная терапия
В	введение противодифтерийной сыворотки
Г	экстренная вакцинация
233	ЛИЦ, КОНТАКТИРОВАВШИХ С БОЛЬНЫМ ДИФТЕРИЕЙ, НАБЛЮДАЮТ В ТЕЧЕНИЕ ДНЕЙ
А	3
Б	7
В	14
Г	30
234	ИСТОЧНИКОМ ДИФТЕРИИ МОГУТ БЫТЬ
А	только больные дифтерией
Б	больные дифтерией или носители токсигенных штаммов
В	больные только токсической формой дифтерии
Г	носители нетоксигенных штаммов
235	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА С ОСТРЫМ СТРЕПТОКОККОВЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ В ПОЛЬЗУ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ БУДЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ
А	лимфаденопатия
Б	стойкая гипертермия
В	выраженная боль в горле
Г	распространение налетов на мягкое небо, небные дужки
236	В ПОЛЬЗУ СКАРЛАТИНЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ВЫДЕЛЕНИЕ ИЗ СЛИЗИ НОСОГЛОТКИ
А	<i>Streptococcus pneumoniae</i>
Б	<i>Streptococcus pyogenes</i>
В	<i>Staphylococcus aureus</i>
Г	<i>Staphylococcus epidermidis</i>

237	ДЛЯ НАЧАЛЬНОГО ПЕРИОДА СКАРЛАТИНЫ ХАРАКТЕРНЫ
А	ангина, лимфаденит, интоксикация
Б	пластинчатое шелушение кожи, брадикардия, гипотония
В	конъюнктивит, лимфаденит, пятнисто-папулезная сыпь
Г	кашель, ринит, мелкопятнистая сыпь
238	ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ СКАРЛАТИНЕ СОСТАВЛЯЕТ ДНЕЙ
А	2-7
Б	10-12
В	14-16
Г	20-25
239	СГУЩЕНИЕ МЕЛКОТОЧЕЧНОЙ СЫПИ В ВИДЕ ТЕМНО-КРАСНЫХ ПОЛОС В МЕСТАХ ЕСТЕСТВЕННЫХ СГИБОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
А	краснухи
Б	кори
В	скарлатины
Г	ветряной оспы
240	ПРИ ОСМОТРЕ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ СКАРЛАТИНЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
А	гиперемия и отечность стенонова протока
Б	симптом Филатова-Коплика
В	ярко-красная, отграниченная гиперемия зева
Г	афтозный стоматит
241	СЫПЬ ПРИ СКАРЛАТИНЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	исходом с пигментацией
Б	появлением на 5-6 день заболевания
В	расположением на неизменном фоне
Г	сгущением в виде темно-красных полос в местах естественных сгибов
242	ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ СКАРЛАТИНЕ ВКЛЮЧАЮТ
А	карантин для контактных лиц на 7 дней
Б	карантин для контактных лиц на 14 дней
В	назначение антибактериальной терапии всем контактным лицам
Г	двукратное бактериологическое обследование контактных лиц
243	СОЧЕТАНИЕ ЛИХОРАДКИ, ИНТОКСИКАЦИИ, АНГИНЫ И МЕЛКОТОЧЕЧНОЙ СЫПИ НА ГИПЕРЕМИРОВАННОМ ФОНЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
А	инфекционного мононуклеоза
Б	кори
В	краснухи
Г	скарлатины
244	ДЛЯ КАТАРАЛЬНОГО ПЕРИОДА КОКЛЮША ХАРАКТЕРЕН КАШЕЛЬ
А	битональный
Б	с репризами, заканчивающийся отхождением густой вязкой мокроты
В	сухой, возникающий ночью или перед сном
Г	влажный

245	В КАТАРАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ КОКЛЮША ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ АНТИБИОТИКА ИЗ ГРУППЫ
А	макролидов
Б	фторхинолонов
В	карбапенемов
Г	аминогликозидов
246	РЕТРОСПЕКТИВНО ДИАГНОЗ КОКЛЮША МОЖЕТ ПОДТВЕРДИТЬ
А	бактериологическое исследование методом «кашлевых пластинок»
Б	серологическое исследование (РСК, РПГА, ИФА)
В	реакция Панди
Г	диаскинтест
247	КАШЕЛЬ ПРИ КОКЛЮШЕ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ
А	битональный
Б	с репризами
В	с апноэ
Г	влажный
248	СИМПТОМЫ ДИСТАЛЬНОГО КОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ ВЕДУЩИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПРИ
А	сальмонеллезе
Б	эшерихиозе
В	кампилобактериозе
Г	дизентерии
249	В СТАРТОВОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 6 МЕСЯЦЕВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
А	нифуроксазид
Б	аминогликозиды
В	тетрациклины
Г	фторхинолоны
250	СЫПЬ НА КОЖЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А	хламидиоза
Б	кампилобактериоза
В	иерсиниоза
Г	микоплазмоза
251	ПРИ КОЛИТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ СТУЛ
А	жидкий, скудный, со слизью и прожилками крови
Б	темный, с зеленоватым оттенком и зловонным запахом
В	обильный, водянистый
Г	жидкий, каловый, без патологических примесей
252	СТУЛ ПРИ РОТАВИРУСНОЙ ДИАРЕЕ
А	скудный
Б	водянистый, обильный, типа «рисового отвара»
В	слизисто-кровянистый
Г	водянистый, пенистый, желтоватого цвета, с небольшой примесью слизи
253	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВИРУСНЫХ ДИАРЕЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

А	ротавирусы
Б	аденовирусы
В	энтеровирусы
Г	коронавирусы
254	ПРИ ОСТРЫХ ДИАРЕЯХ ПЕРОРАЛЬНУЮ РЕГИДРАТАЦИЮ СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ
А	при госпитализации в стационар
Б	после купирования рвоты
В	после восстановления аппетита
Г	с первых часов манифестации заболевания
255	АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОКИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	норовирусная инфекция
Б	носительство сальмонелл
В	ротавирусная инфекция
Г	шигеллёз
256	К ГЕПАТИТАМ С ФЕКАЛЬНО-ОРАЛЬНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ ОТНОСЯТ
А	ВГА, ВГЕ
Б	ВГВ, ВГА
В	ВГС, TTV
Г	ВГА, ВГВ
257	К ГЕПАТИТАМ С ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ ОТНОСЯТ
А	ВГС, ВГЕ
Б	ВГВ, ВГА
В	ВГС, ВГВ
Г	ВГА, TTV
258	БОЛЬНОЙ ОСТРЫМ ГЕПАТИТОМ А СТАНОВИТСЯ ЗАРАЗНЫМ С
А	начала продромального периода
Б	начала инкубации
В	начала желтушного периода
Г	конца инкубационного периода
259	ШИРОКАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕПАТИТА Е В ЖАРКИХ РАЗВИВАЮЩИХСЯ СТРАНАХ СВЯЗАНА С
А	нарушением обеззараживания воды, использованием воды из открытых водоемов
Б	нарушением режима термообработки при приготовлении пищи
В	генетическими особенностями коренного населения
Г	нарушением режима хранения пищевых продуктов
260	ВЫДЕЛЕНИЕ С ФЕКАЛИЯМИ ВИРУСА ПРИ ОСТРОМ ГЕПАТИТЕ А ПРЕКРАЩАЕТСЯ
А	в первые сутки после появления желтухи
Б	через 4-5 дней после появления желтухи
В	через 1 месяц после выздоровления
Г	в конце желтушного периода

261	ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ВКЛЮЧАЕТ
А	копрологическое исследование
Б	оценку уровня АД
В	определение серологических маркеров инфекции
Г	тест с Д-ксилозой
262	В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ АНТИТЕЛА К ВИЧ В КРОВИ ПОСЛЕ ЗАРАЖЕНИЯ ПОЯВЛЯЮТСЯ ЧЕРЕЗ
А	несколько часов
Б	1-2 недели
В	3-6 месяцев
Г	1 год
263	ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ВИЧ ПРОВОДИТСЯ _____ РАЗ(А)
А	1
Б	2
В	3
Г	4
264	ИНДИКАТОРОМ ИММУНОДЕФИЦИТА У РЕБЕНКА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А	высокий уровень ЦИК
Б	высокий уровень иммуноглобулинов всех классов
В	снижение уровня CD4+ лимфоцитов
Г	лимфоцитоз в клиническом анализе крови
265	ДЕТИ, РОЖДЕННЫЕ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН В РОДДОМЕ ДОЛЖНЫ
А	быть изолированы от матери в общую детскую палату
Б	быть помещены в отдельную палату
В	быть изолированы от матери и других детей в боксированном отделении
Г	пребывать в палате с матерью
266	ПОДТВЕРЖДАЕТ ДИАГНОЗ ТУБЕРКУЛЁЗА
А	изменение на рентгенограмме грудной клетки в виде локального очага
Б	выделение микобактерии из мокроты
В	битональный характер кашля
Г	отрицательная реакция Манту
267	ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ
А	флюорографию грудной клетки
Б	КТ средостения
В	общий анализ крови
Г	обзорную рентгенографию грудной клетки
268	ДИАГНОЗ ТУБЕРКУЛЁЗА ПОДТВЕРЖДАЮТ
А	только положительными специфическими иммунопробами
Б	данными клинико-анамнестического, иммунологического, лабораторного, инструментального исследования
В	наличием контакта ребёнка с больным открытой формой туберкулёза
Г	исключительно КТ средостения

269	МЕТОДЫ ВНУТРИКОЖНОЙ ИММУНОДИАГНОСТИКИ (Р. МАНТУ, ДИАСКИНТЕСТ) ИСПОЛЬЗУЮТ
А	только для отбора детей на ревакцинацию
Б	для подтверждения диссеминированной формы туберкулёза
В	для подтверждения только очаговой формы туберкулёза лёгких
Г	для массовой и ранней диагностики туберкулёза
270	САМОЙ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЁЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А	костно-суставной туберкулёз
Б	милиарный туберкулёз лёгких
В	специфический бронхоаденит
Г	менингит
271	ВЫРАЖЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ, НАРАСТАЮЩАЯ ГИДРОЦЕФАЛИЯ, СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ _____
А	менингококкового
Б	грибкового
В	энтеровирусного
Г	паротитный
272	НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	менингоэнцефалит
Б	менингококкцемия
В	менингит
Г	назофарингит
273	ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПЕРВИЧНОГО ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 2 ЛЕТ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ
А	Neisseria meningitidis
Б	Streptococcus agalactiae
В	Escherichia coli
Г	Haemophilus influenza
274	ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К РАЗВИТИЮ
А	пневмонии
Б	сепсиса
В	остеомиелита
Г	пиелонефрита
275	ДЛЯ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ГЕРПАНГИНЫ ХАРАКТЕРНЫ
А	синдром крупа и стеноза
Б	ангина с белыми налетами на миндалинах и отек шеи
В	ангина с сероватыми налетами на миндалинах и боль в горле
Г	лихорадка, пузырьковая сыпь в ротовой полости, боли в горле
276	ДЛЯ АБОРТИВНОЙ ФОРМЫ ПОЛИОМИЕЛИТА ХАРАКТЕРНЫ
А	ринит, тонзиллит, диспепсия
Б	ринит, тонзиллит, менингит
В	парезы, параличи конечностей без нарушения чувствительности
Г	менингит, развитие умственной отсталости

277	ПОЛИОМИЕЛИТ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ РАЗВИТИИ У РЕБЕНКА ПОСЛЕ ЛИХОРАДКИ
А	параличей без нарушения чувствительности
Б	параличей с нарушением чувствительности
В	судорожного синдрома
Г	коматозного состояния
278	МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А	полимеразная цепная реакция
Б	выявление антител к антигенам энтеровирусов
В	выделение вируса в чистой культуре
Г	исследование мазка из ротоглотки методом иммуноферментного анализа
279	НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	серозный менингит
Б	энцефаломиелит новорожденных
В	эпидемическая миалгия
Г	миоперикардит
280	ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДИФТЕРИИ (С УМЕНЬШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ АНТИГЕНА), СТОЛБНЯКА И КОКЛЮША (БЕСКЛЕТОЧНАЯ) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ
А	2 лет
Б	6 месяцев
В	18 месяцев
Г	4 лет
281	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ВАКЦИНА
А	оральная живая
Б	оральная убитая
В	парентеральная живая
Г	парентеральная убитая
282	ДЛЯ ПЕРВОЙ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ПОЛИОМИЕЛИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ _____ ВАКЦИНА
А	любая
Б	инактивированная
В	трехвалентная оральная
Г	двухвалентная оральная
283	ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КОКЛЮША ПРОТИВОПОКАЗАНА ДЕТЯМ С
А	онкологическим заболеванием
Б	первичным иммунодефицитом
В	аллергией на белок куриного яйца
Г	прогрессирующим течением заболевания нервной системы
284	ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В ПРОВОДИТСЯ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ
А	всем детям
Б	детям от матерей-носителей HBs-антигена

В	детям от матерей, которые перенести гепатит В в III триместре беременности
Г	детям от матерей, которые не обследованы на гепатит В
285	ПЛАНОВАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ ПОСЛЕ 14 ЛЕТ
А	проводится каждые 5 лет
Б	проводится каждые 10 лет
В	проводится однократно лицам старше 60 лет
Г	не проводится
286	ЭКСТРЕННАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КОРИ ПРОВОДИТСЯ В ПЕРВЫЕ _____ СУТОК ПОСЛЕ КОНТАКТА С БОЛЬНЫМ
А	3
Б	5
В	7
Г	11
287	РЕВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ПРОВОДЯТ
А	всем детям в возрасте 6 лет
Б	мальчикам в возрасте 6 лет
В	мальчикам в возрасте 13 лет
Г	всем детям в возрасте 13 лет
288	У РЕБЕНКА 10-ТИ МЕСЯЦЕВ С ДЕГИДРАТАЦИЕЙ 3 СТЕПЕНИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО
А	внутривенное введение глюкозо-солевых растворов
Б	пероральное введение глюкозо-солевых растворов
В	внутривенное введение раствора гидроксипрохлорида
Г	внутривенное введение альбумина
289	ПРИ АСПИРАЦИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА У РЕБЕНКА 3 ЛЕТ НЕОБХОДИМО
А	начать сердечно-легочную реанимацию
Б	провести прием Геймлиха
В	придать восстановительное положение
Г	провести интубацию трахеи
290	СИНДРОМ РЕЯ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ
А	печёночной энцефалопатии
Б	почечной недостаточности
В	надпочечниковой недостаточности
Г	гиповолемического шока
291	В СЛУЧАЕ ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ И ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
А	начать инфузию физиологического раствора
Б	ввести 10-20% раствор декстрозы внутривенно
В	ввести инсулин подкожно
Г	наблюдать за витальными показателями и не применять медикаменты
292	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
А	эпилепсия

Б	гипокальциемия
В	лихорадка
Г	нейроинфекция
293	КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА, ОБУСЛОВЛЕННОГО ФЕБРИЛЬНОЙ ЛИХОРАДКОЙ, ЯВЛЯЮТСЯ СУДОРОГИ
А	тонические
Б	миоклонические
В	клонико-тонические
Г	полиморфные
294	У РЕБЕНКА 1,5 ЛЕТ ПРИ ТЕМПЕРАТУРЕ ТЕЛА 39°C РЕКОМЕНДУЮТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В КАЧЕСТВЕ ЖАРОПОНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ
А	метамизол (анальгин)
Б	ибупрофен
В	ацетилсалициловую кислоту (аспирин)
Г	диклофенак
295	ПРИМЕНЕНИЕ НАРУЖНЫХ МЕТОДОВ ОХЛАЖДЕНИЯ ПРИ ГИПЕРТЕРМИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИ
А	«бледной» лихорадке
Б	субфебрильной лихорадке у детей первых 3 месяцев жизни
В	лихорадке при неинфекционных заболеваниях
Г	тепловом ударе
296	ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ПАРАЦЕТАМОЛОМ В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
А	унитиол
Б	ацетилцистеин
В	натрия тиосульфат
Г	атропин
297	ПРИ ОТСУТСТВИИ СОЗНАНИЯ У РЕБЕНКА 6 МЕСЯЦЕВ ПУЛЬС НЕОБХОДИМО ПРОВЕРЯТЬ НА АРТЕРИИ
А	сонной
Б	плечевой
В	бедренной
Г	височной
298	СКОРОСТЬ КОМПРЕССИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ В МИНУТУ
А	60-70
Б	80-90
В	100-120
Г	130-150
299	ПРИ РАЗВИТИИ АСФИКСИИ У НОВОРОЖДЕННОГО СЛЕДУЕТ ПРЕЖДЕ ВСЕГО
А	провести тактильную стимуляцию
Б	провести санацию верхних дыхательных путей
В	начать ИВЛ
Г	начать СЛР

300	РЕБЕНОК _____ МЕСЯЦЕВ ДЕЛАЕТ ПЕРВЫЕ ШАГИ, ГОВОРIT ОКОЛО 10 СЛОВ, НАЧИНАЕТ ПОНИМАТЬ ЗАПРЕТ
А	6
Б	8
В	12
Г	18

Ситуационные задачи для промежуточной аттестации

Задача № 1

Девочка 1 года 10 месяцев, рост 80см, вес 10кг, в течение последних 7 месяцев трижды перенесла ОРВИ.

Из анамнеза: беременность 1, с анемией и гестозом. Родилась доношенной, вес при рождении 2650г, рост 52см. На естественном вскармливании до 7 мес. Прикорм - овощные пюре, каши, мясо, творог вводился своевременно. Однако аппетит с рождения плохой. Предпочитает сладкие каши. Аллергологический, наследственный анамнезы не отягощены. Привита по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

Объективно: кожные покровы бледные, чистые. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки розовая, влажная, язык у корня обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 125 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул оформленный, 1-2 раза в сутки. Мочеиспускания частые – каждые 20-30 минут, болезненные, моча желтая, мутная.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 82 г/л, эритроцитарные индексы снижены, лейкоциты – $9,4 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 43%, лимфоциты – 47%, моноциты – 6%, СОЭ – 12 мм/ час.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Составьте план лечения данного ребенка.

Ответы к задаче №1

1. Железодефицитная анемия. Средней степени тяжести. Снижение уровня гемоглобина, эритроцитов, эритроцитарных индексов. ЖДА самая частая у детей раннего возраста (90%). Предпосылками к развитию ЖДА у ребенка – анемия у матери, гестоз. Ребенок родился с низкой массой к сроку. А также предпочтение в меню углеводов является предпосылками к развитию ЖДА. Вероятно, имеет место ПП ЦНС.

2. Дополнительные исследования – уровень железа, ОЖСС, ферритина, трансферина в сыворотке. Вероятно, будут снижены данные показатели (кроме ОЖСС), что отражает истощение депо и транспортного пула железа. ОЖСС будет повышена.

3. Лечение – коррекция питания, достаточное употребление мяса, назначение пищеварительных ферментов – креон 10000ед x 3 раза в день с едой на 1 месяц. Препараты железа (мальтофер) 3-5 мг\кг\сутки. Определение эффекта от лечения по нарастанию уровня Нв на 10 единиц через 4 недели, появление ретикулоцитоза в общем анализе крови. После нормализации уровня Нв – лечение анемии еще 3 месяца для создания депо железа.

Задача № 2

Мальчик 4 лет на приеме у педиатра. Жалобы на сухость кожи, зуд и покраснение кожи. Из анамнеза: мальчик болен с 10-ми месячного возраста, когда впервые появилось покраснение кожи и кожный зуд. Вначале эти изменения появились в области лучезапястных суставов, затем появились также на внутренней поверхности локтевых и коленных суставов. Ребенку была назначена диета с исключением молока и яиц, курсы антигистаминных препаратов, однако эффект терапии был неполным.

Мальчик от второй, физиологически протекавшей беременности. Вторые срочные роды. Родился с весом 3400г, ростом 50 см. находился на грудном вскармливании до 10 месяцев. Отмечалась пищевая аллергия после приема молока, яиц. Лекарственной аллергии нет. Наследственность: у матери аллергический ринит. Профилактические прививки не проводились из-за отказа матери. Посещает детский сад.

Объективно: кожные покровы сухие, отмечается эритема, папулезные высыпания, эскориации в области локтевых, подколенных складок. Дермографизм красный. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки чистая. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД-23 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС – 100 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +1см. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 123 г/л, лейкоциты – $4,9 \times 10^9/л$, эозинофилы – 7%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 45%, лимфоциты – 42%, моноциты – 6%, СОЭ – 10 мм/ час.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
3. Составьте план лечения данного ребенка.

Ответы к задаче №2:

1. Атопический дерматит, детская форма, ограниченный, легкое течение, период обострения. Обязательными критериями атопического дерматита, имеющимися у пациента, являются зуд кожных покровов, типичная морфология и локализация кожных высыпаний (в основном локтевые и коленные сгибы), начало заболевания в раннем возрасте, хроническое рецидивирующее течение.

Для постановки диагноза должно быть не менее трех обязательных признаков. Имеются также вспомогательные признаки: наследственная предрасположенность к атопии, пищевая аллергия, сухость кожных покровов, белый дермографизм, эозинофилия.

У ребенка 4 лет детская форма заболевания (детская форма в возрасте 2-10 лет). Имеются характерные симптомы в этом возрастном периоде: сухая кожа, эритематозно-инфильтративные изменения, папулы, эскориации.

2. Целью диагностики при атопическом дерматите является выявление причинно-значимых факторов в развитии болезни. Необходимо оценить: данные аллергологического анамнеза; методы аллергодиагностики in vitro: определение общего IgE (повышенный уровень общего IgE является дополнительным критерием постановки диагноза), определение специфических IgE; при необходимости в период ремиссии болезни проведение кожного тестирования и провокационных проб с аллергенами. 3. Лечение данного ребенка: 1) элиминационная диета с адекватной заменой исключенных пищевых продуктов; 2) наружная противовоспалительная терапия с использованием топических глюкокортикоидных средств (они обладают выраженной противовоспалительной

активностью при атопическом дерматите; 3) топические ингибиторы кальциневрина; 4) применение увлажняющих и смягчающих кожу средств (их применение повышает барьерную функцию кожи, снижает ее чувствительность к аллегенам, ирритантам).

Задача № 3

Девочка 12 лет заболела 2 дня назад, когда после перенесенной ОРВИ появились множественные петехии и синяки на ногах туловище. Отмечался эпизод носового кровотечения. Остановлено тампоном с перекисью водорода дома самостоятельно. Температура нормальная.

Из анамнеза: неделю назад отмечались катаральные явления. Респираторными инфекциями болеет 2-3 раза в год. Аллергологический, наследственный анамнезы не отягощены. Привита по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Посещает школу.

Объективно: кожные покровы бледные, на ногах туловище петехии и множественные экхимозы разной степени давности. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки розовая, влажная, язык у корня обложен белым налетом. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 78 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускания свободные, безболезненные.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 128 г/л, лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 47%, лимфоциты – 43%, моноциты – 6%, тромбоциты – $23 \times 10^9/л$, СОЭ – 10 мм/ час.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить? С какими заболеваниями проводят дифференциальный диагноз?
3. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией. Составьте план лечения данного ребенка.

Ответы к задаче №3:

1. Иммунная тромбоцитопения. Общий анализ крови – в норме, за исключением количества тромбоцитов.
2. Обследование предполагает проведение дифдиагноза с тромбоцитопатиями, системной красной волчанкой, острым лейкозом. Определение антител к тромбоцитам, антител к ДНК, антинуклеарного фактора. Исследование морфологии и функции тромбоцитов для исключения других заболеваний тромбоцитов. По показаниям – исследование костного мозга для исключения острого лейкоза.
3. Показания к госпитализации – угроза кровотечения, кровотечение. Возможна «выжидательная тактика» в течение 2-3-х суток при нарастании количества тромбоцитов и отсутствии кровотечения. Если количество тромбоцитов не увеличивается – иммуноглобулины для внутривенного введения - 2-3г/кг в течение суток. При отсутствии эффекта, угрозе кровотечения, исключении острого лейкоза

– преднизолон 1-2 мг/кг/сутки – коротким курсом, с последующей отменой. При отсутствии эффекта или частом рецидивировании – гормоны + цитостатики. При отсутствии эффекта – моноклональные Ат к CD20 – ритуксимаб. Спленэктомия у детей старше 5 лет – по строгим показаниям.

Задача № 4

Мальчик 5 лет поступил в стационар с жалобами в течение недели на боли в ногах, плохое самочувствие, усталость. Со слов мамы ухудшился аппетит, появились синяки, дважды носовое кровотечение. Отмечаются подъемы температуры до 37,6°C. Температура снижается самостоятельно.

Из анамнеза: респираторными инфекциями болеет 3–4 раза в год. Две недели назад перенес афтозный стоматит, после которого сохраняются подъемы температуры. Аллергологический, наследственный анамнезы не отягощены. Привит по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Посещал детский сад до настоящего заболевания.

Объективно: состояние тяжелое, вялый, кожные покровы бледные, в области сдавления резинкой от носочков – мелкие петехии, на спине 2 экхимоза. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки бледные, влажные, язык у корня обложен белым налетом. Шейные лимфоузлы увеличены до 2-3 см, безболезненные. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 100 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3см, селезенка у края реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Общий анализ крови: эритроциты – $2,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 78 г/л, лейкоциты – $16,4 \times 10^9/л$, эозинофилы – 0%, палочкоядерные – 1 %, сегментоядерные – 10%, лимфоциты – 80%, моноциты – 2%, бласты – 7%, тромбоциты – $16 \times 10^9/л$, СОЭ – 62 мм/ час.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Составьте план лечения данного ребенка.

Ответы к задаче №4:

1. Острый лейкоз. Клинически – геморрагический синдром, синдром опухолевой интоксикации, синдром иммунодефицита – афтозный стоматит, синдром опухолевой пролиферации – увеличение лимфоузлов, печени, селезенки. Общий анализ крови – анемия, тромбоцитопения, лимфоцитарный лейкоцитоз, бласты.
2. Обследования – исследование костного мозга, иммуногистохимическое исследование костного мозга, УЗИ, КТ – внутренних органов, люмбальная пункция - исследование ликвора. Биохимический анализ крови – для исследования функции почек, печени (мочевина, креатинин, билирубин, АСТ, АЛТ)
3. Высокодозная химиотерапия. Заместительная терапия иммуноглобулинами для внутривенного введения. Цели терапии – индукция ремиссии, поддержание ремиссии. Пересадка костного мозга.

Задача № 5

На прием к педиатру пришла мать с мальчиком 8 лет на плановый осмотр.

Анамнез: с 1 года проявления атопического дерматита. В 6 месяцев впервые был поставлен диагноз обструктивный бронхит. С 2-летнего возраста наблюдались типичные приступы удушья. Однократно госпитализирован в ОРИТ в возрасте 4-х лет с тяжелой бронхообструкцией. Далее неоднократно госпитализировался с обструктивным бронхитом. В последние 2 года симптомы бронхообструкции участились (по несколько раз в неделю), последние 3 месяца беспокоят 2-3 раза в неделю ночные пробуждения из-за кашля, затрудненного дыхания).

Животные в доме: кошка, собака, хомяк. Наследственность: у мамы бронхиальная астма.

При осмотре: объективно ребенок астенического телосложения. Признаков дыхательной недостаточности нет. Кожа сухая, расчесы в локтевых сгибах, периорбитальный цианоз. Носовое дыхание затруднено. Дыхание жесткое, сухие свистящие хрипы с обеих сторон. Частота дыхания – 20 в минуту. Пульс – 90 уд/мин.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,49 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 130 г/л, ЦП – 1, лейкоциты – $5,59 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 62%, лимфоциты – 22%, эозинофилы – 7%, моноциты – 6%, СОЭ – 10 мм/ час, тромбоциты – $224 \times 10^9/л$, гематокрит - 39,7 %, базофилы - 1%.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте окончательный диагноз
2. Составьте план дополнительного обследования
3. С чем в первую очередь необходимо дифференцировать данный диагноз? Определите терапевтическую тактику

Ответы к задаче №5:

1. Бронхиальная астма, атопическая, среднетяжелое течение, не контролируемая (данные анамнеза – рецидивирующий бронхообструктивный синдром, наследственность по астме, атопический дерматит, осмотр – проявления бронх обструкции).
2. Аллергостатус (определение общего и спец. IgE., кожные тесты), спирометрия, проба с бронхолитиком.
3. Инородное тело в бронхах, интерстициальное заболевание легких, острый обструктивный бронхит. Назначение базисной терапии - комбинация ингаляционных глюкокортикостероидов и бета2-агонистов длительного действия

Задача № 6

На приеме у врача мальчик 8 лет. Жили в деревне, наблюдались у фельдшера. Жалобы на кашель, на затрудненное дыхание, частый стул до 6-7 раз в сутки.

Анамнез: ребенок от 3-й беременности (дети от 1-й и 2-й беременности умерли в неонатальном периоде).

Болен с рождения: постоянный кашель с мокротой, трижды перенес пневмонию или обструктивный бронхит (предположительно). Неоднократно отмечалась высокая температура, одышка, кашель с трудно отделяемой мокротой, а также практически постоянно диарея. Заметно отстаёт в физическом развитии.

При осмотре состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Симптомы "часовых стекол" и "барабанных палочек". ЧД - 48 в минуту, ЧСС - 120 уд/мин. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. Аускультативно: дыхание жесткое, выслушиваются разнокалиберные влажные и сухие хрипы с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. Печень +6 см, селезенка не пальпируется. Стул обильный (полифекалия), жирный, замазкообразный.

Копрограмма: большое количество нейтрального жира.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен у данного ребенка?
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Назовите основные лечебные мероприятия у данного больного.

Ответы к задаче №6:

1. Муковисцидоз, смешанная форма, тяжелое течение.
2. Общие признаки при физикальном осмотре, жалобы, наличие частых острых респираторных заболеваний с осложнениями – рецидивирующие хронические заболевания органов дыхания, признаки дыхательной недостаточности, потовый тест – для постановки окончательного диагноза должен быть положительным не менее трех раз, ДНК – диагностика.
3. Очищение бронхиального дерева: муколитики, дренаж бронхов, бронхоскопическая санация; антибиотикотерапия – проводится с учетом бактериологического исследования; заместительная терапия панкреатическими ферментами, диспансерное наблюдение.

Задача № 7

На приеме у педиатра девочка 6-ти лет.

Анамнез: на первом году жизни кожные проявления атопии. Кратковременное покраснение щек после употребления в пищу большого количества шоколадных конфет. Лекарственную аллергию отрицает. Последние 2 года в первой декаде мая проявления ринита незначительные.

Перенесенные заболевания: с 2-х лет, после начала посещения ДДУ, частые ОРИ. Дважды бронхиты с проявлениями бронхообструкции. Последние 2 года болеет ОРИ 2-3 раза в год. Последний прием антибиотиков два месяца назад.

Жалобы на слабость, отсутствие аппетита, непродуктивный кашель, повышение температуры до 39,4°C. Болеет 5-й день. В первые дни отмечалось повышение температуры до 37,5°C (нормализовалась на 3-й день), небольшой ринит. К врачу не обращались, лечились дома самостоятельно симптоматически.

При осмотре: температура 39,4°C. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренно влажные. Носовое дыхание несколько затруднено, отделяемое скудное, слизистое. Перкуторно над легкими притупление звука справа в нижних отделах, там же ослабление дыхания, крепитация. ЧД 30 в мин, ЧСС – 100 в мин., тоны ясные, ритмичные.

На рентгенограмме органов грудной клетки - инфильтративные тени определяются в нижней доле правого легкого. Легочный рисунок обогащен с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,49 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 133 г/л, ЦП – 1, лейкоциты – $15 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 70%, лимфоциты – 16%, эозинофилы – 1%, тромбоциты – $224 \times 10^9/л$, базофилы – 1%, моноциты – 4%, СОЭ – 17 мм/ час.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте окончательный диагноз.
 2. С чем в первую очередь необходимо дифференцировать данный диагноз?
- Острый бронхиолит, обструктивный бронхит.
3. Определите терапевтическую тактику.

Ответы к задаче №7:

1. Внебольничная пневмония, правосторонняя, нижнедолевая (ухудшение на фоне ОРИ, повторная волна лихорадки, одышка, притупление перкуторного звука, крепитация). Аллергический ринит, неуточненный, ремиссия.
2. Острый бронхиолит, обструктивный бронхит
3. Антибиотики (амоксциллин). Жаропонижающие (парацетамол, ибупрофен). Обильное питье, муколитики по показаниям.

Задача № 8

На приеме впервые мама с ребенком 6 месяцев.

Жалобы на кашель, затрудненное дыхание, температура субфебрильная. Болен 3-й день. Обратились в связи с усилением симптомов и появлением одышки и дистантных хрипов.

Из анамнеза: период новорожденности протекал без особенностей, на искусственном вскармливании с 2 месяцев. Вакцинация – согласно календарю по возрасту, без реакции. До настоящего времени не болел.

Семья 5 человек, есть ещё двое детей в возрасте 8-ми и 4-х лет, старший ребёнок переносит лёгкую форму острого назофарингита.

Объективно: экспираторная одышка, тахипноэ до 68 в минуту, мелкопузырчатые хрипы над всей поверхностью лёгких, сухие свистящие хрипы, вздутие грудной клетки, коробочный оттенок при перкуссии, участие в акте дыхания вспомогательных мышц, втяжение межреберий на вдохе, раздувание крыльев носа, SaO₂ 92%.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен у данного ребенка?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику данной патологии?
3. Назовите основные лечебные мероприятия у данного больного.

Ответы к задаче №8:

1. Острый бронхиолит на фоне острой респираторной инфекции.
2. Пневмония, бронхиальная астма, бронхолегочная дисплазия, острый бронхит.
3. Госпитализация в отделение интенсивной терапии – оксигенотерапия, при тяжелой дыхательной недостаточности необходима ИВЛ, адекватная гидратация – введение жидкости и электролитов, антибиотикотерапия при появлении признаков бактериальных осложнений.

Задача № 9

Девочка 11 лет на приеме у педиатра впервые с жалобами на учащенный до 6 р/д неоформленный стул с примесью крови, слизи, тенезмы, эпизоды ночных дефекаций, повышением температуры до 37,6°C, потеря массы тела на 5 кг за последние 4 месяца.

Из анамнеза: в течение последних 6 мес. учащенный до 4-7 р/сутки неоформленный стул, периодически с прожилками крови. Исключено течение кишечных инфекций. Потеря массы тела на 5кг за последние 4 месяца. Ухудшение состояния в последний месяц с вышеописанными жалобами. Контакт с инфекционными больными отрицает.

Наследственный анамнез отягощен по аутоиммунному тиреоидиту (мать), болезни Крона (дедушка по материнской линии).

Объективно: температура 37,4°C. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки розовая, влажная, язык обложен густым белым налетом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 21 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 92 ударов в минуту. Живот мягкий, умеренно вздут, доступен глубокой пальпации. Пальпация живота болезненна по ходу толстой кишки на протяжении (больше слева). Нижний край печени + 0,5см по правой среднеключичной линии, селезенка не пальпируется. Стул кашицеобразный, 6 р/сутки с примесью крови в конце в виде прожилок и сгустков. Дизурии нет. Симптом поколачивания отрицателен с двух сторон.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 106 г/л, тромбоциты $467 \times 10^9/л$, лейкоциты – $12,6 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 7%, сегментоядерные – 65%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 20%, моноциты – 5%, СОЭ – 37 мм/ час.

Биохимический анализ крови: Общий белок 75,6 г/л, АСТ 31 Ед\л, АЛТ 25 Ед/л, ЩФ 152 Ед/л, амилаза 25 Ед/л, билирубин общий 15,3 мкмоль/л, сыв.железо 3.5 мкмоль/л, ферритин 23 мкмоль/л.

Копрограмма: йодофильная флора+-, крахмал+, мышечные волокна ++, лейкоциты 3-6 в п/зр, эритроциты 5-10 в п/зр, эпителий++. Бактериологическое исследование кала – роста патогенных бактерий не обнаружено. Токсины Clostridium difficile типа А, В не обнаружены.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Составьте план лечения данного ребенка.

Ответы к задаче №9:

1. Язвенный колит, средней тяжести, обострение.

На основании анамнеза (длительная персистирующая (более 4 мес.) диарея с кровью после исключения инфекционных причин, также дополнительно лихорадка, потеря массы тела), данных физикального осмотра (бледность кожи, слизистых, обложенность языка, болезненность при пальпации по ходу толстой кишки), лабораторно (воспалительный и анемический синдром в ОАК, БХАК, синдром дистального колита по данным копрограммы, исключение инфекций по данным бактериологического исследования кала, клостридиального колита).

2. Фекальный кальпротектин. Фекальный кальпротектин выше 250 мкг/г подозрителен по ВЗК, является показанием к колоноскопии (например: фекальный кальпротектин 783 мкг/г (0-50

мкг/г).

Илеоколоноскопия с лестничной биопсией слизистой оболочки кишки. Илеоколоноскопия (с лестничной биопсией слизистой оболочки толстой кишки) является обязательной для подтверждения диагноза (например: поверхностные сливающиеся эрозии-язвы, покрытые фибрином, слизистой оболочки прямой, сигмовидной, нисходящей толстой кишки, контактная кровоточивость и потеря сосудистого рисунка (левосторонний язвенный колит). Морфологическое исследование биоптатов слизистой оболочки прямой, сигмовидной, нисходящей кишки: деформация крипт, множественные криптиты, единичные крипт-абсцессы, полиморфноклеточная инфильтрация собственной пластинки.)

3. Показано назначение препаратов месалазина (50-70 мг/кг) сочетанно внутрь и ректально длительно, дополнительно энтеральное питание цельнобелковыми формулами. При недостаточном эффекте 1 линии терапии – назначение ГКС внутрь (1 мг/кг по преднизолону) и азатиоприна (2 мг/кг).

Задача № 10

Девочка 12 лет, больна 1,5 года. Жалобы на "голодные" боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи; отрыжка кислым. Первое обращение к врачу неделю назад.

Из анамнеза: у матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца - гастрит, у бабушки по линии матери - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией.

Объективно: рост 148 см, масса 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный «дефанс» и болезненность в эпигастрии и пилорoduodenальной области, также болезненность в точке Дежардена и Мейо-Робсона. Печень не увеличена. Стул регулярный, оформленный. По другим органам без патологии.

Общий анализ крови: Hb - 128 г/л, ЦП - 0,91, Эр - $4,2 \times 10^{12}$; Лейк - $7,2 \times 10^9$; п/я - 3%, с/я - 51%, э - 3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

ЭГДС: Слизистая оболочка пищевода бледно-розовая. В теле и астральном отделе очаговая гиперемия. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки гиперемирована, отечна. По передней стенке средней трети определяется щелевидная язва с ровными краями и неглубоким дном, заполненным фибрином. Размеры дефекта 0,3х0,6см. Быстрый уреазный тест: положительный (2 мин).

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите основные методы и способы диагностики хеликобактерной инфекции.
3. Составьте план лечения, данного ребенка. Предложите схему современного лечения данного заболевания.

Ответы к задаче №10:

1. Диагноз и его обоснование: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *H. pylori*, «свежая язва», размером 0,8х0,6см, впервые выявленная. Сопутствующий.: реактивный панкреатит.

Основной диагноз поставлен на основании: Типичного болевого синдрома («голодные» и через 1,5-2 часа после еды, часто ночью, купируются приемом пищи) и локализацией болевого синдрома (эпигастральная область); Выявленными изменениями по данным ЭФГДС: язвенный дефект по задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки

0,8*0,6см, округлой формы с гиперемизированным валиком, с покрытым фибрином дном, а также наличие слизи, очаговой гиперемии, гиперплазии в желудке; Результаты тестов на *H. pylori*: положительный уреазный и морфологический тесты.

Сопутствующий диагноз обоснован: Клиническими проявлениями – наличие болезненности при пальпации в точке Дежардена и Мейо – Робсона; Изменениями по данным УЗИ: увеличение головки и хвоста поджелудочной железы с пониженной их эхогенностью.

2. Тесты диагностики *H. pylori* (неинвазивные и инвазивные).

Неинвазивные: Дыхательный тест - определение в выдыхаемом больным воздухе изотопов ^{14}C или ^{13}C , которые выделяются в результате расщепления в желудке больного меченной мочевины под действием уреазы бактерии *H. Pylori*. -Иммуноферментный анализ – выявление в сыворотке крови или в капиллярной крови пациентов антитела к *H. Pylori*. - Количественный иммуноферментный анализ антигена *H. Pylori* в кале. -ПЦР определения фрагментов генома *H. Pylori* в кале - позволяет идентифицировать *Hp* без выделения чистой культуры.

Инвазивные: «Золотой стандарт» - гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки желудка и определение в нем уреазной активности; -Уреазный - определение уреазной активности в биоптате слизистой оболочки желудка путем помещения его в жидкую или гелеобразную среду, содержащую субстрат, буфер и индикатор; Бактериологический - посев бактериальной культуры и определение чувствительности *H. Pylori* к антибактериальным препаратам.

3. Диета. Эрадикационная терапия: ингибиторы протонной помпы (омепразол) + антибактериальная терапия (амоксциллин+кларитромицин) – курс 14 дней. Далее ИПП до 1 месяца. Антациды (альмагель, маалокс, фосфалюгель по требованию. Через 30-40 дней контроль эрадикационной терапии. Контрольная ЗГДС.

Диспансерное наблюдение. Наблюдение гастроэнтерологом по месту жительства. Ежегодно -2 раза в год-осень-весна противорецидивная терапия –по 2 недели амбулаторно (ИПП или Антациды, регуляторы моторики), тест на детекцию хеликобактера.

Задача 11

Девочке 7 лет, больна в течение 5 лет. Дебют заболевания – с моноартрита правого коленного сустава, после травмы. С момента начала болезни наблюдалась и лечилась (НПВП, антибактериальная терапия) по поводу реактивного артрита ревматологом в течение одного года, в дальнейшем диспансерное наблюдение не проводилось. Год назад девочка и родители обратили внимание на значительное снижение остроты зрения (вплоть до светоощущения на правый глаз). Обследована в НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, диагноз: острый увеит, осложненная зрелая катаракта правого глаза. Направлена на углубленное обследование в больницу.

При поступлении: инвалидизация по органу зрения; суставной синдром представлен моноартритом правого коленного сустава (стабильная контрактура под углом 170^0) с преобладанием пролиферативного компонента. Гуморальная и иммунологическая активности не выражены. Рентгенологические изменения в пораженном суставе соответствуют II стадии по Штейнброккеру.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Что определяет прогноз заболевания в данном случае?

3. Каких положений необходимо придерживаться при назначении базисной терапии при этой форме заболевания?

Ответы к задаче №11:

1. Диагноз: Юношеский идиопатический артрит, суставная форма, олигоартикулярный вариант.
2. Течение артрита при данной форме болезни чаще всего бывает доброкачественным. Ведущим фактором, определяющим злокачественное течение заболевания, является нарастающая инвалидизация по органу зрения.
3. При назначении базисной терапии необходимо учесть:
раннее и адекватное назначение иммуносупрессивной терапии позволят приостановить активный аутоиммунный процесс, добиться клинико-лабораторной ремиссии, в т.ч. со стороны органа зрения;
ремиссия заболевания, и в первую очередь увеита, даст возможность провести оперативное лечение катаракты и частично вернуть зрение девочке;
тактика ведения заключается в назначении иммуносупрессивной терапии метотрексатом среди генно-инженерных биологических препаратов, которые назначаются при неэффективности терапии метотрексатом а при данной форме заболевания является адалимумаб.

Задача № 12

Девочка 13 лет обратилась к педиатру с жалобами на субфебрильную температуру, боли в суставах кистей, локтевых и коленных суставах, высыпания на лице.

Высыпания на лице впервые появились впервые в начале мая этого года, после пребывания на даче. Обратилась к педиатру по м\ж, высыпания были расценены как проявления атопического дерматита. Принимала антигистаминные препараты, место - кремы с глюкокортикоидами. Высыпания стали менее яркими, но полностью не исчезли. В июне отдыхала на черноморском побережье, где появились боли в суставах, что связывали с физической нагрузкой (активно плавала). Жаловалась, что очень устает. В июле стали отмечаться подъемы температуры до 37,5-37,8°C. Аппетит снижен, похудела на 3 кг.

Из анамнеза: Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственность отягощена по аутоиммунной патологии щитовидной железы (у матери и бабушки). Привита по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

Объективно: температура тела 37,4°C. Кожные покровы бледно-розовые, на коже лица в области переносья, на щеках с распространением на скуловую область яркие эритематозные высыпания. Волосы сухие, ломкие, со слов девочки интенсивно выпадают. На слизистой оболочке полости рта на внутренней поверхности нижней губы единичная афта. Лимфоузлы шейной, подмышечной и паховой групп множественные, размером до 1,5 см, мягко-эластической консистенции, безболезненные. Отмечается умеренно выраженная веретенообразная деформация проксимальных межфаланговых суставов пальцев рук, сгибание в этих суставах ограничено. Коленные и локтевые суставы визуально не изменены, движения в них болезненны. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в мин. Сердце – тоны несколько приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС – 84 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Селезенка не пальпируется. Стул и диурез без особенностей.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 118 г/л, лейкоциты – $3,4 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 69%, лимфоциты – 19 %, эозинофилы – 2%, моноциты – 8%, базофилы - 1%, СОЭ – 36 мм/ час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, относительная плотность – 1018, белок –

0,85 г/л, лейкоциты – 15-20 в п/з, эритроциты – 30-40 в п/з, цилиндры зернистые – единичные.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией. Составьте план лечения данного ребенка.

Ответы к задаче №12:

1. Системная красная волчанка, подострое течение, эритематозные высыпания на лице в форме «бабочки», фоточувствительность, алоpecia афтозный стоматит, полиартрит, лейкопения, лимфопения, нефрит.

Клинико-лабораторные проявления, являющиеся диагностическими критериями системной красной волчанки, у девочки следующие: эритематозные высыпания на лице в форме «бабочки», фоточувствительность, алоpecia афтозный стоматит, полиартрит, лейкопения, лимфопения, нефрит. Наличие 4 и более критериев позволяет поставить достоверный диагноз.

2. Необходимо провести комплексное обследование для оценки состояния внутренних органов и ЦНС и определения органного повреждения. Для подтверждения диагноза следует провести иммунологическое обследование: определить в сыворотке антинуклеарные антитела (АНА), АТ к ДНК, АТ к Sm-антигену, АТ к SSA/Ro и SSB/La антигенам, уровень С3 и С4 компонентов комплемента, уровни IgA, IgM, IgG. Провести электрофорез белков (характерна гипергаммаглобулинемия).

3. Все больные системной красной волчанкой в активном периоде нуждаются в госпитализации.

Лечение:

- Глюкокортикоиды - преднизолон (метилпреднизолон) в стартовой дозе 1 мг/кг массы тела в сутки в течение 4-6 недель в зависимости от динамики состояния девочки.
- Микофенолата мофетил перорально из расчета 600 мг/м² 2 раза в сутки длительно
- По показаниям прямые антикоагулянты (нефракционированный гепарин или низкомолекулярные гепарины)
- Гидроксихлорохин из расчета 5-6- мг/кг в сутки однократно вечером
- Холекальциферол и препараты кальция

Задача № 13

Участковый педиатр вызван на дом к мальчику (возраст 2,5 года) по поводу лихорадки 39,7°С, выраженного беспокойства, снижения аппетита. Данные симптомы появились 4 дня назад. Участковым педиатром был выставлен диагноз: грипп; назначены обильное питьё, жаропонижающие препараты. День назад на коже туловища появилась пятнистая сыпь, которая была расценена как аллергическая реакция на антипиретики. Сегодня до прихода врача у пациента был дважды разжиженный стул.

При осмотре: состояние расценено как тяжёлое за счёт лихорадки, интоксикации. Плачет, на осмотр реагирует негативно. Менингеальные знаки отрицательны. На коже груди, спины - крупнопятнистая сыпь. На стопах со стороны подошв – небольшая

отёчность ярко-розового цвета. Губы гиперемизированные, яркие, сухие. При пальпации левой переднешейной области обнаружен увеличенный до 2 см тонзиллярный лимфоузел. Язык покрыт сероватым налётом. В зеве – незначительная гиперемия задней стенки глотки. Носовое дыхание свободно. На склерах обоих глаз – расширенные капилляры, что родители объясняли почти постоянным плачем мальчика. Со стороны сердца – границы в пределах возрастной нормы, тоны ритмичные, значительно приглушены, ЧСС 160 в 1 мин. В лёгких жёсткое дыхание, прослушивается по всем полям. Живот несколько вздут, но доступен пальпации. Печень выступает на 2 см из-под рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику врача, учитывая, что ребёнок находится в квартире. Где должен пациент проходить обследование и лечение? Какие обследования необходимы мальчику для подтверждения диагноза?
3. Какая терапия с большой вероятностью предотвращает осложнения заболевания? Каково возможное осложнение данной патологии?

Ответы к задаче №13:

1. Наиболее вероятна болезнь Kawasaki (слизисто-кожно-лимфонодулярный синдром), на что указывают: фебрильная лихорадка, сочетание неспецифической кожной сыпи, «розового отёка» стоп с хейлитом, «инъекциями» склер, увеличением тонзиллярного лимфоузла при отсутствии патологии со стороны миндалин. Также необходимо исключать острую кишечную инфекцию, учитывая эпизод разжиженного стула.
2. Требуется немедленная госпитализация в инфекционный стационар, в бокс. В план обследования включить ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови с определением, в том числе, печёночных проб, СРБ, прокальцитонина; инструментальные исследования: эхокардиография, ЭКГ, рентгенография грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости. По возможности, необходимо провести доплеровское исследование коронарных артерий сердца. После исключения кишечной инфекции – перевод в соматический стационар.
3. Возможное осложнение заболевания - образование аневризм коронарных артерий, вероятность которых уменьшает внутривенное введение иммуноглобулина в сочетании с ацетилсалициловой кислотой в высокой дозе не позднее 10 дня болезни.

Задача № 14

Ребенок 7,5 месяцев, от матери 35 лет. От II беременности (I беременность – дочь, 2 года, здорова), протекавшей физиологически, срочных родов, в сентябре. Масса тела при рождении 3400 г, длина тела 50 см. На грудном вскармливании находился в течение первого месяца, затем переведен на искусственное вскармливание адаптированной молочной смесью. Прикорм введен в 5,5 мес.: первый - овощные пюре, второй - каша. В анамнезе у ребёнка с 3 месяцев жизни мать отмечает повышенную потливость, вздрагивание во сне.

При осмотре: масса тела 9,5 кг, длина 72 см. Самостоятельно не сидит. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки розовые, в области шейных и подмышечных складок - опрелости. Отмечается облысение и уплощение затылка, выражены теменные

бугры. Большой родничок 1х1 см. Грудная клетка уплощена в передне-заднем направлении. Нижняя апертура грудной клетки развернута, отмечается «гаррисонова борозда». Мышечный тонус снижен. В легких при аускультации дыхание проводится во все отделы, пуэрильное, хрипов нет, ЧД - 32 в 1 мин. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС - 128 уд. в 1 мин. Печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги, край эластичный. Селезенка не пальпируется. Стул 1-2 раза в день, мочеиспускание не нарушено.

Клинический анализ крови: Нb – 120 г/л, эр. – $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $8,1 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 32%, э. – 2%, л. – 59%, м. – 6%, СОЭ – 5 мм/час.

Общий анализ мочи: белок – отсутствует, эпителий – нет, лейкоциты – 2-3 в п. зр., эритроциты – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, общий кальций – 2,2 ммоль/л, кальций иониз. – 0,9 ммоль/л, фосфор – 1,1 ммоль/л, ЩФ – 1020 Ед/л (норма до 350 Ед/л).

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Укажите причины заболевания. Какие факторы способствовали его развитию?
3. Назначьте лечение. Дайте рекомендации по питанию.

Ответы к задаче №14:

1. Диагноз: рахит, период разгара, II степень тяжести, подострое течение (данные анамнеза, потливость, повышенная возбудимость, мышечная гипотония, костные деформации, лабораторные данные - снижение уровня ионизированного Са, Р, повышение уровня ЩФ).
2. Вероятный дефицит витамина Д. Факторы, способствовавшие развитию заболевания - отсутствие специфической профилактики рахита (назначение витамина Дз, ранний перевод на искусственное вскармливание, рождение в осенний период, избыточная масса тела, высокие темпы физического развития).
3. Немедикаментозная терапия:
 - режим дня с достаточной инсоляцией (ежедневная прогулка не менее 1 часа);
 - рациональное питание (введение в рацион творога, яичного желтка, мясных продуктов);
 - массаж, лечебная физкультура

Медикаментозная терапия:

Водный или масляный раствор витамина Д (холекальциферол) 2500МЕ/сут в течение 45 дней с последующим переходом на профилактическую дозу 1000 МЕ/сут.

Задача № 15

Девочка 7 лет обратилась с жалобами на слабость, вялость, эпизод ночного энуреза.

Из анамнеза: отмечает снижение массы тела в течение предшествующих 3 месяцев на 3 кг. Аллергологический, наследственный анамнез не отягощены. Привита по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Посещает первый класс общеобразовательной школы.

Объективно: рост 125 см, вес 17 кг, кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые, суховаты. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки розовая, влажная, язык у корня обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 100 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, умеренно болезненный в околопупочной

области. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускание не нарушено, моча светлая, прозрачная.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 128 г/л, лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 57%, лимфоциты – 33%, моноциты – 6%, СОЭ – 10 мм/ час.

Общий анализ мочи: цвет – желтый, прозрачность – прозрачная, относительная плотность – 1020 г/л, белок – не обнаружен, глюкоза ++, кетоновые тела ++, лейкоциты – единичные в поле зрения, эритроциты – единичные в поле зрения, свежие, слизь – отсутствует, соли – оксалаты, небольшое количество, бактерии – не обнаружено.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией. Составьте план лечения данного ребенка.

Ответы к задаче №15:

1. Сахарный диабет 1 типа (слабость, вялость, снижение массы тела, эпизод энуреза как проявление полиурии, глюкозурия, ацетонурия, боли в животе).
2. Глюкоза в крови и КЩС по cito! Ожидаем гипергликемию выше 12 ммоль/л (глюкозурия развивается при гипергликемии выше «почечного порога»), возможен кетоацидоз.
3. Впервые выявленный сахарный диабет 1 типа у детей – показание для госпитализации. План лечения зависит от наличия/отсутствия кетоацидоза. Сначала – инфузионная терапия (регидратация, нормализация электролитов, постепенное снижение гликемии), затем переход на подкожное введение инсулина, подбор индивидуальных доз инсулина, обучение пациента и его родителей в Школе диабета.

Задача № 16

Девочка в возрасте 5-ти суток жизни находится в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей (ОПНиНД).

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 32 лет, от 3-ей беременности (1-ая – медицинский аборт, 2-ая – выкидыш на 8-ой неделе гестации), протекавшей патологически (угроза прерывания на ранних сроках, обострение хронического пиелонефрита на сроке 13 недель, антибактериальная терапия в стационаре, анемия, обострение генитального герпеса на 29 неделе беременности). Роды на сроке 37,5 недель из-за преждевременного излития мутных околоплодных вод. Масса тела при рождении 2700 г, длина 52 см. Закричала сразу, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Через 7 часов после рождения состояние с отрицательной динамикой: тахипноэ, одышка с втяжением межреберных промежутков, яремной ямки, периоральный цианоз. Переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии. На 2-ые сутки жизни: кожные покровы желтушно окрашены, с редкими элементами петехиальной сыпи, в легких ослабленное дыхание, слева выслушивается хуже, тоны сердца достаточной звучности, ритмичные, живот мягкий, печень +1,5 см, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание, стул – не нарушены.

В общем анализе крови: эритроциты $4,4 \times 10^{12}/л$, Нв 144 г/л, тромбоциты $127 \times 10^9/л$,

лейкоциты $13,6 \times 10^9/\text{л}$, п/я 1%, с/я 45%, лимфоциты 40%. СРБ 17 мг/л.

На рентгенограмме грудной клетки – затемнение в проекции верхней доли левого легкого.

На 3-и сутки жизни отмечались судороги в виде тонического напряжения конечностей, фибрилляции языка, закатывания глазных яблок. Получает терапию.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз ребенка.
2. Назначьте план дополнительного обследования.
3. Какая терапия показана данному ребенку?

Ответы к задаче №16:

1. Диагноз внутриутробной инфекции (ВУИ), локализованной формы (внутриутробная пневмония) основан на анализе анамнеза матери (отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, хроническая мочевая инфекция, угроза прерывания на ранних сроках, обострение генитального герпеса на 29 неделе беременности). Также характерны для ВУИ мутные околоплодные воды, задержка внутриутробного развития плода (несоответствие длины весу при рождении), ухудшение состояния через несколько часов от рождения. В клинической картине характерны неврологические симптомы (в рамках перинатального поражения ЦНС, в том числе инфекционной природы), картина левосторонней пневмонии, небольшой геморрагический синдром. При обследовании – небольшое снижение тромбоцитов, анемия (характерно для детей с ВУИ), повышенный СРБ.
2. В план обследования нужно включить серологическое исследование крови ребенка и матери на антитела к наиболее этиологически значимым для ВУИ вирусам, исследование методом ПЦР ребенка на данные вирусы. Также показана нейросонография, осмотр невролога.
3. В комплекс лечебных мероприятий входят: респираторная поддержка (неинвазивная или ИВЛ в зависимости от состояния), коррекция метаболических нарушений, внутривенные иммуноглобулины по показаниям, антибактериальная терапия. Т.к. у ребенка наблюдался судорожный синдром, показано применение противосудорожных препаратов.

Задача № 17

Новорождённая девочка переведена из отделения реанимации новорождённых отделение патологии новорождённых и недоношенных детей (ОПНиНД) на 5 день жизни. Матери 39 лет, данная беременность 2-ая, дихориальной диамниотической двойней, наступила в результате 4-ой попытки ЭКО). Беременность протекала на фоне угрозы прерывания на всем протяжении, артериальной гипертензии, анемии. Роды на 36-37 неделе гестации (кесарево сечение по поводу преждевременного разрыва плодных оболочек). Околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. Состояние после рождения расценивалось как очень тяжелое за счет синдрома угнетения ЦНС, в связи с чем была переведена в отделение реанимации новорожденных. На 2-ые сутки жизни отмечались два эпизода неонатальных судорог. Получала интенсивную терапию.

При осмотре в ОПНиНД состояние средней тяжести. Двигательная активность снижена, диффузная мышечная гипотония, врожденные безусловные рефлексы вызываются неустойчиво, быстро истощаются. Большой родничок 1,5 x 1,5 см, не напряжен. Преходящий нистагм, симптом Грефе. Кожа чистая, иктерична, выражен «мраморный» рисунок. Дистальный гипергидроз. Отеков нет. Умеренный периорбитальный и периоральный цианоз. Подкожно-жировой слой и тургор мягких тканей снижены. Пупочная ранка сухая. Частота дыхания - 44 в мин. Носовое дыхание свободное. Дыхание проводится по всем легочным полям, аускультативно равномерно ослаблено, хрипов нет. ЧСС - 148 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень на + 1,5 см ниже края реберной дуги справа. Селезенка не пальпируется. Наружные половые органы сформированы правильно по женскому типу. Стула при осмотре нет. Моча светлая.

По результатам нейросонографии: эхопризнаки гипоксически-ишемических изменений головного мозга на фоне незрелости.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите основные принципы терапии пациента на настоящий момент.
3. Укажите прогноз заболевания.

Ответы к задаче №17:

1. Основной диагноз: Перинатальное поражение нервной системы гипоксически-ишемического генеза. Синдром угнетения ЦНС. Синдром вегето-висцеральных нарушений. Диагноз установлен на основании отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза матери, перинатального анамнеза, данных объективного осмотра (низкая двигательная активность, неустойчивость рефлексов, умеренный периорбитальный и периоральный цианоз, мраморность кожи, дистальный гипергидроз), данных нейросонографии: эхопризнаки гипоксически-ишемических изменений головного мозга на фоне незрелости.
2. Объем терапии определяется индивидуально.
Общими принципами являются:
на первом этапе терапии – устранение гипоксии и ее последствий;
поддержание адекватной перфузии мозга путем профилактики системной гипо- и гипертензии, полицитемии, повышенной вязкости крови, гиперволемии;
охранительный режим (профилактика охлаждения, перегревания, инфицирования, ограничение травмирующих влияний внешней среды);
систематическая доставка к мозгу энергии в виде глюкозы;
коррекция метаболических нарушений (ацидоз, гипогликемия, гипокальциемия и т.д.);
профилактика геморрагических осложнений (введение витамина К);
противосудорожная терапия по показаниям.
3. При своевременно проведенной адекватной терапии – выздоровление, но вероятны отдаленные последствия ППЦНС в виде задержек психоречевого и моторного развития.

Задача № 18

Ребёнок от V беременности (I беременность – срочные роды, девочка, 3000г, 50см; II беременность – медицинский аборт на сроке 10 недель; III – неразвивающаяся беременность на сроке 8 недель; IV – антенатальная гибель плода на сроке 29 недель (гемолитическая болезнь плода, отечная форма). Анти-резус иммуноглобулин никогда не вводился. Течение настоящей беременности: угроза прерывания в 10 и 16 недель, II триместр - нарастание титра антирезусных антител. Роды: IV роды путем операции кесарева сечения на сроке 28 недель. При рождении: масса тела - 1490 г, длина - 39 см. Оценка по шкале Апгар: 1/3/6 баллов. Группа крови матери: O(I), Rh - отрицательный. Группа крови ребенка: O (I), Rh + положительный.

Сразу после рождения состояние ребенка тяжелое. Мышечный тонус и рефлексы резко снижены. Большой родничок 2,0х2,0 см, мягкий, стреловидный шов не сомкнут. Кожа бледная с цианотичным оттенком, обильно покрыта пушковыми волосами, выражена «мраморность». Лицо, конечности отёчны. Склеры иктеричные. ЧД 68 в мин. Дыхание аритмичное, резко ослабленное. Втяжение межреберий на вдохе. ЧСС 167 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке. Живот при пальпации мягкий. Печень +3,5 см, селезенка +1,0 см из-под края рёберной дуги. Яички в мошонке не пальпируются.

В общем анализе крови в первые сутки жизни: гемоглобин - 32 г/л, эритроциты – $0,65 \times 10^{12}/л$, гематокрит - 10,46%, тромбоциты – $94 \times 10^9/л$, лейкоциты – $12,3 \times 10^9/л$.

Общий анализ мочи без патологических изменений. В биохимическом анализе крови: общий белок - 29,4 г/л, билирубин общий - 76,6 мкмоль/л, билирубин прямой - 5,5 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Укажите необходимые дополнительные методы обследования и их цели в данном случае.
3. Определите лечебную тактику ведения пациента.

Ответы к задаче №18:

1. Диагноз: гемолитическая болезнь новорожденных по Rh-фактору, отечная форма, тяжёлое течение; очень низкая масса тела при рождении; недоношенность 28 недель, поставлен на основании:

- данных о резусной принадлежности матери и ребёнка;
- анамнестических данных, указывающих на антенатальную гибель плода, начиная со второй беременности матери, а также нарастания титра антирезусных антител в ходе II триместра настоящей беременности;
- появления желтухи в первые 24 ч после рождения;
- клинических и лабораторных признаков отёчной формы гемолитической болезни плода: отёки подкожной жировой клетчатки, бледность кожи, гипотония, гипорефлексия, гепатоспленомегалия, тяжёлая анемия, тромбоцитопения, гипопроteinемия, общий билирубин повышен за счёт непрямой фракции, относительная доля прямой фракции составляет менее 20%;
- клинических признаков недоношенности: очень низкая масса тела при рождении, обильный рост пушковых волос, яички не опущены в мошонку;
- показателя массы тела при рождении;

- срока гестации, на котором произошло родоразрешение.
2. Целесообразно проведение:
- реакции Кумбса с целью подтверждения гемолитической болезни новорождённых;
 - консультация окулиста в связи с целью исключения развития ретинопатии недоношенных;
 - нейросонография с целью исключения кровоизлияний в структуры головного мозга у недоношенного ребенка от матери с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом.
3. В первые сутки жизни целесообразно проведение:
- заменного переливания крови, учитывая тяжёлую степень анемии (Hb 32 г/л, эритроциты – $0,65 \times 10^{12}/л$), а также недоношенность и патологическое течение беременности как факторы риска развития билирубиновой энцефалопатии;
 - фототерапии с целью ускорения конъюгации непрямого билирубина;
 - введение матери антирезус-иммуноглобулина.

Задача № 19

В стационар поступил мальчик 8 лет с жалобами на снижение аппетита, головную боль, отечность век, изменение цвета мочи.

Две недели назад ребенок перенес острый тонзиллофарингит. Лечился амбулаторно, получал амоксициллин в течение пяти дней и симптоматическую терапию. На фоне проведенного лечения отмечалось улучшение состояния. Накануне госпитализации у ребенка появились отечность век, стал реже мочиться, моча приобрела красный цвет, напоминающий мясные помои.

Анамнез жизни: Ребенок от 2-й нормально протекавшей беременности. Роды в срок. Масса при рождении 3000г, длина 50 см. Раннее развитие без особенностей. На грудном вскармливании находился до 6 месяцев. Вакцинирован в соответствии с Национальным календарем прививок. Аллергоанамнез: крапивница на употребление мёда. Наследственность здоровая.

При осмотре жалуется на головную боль. Выявлены одутловатость лица, отеки век, голеней. Кожные покровы бледные, чистые. Артериальное давление – 135/85 мм рт. ст. Отмечается приглушенность тонов сердца, ЧСС – 88 уд/мин. Живот при пальпации мягкий. Печень, селезенка не пальпируются. За сутки выделил 700 мл мочи.

Общий анализ крови: Hb – 126 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$, тромбоциты – $300 \times 10^9/л$, лейкоциты – $12,1 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с/я – 64%, эозинофилы – 4%, базофилы – 3%, лимфоциты – 21%, моноциты – 5%, СОЭ (по Панченкову) – 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет красный, прозрачность – мутная, реакция щелочная, плотность мочи 1,024, белок – 0,5 г/л, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты сплошь покрывают все поле зрения, эритроцитарные цилиндры – 6-7 в поле зрения.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести? Возможные осложнения заболевания.
3. Определите лечебную тактику.

Ответы к задаче №19:

1. Предварительный диагноз: Острый постстрептококковый гломерулонефрит.

Обоснование:

- ребенок заболел через две недели после перенесенной стрептококковой инфекции;
- клиническая картина – остронефритический синдром: отеки, макрогематурия, артериальная гипертензия, олигурия;
- лабораторные данные: моча цвета мясных помоев, протеинурия, эритроциты - сплошь все поле зрения, эритроцитарные цилиндры.

2. Исследования:

- биохимическое исследование крови с определением уровней общего белка, альбуминов, глобулинов, креатинина, мочевины, калия;
- иммунологическое исследование крови: общая гемолитическая активность комплемента, С3-, С4-компоненты;
- определение уровней АТ к Аг стрептококка (АСЛ-О, анти-ДНКазы В и др.);
- проба Реберга для определения СКФ (при невозможности проведения – расчет СКФ по формуле Шварца);
- мазок из зева для бактериологического исследования.

Возможные осложнения: гипертензионная энцефалопатия, острое повреждение почек, острая сердечно-сосудистая недостаточность; исходом заболевания может быть быстро прогрессирующий гломерулонефрит.

3. Лечебная тактика:

- госпитализация,
- постельный режим,
- диета с ограничением жидкости, натрия хлорида, белка;
- антибактериальная терапия при сохранении активности стрептококковой инфекции к моменту диагностики гломерулонефрита,
- диуретическая терапия (показание – артериальная гипертензия), при отсутствии эффекта – гипотензивные средства (блокаторы медленных кальциевых каналов или бета-блокаторы).

Задача № 20

Участковый педиатр вызван на дом к девочке 10 месяцев. Жалобы: повышение температуры тела до 38,5°C, отказ от еды.

Заболела накануне вечером, когда температура тела повысилась до 39,0°C, девочка стала беспокойной, плохо спит, отказывается от еды. Сегодня дважды отмечалась необильная рвота, при мочеиспускании тужится, кричит. Мать отмечает, что у мочи ребенка появился резкий запах.

Ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания во 2-ом триместре. Родилась на 37 неделе беременности. Масса при рождении 2600г, длина 48см. Перенесенные заболевания: острый ринит неделю назад; последние полтора месяца (после введения прикорма) отмечаются запоры. Аллергоанамнез без особенностей. Наследственность: у матери острый цистит в анамнезе.

При осмотре: Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Носовое дыхание свободное. Зев розовый, миндалины чистые. В легких дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 45 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 124 в минуту. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется, отмечается болезненность (ребенок заплакал) при надавливании пальцем между основанием 12-го ребра и позвоночником. Беспокоится, кричит при мочеиспускании. Сегодня стула не было. Экспресс-исследование мочи с помощью полифункциональной тест-полоски: положительная реакция на лейкоцитарную эстеразу и нитриты.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Тактика ведения пациента.
2. Какое обследование необходимо провести? Критерии диагностики заболевания.
3. План лечения. Критерии эффективности терапии.

Ответы к задаче №20:

1. Предварительный диагноз: Инфекция мочевыводящих путей (ИМВП).

Обоснование:

- выраженные симптомы интоксикации (фебрильная лихорадка, диспепсия), положительный симптом 12-ребра (у маленьких детей эквивалент симптома поколачивания в поясничной области), характерные для острого пиелонефрита;
- дизурические расстройства (ребенок тужится, беспокоится, кричит во время мочеиспускания), что характерно для острого цистита;
- положительная реакция на лейкоцитарную эстеразу (свидетельствует о наличии лейкоцитурии) и нитриты (свидетельствует о наличии бактериурии).

Тактика ведения пациента

- Госпитализация ребенка.

Показания: дети раннего возраста с острым пиелонефритом и лихорадкой, наличие рвоты и симптомов дегидратации, отсутствие возможности осуществить оральную регидратацию, сепсис.

2.Обследование:

- общий анализ мочи: диагностический критерий ИМВП – лейкоцитурия (нейтрофильная, более 10 в поле зрения или более 25 в 1 мкл мочи);
- микробиологическое исследование мочи: диагностический критерий – бактериурия ≥ 10000 КОЕ/мл при наличии клинических симптомов ИМВП;
- общий анализ крови (на высокую вероятность бактериальной инфекции указывает лейкоцитоз $\geq 15 \times 10^9/\text{л}$);
- биохимический анализ крови - для оценки фильтрационной функции почек;
- ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря в первые 3 суток заболевания;
- ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и мочевого пузыря в первые 3 суток;
- исследование уровня прокальцитонина - при подозрении на уросепсис или при необходимости оценки ответа на антибактериальную терапию при тяжелом течении пиелонефрита.

3.План лечения

- Постельный режим, диета, питьевой режим.
- Антибактериальная терапия

Стартовая (эмпирическая) антибиотикотерапия - цефалоспорины 3-го поколения. Использование ингибиторозащищенных аминопенициллинов в стартовой терапии ИМВП возможно при доказанной чувствительности к ним микрофлоры мочи.

В дальнейшем - коррекция терапии соответственно антибиотикограмме.

- Жаропонижающая терапия.
- При необходимости – инфузионная терапия с дезинтоксикационной и регидратационной целью.

Критерии эффективности терапии:

- нормализация температуры тела
- улучшение самочувствия
- исчезновение клинических проявлений заболевания
- положительная динамика лабораторных показателей

Задача № 21

В больницу поступил мальчик 5 лет с жалобами на *отёки на лице, туловище, конечностях*. Заболел накануне, когда появились отёки век. На следующий день отёки распространились на туловище и конечности. *Ребенок от первой беременности, в 3 триместре мать перенесла ОРВИ, протекавшую с субфебрильной температурой.*

Родился на 38 неделе беременности. Масса при рождении 3500г, длина 52 см. На грудном вскармливании находился до 1 года. Перенесенные заболевания: с 3-х лет редкие ОРВИ, в 4г - ветряная оспа. Вакцинирован в соответствии с Национальным календарем прививок. Наследственность: у отца- полиноз.

Объективно: Кожные покровы бледные, чистые, диффузные отеки. Appetit удовлетворительный. Вес ребенка 21,6 кг (до болезни – 21кг). Пальпируются тонзиллярные, паховые л/узлы, мелкие, единичные, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипы нет. Границы сердца в норме. Тоны сердца звучные, ритмичные. АД 100/55 мм рт.ст.. Живот увеличен в объеме, печень, селезенка не пальпируются. Почки не пальпируются. С-м поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. За сутки выделил 600 мл мочи.

Общий анализ крови: Нв - 125г/л, эритроциты - $4,7 \times 10^{12}$ /л, ЦП-0,95, лейкоциты- 8×10^9 /л, нейтрофилы палочкоядерные-1%, сегментоядерные - 48%, лимфоциты - 41%, эозинофилы - 7%, моноциты - 3%, СОЭ (по Панченкову) – 50 мм/ч.. Общий анализ мочи: цвет желтый, мутная, реакция кислая, плотность мочи 1,028, белок 6,0г/л, лейкоциты 1-2 в п/зр., эритроциты 0-1 в п/зр., бактерии-нет. Биохимический анализ крови: общий белок – 54г/л (N= 62-82), альбумин 24г/л (N= 37-55), глобулины α_1 –2,3 г/л (N=2,0-4,6), α_2 -8,0г/л (N=7,0-13,0), β -5,4г/л (N=4,8-8,5), γ –6,7г/л (N=5,2-10,2), креатинин-45 ммоль/л (N=35-110), мочевины – 4,6ммоль/л (N=4,3-7,3), калий–3,8 ммоль/л (N=3,6-5,1), холестерин - 15,6ммоль/л (N=3,8-6,4ммоль/л). Скорость клубочковой фильтрации (по формуле Шварца)-110 мл/мин/1,73м².

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Наиболее вероятная причина развившегося у ребенка клинического синдрома. Какие исследования необходимо провести?
3. Тактика лечения.

Ответы к задаче №21:

1. Предварительный диагноз: Идиопатический нефротический синдром.

Обоснование:

Нефротический синдром (НС) - это клинико-лабораторный симптомокомплекс, включающий отеки (часто прогрессирующие до анасарки), протеинурию ≥ 50 мг/кг/сут (или > 40 мг/м²/час), гипоальбуминемию (< 25 г/л), диспротеинемию, гиперлипидемию. Данные изменения возникли внезапно, без установленной причины.

2. Самой частой причиной (80-90%) развития идиопатического НС у детей в возрасте от 1 года до 10 лет является болезнь минимальных изменений. Для последней характерны:

- внезапное развитие НС,
- генерализованные отеки, часто прогрессирующие до анасарки,
- протеинурия массивная (может достигать 20-30 г в сутки и более), высокоселективная (альбуминурия),
- «чистый НС» (т.е. нет артериальной гипертензии, нет изменений мочевого осадка),
- резкое ускорение СОЭ,
- уровни креатинина, мочевины, калия – нормальные,
- общая гемолитическая активность и С3-фракция комплемента – нормальные.

Исследования, которые необходимо провести:

- определение суточной экскреции белка,

- иммунологическое исследование крови: общая гемолитическая активность, С3-фракция комплемента,
- УЗИ почек, сердца, брюшной полости.

3. Тактика лечения

- Постельный режим
- Диета гипохлоридная или бессолевой стол
- Дозирование объема выпитой жидкости в зависимости от диуреза накануне
- Стандартное лечение первого эпизода БМИ (Клинические рекомендации KDIGO, научного общества нефрологов России) - кортикостероидная терапия по схеме: преднизолон в дозе 60 мг/м² поверхности тела или 2 мг/кг (максимально 60 мг/сутки) перорально в течение 4–6 недель. К этому времени у большинства детей наступает полная или частичная ремиссия - стероидочувствительный НС (в 90%). Затем суточную дозу постепенно снижают до 40 мг/м² на 4-6 недель, далее до полной отмены. Общая длительность терапии кортикостероидами должна составлять 4-5 мес.
- Диуретические препараты - петлевые диуретики (фуросемид, торасемид и др.).

Задача № 22

Мальчик 6 лет поступил в больницу с жалобами на боли в животе, сыпь на коже, боли в коленных и голеностопных суставах.

Ребёнок от второй нормально протекавшей беременности, вторых срочных родов. Развивался соответственно возрасту. Привит в соответствии с Национальным календарём прививок РФ. Перенесенные заболевания: ОРВИ -2-3 раза в год, в 4 и 5 лет – фолликулярная ангина, в 6 лет диагностирован хронический тонзиллит.

Заболел 2 дня назад, когда повысилась температура тела до 37,5°C, появились слабость, пятнисто-папулезная геморрагическая сыпь на голенях, стопах, схваткообразные боли в животе, боли в коленных и голеностопных суставах. В дальнейшем сыпь распространилась на бедра, единичные новые элементы сыпи появились на ягодицах и верхних конечностях. За 10 дней до настоящего заболевания перенес обострение хронического тонзиллита.

При осмотре: Температура тела 37,3°C. На верхних и нижних конечностях (больше вокруг голеностопных и коленных суставов), туловище, ягодицах геморрагическая пятнистая сыпь, единичные петехии, некоторые геморрагические пятна сливаются между собой, новые элементы сыпи возвышаются над поверхностью кожи, пальпируются, на месте угасающих геморрагических элементов сыпи появляется пигментация кожи. Голеностопные, коленные суставы внешне не изменены, движения в них полном объеме. Зев розовый, миндалины чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Носовое дыхание свободное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98 уд.в мин. Живот мягкий, отмечается умеренная болезненность при пальпации без четкой локализации. Печень, селезенка не пальпируются.

Клинический анализ крови: Нб – 130 г/л, эритроциты - 4,5х10¹²/л, ЦП-0,93, лейкоциты – 12,3х10⁹/л, тромбоциты - 380х10⁹/л, нейтрофилы палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 70%, лимфоциты - 20%, эозинофилы - 3%, базофилы – 1%, моноциты - 3%, СОЭ – 20 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет желтый, плотность мочи 1,023, белок – 0,05г/л, лейкоциты 3-4 в п/зр., эритроциты – 40-50 в п/зр., цилиндры отсутствуют.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. План обследования пациента.
3. Принципы лечения, показания к госпитализации, прогноз заболевания.

Ответы к задаче №22:

1. Предварительный диагноз: Первичный IgA-ассоциированный васкулит (пурпура Шенляйна–Геноха)
Обоснование:

- клиническая картина IgA-васкулита представлена четырьмя основными синдромами: кожная геморрагическая сыпь (пурпура), поражение суставов (артралгии /арт-риты), поражение ЖКТ, поражение почек (гломерулонефрит);
- геморрагическая пятнисто-папулезная пальпируемая сыпь (пурпура) является обязательным критерием диагностики заболевания, чаще наблюдается на коже нижних конечностей (на голених, стопах), особенно вокруг суставов, нередко – на бедрах, ягодицах, туловище, верхних конечностях, редко – на лице;
- суставной синдром - мигрирующие артралгии или артриты (преимущественно крупных суставов);
- абдоминальный синдром - боль в животе тупая, ноющая, нередко схваткообразная по типу кишечной колики;
- гломерулонефрит, ассоциированный с IgA-васкулитом, у детей чаще всего проявляется незначительным или умеренно выраженным мочевым синдромом (гематурией);
- клинические симптомы могут появляться в любой последовательности в течение нескольких дней или недель болезни;
- возможен продромальный период: головная боль, анорексия, невысокая лихорадка.

2. План обследования пациента

- Диагностика IgA-В (пурпуры Шенляйна–Геноха) основывается на выявлении типичных клинических признаков заболевания. Необходим тщательный сбор анамнеза, комплексная оценка результатов обследования для исключения других заболеваний, при которых может возникать кожная геморрагическая (или похожая на нее) сыпь.
- Методы исследования (помимо указанных в задаче):
биохимический анализ крови - для диагностики нарушения функции почек (креатинин, азот мочевины, калий), для дифференциальной диагностики кожного лейкоцитокластического васкулита (например, синдром цитолита при васкулите, ассоциированном с вирусами гепатита);
иммунологический анализ крови - возможно повышение уровня IgA (30- 40% больных), повышение АСЛ-О (если триггер стрептококковая инфекция), для исключения других заболеваний, протекающих с кожной пурпурой: антинуклеарные АТ, РФ, АТ к ДНК, АНЦА, исследование комплемента), криоглобулин и др.; коагулограмма (с оценкой функции тромбоцитов); исследование кала (скрытая кровь, уровень фекального кальпротектина); бактериологические методы, ПЦР, ИФА и др. - поиск возможного этиологического /провоцирующего фактора; ультразвуковое исследование брюшной полости.

3. Терапия, которая достоверно сокращает продолжительность ИГА-В, не разработана. Лечение строится на принципах индивидуального подхода, включает патогенетическую, симптоматическую терапию и лечение осложнений.

- В активный период заболевания показан постельный режим.
- Возможно использование антиагрегантов, антикоагулянтов (коррекция нарушений гемо-стаза в настоящее время рассматривается лишь в качестве вспомогательного метода).
- По показаниям — глюкокортикоиды (персистирующая кожная пурпура, тяжелый абдоминальный синдром, некоторые формы гломерулонефрита). Санация очагов хронической инфекции, лечение сопутствующих заболеваний.

Прогноз:

- большинство детей выздоравливают в сроки 1–2 года после дебюта,
- неблагоприятный прогноз в дебюте заболевания может быть связан с осложнениями абдоминального синдрома (кишечное кровотечение, перфорация кишечника, инвагинация), с неблагоприятным течением гломерулонефрита (острое повреждение почек, быстропрогрессирующий ГН),
- долгосрочный прогноз определяет течение гломерулонефрита (прогрессирование с развитием почечной недостаточности).

Задача № 23

Ребенок от 2-й беременности, первых родов при сроке гестации 39 нед. Состояние при рождении средней тяжести, беспокоен, кожные покровы желтушные, отечность мягких тканей. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка — на 0,5 см. В анализе крови: гемоглобин — 170 г/л, эритроциты $4,3 \times 10^{12}/л$. Группа крови матери 0(I), резус-положительная, ребенка A(II), резус-положительная.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. Тактику ведения пациента.
2. Прогноз заболевания.
3. Профилактика заболевания.

Ответы к задаче №23:

1.ГБН (по системе АВ0), желтушная форма. Необходимо проводить контроль почасового прироста концентрации непрямого билирубина. При показателях более 6–10 мкмоль/л в час — операция заменного переливания крови. При концентрации непрямого билирубина в периферической крови в первые сутки жизни более 340 мкмоль/л — операция заменного переливания крови. После оперативного лечения и при более низких показателях билирубина — консервативное ведение пациента: инфузии белковых препаратов, декстрозы, фототерапия, ведение витаминов В1, В6, С, кокарбоксилазы для улучшения функции печени и стабилизации обменных процессов; смектит с целью абсорбции билирубина в кишечнике.

2.При несвоевременно проведенных указанных выше мероприятиях возможно развитие билирубиновой энцефалопатии, анемии тяжелой степени. При своевременно проведенной адекватной терапии — выздоровление.

3.Специфической профилактики не существует. Неспецифическая — рациональное ведение беременности и родов.

Задача №24

Ребенок от 1-й беременности (беременность протекала с угрозой прерывания в I триместре), первых родов при сроке гестации 37 нед, родился с массой 2980 г и длиной 49 см. Состояние при рождении средней тяжести, оценка по Апгар 7/8 баллов. При осмотре обращает внимание наличие кефалогематомы в правой височно-теменной области размером $2 \times 2,5$ см, тремор подбородка и рук. При осмотре на 3-и сутки состояние ребенка с отрицательной динамикой, обильно срыгивает после еды, возбужден, спонтанный рефлекс Моро, выраженная интенция рук. По данным нейросонографии — последствие гипоксически-травматического поражения головного мозга. В анализе крови: гемоглобин — 220 г/л, эритроциты $5,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $8,2 \times 10^9/л$, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) — 10 мм/ч.

Вопросы

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Какое обследование необходимо провести для верификации диагноза?
2. Прогноз заболевания.
3. Лечебная тактика.

Ответы к задаче №24:

1. Перинатальное поражение ЦНС гипоксически-травматического генеза. Дополнительные методы: проведение ЭЭГ, осмотры офтальмолога и хирурга.

2. При своевременно проведенной адекватной терапии — выздоровление. Возможны отдаленные последствия - задержка психоречевого и моторного развития.

3. Терапия поражения нервной системы смешанного генеза требует комплексного подхода, который включает антиоксидантную, метаболическую и сосудистую терапию, в позднем восстановительном периоде - ноотропную терапию. Помимо медикаментозной коррекции, важную роль играют физическая абилитация (массаж и ЛФК), физиотерапия и войтотерапия. Кефалогематома требует наблюдения, обычно она рассасывается в течение первой недели, в случае отсутствия динамики или ее уплотнения необходима хирургическая помощь (пунктирование). В данном случае, учитывая маленький размер кефалогематомы, высока вероятность ее самостоятельного рассасывания.

Задача № 25

Больной Д. 15 лет доставлен в инфекционный стационар бригадой скорой медицинской помощью из летнего детского лагеря с диагнозом «менингококковая инфекция». Состояние при поступлении тяжелое. Сознание угнетено до сопора. Температура тела 40,0° С. На коже туловища, конечностей обильная геморрагическая сыпь звездчатого характера, возвышающаяся над поверхностью кожи, местами сливная. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 128 уд/мин. АД 90/60мм рт.ст. Дыхание везикулярное, ЧД – 32 в мин. Язык сухой обложен. Печень и селезенка не пальпируются. Резко выражен менингеальный синдром: ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и верхний симптом Брудзинского. Очаговой симптоматики нет.

Из анамнеза известно, что заболел остро, с озноба, температуры до 38,5°С, головной боли, рвоты 3-5 раз. На 2-ые сутки состояние больного ухудшилось, на окружающее реагирует неадекватно, на коже туловища заметили геморрагическую сыпь.

Эпидемиологический анамнез: за неделю до настоящего заболевания у больного в области носогубного треугольника отмечался фурункул, который он самостоятельно выдавил.

Вопросы:

4. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
5. Наметьте план дополнительного обследования и санитарных мероприятий в детском лагере.
6. Составьте план лечения данного ребенка.

Ответы к задаче №25:

1. Предварительный диагноз: Менингококковая инфекция, генерализованная форма (менингококцемия), тяжелое течение. Диагноз ставится на основании: анамнеза (острое начало, выраженная интоксикация: головная боль, лихорадка, рвота), характерного кожного синдрома (геморрагическая звездчатая сыпь), тахикардия, тахипноэ, падение АД, положительные менингеальные знаки.
2. Бактериологическое исследование слизи из носоглотки (менингококк), крови на менингококк, спинно-мозговая пункция с лабораторным исследованием ликвора

(вытекает под давлением, нейтрофильный цитоз, цвет желто-зеленый, повышение уровня белка), коагулограмма (возможно изменение свертывающей системы крови). В детском лагере необходимо объявить карантин на 10 дней. Всем контактным измеряется температура, дважды делается посев со слизистой носа и глотки на менингококк. У выявленных носителей проводят антибиотикотерапию до получения отрицательных результатов.

3. Данная инфекция относится к нейроинфекциям, протекающим тяжело, часто вызывающим осложнения и, возможно, при отсутствии своевременной помощи и адекватной терапии – смертельный исход. Госпитализация обязательна. Необходим постельный режим, наблюдение в условиях палаты интенсивной терапии. Антибактериальная терапия (бензилпенициллин или хлорамфеникол), детоксикационная (инфузионная) терапия солевыми и коллоидными растворами; глюкокортикостероиды, жаропонижающие.

Задача № 26

Девочка 11 лет в течение нескольких дней жаловалась на слабость, затруднение носового дыхания. Отмечались низкий субфебрилитет, гнусавость голоса. Последние 3 дня температура повысилась до 38-39,0°C. Родители давали девочке жаропонижающие средства в возрастной дозировке.

Из анамнеза: болеет респираторными инфекциями 4-5 раз в год. Аллергологический и наследственный анамнезы не отягощены. Привита по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Последнюю неделю школу не посещала в связи с каникулами.

Осмотрена на дому участковым врачом. Объективно: температура тела 38,6°C, кожные покровы розовые, высыпаний нет. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки гиперемированы. Миндалины увеличены в размерах, в лакунах бело-желтые легко снимающиеся наложения без распространения за пределы миндалин. Лимфатические узлы всех групп увеличены, особенно - шейные; по заднему краю каждой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы определяется «цепочка» лимфатических узлов размерами около 2 см в диаметре. Во всех группах лимфатические узлы эластической консистенции, подвижные, не спаянные между собой, умеренно чувствительные при пальпации; цвет кожных покровов над ними не изменен. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 25 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 102 удара в минуту, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, селезенка на 2 см. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул оформленный, 1 раз в сутки.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 132 г/л, ЦП - 0,86, лейкоциты – $16,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные – 34%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 30%, моноциты – 16%, атипичные мононуклеары - 18%, СОЭ – 23 мм/ час.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Какой режим необходимо применить у ребенка с данной патологией. Составьте план

лечения данного ребенка.

Ответы к задаче №26:

1. Инфекционный мононуклеоз

2. Обследование:

- АТ класса IgM к Ag капсида вируса Эпштейна-Барр, их авидность;

- молекулярно-генетическая ПЦР диагностика.

3. Лечение:

- В острой фазе заболевания необходимо соблюдение постельного режима.

- Противовирусные средства: интерферон альфа-2b + таурин (Генферон лайт), меглюмина акридонацетат (Циклоферон), Анаферон детский, Эргоферон, симптоматическое лечение.

- При высокой температуре тела назначают антипиретики (парацетамол, ибупрофен).

- При бактериальных суперинфекциях необходима антибиотикотерапия.

- При развитии обструкции дыхательных путей назначают глюкокортикоиды (преднизолон по 2 мг/кг в сутки с постепенным снижением дозы в течение 5–7 суток).

Задача № 27

Девочка 6 лет заболела тяжёлой ангиной. Назначено лечение антибактериальным препаратом амоксициллин/клавуланат, взят мазок из зева и носа на коринебактерии дифтерии.

Эпидемиологический анамнез: ребёнок из группы часто болеющих, не вакцинирована.

Объективный статус: бледная, вялая, температура 38°C, ЧДД - 30 в минуту; ЧСС - 125 уд в мин, АД - 80/50 мм рт. ст. Плеччатые наложения выходят за пределы миндалин, отмечается отёк шейной клетчатки до ключиц. Изо рта приторно-сладковатый запах. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выходит из-под края рёберной дуги, безболезненная. Мочится регулярно. Масса - 21 кг.

Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $14,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные - 53%, лимфоциты - 28%, моноциты - 7%, СОЭ - 38 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1018 г/л, белка нет, эпителий пл. – ед. в поле зрения.

Получены результаты бак. посева отделяемого из носа и ротоглотки: выделена токсигенная коринебактерия дифтерии тип *gravis*.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

2. Назначьте план обследования и лечения.

3. Профилактические мероприятия при данном заболевании. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ответы к задаче №27:

1. Дифтерия ротоглотки, типичная, токсическая форма, 2 степень. Диагноз «дифтерия ротоглотки» поставлен на основании данных анамнеза и осмотра: заболевание началось с

синдрома интоксикации (повышение температуры до 38°C), а также боли в горле, гиперемии зева. При осмотре: миндалины отёчные с плёнчатыми наложениями, выходящими за пределы миндалин, отёком шейной клетчатки. Выделена коринебактерия дифтерии.

Критериями токсической формы являются отёк подкожно-жировой клетчатки, выраженность симптомов интоксикации, наличие осложнений в виде миокардита.

2. Обязательная госпитализация в инфекционную больницу.

Дообследование – ЭКГ, ЭХО КГ для исключения дифтеритического миокардита.

Биохимический анализ крови – для определения функции почек, печени.

Строгий постельный режим. Этиотропное лечение: ведение противодифтерийной анитоксической сыворотки.

Антибактериальная терапия: цефалоспорины 3 поколения курсом 7-10 дней.

Патогенетическая терапия: дезинтоксикация (реополиглюкин и глюкозосолевые растворы в соотношении коллоидов и кристаллоидов 1:2 внутривенно капельно с учётом физиологической потребности в жидкости и потерь на интоксикацию).

Гормонотерапия (Преднизолон 1–2 мг/кг.).

Местно: полоскание зева антисептиками.

3. Специфическая профилактика осуществляется вакцинацией АКДС-вакциной (АДС анатоксином) в 3, 4, 5 и 6 месяцев, R1 – в 18 месяцев, R2 – в 7 лет, R3 – в 14 лет (АДС-м).

Взрослые ревакцинируются каждые 10 лет (АДС-м) до 56-летнего возраста.

Постэкспозиционная профилактика: не привитые ранее дети и взрослые подлежат немедленной иммунизации.

Подача экстренного извещения не позднее 12 часов после выявления больного.

Госпитализация: все формы заболевания, включая носительство токсигенных коринебактерий. Изоляция контактных: не проводится. Мероприятия в очаге инфекции: проводится текущая и заключительная дезинфекция.

Мероприятия в очаге: при выявлении больного дифтерией в детском учреждении устанавливается карантин на 7 дней. Все контактные, в том числе персонал, одномоментно обследуются на носительство дифтерийной палочки и наблюдаются в течение 7 дней с ежедневной термометрией.

Осмотр ЛОР. При выявлении носителей токсигенных коринебактерий, все контактные обследуются еще раз до получения у всех отрицательного результата. Выявленные носители изолируются и лечатся в стационаре. Условия выписки: больные, перенёсшие дифтерию, выписываются после клинического выздоровления и двух отрицательных бак. анализов, взятых с интервалом в 1–2 дня, но не ранее чем через 3 дня после отмены антибиотиков.

Задача № 28

Участковый врач вызван на дом к девочке 5 лет с жалобами на приступообразный навязчивый кашель.

Из анамнеза: заболела 8 дней назад, когда появился редкий сухой кашель. В последующем кашель участился и стал приступообразным, возникал преимущественно в ночное время. Приступы кашля сопровождаются высовыванием языка, между кашлевыми толчками отмечается звучный громкий вдох, в конце приступа кашля отделяется небольшое количество вязкой светлой мокроты, некоторые приступы кашля оканчиваются рвотой. Приступы кашля повторяются 15-18 раз в сутки. Лихорадки не было.

Наследственный анамнез не отягощен. Профилактические прививки проводились по индивидуальному календарю, после первого введения АКДС отмечалась припухлость и болезненность в месте введения, в связи с чем от дальнейшего введения вакцины родители отказались. Девочка посещает детский сад.

Объективно: температура тела 36,4°C. Кожа бледно-розового цвета, на веках, висках — петехии. Кашель приступообразный. Слизистая оболочка небных дужек, миндалин, задней стенки глотки слегка гиперемированы. На уздечке языка обнаружена язвочка. Носовое дыхание несколько затруднено, отделяемого из носа нет. Частота дыхания 25 в мин. В легких выслушиваются рассеянные сухие хрипы. ЧСС 102 в мин. Тоны сердца звучные. Границы сердца не изменены. Печень пальпируется на 1 см ниже реберной дуги, селезенка не пальпируется. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

Общий анализ крови: эритроциты — $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 135 г/л, лейкоциты — $17 \times 10^9/л$, эозинофилы — 2%, палочкоядерные — 2%, сегментоядерные — 17%, лимфоциты — 75%, моноциты — 5%, СОЭ — 8 мм/ час.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией. Составьте план лечения данного ребенка. Назовите подходы к профилактике данного заболевания

Ответы к задаче №28:

1. Коклюш, период спазматического кашля, среднетяжелая форма.
2. Определение ДНК *Bordetella pertussis* методом ПЦР в мазке из носоглотки/ротоглотки, определение специфических антител IgM, IgG к *Bordetella pertussis* методом ИФА.
3. Госпитализируют детей первых месяцев жизни, больных с тяжелым коклюшем и по социальным показаниям. Антибиотики показаны в ранние сроки — в катаральном и в начале спазматического периода (макролиды, амоксициллины, цефалоспорины). Прогулки на свежем воздухе. Для купирования сухого мучительного кашля — противокашлевые (бутамират). Вакцинация. Ребенка изолируют на дому на 25–30 дней от начала болезни. Дети в возрасте до 7 лет, общавшиеся с больным коклюшем, не привитые и не болевшие коклюшем, подлежат разобщению на 14 дней с момента контакта. В детских коллективах проводят двукратное бактериологическое обследование детей и персонала.

Задача № 29

Педиатр повторно осматривает девочку 5 лет. Из анамнеза известно, что заболевание началось остро, 6 дней назад, когда девочка пожаловалась на слабость, головную боль, появилась лихорадка до 38,4°C. На следующий день развился сухой кашель, появился насморк, конъюнктивит. Врач диагностировал острую респираторную инфекцию, назначил симптоматическое лечение. Через 5 дней температура тела снизилась до 37,0–37,3°C, но самочувствие оставалось плохим. Сегодня утром вновь отмечено повышение температуры тела до 39,2°C, усилилась головная боль. Мама заметила появление сыпи на лице и шее. Подъем температуры и сыпь послужили причиной повторного вызова врача.

Из анамнеза жизни: ребенок от 1-й физиологически протекавшей беременности, срочных родов, массой тела — 3150 г, длиной — 51 см. Развивалась по возрасту. Прививалась

по индивидуальному календарю в связи с частыми респираторными инфекциями. Есть младшая сестра 3,5 лет, которая посещает детский сад, не вакцинирована.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 38,7°C. Ребенок капризен. Гиперемия задней стенки глотки, небных дужек. На слизистой щек в области верхних премоляров – единичные бледные элементы энантемы. За ушами, на лице – яркая крупнопятнистая сыпь сливного характера. Пальпируются подчелюстные, переднешейные лимфоузлы диаметром около 1,5 см, мягкоэластической консистенции, не спаянные, безболезненные. Веки отёчные, конъюнктив гиперемирован. Обильные выделения из носа. ЧД – 20 в 1 мин. Малопродуктивный кашель. Дыхание жесткое, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. ЧСС – 104 в 1 мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень, селезенка не увеличены. Стул был утром, оформленный, мочится безболезненно.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз ребенка.
2. Назовите заболевания, которые необходимо исключить в ходе дифференциально-диагностического поиска.
3. Назовите мероприятия, необходимые в отношении младшей сестры девочки.

Ответы к задаче №29:

1. Корь. Для данного заболевания характерна этапность течения: катаральный период протекает с симптомами интоксикации, катаральными явлениями, явлениями конъюнктивита, постепенным снижением температуры на фоне плохого самочувствия и нарастающих катаральных симптомов. В конце первого периода на слизистой оболочке полости рта можно заметить патогномичный симптом кори – пятна Филатова-Бельского-Коплика, которые как раз угасали к моменту визита врача. В настоящий момент девочка находится во втором периоде течения заболевания – периоде высыпаний, характеризующимся повторным подъемом температуры до фебрильных цифр и появлением крупнопятнистой, иногда сливной, сыпи вначале за ушами и на лице, в течение 3-4 дней распространяющейся на туловище и конечности.

2. В катаральном периоде коревую инфекцию дифференцируют с острой респираторной инфекцией (ОРИ) (особенно аденовирусной), однако при ОРИ самочувствие улучшается вместе со снижением лихорадки, в конце катарального периода при кори – пятна Филатова-Бельского-Коплика. В периоде сыпи – с аллергическими проявлениями (аллергодерматозы зудят, уменьшаются после приема антигистаминных), краснухой (нет этапности, минимальные катаральные явления), скарлатиной (нет этапности, сыпь мелкоточечная, тонзиллит), др. инфекциями с синдромом сыпи.

3. Невакцинированной девочке была бы показана экстренная вакцинация от кори в течение первых 72 часов с момента контакта или экстренная профилактика путем введения иммуноглобулина в течение 5 дней с момента контакта. Поскольку диагноз кори поставлен на 6 сутки заболевания, в настоящий момент младшей сестре необходимо будет соблюдать карантин с 7 по 17 день от контакта с заболевшим ребенком.

Задача № 30

Участковый педиатр вызван на дом к мальчику 8 лет, у которого сегодня утром на лице, груди, спине, ягодицах, руках и ногах мать обнаружила мелкопятнистую сыпь.

Семья проживает в отдельной квартире. Мальчик посещает школу (2-й класс).

Мальчика беспокоят недомогание, небольшой насморк, повышение температуры тела.

Мальчик от 1-й беременности, протекавшей с анемией у матери в 3-м триместре. Роды в срок, масса тела при рождении 3500 г, длина 51 см. Закричал сразу. К груди приложен в родильном блоке, сосал активно. На грудном вскармливании находился до 1 года. Рос и развивался по возрасту. На первом году жизни отмечался атопический дерматит. До 2-х лет вакцинопрофилактика проводилась в соответствии с Национальным календарём профилактических прививок РФ, позже не прививался в связи с частыми ОРВИ. Реакция Манту отрицательная.

Недомогание, небольшой насморк наблюдаются второй день. Вчера вечером съел много шоколадных конфет. При осмотре: повышение температуры тела (37,3⁰С), небольшая гиперемия зева, мелкопятнистая сыпь на лице, туловище, конечностях (преимущественно на разгибательных поверхностях), увеличение и болезненность заднешейных и затылочных лимфатических узлов.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Методы обследования при атипичном течении заболевания.
2. Выберите лечебную тактику. Показания к госпитализации детей с данным заболеванием.
3. Профилактика данного заболевания.

Ответы к задаче № 30:

1. Краснуха. Клиническая картина заболевания (характер сыпи, увеличение и болезненность заднешейных и затылочных лимфоузлов, невыраженные катаральные явления) типична для краснухи.

В диагностике заболевания при атипичном течении помогают характерная картина периферической крови (лейкопения, относительный лимфоцитоз, увеличение числа плазматических клеток), выявление специфических антител класса Ig М к вирусу краснухи методом ИФА.

2. При неосложненной краснухе терапия симптоматическая.

Лечение больных легкой и средней степени тяжести осуществляется при отсутствии противопоказаний в амбулаторных условиях. Обязательная госпитализация показана при тяжелом течении заболевания, детям из учреждений с круглосуточным пребыванием независимо от формы болезни.

3. Карантин по краснухе не устанавливают. Больного изолируют на 5 дней. Контактировавшие с больным дети подлежат ежедневному осмотру в течение 21 дня.

В соответствии с Национальным календарём профилактических прививок в РФ вакцинация против краснухи проводится в регламентированные сроки (в 12 месяцев, ревакцинация в 6 лет). Не болевшие, не привитые, привитые однократно, не имеющие сведения о прививках против краснухи подлежат вакцинации до 18 лет, женщины – до 25 лет включительно.

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего
образования

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(Сеченовский Университет)

Институт Клинической медицины им.
Н.В. Склифосовского

Кафедра спортивной медицины и медицинской реабилитации

Методические материалы по дисциплине:

Допинг и антидопинговое обеспечение спорта

основная профессиональная образовательная программа высшего
профессионального образования - программа специалитета

31.05.01 «Лечебное дело»

1. Комплекс морфологических и психофизических характеристик человека, а также факторов социальной среды, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные способности – это:

- A) реабилитационная способность
- B) реабилитационный потенциал +
- C) реабилитационный прогноз
- D) реабилитационная программа
- E) реабилитационный диагноз

2. Стабильное соматическое и психическое состояние реабилитанта, его высокая мотивированность по отношению к предстоящему реабилитационному лечению – это:

- A) реабилитационная способность +
- B) реабилитационный потенциал
- C) реабилитационный прогноз
- D) реабилитационная программа
- E) реабилитационный диагноз

3. Определение термина «медицинская реабилитация» представлено в:

- A) федеральном законе №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» +
- B) стандартах оказания медицинской помощи
- C) в клинических рекомендациях
- D) федеральном законе №154-ФЗ «О медицинской реабилитации»
- E) федеральном законе №61 «Об обращении лекарственных средств»

4.Обоснованная вероятность достижения намеченных целей реабилитации в намеченный отрезок времени с учётом характера заболевания, его течения, индивидуальных резервов и компенсаторных возможностей организма пациента – это:

- A) реабилитационная способность
- B) реабилитационный потенциал
- C) реабилитационный прогноз +
- D) реабилитационная программа
- E) реабилитационный диагноз

5.Амбулаторные условия проведения медицинской реабилитация:

- A) не предусматривают круглосуточного медицинского наблюдения и лечения +
- B) предусматривают медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требуют круглосуточного медицинского наблюдения и лечения
- C) обеспечивают круглосуточное медицинское наблюдение и лечение
- D) предусматривают медицинское наблюдение и лечение в ночное время, но не требуют круглосуточного медицинского наблюдения и лечения
- E) не предусматривают медицинского наблюдения и лечения

6.Стационарные условия проведения медицинской реабилитация:

- A) не предусматривают круглосуточного медицинского наблюдения и лечения
- B) предусматривают медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требуют круглосуточного медицинского наблюдения и лечения
- C) обеспечивают круглосуточное медицинское наблюдение и лечение +
- D) предусматривают медицинское наблюдение и лечение в ночное время, но не требуют круглосуточного медицинского наблюдения и лечения
- E) не предусматривают медицинского наблюдения и лечения

7.Первый этап медицинской реабилитации осуществляется в:

- A) острый период течения заболевания или травмы в отделениях реанимации и интенсивной терапии мед. организаций по профилю основного заболевания +
- B) ранний восстановительный период течения заболевания или травмы, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в стационарных условиях медицинских организаций
- C) ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в амбулаторных условиях, санаторно-курортных учреждениях

- D) период обострения хронического заболевания в амбулаторно-поликлинических условиях
- E) острый период заболевания или травмы на месте происшествия или машине скорой медицинской помощи

8. Второй этап медицинской реабилитации осуществляется в:

- A) острый период течения заболевания или травмы в отделениях реанимации и интенсивной терапии мед. организаций по профилю основного заболевания
- B) ранний восстановительный период течения заболевания или травмы, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в стационарных условиях медицинских организаций +
- C) ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в амбулаторных условиях, санаторно-курортных учреждениях
- D) период обострения хронического заболевания в амбулаторно-поликлинических условиях
- E) острый период заболевания или травмы на месте происшествия или машине скорой медицинской помощи

9. Третий этап медицинской реабилитации осуществляется в:

- A) острый период течения заболевания или травмы в отделениях реанимации и интенсивной терапии мед. организаций по профилю основного заболевания
- B) ранний восстановительный период течения заболевания или травмы, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в стационарных условиях медицинских организаций
- C) ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в амбулаторных условиях, санаторно-курортных учреждениях +
- D) период обострения хронического заболевания в амбулаторно-поликлинических условиях
- E) острый период заболевания или травмы на месте происшествия или машине скорой медицинской помощи

10. Согласно Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская реабилитация – это комплекс мероприятий:

- A) только медицинского характера
- B) медицинского и психологического характера +
- C) медико-биологического характера
- D) клинико-диагностического характера
- E) профилактического и восстановительного характера

11. Упражнения на механоаппаратах локального действия назначают больным с заболеваниями:

- A) сердечно-сосудистой системы
- B) органов пищеварения
- C) ожирением
- D) суставов с ограничением подвижности и при травмах опорно-двигательного аппарата в постиммобилизационном периоде +
- E) органов дыхания

12. Методические принципы применения физических упражнений у больных основаны на:

- A) стремительном возрастании физической нагрузки
- B) разнонаправленности, разнородности воздействия
- C) не соответствии нагрузки физической подготовленности
- D) регулярности занятий, постепенности возрастания физической нагрузки +
- E) недоступности физических упражнений

13. В классификации гимнастических упражнений по видовому признаку выделяют упражнения:

- A) спастические
- B) спазмолитические
- C) функциональные
- D) рефлексорные
- E) корригирующие +

14. Критерием оценки эффективности занятий ЛФК у больных с ограниченными двигательными возможностями служит:

- A) отсутствие осложнений основного заболевания
- B) расширение репертуара двигательных навыков +
- C) плохая переносимость занятий
- D) количество респираторных заболеваний в год
- E) количество обострений заболевания в год

15. Рефлексорные физические упражнения для детей первого года жизни включают:

- A) сгибание ног при упоре руками в горизонтальном положении

- В) сгибание ног в вертикальном положении при поддержке подмышки
- С) сгибание позвоночника лежа на боку
- Д) приседание при поддержке за подмышки
- Е) сгибание и разгибание пальцев стоп при раздражении кожи подошвы +

16. При наличии показаний к снижению физических нагрузок необходимо в первую очередь:

- А) Уменьшить частоту занятий, сохраняя объем и интенсивность нагрузки
- В) Уменьшить объем нагрузки, сохраняя интенсивность нагрузки и частоту занятий
- С) Уменьшить интенсивность, объем нагрузки и частоту занятий
- Д) При уменьшении интенсивности нагрузки и сохранении количества занятий увеличить их продолжительность
- Е) Уменьшить интенсивность нагрузки, сохраняя общий объем и количество занятий +

17. Дыхательное упражнение, позволяющее уменьшить остаточный объем воздуха в лёгких – это дыхание:

- А) с пассивным выдохом
- В) с задержкой на выдохе
- С) с удлинённым выдохом +
- Д) с форсированным выдохом
- Е) с откашливанием на выдохе

18. Идеомоторные упражнения – это упражнения:

- А) выполняемые с отягощением
- В) представляющие собой воображаемые движения +
- С) выполняемые на наклонной плоскости
- Д) выполняемые пассивно
- Е) выполняемые с помощью гимнастических снарядов

19. При физических нагрузках кровотоки максимально уменьшаются в:

- А) сердце;
- В) при физических нагрузках кровотоки изменяются во всех органах одинаково
- С) органах брюшной полости +
- Д) головном мозге

Е) лёгких

20. К двигательным режимам на санаторном этапе реабилитации относят:

- А) щадящий, щадяще-тренирующий и тренирующий +
- В) постельный, палатный, коридорный
- С) щадящий, тренирующий, свободный, коридорный
- Д) интервальный, свободный, щадящий и щадяще-тренирующий

21. Действующим фактором в методе гальванизации является:

- А) Магнитное поле
- В) Постоянный ток низкого напряжения и небольшой силы парафин +
- С) Импульсный ток высокой частоты и большой силы
- Д) Ультразвуковые волны

22. Дыхательное упражнение, позволяющее уменьшить остаточный объем воздуха в легких – это дыхание

- А) с пассивным выдохом
- В) с откашливанием на выдохе
- С) с укороченным выдохом
- Д) с удлинённым выдохом +
- Е) с насильственным выдохом

23. Основными эффектами в действии электросна являются:

- А) Седативный, анальгезирующий +
- В) Противострессовый
- С) Снотворный
- Д) Нейростимулирующий
- Е) Трофический

24. Фактор, отсутствующий в лечебном воздействии при водотеплолечебных процедурах

- А) термический
- В) механический
- С) электрический +

- D) химический
- E) гидродинамический

25. Действующим фактором в методе магнитотерапии является

- A) электрический переменный ток
- B) постоянное или переменное низкочастотное магнитное поле +
- C) электромагнитное поле среднечастотное
- D) электромагнитное излучение сверхвысокой частоты
- E) электрическое поле ультравысокой частоты

26. Метод «сухой иммерсии» – это:

- A) метод, основанный на применении ультразвуковых волн
- B) метод, использующий для достижения лечебного эффекта особые чувствительные точки в определенных местах и применяемый для стимуляции рефлексов, необходимых для нормального психомоторного развития
- C) метод, основанный на частичной имитации внутриутробного состояния ребенка и заключается в помещении пациента на водонепроницаемую пленку, свободно лежащую на поверхности воды +
- D) грязевые аппликации
- E) лечение минеральными водами

27. Применение природных физических факторов возможно в различных вариантах, кроме:

- A) сочетанное
- B) последовательное
- C) недозированное +
- D) комплексное
- E) комбинированное

28. Лазер – это:

- A) вид светового излучения +
- B) вид радиоактивного излучения
- C) вид импульсного электрического тока
- D) вид постоянного электрического тока
- E) вид электростатического поля

29.Нарушение равновесия и координации движений у детей характерно для:

- A) ожирения
- B) бронхиальной астмы
- C) вестибулярных расстройств +
- D) гиподинамии
- E) аллергических заболеваний

30.Какая система в организме занимает первое место по степени чувствительности к магнитному полю?

- A) мышечная
- B) костно-суставная
- C) нервная +
- D) сердечно-сосудистая
- E) дыхательная

31.Специальные упражнения при гемипарезах включают:

- A) расслабление мышечного корсета позвоночника
- B) расслабление мышц при гемиплегии
- C) снижение легочной вентиляции
- D) снижение количества двигательных навыков
- E) укрепления парализованных и расслабления спастически сокращенных мышц +

32.Сколиоз – это:

- A) искривление позвоночника во фронтальной плоскости сочетающееся с торсией позвонков +
- B) дистрофия межпозвоночного диска
- C) искривление позвоночника в сагиттальной плоскости
- D) ротация вокруг вертикальной оси позвоночника
- E) остеопороз позвонков

=

33.Осанка – это:

- A) качество позвоночника, обеспечивающее хорошее самочувствие и настроение

- В) силуэт челове.ка
- С) привычная поза человека +
- Д) особенности строения костно-мышечной системы и жировотложения
- Е) Гармоничное развитие тела человека

34.В здоровом позвоночнике выделяют следующее количество кифозов:

- А) 1
- В) 2 +
- С) 3
- Д) 4
- Е) 5

35.В здоровом позвоночнике выделяют следующее количество лордозов:

- А) 1
- В) 2 +
- С) 3
- Д) 4
- Е) 5

36.Основной задачей ЛФК при сколиозе III степени является:

- А) Повышение специальной подготовки.
- В) Увеличение функциональных резервов сердечно-сосудистой и дыхательной систем.
- С) Предупреждение неблагоприятных изменений в деятельности различных органов и систем +
- Д) Развитие физической силы.
- Е) Повышение толерантности к физической нагрузке

37.При вертикальном положении тела проекция общего центра тяжести на позвоночник приходится на:

- А) шейные позвонки
- В) верхние грудные позвонки;
- С) нижние грудные позвонки
- Д) поясничные позвонки
- Е) крестцовые позвонки +

38. Дыхательное упражнение, позволяющее уменьшить остаточный объем воздуха в легких – это дыхание

- A) с пассивным выдохом
- B) с удлиненным выдохом +
- C) с задержкой на выдохе
- D) с форсированным выдохом
- E) с откашливанием на выдохе

39. Жизненная емкость легких – это

- A) объем воздуха при максимальном выдохе после максимального вдоха +
- B) объем воздуха при обычном выдохе после обычного вдоха
- C) объем воздуха при форсированном выдохе после форсированного вдоха
- D) объем воздуха, находящегося в легких после максимального вдоха
- E) объем воздуха, проходящий через легкие за 1 минуту

40. Исходное положение для больного пневмонией, позволяющее максимально вентилировать пораженный участок легочной ткани

- A) лежа на спине
- B) лежа на животе
- C) лежа на больном боку
- D) лежа на здоровом боку +
- E) сидя

41. Электропроводность тканей – это:

- A) Направленное движение ионов в растворе электролитов
- B) Способность тканей проводить электрический ток +
- C) Явление распределения тока в среде
- D) Изменение структуры тканей под действием тока
- E) Степень деструкции ткани под воздействием электрического тока

42. При смешанном типе дыхания вентилируются:

- A) все отделы легких +
- B) преимущественно нижние доли легких
- C) преимущественно пораженное легкое
- D) преимущественное правое легкое
- E) преимущественно верхние доли легких

43. При левосторонней пневмонии для активизации дыхания в пораженном отделе при выполнении дыхательных упражнений рекомендуется исходное положение:

- A) сидя на кровати с опущенными ногами
- B) коленно-кистевом
- C) на левом боку
- D) на правом боку +
- E) лежа на спине

44. Для профилактики образования спаек и шварт в плевральной полости показаны:

- A) диафрагмальное дыхание
- B) упражнения с произнесением звуков
- C) упражнения с покашливанием на выдохе
- D) длительные задержки дыхания
- E) динамические дыхательные упражнения, увеличивающие экскурсию легких +

45. Эвакуации содержимого бронхов наиболее способствует:

- A) Статическое дыхание
- B) Диафрагмальное дыхание
- C) Дренирующие упражнения +
- D) Задержка дыхания
- E) Идиопатические упражнения

46. Бальнеология основана на использовании:

- A) климата пещер
- B) минеральных вод +
- C) особенностей климата морских побережий.
- D) растительных экстрактов в виде эссенций или эфирных масел

Е) продуктов пчеловодства

47. У больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями при занятиях лечебной физкультурой следует развивать:

А) силу и скорость

В) ловкость

С) выносливость +

Д) координацию

Е) вестибулярный аппарат

48. Продолжительность программы физической реабилитации больных не осложненным инфарктом миокарда в стационаре (по рекомендациям ВОЗ) составляет:

А) 3 дня

В) 1 неделя

С) 2 недели

Д) 3 недели +

Е) 4 недели

49. Закон Старлинга отражает:

А) утилизацию кислорода по отношению к производимой работе

В) отношение объема правого предсердия и частоты ритма

С) отношение сердечного выброса и периферического сопротивления

Д) способность сердца увеличивать силу сокращения при увеличении наполнения её камер +

Е) Отношение частоты сердечных сокращений и фракции выброса

50. Физическая реабилитация больного, перенесшего ОИМ, на стационарном этапе направлена на:

А) повышение физической работоспособности до средней для людей своей возрастной категории

В) достижение уровня бытовой нагрузки в повседневной жизни больного до инфаркта миокарда

С) достижение такого уровня физической активности, при котором пациент мог бы обслуживать себя, подниматься на 1 этаж по лестнице +

Д) полную трудовую реабилитацию

Е) Физическая реабилитация при инфаркте миокарда на стационарных этапах реабилитации запрещена

51.Автор термина «Клиническая психология»:

- A) Фрейд
- B) Шарко
- C) Уитмер +
- D) Россолимо
- E) Павлов

52.Обученная беспомощность формируется когда:

- A) Дается чередование легких и трудных задач
- B) Предъявляется выбор между равными возможностями
- C) Предъявляются заведомо нерешаемые задачи +
- D) Создаются табуированные зоны для пациента

53.Анальный характер проявляется в:

- A) Щедрости
- B) Доверчивости
- C) Скупости +
- D) Интуитивности

54.У больных с язвенной болезнью желудка гиперактивного типа фрустрирована потребность:

- A) Доминирование
- B) Зависимость +
- C) Безопасность
- D) Принадлежность к группе значимых лиц

55.Хороший комплаенс у пациентов с язвенной болезнью желудка пассивного типа формируется при отношениях:

- A) Директивных
- B) Эмпатических +
- C) Независимых
- D) Конфронтационных

56.Для болезни Крона характерно:

- A) Низкая самооценка +
- B) Гиперактивность
- C) Мотив власти
- D) Гетероагрессия

57.Лейтмотивом при реабилитации пациентов с язвенным колитом является:

- A) Релаксационные техники
- B) Усиление симбиотических связей
- C) Интеграция «Я» пациента +
- D) Библиотерапия

58.Эффективный стиль терапии при реабилитации больных с сахарным диабетом:

- A) Императивный
- B) Синтонный +
- C) Экзистенциальный
- D) Рационально-суггестивный

59.Характерный экзистенциал для гипертиреоза:

- A) Фобия
- B) Депрессия
- C) Забота +
- D) Созерцание

=

60.При функциональном бесплодии эффективно:

- A) Поощрение симбиотических связей
- B) Развитие сильной мотивации беременности
- C) Коррекция партнерских отношений +
- D) Утверждение жесткой иерархии в семье

61.«Либидозная загрузка поверхности кожи» характерна для:

- A) Зуда

- В) Псориаза
- С) Нейродермита +
- Д) Алопеции

62. Основатель психической реабилитации в России:

- А) Мясищев
- В) Свядощ
- С) Кабанов +
- Д) Лазурский
- Е) Корсаков

63. Психологическая реабилитация при псориазе прежде всего направлена на раскрытие темы:

- А) Власти
- В) Утраты +
- С) Контроля эмоций
- Д) Заботы

64. Какое свойство аутентично для ИБС?

- А) Алекситимия +
- В) Фобифобия
- С) Низкая самооценка
- Д) Пластичность «Я»

65. Синкопальные состояния происходят при:

- А) Эмоциональном выгорании
- В) Блокаде поведенческих автоматизмов +
- С) Фиксации на негативном опыте
- Д) Гипертермии

66. При «парадоксальной интенции» Франкла пациенту предлагается:

- А) Тотальный запрет вредных привычек
- В) Обучение танцевальной терапии

- C) Делать то, чего человек боится +
- D) Психодраматическое упражнение

67. Какой стиль поведения характерен при гипервентиляционном синдроме?

- A) Авторитарный
- B) Стенический
- C) Независимый
- D) Рецессивный +

68. На «Балинт-группе» обсуждаются:

- A) Успешное ведение пациента
- B) Неудачи комплайенса +
- C) Проблемы «Я» пациента
- D) Вопросы методологии
- E) Особенности психотропной терапии

69. Почему гиперэстезия к запахам при бронхиальной астме коррелирует с нарушением потенции и фригидностью?

- A) Богатое воображение
- B) «Запахи» выходят за пределы предметного мира: «грязная политика», «грязные помыслы» и т.д. +
- C) Генетическая предрасположенность
- D) Фобические расстройства

70. Во время приступа гипервентиляции рекомендуется:

- A) Релаксирующий массаж воротниковой зоны
- B) Погружение стоп в холодную воду
- C) Аутогенная тренировка
- D) Прерывание приступа за счет обратного вдыхания выдыхаемого воздуха (ощелачивание крови) +

71. Медицинская реабилитация осуществляется в следующих условиях:

+ амбулаторно

+ в дневном стационаре
в ночном стационаре
+ стационарно
полустационарно

72. К индивидуальным факторам, влияющим на реабилитационный прогноз и эффективность реабилитации относят:

+ пол
реабилитационные технологии (включая вспомогательные технологии и медикаменты)
+ генетика
система здравоохранения
+ образ жизни

73. Формы работы мультидисциплинарной реабилитационной бригады:

+ мультидисциплинарные клинические обходы больных
+ врачебная комиссия и консилиум врачей
+ общение с родственниками и ухаживающими лицами
+ средства внутрибольничной коммуникации (информационные стенды для пациентов, родственников и ухаживающих лиц)
Оформление выписного эпикриза

74. Реабилитационный диагноз отражает:

+ характер повреждения или заболевания,
+ степень нарушения функции органа или системы органов
+ выраженность нарушения навыков
+ степень ограничения активности и участия пациента в социальных процессах

75. Реабилитационные мероприятия в рамках медицинской реабилитации реализуются при взаимодействии:

+ врача по профилю оказываемой медицинской помощи
+ врача по лечебной физкультуре
+ врача-физиотерапевта, врача-рефлексотерапевта
+ медицинского психолога

76. Медицинская реабилитация включает в себя:

+ оценку (диагностику) клинического состояния пациента
+ формирование программы реабилитации,
+ комплексное применение лекарственной и немедикаментозной терапии
+ оценку эффективности реабилитационных мероприятий и прогноз

77. К основным принципам медицинской реабилитации относятся:

- +Использование методов контроля
- +Непрерывность
- Прерывистость
- +Мультидисциплинарность
- +Раннее начало

78. Принципами медицинской реабилитации являются:

- +Этапность
- +Непрерывность
- +Преемственность
- Периодичность
- +Раннее начало

79. Врач, имеющий сертификат специалиста по специальности «Лечебная физкультура и спортивная медицина» может занимать должности:

- +врач по лечебной физкультуре
- врач по восстановительной медицине
- врач по реабилитационным технологиям
- +врач по спортивной медицине
- врач по медицинской реабилитации

80. Медицинская реабилитация включает:

- +Лечебную физическую культуру
- +Методы психологической и нейропсихологической коррекции
- +Методы немедикаментозной терапии (фитотерапия, гомеопатия, гирудотерапия, апитерапия)
- +Массаж

81. Профессиональные обязанности врача ЛФК включают:

- +определение физической нагрузки, соответствующей функциональному состоянию больного;
- +изменения режима больного при необходимости;
- +проведения процедур лечебной гимнастики;
- +составления комплекса упражнений лечебной гимнастики

82.К принципам медицинской реабилитации относятся:

- +Непрерывность
- Отсроченное начало реабилитационных мероприятий
- +Индивидуализации программы реабилитации
- +Социальная направленность
- +Преимственности реабилитационных мероприятий в разных медицинских организациях

83.К стационарным этапам медицинской реабилитации относятся:

- +первый этап
- +второй этап
- третий этап
- четвёртый этап
- пятый этап

84.Согласно Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская реабилитация направлена на:

- +полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций поражённого органа либо системы организма
- +поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме
- +предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций повреждённых органов либо систем организма
- +предупреждение или снижение степени возможной инвалидности

85.К внешним факторам, влияющим на реабилитационный прогноз и эффективность реабилитации относятся:

- +среда обитания (инфраструктура, природные условия)
- +реабилитационные технологии (включая вспомогательные технологии и медикаменты)
- генетика
- +система здравоохранения
- образ жизни

86.В клинике внутренних болезней на стационарном этапе реабилитации больных, находящихся на постельном режиме лечебную физкультуру использует в форме:

- теренкура
- +утренней гигиенической гимнастики
- +лечебной гимнастики
- элементов спортивных упражнений
- подвижных игр

87.К формам лечебной физкультуры на щадяще-тренирующем двигательном режиме относят:

- +утренняя гигиеническая гимнастика
- бег с ускорением
- +лечебная гимнастика
- гребля
- спортивные игры

88.К формам лечебной физкультуры на тренирующем двигательном режиме относят:

- +терренкур
- +лечебная гимнастика
- +утренняя гигиеническая гимнастика
- соревнования по видам спорта
- бег в быстром темпе

89.Степень активности динамических упражнений у больного определяется:

- +задачами лечения
- +состоянием больного и его возрастом
- +характером заболевания или повреждения
- +этапом реабилитации

90.Для облегчения выполнения активных упражнений используют:

- +горизонтальные скользящие плоскости
- движения с амортизаторами
- +блоки
- +роликовые тележки
- +подвески, устраняющие силу трения в момент активного движения

91.Для усиления мышечной нагрузки при выполнении активных движений используют:

- +движения с амортизаторами
- +сопротивления, оказываемые инструктором
- +сопротивления, оказываемые самим больным
- упражнения на расслабление
- идеомоторные упражнения

92.Пассивными называются упражнения, выполняемые:

- с незначительным активным движением и волевым усилием со стороны больного
- +с помощью инструктора без усилия больного
- с посторонней помощью при выраженном волевом усилии больного
- +самим больным с помощью здоровой руки или ноги
- на велотренажере

93. Упражнения на равновесие можно усложнять путем:
использования блочного тренажера
+уменьшения площади или подвижности опоры
+выключения зрительного анализатора
+использования предметов и снарядов
+изменения направления движения

94. Упражнения на равновесие и координацию движений являются специальными у больных:

+с вертебро-базиллярной недостаточностью
+болезнью Меньера
+с нарушениями мозгового кровообращения
с недержанием мочи
с опущением внутренних органов

95. Процедура лечебной гимнастики имеет следующие периоды:

+вводный
+основной
+заключительный
тренирующий
щадящий

96. Показания для корригирующих упражнений:

+кривошея
вертебро-базиллярная недостаточность
+деформация грудной клетки
+нарушение осанки
+плоскостопие

97. После выполнения упражнений в сопротивлении необходимо применять:

висы и упоры
+дыхательные упражнения
упражнения на тренажерах
+упражнения на расслабление мышечных групп
упражнения в метании

98. Порядковые упражнения в лечебной физкультуре

+служат для организации групповых занятий
+имеют воспитательное значение
+дают небольшую физическую нагрузку
способствуют развитию выносливости
способствуют улучшению функции кишечника

99. Основные показания к физическим упражнениям в воде:

- +ожирение
- +заболевания опорно-двигательного аппарата
- заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации
- +заболевания нервной системы
- +гипокинезия

100.Противопоказания к физическим упражнениям в воде:

- +острые заболевания кожи
- +вертебро-базиллярная недостаточность с потерей сознания в анамнезе
- +хронические заболевания кожи
- деформация позвоночника
- артриты и артрозы

101.При проведении лечебной гимнастики в воде применяют виды физических упражнений:

- +гимнастические активные упражнения
- +игровые упражнения
- +упражнения с усилием и на расслабление
- +упражнения на вытяжение, на механотерапевтических аппаратах и приспособлениях
- упражнения с отягощениями

102.При закаливании детей необходимо соблюдать принципы:

- +начинать закаливающие процедуры с комфортных температур
- Начинать закаливание с дискомфортных температур
- +постепенно увеличивать силу закаливающего фактора
- +проводить закаливающие процедуры регулярно, без перерывов
- +выполнять закаливающие процедуры на разном уровне теплопродукции организма

103.Противопоказания к массажу:

- +гнойничковые, воспалительные поражения кожи
- +наличие или угроза кровотечения тромбоз сосудов
- локальные нарушения целостности кожных покровов вне зоны массажа
- +температура тела $>38^{\circ}\text{C}$

104.Действия врача по лечебной физкультуре включают:

- подбор лекарственных средств
- +проведения функциональной пробы
- +определения двигательного режима
- постановка диагноза
- +подбора средств ЛФК и их дозировка

105.ЛФК проводится в виде:

- +индивидуальных занятий
- +групповых занятий
- метода проб и ошибок
- +механотерапии
- +игр

106. На стационарном этапе реабилитации возможны следующие двигательные режимы:

- +постельный
- +палатный
- +свободный
- щадящий
- переходный

107. Физическая реабилитация включает:

- медикаментозную терапию
- психотерапевтическую тренировку
- занятия спортивной гимнастикой
- +назначение двигательного режима
- +подбор комплекса упражнений лечебной гимнастики

108. Упражнения на равновесие можно усложнять путем:

- уменьшение скорости движения
- применения аутотренинга
- включения зрительного анализатора
- использования поддержки
- +уменьшения площади опоры

109. Формами лечебной физкультуры являются:

- художественная гимнастика
- оздоровительная физкультура
- спортивная гимнастика
- +лечебная гимнастика
- фитнес

110. По интенсивности физические упражнения делятся на упражнения:

- активные и пассивные
- статические и динамические
- порядковые и ритмопластические
- +малой и умеренной интенсивности
- +большой и максимальной интенсивности

111. В процессе физической реабилитации больных необходимо соблюдать следующие педагогические принципы:

- +индивидуальный подход к больному
- +сознательное активное участие больных
- +постепенность повышения нагрузки

позднее начало
исследование функционального состояния органов и систем осуществляется исключительно с помощью инструментальных методов

112.Лечебный эффект дыхательных упражнений обусловлен:

- +увеличением экскурсии дыхательных движений
- +укреплением дыхательной мускулатуры
- усилением асинхронизма работы дыхательной мускулатуры
- +усилением дренажной функции
- повышением вязкости мокроты

113.Характеристика физических упражнений по анатомическому признаку включает:

- +упражнения для мелких мышечных групп
- +упражнения для средних мышечных групп
- +упражнений для крупных мышечных групп
- упражнений для тренировки функции равновесия
- упражнений на координацию

114.К противопоказаниям для назначения лечебного массажа относят:

пневмония
+пиодермия
+угроза кровотечения, тромбоза, варикозное расширение вен
рубцовые изменения кожи
+значительное нарушение целостности кожных покровов

115.Пассивные упражнения назначают преимущественно для:

- +улучшения кровообращения
- +улучшения лимфообращения
- +лечения тугоподвижности в суставах
- улучшения функционального состояния сердечно-сосудистой системы
- +для воссоздания правильного двигательного акта (при парезах и параличах конечностей)

116.Понятию лечебной физкультуры соответствуют термины

- +физическая реабилитация
- гирудотерапия
- рефлексотерапия
- апитерапия
- психотерапия

117.К средствам ЛФК относятся:

- +физические упражнения
- +массаж
- +естественные факторы природы
- физиотерапия
- рефлексотерапия

118.Двигательные режимы, предусмотренные в стационаре:

- +строгий постельный
- +расширенный постельный
- +палатный
- +свободный
- тренирующий

119.Двигательные режимы, предусмотренные в стационаре:

- +строгий постельный
- +расширенный постельный
- +палатный
- щадяще-тренирующий
- тренирующий

120.Двигательные режимы, предусмотренные в стационаре:

- +строгий постельный
- +расширенный постельный
- щадящий
- щадяще-тренирующий
- тренирующий

121.Двигательные режимы, предусмотренные в санаторно-курортных условиях:

- строгий постельный
- расширенный постельный
- +щадящий
- +щадяще-тренирующий
- +тренирующий

122.Двигательные режимы, предусмотренные в санаторно-курортных условиях:

палатный
свободный
+щадящий
+щадяще-тренирующий
+тренирующий

123. Двигательные режимы, предусмотренные в санаторно-курортных условиях:

+щадящий
+щадяще-тренирующий
палатный
расширенный постельный
+тренирующий

124. К упражнениям для мелких мышечных групп относят:

+упражнения для мышц лица
упражнения для мышц плечевого пояса
+упражнения для мышц кисти, стопы
упражнения для мышц голени
упражнения для мышц тазового дна

125. На дозу физической нагрузки при проведении лечебной физкультуры влияют:

+пол и возраст
время суток
+спортивный анамнез
+этиология и патогенез заболевания
+стадия заболевания и общее состояние

126. Функциональные обязанности врач по лечебной физкультуре детского санатория включают:

формирование диеты
проведение физкультурно-оздоровительные праздники
+определение форм лечебной физкультуры и дозировку физической нагрузки
определение физиотерапевтических методов лечения
+проведение коррекции двигательного режима больного ребенка

127. Лечебная физкультура – это:

+метод лечения
полное название врачебной специальности
вид спорта
+составная часть медицинской реабилитации
синоним понятия «фитнес»

128. К возможным осложнениям в организме, связанным с длительным пребыванием больного на постельном режиме, относится:

- +гипостатическая пневмония;
- +флебиты и тромбозы сосудов;
- +атония кишечника;
- +трофические расстройства мягких тканей

мерцательная аритмия

129.В первые два месяца жизни детей рекомендуется использовать физические упражнения:

- принудительные
- активные
- +рефлекторные
- идеомоторные
- изометрические

130.Для ЛФК в детском возрасте характерно:

- +использование массажа
- +игровая направленность для мотивации ребёнка
- использование преимущественно пассивных упражнений
- +индивидуальное дозирование физической нагрузки
- +врачебный контроль при занятиях ЛФК

131.К упражнениям для средних мышечных групп относят упражнения для:

- +мышц шеи
- +мышц голени
- +мышц плечевого пояса
- ягодичных мышц
- мышц бедра

132.Для увеличения физической нагрузки можно:

- Сократить амплитуду движения
- +Использовать снаряд (набивной мяч – «медицинбол»)
- Снизить темп выполнения упражнений
- +Уменьшить продолжительность пауз
- +Увеличить темп выполнения упражнений

133.Какие факторы способствуют увеличению объема «мертвого» пространства в легких?

- Глубокое дыхание
- +Частое дыхание
- Редкое дыхание
- +Поверхностное дыхание
- Ровное дыхание

134.При назначении ЛФК врач обязан:

определить диагноз;
проверить правильность назначений лечащего врача;
подобрать средства медикаментозного лечения;
+провести исследования функционального состояния и физической подготовленности больного;
назначить консультацию психиатра

135.Физическая реабилитация включает:

+назначение двигательного режима;
психотерапию
+занятия лечебной гимнастикой;
+физические тренировки;
+утреннюю гигиеническую гимнастику

136.Физическая нагрузка может дозироваться:

+выбором исходного положения;
+использованием специальных снарядов;
частотой дыхания
+фиксацией вышележащего сегмента конечности.
+темпом выполнения упражнений

137.По режиму работы мышц физические упражнения подразделяются на:

активные;
+динамические;
+статические;
пассивные.
динамико-статические

138.К средствам лечебной физкультуры относятся:

психотерапия
рефлексотерапия
+закаливающие факторы природы;
+физические упражнения;
+массаж

139.К упражнениям для крупных мышечных групп относят упражнения для:

мышц плечевого пояса
+для мышц туловища
мышц тазового дна
+мышц бедра
мышц шеи

140.К формам лечебной физкультуры на щадящем двигательном режиме амбулаторного этапа реабилитации относят:

- +лечебная гимнастика
- +дозированная ходьба
- +малоподвижные игры
- бег «трусцой»
- тренировка на велоэргометре

141. При выборе физиотерапии необходимо учитывать следующие факторы:

- +возраст пациента
- +характер, стадию болезни
- +механизм действия фактора
- +предшествующее лечение

142. Физические упражнения влияют на кардиальный фактор кровообращения следующим образом:

- +увеличивают число функционирующих капилляров в миокарде;
- сужаются сосуды миокарда;
- +усиливаются окислительно-восстановительные процессы в миокарде;
- +увеличивается приток крови в коронарную систему.
- оказывают кардиоплегический эффект

143. Укажите симптомы, относящиеся к внешним признакам утомления у больных с ИБС:

- +потливость
- +появление одышки
- +ухудшение координации движений
- +замедленность движений

144. Внешние признаки утомления у больных с ИБС:

- +появление одышки
- +потливость
- +замедленность движений
- +изменение координации движений

145. Для действия электрического поля УВЧ характерны эффекты

- +противовоспалительный
- +противоотечный
- +сосудорасширяющий
- тромбообразующий
- +гипотензивный

146. Низкочастотному магнитному полю присущи эффекты:

- +противоотечный
- +сосудорасширяющий
- +противовоспалительный

повышение тонуса поперечно-полосатых мышц

- +Гипотензивный

147.К общим противопоказаниям для физиотерапии относят:

- +нарушение свёртываемости крови с частыми кровотечениями
- +общее истощение больного (кахексия)
- +высокая температура тела больного (более 38°C)
- +психозы с явлениями психомоторного возбуждения

боль

148.Врач по лечебной физкультуре при лечении пациента с неврологическими заболеваниями должен:

- +подобрать средства ЛФК для решения поставленных задач;
- +оценить тяжесть состояния больного и функциональное
- +состояние основных систем организма;
- +составить комплекс упражнений;
- +определить период курса ЛФК

149.К методам физиотерапии, основанным на действии постоянного тока относятся:

- +Гальванизация

Магнитотерапия

УВЧ-терапия

- +Ударно-волновая терапия

УФО

150.Физиотерапии противопоказана:

- +при онкологических заболеваниях
- +при гемофилии

в детском и подростковом возрасте

- +высокая температура тела (выше 38°C)
- +во время беременности

151.К природным факторам, используемым в физиотерапии относятся:

- +Климатотерапия
- +Талассотерапия
- +Галотерапия

Магнитотерапия

- +Пелоидотерапия

152.Преформированные факторы, используемые в физиотерапии это:

- +Магнитное поле
- +Электрический ток
- +Электромагнитное излучение
- Солнечная радиация
- Горный воздух

153.Преимущества метода лекарственного электрофореза:

- +создание кожного депо лекарственного вещества;
- +воздействие непосредственно на область патологического очага;
- +практически отсутствие аллергических реакций;
- +безболезненное введение лекарственного препарата;

154.К недостаткам лекарственного электрофореза как метода введения фармпрепарата относят:

- +не все лекарственные препараты могут быть использованы для лекарственного электрофореза;
- +полярность многих лекарств неизвестна;
- +трудность определения точного количества введенного лекарственного вещества;
- редкое развитие аллергических реакций;
- +контакт медперсонала с лекарственным препаратом

155.Задачи применения физиотерапии для детей с последствиями поражений ЦНС:

- +нормализация мозгового кровообращения
- +нормализация процессов торможения и возбуждения в коре головного мозга
- +восстановление биологической и электрической активности мозга
- +стимулирование процессов восстановления структуры нервных волокон.

156.Противопоказания к гальванизации и лекарственному электрофорезу:

- +индивидуальная непереносимость гальванического тока;
- вегето-сосудистая дистония по гипотоническому типу;
- +расстройство кожной чувствительности;
- +острый гнойный средний отит;
- +дерматит в острой стадии

157.Показания к назначению электросна:

- +неврозы;
- +язвенная болезнь желудка;
- +нейродермит;
- +гипертоническая болезнь 1 стадии;
- хронический гайморит

158.К методам теплолечения относятся:

- +Парафинотерапия
- +Озокеритотерапия
- +Нафталанотерапия
- +Грязелечение
- Лазеротерапия

159.К лечебным эффектам сверхвысокочастотной терапии (СВЧ) при заболеваниях воспалительного и дистрофического характера относят:

- +противовоспалительный;
- +болеутоляющий;
- +противосудорожный;
- спазмолитический;
- +десенсибилизирующий

160.Из перечисленных ниже процедур к водолечебным относятся:

- ванны газовые;
- +души;
- +укутывание;
- тепло-влажные ингаляции;
- +обтирания

161.Низкочастотному магнитному полю присущи эффекты:

- +Противоотечного
- +Сосудорасширяющего
- +Противовоспалительного
- Повышающего тонус поперечно-полосатых мышц
- +Гипотензивного

162.Для действия электрическим полем УВЧ характерны эффекты:

- +Противовоспалительный
- +Секреторный
- +Сосудорасширяющий
- Тромбообразующий
- +Гипотензивный

163.Показаниями к применению УВЧ-терапии являются:

- +Острые воспалительные процессы внутренних органов, в т.ч. гнойные,
- +Хронические воспалительные процессы внутренних органов
- +Острые и хронические воспалительные процессы ЛОР-органов.
- Осумкованные гнойные процессы.
- +Начальные стадии развития воспаления в мягких тканях

164.К действию на организм лазерного излучения относятся:

- +противовоспалительное,
- +дегидратирующее,
- +репаративное,
- тонизирующее
- иммунодепрессивное

165.Ультразвук обладает следующим действием:

- +повышает проницаемость тканевых структур;
- +повышает выброс свободных гормонов в кровь;
- +повышает образование биологически активных веществ;
- снижает процессы нервно-мышечной передачи импульса

166.Лечебные эффекты грязелечения:

- +противовоспалительное;
- +рассасывающее;
- пигментообразующее
- +гипокоагулирующее;
- +кератолитическое

167.К общим противопоказаниям для физиотерапии относят:

- +Нарушение свёртываемости крови с частыми кровотечениями
- +Злокачественные новообразования и подозрения на них
- +Высокая температура тела больного (более 38°C)
- +Психозы с явлениями психомоторного возбуждения
- Единичные экстрасистолы

168.Методы физиотерапии обладающие обезболивающим эффектом:

- +ударно-волновая терапия
- +амплипульстерапия
- фотохромотерапия
- светотерапия
- гирудотерапия

169.Причины, влияющие на возникновение перинатальных поражений центральной нервной системы у детей:

- +патологическое течение беременности (ранние и поздние токсикозы, угроза прерывания беременности и пр.)
- +вредные воздействия окружающей среды, неблагоприятная экологическая обстановка (ионизирующее излучение, токсические воздействия, в том числе при применении

различных лекарственных веществ, загрязнение окружающей среды солями тяжелых металлов и промышленными отходами и пр.)

+патологическое течение родов (стремительные роды, слабость родовой деятельности и пр.) и травмы при применении родового пособия

+недоношенность и незрелость плода с различными нарушениями его жизнедеятельности в первые дни жизни

высокая мотивация матери на беременность

170.Основные перинатальные поражения ЦНС, входящие в Классификацию перинатальных поражений ЦНС у детей (принята Ассоциацией специалистов перинатальной медицины, 2002):

+гипоксические поражения ЦНС

+травматические

+дисметаболические и токсикометаболические поражения ЦНС

+перинатальные поражения ЦНС, обусловленные инфекциями

171.При каких заболеваниях применяется магнитотерапия?

+вегето-сосудистая дистония

+заболевания глаз

+заболевания ЛОР органов

+заболевания кожи

острый аппендицит

172.Основные синдромы из Классификации перинатальных поражений ЦНС у детей в первые дни жизни (принята Ассоциацией специалистов перинатальной медицины, 2002):

+синдром возбуждения

+синдром угнетения

церебральный инсульт

+синдром мышечной дистонии

+синдром внутричерепной гипертензии

173.Основные синдромы из Классификации перинатальных поражений ЦНС у детей в первые дни жизни (классификация, принятая Ассоциацией специалистов перинатальной медицины, 2002):

+синдром возбуждения

+синдром угнетения

+синдром вегето-висцеральных нарушений

+синдром внутричерепной гипертензии

174.Какие приемы массажа необходимо проводить детям возрастом до 2-3 месяцев с синдромом угнетения нервной системы:

+поглаживание

+легкое растирание

+легкое разминание

+поколачивание

покачивания на большом гимнастическом мяче

175.Реабилитационный комплекс для снятия спастического компонента при инсультах включает:

- +лечение положением
- +точечный массаж
- +специальные упражнения лечебной физкультуры с использованием пассивных движений
- +иглорефлексотерапию и аутогенную тренировку
- гирудотерапию

176.Основными видами физических упражнений, применяемыми при спастических параличах, являются упражнения

- с отягощением
- +для паретичных мышц
- сближающие точки прикрепления мышц
- +удаляющие точки прикрепления мышц (на растяжение и расслабление мышц)
- развивающие выносливость

177.К специальным физическим упражнениям при вестибулярной тренировке относятся

- +упражнения для тренировки полукружных каналов и отолитового прибора
- +упражнения на равновесие
- +упражнения на координацию
- теренкур
- бег

178.Возможны следующие нарушения двигательной функции при инсультах

- +гемипарезы
- +тетрапарезы
- +гемиплегии
- +монопарезы и монопараличи

179.Реабилитационные мероприятия при остеохондрозе позвоночника включают:

- +разгрузочное положение для позвоночника и вытяжение
- +лечебную гимнастику
- +массаж спины
- +бальнеофизеотерапия
- антибиотикотерапию

180.При церебральном инсульте медицинскую реабилитацию осуществляют в соответствии с принципами:

- Максимальная интенсивность
- +Преемственность
- +Этапность
- +Непрерывность
- +Мультидисциплинарность

181.Здоровый сустав должен:

- +принимать в покое среднефизиологическое положение
- +легко перемещаться в пределах всего объема движений
- легко перемещаться в пределах 80% от объема движений
- безболезненно выполнять весь объем пассивных движений, в то время как при активных движениях допускается наличие болезненности
- +допускать безболезненные движения (активные, с дозированной нагрузкой, с отягощением)

182.Причины нарушений осанки:

- +Слабость мышечного корсета
- +Несоответствие предметов мебели росту ребенка
- Несоответствие предметов мебели возрасту ребенка
- +Перенесенные заболевания
- +Конституциональные особенности

183.Назовите причины плоскостопия:

- +Избыточный вес
- +Избыточная статическая нагрузка
- +Слабость мышц стопы и голени
- +Неудобная обувь, обувь на высоких каблуках

184.Осмотр и оценка осанки включает:

- +положение надплечий
- +длина ног
- кожные покровы
- +походка
- рост волос

185.К природным факторам, используемым в физиотерапии относятся:

- +климатотерапия
- +талассотерапия
- +галотерапия
- магнитотерапия
- +спелиотерапия

186.Выделяют типы нарушений осанки:

- +круглая спина
- +плоская спина
- +кругловогнутая спина
- +сутулость

187.Визуальные критерии деформации контуров тела при сколиозе в различных отделах позвоночника:

- +асимметрия положения надплечий и углов лопаток
- +смещение условной линии соединяющей остистые отростки
- уплощение сводов стопы
- +деформация грудной клетки
- правильность прикуса

188.Признаки нормальной осанки:

- +Расположение остистых отростков тел позвонков по линии отвеса, опущенного от бугра затылочной кости и проходящего вдоль межъягодичной складки
- +Расположение углов лопаток на одном уровне
- +Правильные изгибы позвоночника в сагиттальной плоскости (глубиной до 5см в поясничной области и до 2см в шейном)
- +Равные треугольники талии (справа и слева), образованные туловищем и свободно опущенными руками

189.Для активной коррекции деформации позвоночника применяют:

- +Корригирующие упражнения
- Корригирующие укладки
- +Ассиметричные упражнения
- Иммобилизацию позвоночника
- +Симметричные упражнения

190.В раннем послеоперационном периоде (1-5 сутки) у больных с остеоартрозом задачами медицинской реабилитации являются:

- Освоение скандинавской ходьбы
- +Обучение присаживанию и сидению
- Освоение теренкура
- +Обучение передвижению при помощи костылей
- Освоение передвижения по лестнице

191.Задачи ЛФК при болезнях суставов включают:

- снижение кровообращения сустава
- ослабление мышц, окружающих сустав
- снижение трофики сустава
- противовоспалительное действие
- +противодействие развитию тугоподвижности сустава

192.При продольном плоскостопии противопоказано:

- ходьба на носках
- ходьба на пятках
- +ходьба на внутреннем крае стопы
- ходьба на наружном крае стопы
- использование ортопедических стелек

193.При поражении периферических нервов образуются нервно-мышечные контрактуры

- +разгибательные
- +сгибательные
- +приводящие
- +отводящие

контрактуры не развиваются

194.К преформированным факторам, используемым в физиотерапии относят:

- +магнитное поле
- +электрический ток
- +электромагнитное излучение

солнечная радиация
гирудотерапия

195.Реабилитация часто болеющих простудными заболеваниями детей включает:

- +санацию местных очагов хронической инфекции
- +этиопатогенетическую терапию в период ОРВИ
- +вакцинотерапию и неспецифическую профилактику ОРВИ
- +иммунокоррекцию, повышение резистентности организма ребёнка

196.Виды дыхательных упражнений

- +общие
- +специальные
- +динамические

изотонические
изометрические

197.Факторы, провоцирующие бронхоспазм

- +форсированное дыхание

диафрагмальное дыхание

- +холодный воздух
- +содержание в воздухе раздражающих веществ
- +неадекватная физическая нагрузка

198.Жизненная емкость легких включает в себя

общую емкость легких

- +резервный объем вдоха
- +резервный объем выдоха

остаточный объем

- +дыхательный объем

199.Задачи ЛФК при бронхиальной астме

- +ликвидировать или уменьшить обструкцию бронхов
- +увеличить силу дыхательных мышц и подвижность грудной клетки
- +научить больного приемам расслабления, аутогенной тренировки
- +предотвратить возможное развитие эмфиземы лёгких
- уменьшить кровоток в лёгких

200.Противопоказания к назначению ЛФК при бронхиальной астме

- субфебрильная температура
- ЧСС в покое 80 уд/мин.
- ЧД 16-20 дых/мин
- +астматический статус
- легочно-сердечная недостаточность I степени

201.Противопоказания для занятий лечебной гимнастикой при плеврите

- наличие экссудата в плевральной полости
- шум трения плевры
- +фебрильная температура
- субфебрильная температура
- болезненность при дыхании

202.Показания к назначению дренирующих упражнений

- +бронхопневмония
- +острый бронхит
- эмфизема
- +бронхоэктатическая болезнь
- бронхиальная астма

203.Задачи ЛФК при пневмонии

- +максимально воздействовать на здоровую легочную ткань для активизации ее участия в дыхании
- +усилить крово- и лимфообращение в пораженной доле
- +противодействовать возникновению ателектазов, спаечного процесса
- ликвидировать или уменьшить обструкцию бронхов
- +дренировать полости бронхов

204.Задачи ЛФК у больных экссудативным плевритом

- +улучшение нарушенного крово- и лимфообращения в легких и плевре
- +усиление резорбции экссудата
- +восстановление функции аппарата внешнего дыхания
- +борьба с развивающимся спаечным процессом
- ликвидация или уменьшение обструкции бронхов

205.Больному бронхитом рекомендуется:

- длительные задержки дыхания, волевое подавление кашля
- +покашливание на выдохе при выполнении динамических дыхательных упражнений
- +при наличии гнойной мокроты дренажная гимнастика и позиционный дренаж

+при преобладании обструктивного синдрома звуковая гимнастика

строгий постельный режим в течение 20-25 дней

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего
образования

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)

Институт общественного здоровья

Кафедра эпидемиологии и доказательной медицины

Методические материалы по дисциплине:

Здоровое старение и активное долголетие

основная профессиональная образовательная программа высшего
образования - программа специалитета

31.05.01 Лечебное дело

01.	Первое эпидемиологическое исследование, целью которого было описать заболеваемость, объяснить ее причины и принять меры по их устранению провел а) Роберт Кох б) Джон Сноу в) Данила Самойлович г) Л.В.Громашевский	Б
02.	Первые обобщения о признаках эпидемий изложены в трудах а) Гиппократ б) Аристотеля в) Галена г) Теофраста	А
03.	Идею о ликвидации инфекций впервые выдвинул а) Р. Кох б) И. И. Мечников в) Л. Пастер г) Ф. Ф. Эрисман	Г
04.	Причина, при отсутствии которой невозможно возникновение и/или распространение болезни – а) необходимая б) дополнительная в) косвенная г) опосредованная	А
05.	Измерить риск возникновения нового случая болезни в конкретных группах населения позволяют показатели а) интенсивные б) экстенсивные в) наглядности г) как интенсивные, так и экстенсивные	А
06.	Измерить частоту встречаемости болезни в конкретных группах населения позволяют показатели а) интенсивные б) экстенсивные в) наглядности г) как интенсивные, так и экстенсивные	А
07.	Описать структуру изучаемого явления позволяют показатели а) интенсивные б) экстенсивные в) наглядности	Б

	г) как интенсивные, так и экстенсивные	
08.	Термин «показатель инцидентности» является синонимом показателя а) заболеваемости б) распространенности в) превалентности г) наглядности	А
09.	Термин «показатель превалентности» является синонимом показателя а) заболеваемости б) распространенности в) инцидентности г) наглядности	Б
10.	Данные о количестве заболевших за определенный период какой-либо болезнью, в одной группе населения с известной численностью позволяют рассчитать показатель а) инцидентности б) превалентности в) отношения шансов г) относительного риска	А
11.	ПОКАЗАТЕЛЬ ПРЕВАЛЕНТНОСТИ (РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, БОЛЕЗНЕННОСТИ) а) разновидность показателя заболеваемости, отражающего риск распространения инфекции среди лиц, контактировавших с больным какой-либо инфекцией б) разновидность показателя заболеваемости, учитывающего в какой-либо группе населения за определенное время на данной территории все случаи какого-либо заболевания независимо от времени его возникновения в) разновидность показателя заболеваемости, предназначенного для определения риска заболеть хроническими инфекциями (например, туберкулезом) г) показатель, отражающий за определенное время долю больных каким-либо заболеванием на данной территории среди всех больных независимо от этиологии болезней	Б
12.	ЭТО ФОРМУЛА $\frac{A}{N} \times 10^n,$ где: А — все зарегистрированные, вновь выявленные и выявленные ранее случаи болезни группе населения; N — численность группы а) показателя инцидентности	Б

	б) показателя превалентности в) экстенсивные показатели г) показатели наглядности	
13.	ДЛЯ ОЦЕНКИ ВКЛАДА ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ В СТРУКТУРУ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СОВОКУПНОГО НАСЕЛЕНИЯ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ВЕЛИЧИНЫ а) интенсивный показатель б) экстенсивный показатель в) одновременно интенсивный и экстенсивный показатели г) абсолютное число заболевших	Б
14.	РИСК ЗАБОЛЕТЬ ОЦЕНИВАЮТ ПО ПОКАЗАТЕЛЮ а) инцидентности б) превалентности в) экстенсивному г) наглядности	А
15.	РИСК БЫТЬ БОЛЬНЫМ ОЦЕНИВАЮТ ПО ПОКАЗАТЕЛЮ а) инцидентности б) превалентности в) экстенсивному г) наглядности	Б
16.	ПО ПРИМЕНЯЕМОМУ ОБЩЕНАУЧНОМУ МЕТОДУ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕЛЯТ НА а) наблюдательные и экспериментальные б) описательные и аналитические в) когортные и случай-контроль г) клинические испытания и полевые испытания	А
17.	ВЫЯВЛЕНИЕ ГРУПП РИСКА, ТЕРРИТОРИЙ РИСКА, ВРЕМЕНИ РИСКА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ КОНЕЧНОЙ ЦЕЛЮ а) описательных эпидемиологических исследований б) аналитических эпидемиологических исследований в) клинических испытаний г) полевых испытаний	А
18.	ОЦЕНКА ГИПОТЕЗ О НАЛИЧИИ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ИЗУЧАЕМОМ ФАКТОРОМ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ КОНЕЧНОЙ ЦЕЛЮ	Б

	а) описательных эпидемиологических исследований б) аналитических эпидемиологических исследований в) клинических и полевых испытаний	
19.	В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ В ХОДЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕПОЛАГАЕТСЯ ИЗУЧАТЬ УЖЕ ПРОИЗОШЕДШИЕ СОБЫТИЯ, ОНО НАЗЫВАЕТСЯ а) ретроспективным б) проспективным в) динамическим г) продольным	А
20.	В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ В ХОДЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕПОЛАГАЕТСЯ ИЗУЧАТЬ СОБЫТИЯ, КОТОРЫЕ ЕЩЕ НЕ ПРОИЗОШЛИ, ОНО НАЗЫВАЕТСЯ а) ретроспективным б) проспективным в) динамическим г) продольным	Б
21.	ТЕРМИН «ПОПЕРЕЧНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ» ЯВЛЯЕТСЯ СИНОНИМОМ а) одномоментного исследования б) динамического исследование в) выборочного исследования г) когортного исследования	А
22.	ТЕРМИН «ПРОДОЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ» ЯВЛЯЕТСЯ СИНОНИМОМ а) одномоментного исследования б) динамического исследование в) выборочного исследования г) когортного исследования	Б
23.	ОПИСАТЕЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДПОЛАГАЮТ а) изучение особенностей распределения заболеваемости во времени, по территории и в группах населения б) оценку гипотез о факторах риска в) количественную оценку действия причин, влияющих на возникновение и распространение болезней г) оценку эффективности лечебных и профилактических воздействий	А

24.	К ПРОЯВЛЕНИЯМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ТЕРРИТОРИИ ОТНОСЯТ а) многолетнюю тенденцию б) цикличность в) сезонность г) эндемичность	Г
25.	ДЛЯ ОТОБРАЖЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ГРУППАМ НАСЕЛЕНИЯ, КАК ПРАВИЛО, ИСПОЛЬЗУЮТ а) линейные диаграммы б) столбиковые диаграммы в) секторные диаграммы г) картограммы	Б
26.	ДЛЯ ОТОБРАЖЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, КАК ПРАВИЛО, ИСПОЛЬЗУЮТ а) линейные диаграммы б) столбиковые диаграммы в) секторные диаграммы г) картограммы	В
27.	ДЛЯ ОТОБРАЖЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ПРОСТРАНСТВЕ, КАК ПРАВИЛО, ИСПОЛЬЗУЮТ а) линейные диаграммы б) столбиковые диаграммы в) секторные диаграммы г) картограммы	Г
28.	ИССЛЕДОВАНИЯ, В КОТОРЫХ СРАВНИВАЕТСЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В ГРУППАХ ЛЮДЕЙ ПОДВЕРЖЕННЫХ И НЕ ПОДВЕРЖЕННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЮ ФАКТОРА, ЯВЛЯЮЩЕГОСЯ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ БОЛЕЗНИ, НАЗЫВАЮТСЯ а) когортными б) случай – контроль в) корреляционными г) полевыми испытаниями	А
29.	ИССЛЕДОВАНИЯ, В КОТОРЫХ СРАВНИВАЕТСЯ ГРУППА ЛЮДЕЙ С ОПРЕДЕЛЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА, НЕ ИМЕЮЩАЯ ДАННОЙ БОЛЕЗНИ ПО ЧАСТОТЕ ВСТРЕЧАЕМОСТИ СРЕДИ НИХ ИЗУЧАЕМОГО ФАКТОРА, НАЗЫВАЕТСЯ	Б

	а) когортными б) случай – контроль в) корреляционными г) полевыми испытаниями	
30.	ПОКАЗАТЕЛЬ ИНЦИДЕНТНОСТИ (ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ) РАССЧИТЫВАЮТ ПРИ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ а) когортных исследований б) исследований «случай-контроль» в) поперечных исследований г) всех, типов эпидемиологических исследований, перечисленных выше	А
31.	ПОКАЗАТЕЛЬ ПРЕВАЛЕНТНОСТИ (РАСПРОСТРАНЕННОСТИ) РАССЧИТЫВАЮТ ПРИ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ а) когортных исследований б) исследований «случай-контроль» в) поперечных исследований г) всех, типов эпидемиологических исследований, перечисленных выше	В
32.	ПРИ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ ТИПА “СЛУЧАЙ - КОНТРОЛЬ” РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ а) относительного риска б) атрибутивного риска в) снижения относительного риска г) отношения шансов	Г
33.	ПРЕИМУЩЕСТВА КЛАССИЧЕСКИХ КОГОРТНЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО СРАВНЕНИЮ С ИССЛЕДОВАНИЯМИ ТИПА “СЛУЧАЙ - КОНТРОЛЬ” а) высокая вероятность получения достоверных результатов, б) возможность изучения редко встречающихся болезней, в) относительно небольшие затраты г) относительно небольшое время исследования	А
34.	ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ДОЛЯ – ЭТО а) удельный вес случаев болезни, связанных с влиянием конкретного фактора риска	А

	б) количество людей заболевших за счет влияния конкретного фактора риска в) удельный вес случаев болезни, которые невозможно предотвратить г) риск заболеть, связанный с воздействием конкретного фактора риска	
35.	ВЕЛИЧИНА ОТНОСИТЕЛЬНОГО РИСКА В КОГОРТНОМ ИССЛЕДОВАНИИ СТАТИСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМО (ДОСТОВЕРНО) БОЛЬШЕ 1 УКАЗЫВАЕТ НА а) возможность вредного влияния фактора б) возможность защитного влияния фактора в) отсутствие взаимосвязи между фактором и возникновением болезни г) допущенные ошибки при формировании выборки	А
36.	ВЕЛИЧИНА ОТНОСИТЕЛЬНОГО РИСКА В КОГОРТНОМ ИССЛЕДОВАНИИ СТАТИСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМО (ДОСТОВЕРНО) МЕНЬШЕ ЕДИНИЦЫ УКАЗЫВАЕТ НА а) возможность вредного влияния фактора б) возможность защитного влияния фактора в) отсутствие взаимосвязи между фактором и возникновением болезни г) допущенные ошибки при формировании выборки	Б
37.	РАНДОМИЗИРОВАННЫЕ КОНТРОЛИРУЕМЫЕ ИСПЫТАНИЯ - ЭТО ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, В КОТОРЫХ а) сначала распределяют пациентов по подгруппам с одинаковым прогнозом, затем применяют случайное распределение в каждой подгруппе б) участники распределены на опытную и контрольную группы случайным образом в) распределяют пациентов на опытную и контрольную группы в зависимости от наличия или отсутствия фактора риска г) распределяют пациентов на опытную и контрольную группы в зависимости от дня недели поступления в стационар	Б
38.	ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ РАЗРЕШАЮТСЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ а) 1 фазы б) 2 фазы	В

	в) 3 фазы г) 4 фазы	
39.	ДВОЙНОЕ СЛЕПОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИСПЫТАНИЕ – ЭТО а) пациент не знает свою принадлежность к основной или контрольной группе, а врач знает принадлежность пациента к основной или контрольной группе б) пациент не знает свою принадлежность к основной или контрольной группе и врач не знает принадлежность пациента к основной или контрольной группе в) врач знает принадлежность пациента к основной или контрольной группе, и пациент знает свою принадлежность к основной или контрольной группе г) статистик не знает принадлежность пациента к основной или контрольной группе	Б
40.	К РАНДОМИЗИРОВАННОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ ОТНОСИТСЯ а) Исследование, в котором распределение пациентов на группы производится с использованием генератора случайных чисел б) Исследование, в котором сформированы основная и контрольная группы в) Исследование, в котором пациенты после назначения лекарственного препарата случайным образом отбираются для оценки результатов лечения г) Исследование, в котором распределение пациентов проводится в зависимости от номера страхового полиса	А
41.	ПРОСТОЕ СЛЕПОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИСПЫТАНИЕ — ЭТО а) когда пациент не знает свою принадлежность к основной или контрольной группе б) определение полей зрения испытуемого в) когда врач не знает принадлежность пациента к основной или контрольной группе г) врач не знает диагноз пациента	А
42.	КЛИНИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ ОРГАНИЗУЮТ НА ОСНОВАНИИ МЕЖДУНАРОДНОГО СТАНДАРТА а) FDA б) GMP в) GCP г) FBI	В

43.	КРИТЕРИЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИЛИ СКРИНИНГОВОГО ТЕСТА ПОКАЗЫВАЕТ а) способность теста определять наличие изучаемого заболевания у пациента б) способность теста определять отсутствие изучаемого заболевания у пациента в) на сколько более вероятен положительный результат у больного по сравнению с вероятностью положительного результата у здорового г) вероятность того, что при положительном результате теста пациент (с определенной вероятностью перенесший данное заболевание до применения теста) на данный момент действительно болен	А
44.	ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ТЕСТА СОСТАВЛЯЕТ 80,0%. ЭТО ОЗНАЧАЕТ, ЧТО а) результат данного теста будет положительным у 80,0 людей с данной патологией б) результат данного теста будет отрицательным у 80,0 людей без данной патологии в) среди людей с положительным результатом данного теста 80,0 действительно имеют данную патологию г) среди людей с отрицательным результатом данного теста 80,0 действительно не имеют данной патологии	А
45.	СПЕЦИФИЧНОСТЬ ТЕСТА СОСТАВЛЯЕТ 80,0%. ЭТО ОЗНАЧАЕТ, ЧТО а) результат данного теста будет положительным у 80,0 людей с данной патологией б) результат данного теста будет отрицательным у 80,0 людей без данной патологии в) среди людей с положительным результатом данного теста 80,0 действительно имеют данную патологию г) среди людей с отрицательным результатом данного теста 80,0 действительно не имеют данной патологии	Б
46.	ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО РЕЗУЛЬТАТА ТЕСТА СОСТАВЛЯЕТ 80,0%. ЭТО ОЗНАЧАЕТ, ЧТО а) результат данного теста будет положительным у 80,0 людей с данной патологией б) результат данного теста будет отрицательным у 80,0 людей без данной патологии в) среди людей с положительным результатом данного теста 80,0 действительно имеют данную патологию	В

	г) среди людей с отрицательным результатом данного теста 80,0 действительно не имеют данной патологии	
47.	ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО РЕЗУЛЬТАТА ТЕСТА СОСТАВЛЯЕТ 80,0%. ЭТО ОЗНАЧАЕТ, ЧТО а) результат данного теста будет положительным у 80,0 людей с данной патологией б) результат данного теста будет отрицательным у 80,0 людей без данной патологии в) среди людей с положительным результатом данного теста 80,0 действительно имеют данную патологию г) среди людей с отрицательным результатом данного теста 80,0 действительно не имеют данной патологии	Г
48.	ПРИ НИЗКОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДИАГНОСТИРУЕМОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, КАК ПРАВИЛО а) прогностическая ценность положительного результата ниже, чем отрицательного б) прогностическая ценность положительного результата выше, чем отрицательного в) прогностическая ценность положительного и отрицательного результатов равна г) прогностическая ценность положительного результата равна 1-специфичность	А
49.	СИСТЕМАТИЧЕСКАЯ ОШИБКА – ЭТО а) отношение вероятности того, что событие произойдет, к вероятности того, что событие не произойдет. б) особенность организма или внешнее воздействие, приводящее к увеличению риска возникновения заболевания или иному неблагоприятному исходу в) неслучайное, однонаправленное отклонение результатов от истинных значений г) случайное отклонение результатов от истинных значений	В
50.	КОНФАУНДИНГ-ЭФФЕКТ – ЭТО а) эффект влияния вмешивающегося фактора б) эффект влияния ошибки памяти в) эффект влияния ошибки классификации г) эффект влияния ошибки выбора	А

51.	ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОГО ОБЪЕМА ВЫБОРКИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОЗВОЛЯЕТ МИНИМИЗИРОВАТЬ а) случайные ошибки б) ошибки выбора в) информационные ошибки г) конфаундинг	А
52.	МЕТА-АНАЛИЗ – ЭТО а) количественный анализ объединенных результатов нескольких исследований, посвященных одной и той же проблеме б) совокупность статистических методов, которые одновременно рассматривают влияние многих переменных на какой-либо один фактор в) совокупность статистических методов, которые одновременно рассматривают влияние многих фактор на одну переменную г) этап обработки полученных результатов рандомизированного клинического испытания	А
53.	В СИСТЕМАТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ ВКЛЮЧАЮТ ИСТОЧНИКИ а) первичной информации б) вторичной информации в) первичной и вторичной информации г) содержащие экспертные оценки по изучаемому вопросу	А
54.	ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНОЙ НАЗЫВАЕТСЯ а) вмешательство, основанное на индивидуальном опыте врача б) профессиональный поиск информации в базах данных в) раздел биостатистики, предназначенный для математической обработки данных, полученных при проведении клинических испытаний лекарственных препаратов г) раздел медицины, предполагающий поиск, сравнение, обобщение и широкое распространение полученных доказательств для использования в интересах больных	Г
55.	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О РЕЗУЛЬТАТАХ ИССЛЕДОВАНИЙ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ ИЗ а) журналов первичной информации б) научно-популярных журналов в) библиографических баз данных	Г

	г) систематических обзоров	
56.	ДЛЯ ОТВЕТА НА ВОПРОС, КАСАЮЩИЙСЯ ТОЧНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО МЕТОДА, ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПОИСК В ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКАХ ОПИСАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПРОВОДИМЫХ ПО ТИПУ а) поперечных (срезовых) исследований б) случай-контроль в) когортных исследований г) рандомизированных контролируемых испытаний	А
57.	ДЛЯ ОТВЕТА НА ВОПРОС, КАСАЮЩИЙСЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА) ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПОИСК В ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКАХ ОПИСАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПРОВОДИМЫХ ПО ТИПУ а) только случай-контроль б) только когортных исследований в) случай-контроль и когортных исследований г) рандомизированных контролируемых испытаний д) поперечных (срезовых) исследований	Г
58.	ДЛЯ ОЦЕНКИ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ПРОГНОЗА) ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПОИСК В ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКАХ ОПИСАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПРОВОДИМЫХ ПО ТИПУ а) случай-контроль б) когортных исследований в) случай-контроль и когортных исследований г) рандомизированных контролируемых испытаний д) поперечных (срезовых) исследований	Б
59.	СОВОКУПНОСТЬ БИОТИЧЕСКИХ И АБИОТИЧЕСКИХ ОБЪЕКТОВ, ЯВЛЯЮЩИХСЯ ЕСТЕСТВЕННОЙ СРЕДОЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПАРАЗИТИЧЕСКОГО ВИДА И ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ СУЩЕСТВОВАНИЕ ЕГО В ПРИРОДЕ НАЗЫВАЕТСЯ а) резервуаром инфекции б) источником инфекции в) фактором передачи инфекции г) путем передачи инфекции	А
60.	ОБЪЕКТ, СЛУЖАЩИЙ МЕСТОМ ЕСТЕСТВЕННОЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ, ИЗ КОТОРОГО ПРОИСХОДИТ ЗАРАЖЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА ИЛИ ЖИВОТНОГО НАЗЫВАЕТСЯ	Б

	а) резервуаром инфекции б) источником инфекции в) фактором передачи инфекции г) путем передачи инфекции	
61.	ПРИ ЗООНОЗАХ ЧЕЛОВЕК а) не является источником инфекции б) является единственным источником инфекции в) является источником инфекции при некоторых болезнях	В
62.	МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ СООТВЕТСТВУЕТ а) источнику возбудителя инфекции б) локализации возбудителя инфекции в организме хозяина в) локализации возбудителя инфекции во внешней среде г) резервуару возбудителя инфекции	Б
63.	МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ а) аэрозольный б) воздушно-пылевой в) контактный г) трансмиссивный	А
64.	МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ а) пищевой б) фекально-оральный в) контактный г) трансмиссивный	Б
65.	ПОСРЕДСТВОМ КОНТАКТНОГО МЕХАНИЗМА ПЕРЕДАЮТСЯ ВОЗБУДИТЕЛИ а) кишечных инфекций б) инфекций дыхательных путей в) кожных покровов и слизистых оболочек г) трансмиссивных инфекций	В
66.	ПОСРЕДСТВОМ ТРАНСМИССИВНОГО МЕХАНИЗМА ПЕРЕДАЮТСЯ ВОЗБУДИТЕЛИ а) кишечных инфекций б) инфекций дыхательных путей в) кожных покровов и слизистых оболочек г) кровяных инфекций	Г

67.	ПЕРЕДАЧА ВОЗБУДИТЕЛЯ С ПОМОЩЬЮ КРОВОСОСУЩИХ НАСЕКОМЫХ НАЗЫВАЕТСЯ а) трансмиссивной б) трансовариальной в) вертикальной г) парентеральной	А
68.	УЧЕНИЕ Л.В.ГРОМАШЕВСКОГО О МЕХАНИЗМЕ ПЕРЕДАЧИ ПОЛНОСТЬЮ ПРИМЕНИМО а) только для антропонозных инфекций б) для всех групп инфекционных болезней в) только для антропонозных и зоонозных инфекций г) только для сапронозных и зоонозных инфекций	А
69.	ВЕЛИЧИНА ИММУННОЙ ПРОСЛОЙКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ а) средним титром антител, характерным для представителя данной группы населения б) только количеством лиц, имеющих естественный напряженный иммунитет в) только количеством лиц, имеющих искусственный напряженный иммунитет г) количеством лиц, имеющих иммунитет независимо от его происхождения	Г
70.	ПРИРОДНЫЙ ОЧАГ - ЭТО а) сообщество биологических объектов б) эпизоотический очаг в) территория, на которой постоянно регистрируются зоонозные инфекции г) место заражения человека зоонозной инфекцией	Д
71.	СУЩЕСТВОВАНИЕ ПРИРОДНОГО ОЧАГА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕМ а) неблагоприятных социально-экономических и экологических условий б) биоценотических связей между возбудителями, переносчиками и популяцией восприимчивых животных в) высокой плотности заселения кровососущими членистоногими г) трансовариальной передачей возбудителя у кровососущих членистоногих	Б
72.	ОСНОВНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ТЕОРИИ ПРИРОДНОЙ ОЧАГОВОСТИ Е.Н.ПАВЛОВСКОГО ЯВЛЯЕТСЯ а) фазность развития эпидемического процесса	Г

	б) регулирующая роль природных и социальных условий в) соответствие механизма передачи основной локализации в организме хозяина г) независимая от человека циркуляция возбудителя инфекции за счет его биоценотических отношений с животными и живыми паразитическими переносчиками	
73.	ТЕРМИНОМ “ЭНДЕМИЯ (ЭНДЕМИЧНОСТЬ) ” ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ а) заболеваемость инфекционными болезнями, характерными для данной территории и не связанная с завозными случаями б) заболеваемость любыми инфекционными болезнями, характерными для данной территории в) заболеваемость любыми зоонозными инфекциями, характерными для данной территории г) заболеваемость любыми инфекционными болезнями, нехарактерными для данной территории	А
74.	ТЕРМИНОМ “СПОРАДИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ” ТРАДИЦИОННО ОПРЕДЕЛЯЛИ а) низкий, характерный для данной местности уровень заболеваемости б) заболеваемость болезнями, вызываемыми спорообразующими микроорганизмами в) заболеваемость, годовой уровень которой не превышает 1 случай на 100 000 населения г) заболеваемость, достоверно не превышающую среднегодовое значение на данной территории	А
75.	ТЕРМИНОМ “ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ” ОБОЗНАЧАЮТ а) заболеваемость, годовой уровень которой превышает 1 случай на 100 000 населения б) заболеваемость, превышающую низкий, характерный для данной местности уровень в) заболеваемость, достоверно превышающую среднегодовое значение на данной территории г) заболеваемость инфекционными болезнями, нехарактерными для данной территории	Б
76.	ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ВСПЫШКА – ЭТО а) интенсивное распространение инфекционной болезни во многих странах или частях света	В

	б) интенсивное и широкое распространение инфекционной болезни, охватывающее население целого региона, страны или нескольких стран в) групповые заболевания, связанные с одним источником (путями и факторами передачи) и не выходящие за пределы одной семьи, коллектива, населенного пункта г) заболеваемость, годовой уровень которой превышает 1 случай на 100 000 населения	
77.	ЭПИДЕМИЯ – ЭТО а) интенсивное распространение инфекционной болезни во многих странах или частях света б) интенсивное и широкое распространение инфекционной болезни, охватывающее население целого региона, страны или нескольких стран в) групповые заболевания, связанные с одним источником (путями и факторами передачи) и не выходящие за пределы одной семьи, коллектива, населенного пункта г) заболеваемость, годовой уровень которой превышает 10 случаев на 100 000 населения	Б
78.	ПАНДЕМИЯ – ЭТО а) интенсивное распространение инфекционной болезни во многих странах или частях света б) интенсивное и широкое распространение инфекционной болезни, охватывающее население целого региона, страны или нескольких стран в) групповые заболевания, связанные с одним источником (путями и факторами передачи) и не выходящие за пределы одной семьи, коллектива, населенного пункта г) заболеваемость, годовой уровень которой превышает 100 случаев на 100 000 населения	А
79.	НАЛИЧИЕ ЦИКЛИЧНОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В МНОГОЛЕТНЕЙ ДИНАМИКЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ а) абсолютно всех инфекционных болезней б) всех неинфекционных болезней в) всех болезней, независимо от их происхождения г) большинства инфекционных болезней	Г
80.	НАЛИЧИЕ ТИПИЧНОЙ ДЛЯ ОТДЕЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ ЦИКЛИЧНОСТИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ	Б

	а) изменением условий жизни б) естественными колебаниями иммунной прослойки в) изменением природно-климатических условий г) изменением активности механизма передачи	
81.	СЕЗОННЫЕ ПОДЪЕМЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ а) абсолютно всех инфекционных болезней б) всех неинфекционных болезней в) всех болезней, независимо от их происхождения г) большинства инфекционных болезней	Г
82.	СУЩЕСТВОВАНИЕ ЗОНАЛЬНОГО НОЗОАРЕАЛА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ а) социальными условиями б) уровнем организации медицинской помощи в) геоклиматическими условиями г) уровнем жизни населения	В
83.	ЗООНОЗАМИ, ЭКЗОТИЧЕСКИМИ ДЛЯ РФ, ЯВЛЯЮТСЯ а) лихорадка Конго-Крымская б) жёлтая лихорадка в) туляремия г) чума	Б
84.	МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ{ а) режимно-ограничительные б) санитарно-гигиенические в) санитарно-ветеринарные г) клинико-диагностические }	Б
85.	МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ{ а) изоляционные б) дезинфекционные в) санитарно-ветеринарные г) дератизационные }	Б
86.	МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ{ а) режимно-ограничительные б) дезисекционные в) санитарно-ветеринарные г) клинико-диагностические }	Б

87.	МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ НАИМЕНЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ ПРИ а) кишечных инфекциях б) инфекциях дыхательных путей в) инфекциях наружных покровов г) трансмиссивных инфекциях	Б
88.	ИНФЕКЦИИ, УПРАВЛЯЕМЫЕ В ОСНОВНОМ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ а) антропонозы с аэрозольным механизмом передачи б) антропонозы с фекально-оральным механизмом передачи в) антропонозы с трансмиссивным механизмом передачи г) антропонозы с контактным механизмом передачи	Б
89.	ИНФЕКЦИИ, УПРАВЛЯЕМЫЕ В ОСНОВНОМ СРЕДСТВАМИ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ а) антропонозы с аэрозольным механизмом передачи б) антропонозы с фекально-оральным механизмом передачи в) антропонозы с трансмиссивным механизмом передачи г) антропонозы с контактным механизмом передачи	А
90.	К НЕУПРАВЛЯЕМЫМ ИНФЕКЦИЯМ ОТНОСЯТ а) паракклюш б) коклюш в) эпидемический паротит г) дифтерию	А
91.	КРИТЕРИЯМИ КАЧЕСТВА ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ЯВЛЯЕТСЯ а) соответствие требованиям нормативных документов б) марка и авторитет фирмы-производителя в) низкая стоимость производства г) требования потребителя	А
92.	ЛИКВИДАЦИЯ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ КАК НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ОЗНАЧАЕТ а) отсутствие заболеваний б) отсутствие условий для реализации механизмов передачи в) отсутствие носительства г) ликвидацию возбудителя как биологического вида	Г

93.	В СЛУЧАЕ ЛИКВИДАЦИИ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ КАК НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ а) могут быть прекращены б) все равно должны проводиться в) должны проводить в случае ухудшения экологической обстановки г) должны проводиться в случае стихийных бедствий	А
94.	В СЛУЧАЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИКВИДАЦИИ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ а) могут быть прекращены б) все равно должны проводиться в) должны проводить в случае ухудшения экологической обстановки г) должны проводиться в случае стихийных бедствий	Б
95.	ПОД ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ СЛЕДУЕТ ПОНИМАТЬ а) соответствие своевременности и полноты выполнения мероприятий нормативным требованиям б) соответствие используемых средств национальным (международным) стандартам в) предотвращение морального ущерба г) достижение необходимого результата за счет реализованного мероприятия	Г
96.	КАЧЕСТВО ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРЕДПОЛАГАЕТ а) снижение заболеваемости в отдельных группах населения б) снижение заболеваемости совокупного населения в) снижение тяжести течения инфекционных заболеваний г) проведение мероприятий в соответствии с требованиями нормативных документов	Г
97.	КРИТЕРИЯМИ КАЧЕСТВА ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ЯВЛЯЕТСЯ а) требования нормативных документов б) марка и авторитет фирмы-производителя в) низкая стоимость производства г) требования потребителя	А

98.	ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ЭТО а) максимально достижимая на данном этапе возможность предупреждения инфекционной заболеваемости б) снижение уровня инфекционной заболеваемости по сравнению с предшествующим периодом в) проведение мероприятий в соответствии с требованиями нормативных документов г) полнота охвата и своевременность проведения мероприятий	А
99.	ОСНОВНОЙ ФУНКЦИЕЙ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ а) аналитическая б) контрольная в) исполнительская г) организационная	В
100.	СРОК ИЗОЛЯЦИИ ИНФЕКЦИОННОГО БОЛЬНОГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ а) длительностью заразного периода б) длительностью инкубационного периода в) условиями жизни г) возможностью организации изоляции по месту жительства	А
101.	НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ О ПРЕКРАЩЕНИИ ИЗОЛЯЦИИ ИНФЕКЦИОННОГО БОЛЬНОГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ а) возможностью выделения возбудителя в период реконвалесценции б) степенью тяжести перенесенного заболевания в) длительностью инкубационного периода г) локализацией возбудителя в организме хозяина	А
102.	СРОКИ МЕДИЦИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА КОНТАКТИРОВАВШИМИ ЛИЦАМИ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ а) минимального инкубационного периода б) максимального инкубационного периода	Б

	в) продромального периода г) периода разгара заболевания д) периода реконвалесценции	
103.	МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ПРИ АНТРОПОНОЗНЫХ ИНФЕКЦИЯХ УСТАНОВЛИВАЮТ а) только за лицами, ухаживающими за больным на дому б) за всеми лицами, которые находились в контакте с больным в) только за членами семьи больного в коммунальной квартире г) только за маленькими детьми, проживающими вместе с заболевшим	Б
104.	В КАЧЕСТВЕ СРЕДСТВ ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В ОЧАГАХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ а) антибиотики б) вакцины в) бактериофаги г) иммуноглобулины д) все перечисленные препараты	Д
105.	НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ а) вирулентностью б) устойчивостью возбудителя инфекции во внешней среде в) спецификой механизма передачи возбудителя инфекции г) эпидемиологической значимостью инфекционной болезни	Б
106.	ВЫБОР ОБЪЕКТОВ ПРОВЕДЕНИЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ а) вирулентностью б) устойчивостью возбудителя инфекции во внешней среде в) спецификой механизма передачи возбудителя инфекции г) эпидемиологической значимостью инфекционной болезни	В

107.	ДЕЗИНФЕКЦИЯ НИЗКОГО УРОВНЯ — ЭТО а) обеззараживание фекалий и санитарно-технического оборудования б) уничтожение на объектах большинства бактерий, некоторых вирусов и грибов, кроме бактериальных спор и микобактерий туберкулеза в) обеззараживание различных объектов только при профилактической дезинфекции г) проведение дезинфекции вне лечебного учреждения	Б
108.	ДЕЗИНФЕКЦИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОГО УРОВНЯ — ЭТО а) дезинфекция, совмещенная с предстерилизационной очисткой б) полное уничтожение всех форм микроорганизмов в) уничтожение всех форм микроорганизмов, в том числе микобактерий туберкулеза, грибов и большинства вирусов, за исключением спор г) уничтожение на объектах всех бактерий, включая возбудителей холеры и чумы	В
109.	ДЕЗИНФЕКЦИЯ ВЫСОКОГО УРОВНЯ — ЭТО а) удаление с объектов всех посторонних веществ (солей, органических веществ и т.д.) б) уничтожение всех вирусов, включая возбудителей парентеральных гепатитов в) обеззараживание медицинского инструментария г) уничтожение всех микроорганизмов, за исключением некоторых бактериальных спор	Г
110.	ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ ПРОВОДЯТ а) при возможности распространения инфекционных болезней, независимо от выявления инфекционных больных б) при наличии источника возбудителя инфекции дома или в медицинской организации в) после госпитализации, выписки, выздоровления или смерти источника возбудителя инфекции	А
111.	ТЕКУЩУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ ПРОВОДЯТ а) при возможности распространения инфекционных болезней, независимо от выявления инфекционных больных б) при наличии источника возбудителя инфекции дома или в медицинской организации	Б

	в) после госпитализации, выписки, выздоровления или смерти источника возбудителя инфекции	
112.	ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ ПРОВОДЯТ а) при возможности распространения инфекционных болезней, независимо от выявления инфекционных больных б) при наличии источника возбудителя инфекции дома или в медицинской организации в) после госпитализации, выписки, выздоровления или смерти источника возбудителя инфекции	В
113.	ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЗИНФЕКЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ а) дезинфекция в квартире, где находится больной дизентерией б) систематическая дезинфекция мокроты больного туберкулезом в) дезинфекция помещения и оборудования в приемном отделении инфекционного стационара г) дезинфекция помещения и оборудования в приемном отделении терапевтического стационара	Г
114.	СПЕКТР ЭФФЕКТА, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ДЕЗИНФЕКТАНТУ ВЫСОКОГО УРОВНЯ АКТИВНОСТИ ВКЛЮЧАЕТ А) вирусы, грибы, вегетативные формы бактерий Б) вирусы, грибы, вегетативные и споровые формы микроорганизмов В) грибы, вегетативные и споровые формы микроорганизмов Г) вирусы, грибы, микобактерии, вегетативные и споровые формы микроорганизмов Д) вегетативные формы микроорганизмов, некоторые виды грибов, частично безоболочечные вирусы, оболочечные вирусы	Г
115.	ТЕКУЩУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ В КВАРТИРЕ БОЛЬНОГО ДИЗЕНТЕРИЕЙ, ОСТАВЛЕННОГО ДОМА ПРОВОДЯТ а) лечащий врач б) участковая медицинская сестра в) сотрудники Роспотребнадзора г) работники дезинфекционной службы д) члены семьи больного	Д

116.	ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ В ДЕТСКОМ САНАТОРИИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО ДИЗЕНТЕРИЕЙ НАЗНАЧАЕТ а) врач санатория б) врач-эпидемиолог в) врач-дезинфекционист г) врач-инфекционист	Б
117.	ХАРАКТЕРИСТИКЕ ХЛОРСОДЕРЖАЩИХ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ СРЕДСТВ СООТВЕТСТВУЕТ КРИТЕРИЙ А) противовирусная активность Б) низкая токсичность В) наличие моющего действия Г) отсутствие фиксирующих свойств Д) отсутствие коррозирующего эффекта	А
118.	ГЛАВНОЕ ОТЛИЧИЕ ДЕЗИНФЕКЦИИ ОТ СТЕРИЛИЗАЦИИ А) область применения Б) методы проведения В) степень деконтаминации Г) объем проведения Д) способы проведения	В
119.	СТЕРИЛИЗАЦИЕЙ НАЗЫВАЮТ а) уничтожение всех микроорганизмов на/в обеззараживаемых (обрабатываемых) объектах б) уничтожение возбудителей инфекционных болезней в окружающей среде в) уничтожение вегетативных форм микроорганизмов на/в обеззараживаемых (обрабатываемых) объектах г) уничтожение патогенных микроорганизмов на/в обеззараживаемых (обрабатываемых) объектах	А
120.	ДЛЯ ПРОМЫШЛЕННОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТ а) воздушные стерилизаторы б) гласперленовые стерилизаторы в) растворы химических веществ г) установки с радиоактивным источником излучения д) паровые стерилизаторы	Г
121.	К КАТЕГОРИИ КРИТИЧЕСКИХ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ	А

	а) инструменты, используемые при операциях на стерильных тканях, полостях, сосудистой системе б) предметы, контактирующие с неинтактной кожей в) предметы, контактирующие только с интактной кожей г) предметы, контактирующие со слизистыми оболочками д) предметы окружающей обстановки	
122.	МЕРОПРИЯТИЯ ПО ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ НАПРАВЛЕННЫ НА ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА а) механизм передачи возбудителя б) восприимчивый организм (коллектив) в) возбудитель инфекции г) источник инфекции	Б
123.	ПРИ ПЕРВИЧНОМ ИММУННОМ ОТВЕТЕ НА ВАКЦИНУ В ОРГАНИЗМЕ ВЫРАБАТЫВАЮТСЯ а) только Ig M б) только Ig G в) Ig M, затем Ig G г) Ig G, затем Ig M	В
124.	БУСТЕР-ЭФФЕКТОМ НАЗЫВАЕТСЯ а) первичный иммунный ответ при повторном введении антигена б) первичный иммунный ответ при первом введении антигена в) вторичный иммунный ответ при первом введении антигена г) вторичный иммунный ответ при повторном введении антигена	Г
125.	IG G - АНТИТЕЛА, НАХОДЯЩИЕСЯ В МАТЕРИНСКОЙ КРОВИ В ВЫСОКИХ КОНЦЕНТРАЦИЯХ (ПРОТИВОКРАСНУШНЫЕ, ПРОТИВОКОРЕВЫЕ), ПЕРЕНОСЯТСЯ ЧЕРЕЗ ПЛАЦЕНТУ а) хорошо б) плохо в) не проходят	А
126.	IG G-АНТИТЕЛА, НАХОДЯЩИЕСЯ В МАТЕРИНСКОЙ КРОВИ В НИЗКИХ КОНЦЕНТРАЦИЯХ	Б

	(ПРОТИВОКОКЛЮШНЫЕ), ПЕРЕНОСЯТСЯ ЧЕРЕЗ ПЛАЦЕНТУ а) хорошо б) плохо в) не проходят	
127.	БЕСПЕРЕБОЙНО ФУНКЦИОНИРУЮЩАЯ СИСТЕМА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩАЯ ОПТИМАЛЬНЫЙ ТЕМПЕРАТУРНЫЙ РЕЖИМ ХРАНЕНИЯ И ТРАНСПОРТИРОВАНИЯ ВАКЦИН И ДРУГИХ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ НА ВСЕХ ЭТАПАХ ИХ СЛЕДОВАНИЯ ОТ ПРЕДПРИЯТИЯ-ИЗГОТОВИТЕЛЯ ДО ВАКЦИНИРУЕМОГО НАЗЫВАЕТСЯ а) режимом хранения б) режимом транспортировки в) температурным режимом г) «холодовой цепью»	Г
128.	ПОВЕРКУ ТОЧНОСТИ ПРИБОРОВ ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ В СИСТЕМЕ ХОЛОДОВОЙ ЦЕПИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ а) ответственный за хранение вакцины в медицинской организации б) главная (старшая) медицинская сестра в) представитель метрологической службы г) медсестра прививочного кабинета	В
129.	ПРИ НЕИСПРАВНОСТИ ХОЛОДИЛЬНИКА ТЕМПЕРАТУРА ПОНИЗИЛАСЬ ДО - 6 С. МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРЕПАРАТЫ а) противодифтерийная сыворотка б) АДС-М вакцина в) живая полиомиелитная вакцина г) вакцина рекомбинантная дрожжевая против гепатита В	В
130.	В ТЕЧЕНИЕ СУТОК ПРИВИВОЧНЫЕ ПРЕПАРАТЫ НАХОДИЛИСЬ ПРИ ТЕМПЕРАТУРЕ +25 ⁰ С. МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ а) вакцину БЦЖ б) АДС-М вакцину в) полиомиелитную г) вакцину против гепатита В д) ни один из перечисленных препаратов	Д

131.	АДСОРБИРОВАННЫЕ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ ХРАНЕНИИ а) рекомендуется замораживать б) допускается однократно замораживать в) допускается повторно замораживать г) не допускается замораживать	Г
132.	МЕДИЦИНСКИЕ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ХРАНЯТЬСЯ ПРИ ТЕМПЕРАТУРЕ а) ниже 0 С (в замороженном состоянии) б) от 0 С до +10 С в) от+ 2 С до +8 С г) не ниже +10 С	В
133.	МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОТНОСЯТСЯ К а) 1-му уровню «холодовой цепи» б) 2-му уровню «холодовой цепи» в) 3-му уровню «холодовой цепи» г) 4-му уровню «холодовой цепи» д) 5-му уровню «холодовой цепи»	Г
134.	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ХРАНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ а) 1 недели б) 1 месяца в) 1 квартала г) 1 года	Б
135.	МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ, ОБНАРУЖИВШЕЙ РЫХЛЫЙ ОСАДОК В АМПУЛЕ С ГРИППОЗНОЙ ВАКЦИНОЙ, СЛЕДУЕТ а)а) набрать в шприц прозрачный надосадочный слой б)б) встряхнуть ампулу перед употреблением в)в) считать вакцину непригодной г) ознакомиться с инструкцией и поступить в соответствии с ней	Г
136.	НА ФАП ОДНОГО ИЗ РАЙОНОВ ОСТАЛОСЬ 500 ДОЗ ВАКЦИНЫ АКДС, СРОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОТОРОЙ ИСТЕК 3 ДНЯ НАЗАД. В ДАННОЙ СИТУАЦИИ СЛЕДУЕТ а) прекратить прививки	А

	б) прививки продолжать, так как срок годности препарата истек не более 1 месяца назад в) обратиться с запросом в Роспотребнадзор о возможных действиях г) провести прививки ограниченному контингенту и оценить иммуногенность вакцины	
137.	В ПРИВИВОЧНОМ КАБИНЕТЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВАКЦИНЫ а) с истекшим сроком годности б) с изменениями термоиндикатора на флаконе (квадрат не виден на фоне круга) в) из вскрытых коробок, оставшихся от предыдущего рабочего дня г) оставшиеся в разведенном состоянии от предыдущего рабочего дня	В
138.	МИНИМАЛЬНЫЙ ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ ПРОВЕДЕНИЕМ ПРИВИВОК РАЗЛИЧНЫМИ АНТИГЕНАМИ СОСТАВЛЯЕТ а) две недели б) один месяц в) два месяца г) четыре месяца	Б
139.	ПАЦИЕНТ, ПОЛУЧИВШИЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПРИВИВКУ ДОЛЖЕН а) как можно быстрее покинуть поликлинику, во избежание контакта с инфекционными больными б) оставаться под медицинским наблюдением не менее 30 минут в) оставаться под медицинским наблюдением не менее 1 часа г) обрабатывать место прививки кожным антисептиком в течение 3-х дней	Б
140.	ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК НЕ ДОПУСКАЕТСЯ а) на дому б) медицинских кабинетах образовательных организаций в) здравпунктах предприятий г) в перевязочных и процедурных кабинетах	Г
141.	ПОМЕЩЕНИЯ, ГДЕ ПРОВОДЯТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ, ОБЯЗАТЕЛЬНО ОБЕСПЕЧИВАЮТ	А

	а) наборами для неотложной и противошоковой терапии с инструкцией по их применению б) бактерицидными облучателями закрытого типа в) дозатором с кожным антисептиком, для обработки рук медицинских работников г) стерилизатором	
142.	ГРУППА ТУРИСТОВ ВЫЕЗЖАЕТ В РАЙОН, НЕБЛАГОПОЛУЧНЫЙ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А И ТУЛЯРЕМИЕЙ. ДО ОТЪЕЗДА ОСТАЕТСЯ 2 НЕДЕЛИ. В ДАННОЙ СИТУАЦИИ РЕКОМЕНДОВАНО а) провести прививки с максимально возможным интервалом 12-13 дней б) один препарат ввести до отъезда, второй - спустя 1-1,5 мес. в) ввести оба препарата одновременно г) прививки не проводить	В
143.	К ВАКЦИНАЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ОТНОСЯТ а) стойкое нарушение состояние здоровья, обусловленное введением некачественного прививочного препарата б) тяжелое нарушение состояния здоровья, связанное с нарушением правил отбора на прививку в) нормальную физиологическую реакцию организма на введение прививочного препарата г) патологическую реакцию организма, обусловленную нарушением техники иммунизации	В
144.	КАЖДЫЙ СЛУЧАЙ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ОСЛОЖНЕНИЯ а) подлежит расследованию в обязательном порядке главным врачом поликлиники б) подлежит расследованию в обязательном порядке врачом эпидемиологом в) подлежит расследованию в обязательном порядке комиссионно г) расследованию не подлежит	В
145.	ПРИ ПОЯВЛЕНИИ СРЕДНИХ МЕСТНЫХ РЕАКЦИЙ У 3% ПРИВИТЫХ АКДС ВАКЦИНОЙ ПРИВИВКИ ДАННОЙ СЕРИЕЙ ПРЕПАРАТА СЛЕДУЕТ а) продолжать проведение прививок данной серией вакцины	А

	б) направить извещение в территориальный центр госсанэпиднадзора в) поставить в известность руководителя медицинского учреждения г) направить рекламацию в национальный орган контроля иммунобиологических препаратов	
146.	ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ИНФОРМАЦИИ О ВЫЯВЛЕНИИ СЛУЧАЯ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ОСЛОЖНЕНИЯ ИЛИ ПОДОЗРЕНИЯ НА НЕГО РУКОВОДИТЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДОЛЖЕН а) обеспечить направление информации в виде внеочередного донесения в территориальные органы Роспотребнадзора б) направить рекламацию в национальный орган контроля иммунобиологических препаратов в) создать комиссию, для выяснения причин поствакцинального осложнения	А
147.	ИЗ МЕДИЦИНСКОГО ПУНКТА ШКОЛЫ СООБЩИЛИ, ЧТО У 5 ДЕТЕЙ ИЗ 150 ПРИВИТЫХ ЧЕРЕЗ 3-4 ДНЯ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ВАКЦИНЫ АДС ПОЯВИЛОСЬ СЛЕГКА БОЛЕЗНЕННОЕ УПЛОТНЕНИЕ В МЕСТЕ ИНЪЕКЦИИ. ОЦЕНИТЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ И ДАЙТЕ РЕКОМЕНДАЦИИ О ДАЛЬНЕЙШЕМ ПРОВЕДЕНИИ ПРИВИВОК а) поствакцинальное осложнение; прививки прекратить б) поствакцинальное осложнение; прививки продолжить в) поствакцинальное осложнение; получить информацию о данной серии вакцины в Роспотребнадзоре г) вакцинальная реакция; прививки продолжить	Г
148.	ТЯЖЕЛЫЕ РЕАКЦИИ НА ВВЕДЕНИЕ ВАКЦИНЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПОСТОЯННЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ПРОТИВ ИММУНИЗАЦИИ а) данным препаратом б) любой вакциной в) живыми вакцинами	А
149.	ДАЛЬНЕЙШЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ ВАКЦИНЫ ПРОТИВОПОКАЗАНО, ЕСЛИ ВАКЦИНАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ СОПРОВОЖДАЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРОЙ БОЛЕЕ а) 38 С б) 39 С	В

	в) 40 С г) 41 С	
150.	ДАЛЬНЕЙШЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ ВАКЦИНЫ ПРОТИВОПОКАЗАНО, ЕСЛИ МЕСТНАЯ ВАКЦИНАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ПРОЯВЛЯЛАСЬ ОТЕКОМ И ГИПЕРЭМИЕЙ БОЛЕЕ а) 4 см б) 6 см в) 8 см г) 10 см	В
151.	НА КОНСУЛЬТАЦИЮ В КАБИНЕТ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ МОГУТ БЫТЬ НАПРАВЛЕНЫ ДЕТИ а) привитые с нарушением сроков прививочного календаря б) имеющие хронические заболевания в) имеющие временные отводы от прививок г) “групп риска”, выделенных по возможности развития поствакцинальных осложнений	Г
152.	КОЛЛЕКТИВНЫЙ ИММУНИТЕТ СЧИТАЕТСЯ ДОСТАТОЧНЫМ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ИММУННОЙ ПРОСЛОЙКЕ, НАЧИНАЯ С а) 35-45% б) 55-65% в) 75-85% г) 95% и более	Г
153.	КРИТЕРИЕМ ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ а) полнота охвата прививками б) снижение заболеваемости в) результаты серологического мониторинга г) результаты аллергических проб	В
154.	НА ТЕРРИТОРИИ Г. Л. В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ ТРЕХ ЛЕТ НЕ ЗАРЕГИСТРИРОВАНО ЗАБОЛЕВАНИЙ ДИФТЕРИЕЙ, В СВЯЗИ С ЧЕМ В ДАННОЙ СИТУАЦИИ СЛЕДУЕТ а) продолжать проведение прививок группам риска б) продолжать проведение плановых прививок всему населению	Б

	в) прекратить проведение плановых прививок г) продолжать проведение плановых прививок по согласованию с управлением здравоохранения	
155.	ПАССИВНЫЙ ЕСТЕСТВЕННЫЙ ИММУНИТЕТ ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ а) введения гетерологичного иммуноглобулина б) передачи материнских антител новорожденным в) введения гомологичного иммуноглобулина г) введение иммунной сыворотки д) перенесенной инфекционной болезни	Б
156.	АЛЛЕРГИЯ, АСТМА, ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ, ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ В КОМПЕНСИРОВАННОМ СОСТОЯНИИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ВАКЦИНАЦИИ а) временными б) постоянными в) ложными г) абсолютными	В
157.	АНЕМИЯ, ДИСБАКТЕРИОЗ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ВАКЦИНАЦИИ а) временными б) постоянными в) ложными г) абсолютными	В
158.	СЕРТИФИКАТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ЭТО а) документ, в котором регистрируются профилактические прививки гражданина б) документ, подтверждающий регистрацию вакцины в соответствии законодательством Российской Федерации в) документ, подтверждающий качество конкретной серии вакцины г) документ, в котором регистрируются условия хранения вакцины на разных этапах «холодовой цепи»	А
159.	В ЦЕЛЯХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ И ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДОЛЖНА БЫТЬ ОБЕСПЕЧЕНА БЕЗОПАСНОСТЬ а) пациента, которому вводят вакцину	А

	б) медицинского персонала, осуществляющего иммунизацию в) населения, проживающего на территории, прилегающей к лечебно-профилактическим или другим учреждениям, где проводятся профилактические прививки г) персонала занимающегося утилизацией медицинских отходов	
160.	ПРИКАЗ “О НАЦИОНАЛЬНОМ КАЛЕНДАРЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК И КАЛЕНДАРЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ” УТВЕРЖДАЕТСЯ а) Советом Федерации б) Государственной Думой в) федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения г) региональным органом исполнительной власти в области здравоохранения	В
161.	НАЦИОНАЛЬНЫЙ КАЛЕНДАРЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК 2014 Г. ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЗАЩИТУ ОТ а) туберкулеза, полиомиелита, кори, коклюша, гемофильной инфекции, столбняка, дифтерии, эпидемического паротита, краснухи, брюшного тифа б) туберкулеза, полиомиелита, кори, коклюша, столбняка, пневмококковой и гемофильной инфекции, дифтерии, эпидемического паротита, краснухи, туляремии в) туберкулеза, полиомиелита, кори, коклюша, столбняка, пневмококковой и гемофильной инфекции, дифтерии, эпидемического паротита, краснухи, лептоспироза г) туберкулеза, полиомиелита, пневмококковой и гемофильной инфекции, кори, коклюша, столбняка, дифтерии, эпидемического паротита, краснухи, гепатита В, гриппа	Г
162.	ВАКЦИНА БЦЖ СОДЕРЖИТ а) инактивированную культуру <i>M. tuberculosis</i> б) живую культуру <i>M. bovis</i> в) вакцинный штамм <i>M. bovis</i> 1 г) живую культуру <i>M. avium</i> .	В

163.	МЕХАНИЗМ ЗАЩИТЫ ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В а) снижении риска заражения микобактериями б) ограничении гематогенного распространения бактерии из места первичной инфекции в) снижении интенсивности распространения туберкулеза в коллективе	Б
164.	ЕСТЕСТВЕННЫЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ИММУНИТЕТ ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ а) инфицирования микобактериями туберкулеза б) вакцинации БЦЖ в) ревакцинации БЦЖ г) введения туберкулина	А
165.	ПЕРВИЧНАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРОВОДИТСЯ а) в роддоме всем новорожденным, у которых нет противопоказаний б) только детям, матери которых больны туберкулезом в) только на территориях, с показателями заболеваемости выше 80,0 на 100 тыс .населения г) при отрицательном результате диаскинтеста у матери	А
166.	СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ ВАКЦИНЫ БЦЖ а) накожно б) подкожно в) внутрикожно г) внутримышечно д) перорально	В
167.	МЕСТО ВВЕДЕНИЯ ВАКЦИН БЦЖ И БЦЖ-М а) подлопаточная область б) область живота в) нижняя треть правого плеча г) верхняя треть левого плеча	Г
168.	ВАКЦИНАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРОВОДИТСЯ а) в первые 24 часов жизни б) в 3-7 дней жизни в) в 5-6 дней жизни г) в первые 12 часов жизни.	Б

169.	ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ а) участковой медсестрой б) врачом-педиатром в) фтизиопедиатром г) специально обученной медсестрой (вакцинатором)	Г
170.	СПРАВКА-ДОПУСК, ДАЮЩАЯ ПРАВО НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРИВИВОК ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА И ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКУ ДЕЙСТВИТЕЛЬНА а) полгода б) один год в) три года г) пять лет	Б
171.	ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ ПРИ НАЛИЧИИ В СЕМЬЕ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ РЕБЕНОК ИЗОЛИРУЕТСЯ НА а) 1 месяц б) 2 месяца в) 5 месяцев г) 1 год	Б
172.	НЕПРИВИТОГО ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА СТАРШЕ 2 МЕСЯЦЕВ СЛЕДУЕТ ПРИВИТЬ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА а) без предварительной туберкулинодиагностики б) после предварительной туберкулинодиагностики в) в условиях стационара г) направить на консультацию в кабинет иммунопрофилактики	Б
173.	НЕПРИВИТОГО ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА МЛАДШЕ 2 МЕСЯЦЕВ СЛЕДУЕТ ПРИВИТЬ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА а) без предварительной туберкулинодиагностики б) после предварительной туберкулинодиагностики в) в условиях стационара г) направить на консультацию в кабинет иммунопрофилактики	А
174.	ВАКЦИНЫ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В а) живые б) корпускулярные в) химические г) рекомбинантные	Г

175.	В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ ИЗ ГРУПП РИСКА ПРИМЕНЯЕТСЯ СХЕМА ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В а) 0; 1; 6 мес. б) 0; 1; 2; 6 мес. в) 0; 1; 2; 12 мес. г) 0; 3; 6 мес.	В
176.	ПРОТИВ ГЕПАТИТА В ДЕТЕЙ НЕ ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППАМ РИСКА В СООТВЕТСТВИИ С НАЦИОНАЛЬНЫМ КАЛЕНДАРЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПРИВИВАЮТ ПО СХЕМЕ а) 0; 1; 6 мес. б) 0; 1; 2; 6 мес. в) 0; 1; 2; 12 мес. г) 0; 3; 6 мес.	А
177.	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ВАКЦИН ПРОТИВ ГЕПАТИТА В ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ а) повышенная чувствительность к дрожжам б) аллергия на аминогликозиды в) аллергия на куриные яйца г) непереносимость столбнячного анатоксина д) непереносимость дифтерийного анатоксина	А
178.	РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ 3 МЕСЯЦЕВ, НЕ ОТНОСЯЩЕМУСЯ К ГРУППЕ РИСКА ПРОВОДЯТ ПРИВИВКИ ПРОТИВ а) только дифтерии, столбняка, коклюша б) дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита в) дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита, гемофильной инфекции г) краснухи, кори, паротита	Б
179.	РЕБЕНКУ ИЗ ГРУППЫ РИСКА В ВОЗРАСТЕ 3 МЕСЯЦЕВ ПРОВОДЯТ ПРИВИВКИ ПРОТИВ а) только дифтерии, столбняка, коклюша б) дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита в) дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита, гемофильной инфекции г) краснухи, кори, паротита	В
180.	ВАКЦИНА АКДС И АКДС-М ВВОДИТСЯ ДЕТЯМ а) только на первом году жизни	В

	б) до 3-х лет в) до 3-х лет 11 мес. 29 дн. г) до 6-ти лет 11 мес. 29 дн.	
181.	ВАКЦИНА АДС ВВОДИТСЯ ДЕТЯМ а) только на первом году жизни б) до 3-х лет в) до 3-х лет 11 мес. 29 дн. г) до 6-ти лет 11 мес. 29 дн.	Г
182.	ДЛЯ СОЗДАНИЯ ГРУНД-ИММУНИТЕТА ПРОТИВ ДИФТЕРИИ И СТОЛБНЯКА НЕОБХОДИМА а) однократные вакцинация и ревакцинация б) двукратная вакцинация и однократная ревакцинация в) трехкратная вакцинация и однократная ревакцинация г) трехкратная вакцинация	Б
183.	ДЛЯ СОЗДАНИЯ ГРУНД-ИММУНИТЕТА ПРОТИВ КОКЛЮША НЕОБХОДИМА а) однократные вакцинация и ревакцинация б) двукратная вакцинация и однократная ревакцинация в) трехкратная вакцинация и однократная ревакцинация г) трехкратная вакцинация	В
184.	РЕВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ И СТОЛБНЯКА ВЗРОСЛЫЕ а) не подлежат б) подлежат каждые 5 лет в) подлежат каждые 10 лет г) подлежат до 55 лет	В
185.	НЕОБХОДИМОСТЬ ПЛАНОВЫХ ПРИВИВОК ПРОТИВ СТОЛБНЯКА ВЫЗВАНА, ПРЕЖДЕ ВСЕГО а) высокой заболеваемостью б) высокой летальностью в) высокой смертностью г) большими экономическими потерями	Б
186.	ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ПРИМЕНЕНИЮ ИНАКТИВИРОВАННОЙ ПОЛИОМИЕЛИТНОЙ ВАКЦИНЫ ЯВЛЯЮТСЯ а) неврологические расстройства, сопровождавшие предыдущую вакцинацию полиомиелитной вакциной б) иммунодефицитное состояние (первичное)	Г

	в) злокачественные новообразования г) иммуносупрессивная терапия (прививки проводят не ранее, чем через 6 месяцев после окончания курса терапии) д) гиперчувствительность к стрептомицину	
187.	В СООТВЕТСТВИИ С НАЦИОНАЛЬНЫМ КАЛЕНДАРЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ИНАКТИВИРОВАННАЯ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОЛИОМИЕЛИТА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ а) первой, второй, третьей и четвертой вакцинации всех детей б) для первой, второй и третьей вакцинации всех детей в) для ревакцинации всех детей г) для всех вакцинаций и ревакцинаций	А
188.	В СООТВЕТСТВИИ С НАЦИОНАЛЬНЫМ КАЛЕНДАРЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ЖИВАЯ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОЛИОМИЕЛИТА ПРИМЕНЯЕТСЯ а) для всех вакцинаций и ревакцинаций б) для первой ревакцинации и всех последующих ревакцинаций детей, не относящихся к группам риска в) для первой, второй и третьей вакцинации всех детей г) для первой и второй ревакцинации всех детей д) для третьей ревакцинации детей, находящихся в закрытых детских дошкольных учреждениях и специализированных интернатах	Б
189.	ИСТОЧНИКОМ ЗАРАЖЕНИЯ НЕПРИВИТЫХ, ОСОБЕННО ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, МОГУТ СТАТЬ ДЕТИ, ВАКЦИНИРОВАННЫЕ ПРОТИВ а) кори б) паротита в) туберкулеза г) полиомиелита живой вакциной д) полиомиелита инактивированной вакциной	Г
190.	В СООТВЕТСТВИИ С НАЦИОНАЛЬНЫМ КАЛЕНДАРЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ КОРИ ПРОВОДЯТ а) в роддоме б) в 3 месяца в) в 12 месяцев г) 24 месяца	В

191.	В СООТВЕТСТВИИ С НАЦИОНАЛЬНЫМ КАЛЕНДАРЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК РЕВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ КОРИ ПРОВОДЯТ а) в роддоме б) в 3 месяца в) в 12 месяцев г) 6 лет	Г
192.	В СООТВЕТСТВИИ С НАЦИОНАЛЬНЫМ КАЛЕНДАРЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ПРОВОДЯТ а) в роддоме б) в 3 месяца в) в 12 месяцев г) 6 лет	В
193.	В СООТВЕТСТВИИ С НАЦИОНАЛЬНЫМ КАЛЕНДАРЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК РЕВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ПРОВОДЯТ а) в роддоме б) в 3 месяца в) в 12 месяцев г) 6 лет	Г
194.	В СООТВЕТСТВИИ С НАЦИОНАЛЬНЫМ КАЛЕНДАРЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ КРАСНУХИ ПРОВОДЯТ а) в роддоме б) в 3 месяца в) в 12 месяцев г) 6 лет	В
195.	В СООТВЕТСТВИИ С НАЦИОНАЛЬНЫМ КАЛЕНДАРЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК РЕВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ КРАСНУХИ ПРОВОДЯТ а) в роддоме б) в 3 месяца в) в 12 месяцев г) 6 лет	Г
196.	ДЛЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ КОРИ ПРИМЕНЯЮТ а) живую вакцину б) инактивированную вакцину в) рекомбинантную вакцину г) полисахаридную конъюгированную вакцину	А

197.	ДЛЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ПРИМЕНЯЮТ а) живую вакцину б) инаktivированную вакцину в) рекомбинантную вакцину г) полисахаридную конъюгированную вакцину	А
198.	ДЛЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ КРАСНУХИ ПРИМЕНЯЮТ а) живую вакцину б) инаktivированную вакцину в) рекомбинантную вакцину г) полисахаридную конъюгированную вакцину	А
199.	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ПОЛИСАХАРИДНОЙ КОНЪЮГИРОВАННОЙ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ а) повышенная чувствительность к дрожжам б) аллергия на аминокликозиды в) аллергия на куриные яйца г) непереносимость столбнячного анатоксина д) непереносимость дифтерийного анатоксина	Д
200.	ДЛЯ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ ДО 2-Х ЛЕТ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ а) полисахаридная конъюгированная вакцина б) полисахаридная поливалентная вакцина в) цельноклеточная моновалентная вакцина г) живая вакцина	А
201.	В СООТВЕТСТВИИ С НАЦИОНАЛЬНЫМ КАЛЕНДАРЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК 2014 Г. ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПОДЛЕЖАТ ДЕТИ а) все б) с иммунодефицитными состояниями или анатомическими дефектами, приводящими к резко повышенной опасности заболевания гемофильной инфекцией в) с онкогематологическими заболеваниями и/или длительно получающие иммуносупрессивную терапию - рожденные от матерей с ВИЧ-инфекцией и дети с ВИЧ-инфекцией г) находящиеся в домах ребенка	А

202.	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ ГЕМОФИЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ а) повышенная чувствительность к дрожжам б) аллергия на аминокликозиды в) аллергия на куриные яйца г) непереносимость столбнячного анатоксина д) непереносимость дифтерийного анатоксина	Г
203.	ДЛЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ГЕМОФИЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИМЕНЯЮТ а) живую вакцину б) инактивированную вакцину в) рекомбинантную вакцину г) полисахаридную конъюгированную вакцину	Г
204.	ЭКСТРЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА СТОЛБНЯКА ПРОВОДИТСЯ ДО а) 3 дня после травмы б) 10 дня после травмы в) 20 дня после травмы г) 30 дня после травмы	В
205.	С 6-МЕСЯЧНОГО ВОЗРАСТА, ПОДРОСТКАМ, ВОЕННОСЛУЖАЩИМ И ЛИЦАМ, ПРОХОДИВШИМ СЛУЖБУ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ПРИВИВОЧНЫЙ АНАМНЕЗ КОТОРЫХ НЕ ИЗВЕСТЕН, А ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОВЕДЕНИЮ ПРИВИВОК НЕ БЫЛО ЭКСТРЕННУЮ ПРОФИЛАКТИКУ СТОЛБНЯКА а) не проводят б) проводят как привитым в) вводят только 0,5 мл АС г) вводят только ПСЧИ (250 МЕ) д) вводят только ПСС (3000 МЕ)	В
206.	ПРИ ПОКАЗАНИЯХ К ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ СТОЛБНЯКА НЕ ПРИВИТЫМ ДЕТАМ В ВОЗРАСТЕ ДО 5 МЕС. ВВОДЯТ а) 0,5 мл АКДС б) 0,5 мл АС в) 1,0 АС г) 250 МЕ ПСЧИ и 3000 МЕ ПСС д) 250 МЕ ПСЧИ или (при отсутствии ПСЧИ) - 3000 МЕ ПСС	Д

207.	ПРИМЕНЕНИЕ АС (АДС-М) В КАЧЕСТВЕ СРЕДСТВА ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОЛБНЯКА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ а) не противопоказано б) противопоказано в первой половине в) противопоказано во второй половине г) противопоказано на любом сроке	Б
208.	ПРИМЕНЕНИЕ ПСС В КАЧЕСТВЕ СРЕДСТВА ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОЛБНЯКА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ а) не противопоказано б) противопоказано только в первой половине в) противопоказано только во второй половине г) противопоказано на любом сроке	Г
209.	КУРС ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ БЕШЕНСТВА НАЗНАЧАЮТ а) до 10 дня от момента укуса б) до 20 дня от момента укуса в) до 30 от момента укуса г) независимо от срока обращения пострадавшего за помощью, даже через несколько месяцев	Г
210.	АНТИРАБИЧЕСКАЯ ВАКЦИНА НЕ ВВОДИТСЯ ПРИ а) беременности б) гипертонической болезни II степени в) заболевании гидрофобией г) обращении пострадавшего на 15 день после укуса	В
211.	КУРС ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БЕШЕНСТВА СОКРАЩАЕТСЯ, ЕСЛИ а) после предшествующей профилактической или лечебной иммунизации против бешенства прошло менее 1 года б) результат лабораторной диагностики животного, обследованного на бешенство положительный в) результат лабораторной диагностики животного, обследованного на бешенство отрицательный г) животное исчезло или погибло	А
212.	ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ СКРЫТО ПРОТЕКАЮЩИЙ ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС БРЮШНОГО ТИФА	Б

	а) острый бактерионоситель б) хронический бактерионоситель в) больной манифестной формой г) все ответы верны	
213.	ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ МАКСИМАЛЬНОЕ БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЕ С КАЛОМ У БОЛЬНОГО БРЮШНЫМ ТИФОМ а) на 1-й неделе; наблюдается б) на 2-3-й неделе в) на 4-5-й неделе г) верный ответ отсутствует	Б
214.	БОЛЬНОЙ БРЮШНЫМ ТИФОМ МАКСИМАЛЬНО ЗАРАЗЕН В а) конце инкубации б) первые дни болезни в) периоде реконвалесценции г) конце второй и начале третьей недели болезни	Г
215.	МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ БРЮШНОГО ТИФА а) трансмиссивный б) фекально-оральный в) контактный г) водный	Б
216.	ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ НА ГЕМОКУЛЬТУРУ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ БРЮШНЫМ ТИФОМ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ЛИХОРАДКЕ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ БОЛЕЕ а) 3 дней б) 5 дней в) 7 дней г) 10 дней	Б
217.	БОЛЬНЫЕ БРЮШНЫМ ТИФОМ ПОДЛЕЖАТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ а) по клиническим показаниям б) по эпидпоказаниям в) в обязательном порядке г) не подлежат	В
218.	В КВАРТИРНЫХ ОЧАГАХ ШИГЕЛЛЕЗОВ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ а) не проводится б) проводится силами населения в) дезинфекция проводится дезинфекционной службой	Б

	г) проводится участковой службой медицинских учреждений	
219.	ДЛЯ ШИГЕЛЛЕЗОВ ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ СЕЗОННОСТЬ а) летняя б) осенняя в) осенне-зимняя г) весенняя д) летне-осенняя	Д
220.	НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСА ГЕПАТИТА А В ДЕТСКИХ ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ а) водный б) воздушно-капельный в) пищевой г) контактно-бытовой	Г
221.	ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ГЕПАТИТА Е ЯВЛЯЕТСЯ а) водный, б) пищевой в) контактно-бытовой г) парентеральный	А
222.	НАИБОЛЕЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМИ ГРУППАМИ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А ЯВЛЯЮТСЯ а) детские коллективы в дошкольных и школьных учреждениях б) медицинские работники центров гемодиализа, хирургических и инфекционных отделений в) лица с повторными переливаниями крови г) взрослое население, независимо от профессиональной принадлежности	А
223.	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ а) изоляция больных из очага б) мероприятия по обеззараживанию воды в) вакцинопрофилактика г) режимно-ограничительные мероприятия	В

224.	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА Е НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ ЯВЛЯЕТСЯ а) изоляция больных из очага б) мероприятия по обеззараживанию воды в) вакцинопрофилактика г) режимно-ограничительные мероприятия	Б
225.	НАИБОЛЬШУЮ ОПАСНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЕ ГЕПАТИТОМ Е ПРЕДСТАВЛЯЕТ ДЛЯ а) детей дошкольного возраста б) детей школьного возраста в) лиц старше 60 лет г) беременных	Г
226.	МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ЭШЕРИХИОЗОВ а) аэрозольный б) фекально-оральный в) трансмиссивный г) контактный	Б
227.	ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ЭШЕРИХИОЗАХ а) от нескольких часов до 7 дней б) от 7 до 21 дня в) от 3 до 10 дней г) от 2 до 24 недель	А
228.	НОСИТЕЛЬСТВО ПРИ ЭШЕРИХИОЗАХ а) не отмечается б) носит пожизненный характер в) носит непродолжительный характер	В
229.	ЭНТЕРОПАТОГЕННЫЕ СЕРОВАРИАНТЫ E. COLI ВЫЗЫВАЮТ а) колиэнтерит у детей раннего возраста б) дизентериеподобное заболевание у взрослых и детей в) холероподобное заболевание у взрослых и детей г) геморрагический колит у взрослых и детей	А
230.	ЭНТЕРОИНВАЗИВНЫЕ СЕРОВАРИАНТЫ E. COLI ВЫЗЫВАЮТ а) колиэнтерит у детей раннего возраста б) дизентериеподобное заболевание у взрослых и детей в) холероподобное заболевание у взрослых и детей	Б

	г) геморрагический колит у взрослых и детей	
231.	ЭНТЕРОТОКСИГЕННЫЕ СЕРОВАРИАНТЫ E. COLI ВЫЗЫВАЮТ а) колиэнтерит у детей раннего возраста б) дизентериеподобное заболевание у взрослых и детей в) холероподобное заболевание у взрослых и детей г) геморрагический колит у взрослых и детей	В
232.	ЭНТЕРОГЕМОМОРРАГИЧЕСКИЕ СЕРОВАРИАНТЫ E. COLI ВЫЗЫВАЮТ а) колиэнтерит у детей раннего возраста б) дизентериеподобное заболевание у взрослых и детей в) холероподобное заболевание у взрослых и детей г) геморрагический колит у взрослых и детей	Г
233.	ДЛЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ВЫЗЫВАЕМОЙ ЭНТЕРОИНВАЗИВНЫМИ СЕРОВАРИАНТАМИ E. COLI ХАРАКТЕРНЫ ВСПЫШКИ а) водные и реже пищевые б) пищевые и реже водные в) контактно-бытовые и реже пищевые г) воздушно-капельные	Б
234.	ДЛЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ВЫЗЫВАЕМОЙ ЭНТЕРОГЕМОМОРРАГИЧЕСКИМИ СЕРОВАРИАНТАМИ E. COLI ХАРАКТЕРНЫ ВСПЫШКИ а) водные и реже пищевые б) пищевые и реже водные в) контактно-бытовые и реже пищевые г) воздушно-капельные	Б
235.	ДЛЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ВЫЗЫВАЕМОЙ ЭНТЕРОТОКСИГЕННЫМИ СЕРОВАРИАНТАМИ E. COLI ХАРАКТЕРНЫ ВСПЫШКИ а) водные и реже пищевые б) пищевые и реже водные в) контактно-бытовые и реже пищевые г) воздушно-капельные	А
236.	ДЛЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ВЫЗЫВАЕМОЙ ЭНТЕРОПАТОГЕННЫМИ СЕРОВАРИАНТАМИ E. COLI ХАРАКТЕРНЫ ВСПЫШКИ а) водные и реже пищевые б) пищевые и реже водные	В

	в) контактно-бытовые и реже пищевые г) воздушно-капельные	
237.	ПРИ ЭШЕРИХИОЗЕ, ОБУСЛОВЛЕННОМ ШТАММАМИ СЕРОВАРА E. COLI O157:H7, ЧАЩЕ ФАКТОРАМИ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ а) вода б) овощи в) мясные продукты г) яйца	В
238.	ЭШЕРИХИОЗ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ЭНТЕРОТОКСИГЕННЫМИ ШТАММАМИ E. COLI, РЕГИСТРИРУЕТСЯ а) во всех климатических зонах б) преимущественно в тропических и субтропических регионах в) в регионах с умеренным климатом г) преимущественно как госпитальная инфекция	Б
239.	РОТАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ а) убиквитарной инфекцией б) природно-очаговой инфекцией в) заболеванием, регистрируемым на отдельных территориях г) инфекцией с зональным нозоареалом	А
240.	БОЛЬНЫЕ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ а) до 1-го дня болезни б) в течение первых 6 дней болезни в) в течение 7-21 дней болезни	Б
241.	ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ В ДЕТСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ГРУППОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ПРОВОДЯТСЯ КАРАНТИННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ С МОМЕНТА ИЗОЛЯЦИИ ПОСЛЕДНЕГО БОЛЬНОГО В ТЕЧЕНИЕ ДНЕЙ а) 3 б) 5 в) 7 г) 10 д) 14	В

242.	СЕЗОННОСТЬ ПРИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ а) весенняя б) летняя в) осенняя г) зимняя	Г
243.	ВЕДУЩИЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ РОТАВИРУСОВ а) контактно-бытовой б) пищевой в) водный г) воздушно-капельный д) воздушно-пылевой	А
244.	ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ПОЛИОМИЕЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ а) вирус семейства <i>Paramyxoviridae</i> б) вирус семейства <i>Picornaviridae</i> в) вирус семейства <i>Flaviviridae</i> г) вирус семейства <i>Togaviridae</i>	Б
245.	ПОЛИОМИЕЛИТ МОЖНО КЛАССИФИЦИРОВАТЬ КАК а) кишечный зооноз б) водный сапроноз в) кишечный антропоноз г) антропозооноз	В
246.	МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ПОЛИОМИЕЛИТА а) фекально-оральный б) аэрозольный в) контактный г) трансмиссивный	А
247.	БОЛЬНОЙ ПОЛИОМИЕЛИТОМ НАИБОЛЕЕ ЗАРАЗЕН а) в инкубационном периоде б) в продромальном периоде в) в остром периоде г) в периоде реконвалесценции	В
248.	ВЕДУЩИМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПОЛИОМИЕЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ а) выявление и контроль всех случаев полиомиелитоподобных заболеваний б) контроль за циркуляцией "дикого" полиовируса в) иммунопрофилактика инфекции г) проведение профилактической дезинфекции	В

249.	ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ДИФТЕРИИ а) фекально-оральный б) контактный в) аэрозольный г) вертикальный	В
250.	ИСТОЧНИКАМИ ИНФЕКЦИИ, ИМЕЮЩИМИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НАИБОЛЬШЕЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ДИФТЕРИИ, ЯВЛЯЮТСЯ а) реконвалесценты б) носители токсигенных штаммов в) больные типичной формой дифтерии г) больные стертой формой дифтерии	Б
251.	В БОРЬБЕ С ДИФТЕРИЕЙ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ а) своевременное выявление больных дифтерией б) своевременное и полное выявление носителей токсигенных штаммов в) заключительная дезинфекция г) плановая иммунопрофилактика населения	Г
252.	ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В РАСПРОСТРАНЕНИИ И ПОДДЕРЖАНИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ДИФТЕРИИ В ПЕРИОД СПОРАДИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРИНАДЛЕЖИТ а) больному типичной формой дифтерии б) больному стертой формой дифтерии в) реконвалесцентам г) бактерионосителям токсигенных коринебактерий	Г
253.	ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ДИФТЕРИЕЙ а) обязательна для всех заболевших б) обязательна только для лиц, относящихся к декретированным группам в) осуществляется по желанию пациента или родственников г) нежелательна	А
254.	ОСНОВНОЙ СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ДИФТЕРИИ а) санитарно-гигиенические мероприятия б) вакцинопрофилактика	Б

	в) антибиотикопрофилактика г) бактериофагопрофилактика	
255.	БОЛЬНОЙ КОКЛЮШЕМ ПРЕДСТАВЛЯЕТ НАИБОЛЬШУЮ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКУЮ ОПАСНОСТЬ а) в продромальном периоде б) в спазматическом периоде в) в конце инкубационного периода, продромальном периоде г) в конце инкубационного периода, продромальном и в периоде спазматического кашля	А
256.	В ОЧАГАХ КОКЛЮША ПРОВОДЯТ а) текущую дезинфекцию в полном объеме б) заключительную дезинфекцию в) только влажную уборку и проветривание г) ничего из вышеперечисленного	В
257.	СРЕДСТВО ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ КОКЛЮШЕ а) АКДС вакцина б) антитоксический противокклюшный иммуноглобулин в) антибиотики г) в настоящее время не разработано	Б
258.	ГРУППОЙ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ КОКЛЮШЕМ ЯВЛЯЕТСЯ а) дети 2-3х лет б) дети первого года жизни в) школьники г) взрослые	Б
259.	ПЕРИОД ЗАРАЗИТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА ПРИ КОРИ а) только в течение периода видимых высыпаний б) с последних дней инкубационного периода, в течение всего продромального периода до начала высыпаний в) с последних дней инкубационного периода, в течение всего продромального периода и первые 4 дня высыпаний г) от начала клинических проявлений до 5-го дня высыпаний	В

260.	БОЛЬНОЙ КОРЬЮ НАИБОЛЕЕ ЗАРАЗЕН В ПЕРИОД БОЛЕЗНИ а) инкубационном б) продромальном в) разгара болезни г) реконвалисценции	Б
261.	МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ КОРЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО РЕАЛИЗУЕТСЯ а) контактно-бытовым путем б) воздушно-капельным путем в) пищевым путем г) воздушно-пылевым путем	Б
262.	ВОЗБУДИТЕЛЬ КОРИ ВЕРТИКАЛЬНЫМ ПУТЕМ а) не передается б) передается в) передается только при наличии ВИЧ-инфицирования матери г) передается с молоком матери	Б
263.	ИНДЕКС КОНТАГИОЗНОСТИ ПРИ КОРИ а) 20% б) 35% в) 55% г) 75% д) 100%	Д
264.	ПРИ КОРИ а) возможно только здоровое носительство б) возможно реконвалесцентное носительство до 3-х месяцев после перенесенного заболевания в) носительство невозможно г) возможно иммунное носительство	В
265.	В ОЧАГЕ КОРИ ЭКСТРЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА а) не проводится б) проводится только ЖКВ в) проводится только противокоревым иммуноглобулином г) проводится ЖКВ или противокоревым иммуноглобулином	Г

266.	БОЛЬНОЙ ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПАРОТИТОМ ЗАРАЗЕН а) с середины инкубационного периода до 5 дня болезни б) в последние 3 – 8 дней инкубационного периода и до окончания продромального периода в) с первого дня болезни до стихания воспалительного процесса в слюнных железах г) в последние 3 – 8 дней инкубационного периода и до 9 дня болезни	Г
267.	ОСНОВНЫМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ С ВЫРАЖЕННОЙ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЮТСЯ а) общие санитарно-гигиенические б) изоляционные в) режимно-ограничительные г) вакцинация детей живой паротитной вакциной	Г
268.	ИЗОЛЯЦИЯ БОЛЬНОГО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПАРОТИТОМ ПРОДОЛЖАЕТСЯ а) 3 дня б) 6 дней в) 9 дней г) 12 дней д) 3 недели	В
269.	МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА КОНТАКТНЫМИ В ОЧАГЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ПРОДОЛЖАЕТСЯ а) 7 дней б) 14 дней в) 21 день г) 28 дней д) до выздоровления больного	В
270.	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ КРАСНУХЕ ЧАЩЕ ВСЕГО СОСТАВЛЯЕТ а) 2-3 дня б) 5-7 дней в) 9-15 дней г) 16-20 дней д) месяц и более	Г

271.	БОЛЬНОЙ КРАСНУХОЙ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ В ИНКУБАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ а) не заразен б) заразен сразу после заражения в) заразен со второй недели после заражения г) заразен только в последний день	В
272.	БОЛЬНОЙ КРАСНУХОЙ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ ЗАРАЗЕН а) до 5-7 дня после появления сыпи б) до 5-7 дня после исчезновения сыпи в) весь период высыпаний г) на протяжении всей болезни	А
273.	РЕБЕНОК С СИНДРОМОМ ВРОЖДЕННОЙ КРАСНУХИ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ а) не заразен б) заразен пожизненно в) заразен в течение года г) заразен до проведения экстренной профилактики	В
274.	ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ФОРМИРУЕТСЯ ИММУНИТЕТ а) кратковременный б) продолжительный в) пожизненный г) иммунитет не формируется	В
275.	ИЗОЛЯЦИЯ БОЛЬНЫХ КРАСНУХОЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ а) до 7-го дня с момента появления сыпи б) до 10-го дня от начала заболевания в) не проводится г) до 5-го дня клинических проявлений	А
276.	МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ КРАСНУХИ ОБУСЛОВЛЕНО а) чрезвычайно высоким уровнем заболеваемости б) экономическим ущербом	Г

	в) высоким уровнем инвалидизации г) тератогенным действием вируса на плод	
277.	МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА КОНТАКТНЫМИ В ОЧАГЕ КРАСНУХИ ПРОДОЛЖАЕТСЯ а) 7 дней б) 14 дней в) 21 день г) 28 дней д) до выздоровления больного	В
278.	ВОЗБУДИТЕЛЬ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ОТНОСИТСЯ К СЕМЕЙСТВУ а) вирусов оспы (Poxviridae) б) вирусов герпеса (Herpesviridae) в) ротавирусов (Rotaviridae) г) аденовирусов (Adenoviridae) д) парамиксовирусов (Paramyxoviridae)	Б
279.	МИНИМАЛЬНЫЙ ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ а) 5 дней б) 7 дней в) 10 дней г) 14 дней	В
280.	МАКСИМАЛЬНЫЙ ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ а) 1 неделя б) 2 недели в) 3 недели г) 4 недели	В
281.	ЗАРАЗНЫЙ ПЕРИОД ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ ДЛИТСЯ а) с конца инкубации до 5 дня с момента появления последних элементов сыпи б) с конца инкубации до 5 дня с момента появления сыпи в) с конца инкубации до момента появления последних элементов сыпи г) с конца инкубации до отпадения корок	А
282.	ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ а) иммунитет не вырабатывается б) возникает кратковременный иммунитет	Г

	в) возникает напряженный, но непродолжительный иммунитет г) возникает стойкий пожизненный иммунитет д) формируется кратковременный иммунитет слабой напряженности	
283.	ПОСЛЕ КЛИНИЧЕСКОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ОТ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ а) возбудитель всегда сразу элиминирует из организма б) может быть персистенция вируса в ганглиях спинного мозга в течение многих лет в) вирус элиминирует из организма через 10-15 дней г) вирус персистирует пожизненно в лимфатических узлах	Б
284.	ИСТОЧНИКОМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ЧЕЛОВЕК а) только в инкубационном периоде б) только в стадии первичных проявлений болезни в) только в стадии вторичных проявлений заболевания г) в любой стадии болезни, включая терминальную	Г
285.	ЗАРАЖЕНИЕ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО В СЛЕДУЮЩИХ СИТУАЦИЯ а) выполнение медицинских парентеральных процедур б) повреждение целостности кожных покровов медицинским инструментом в) подготовка полости рта к протезированию г) инвазивное диагностическое обследование	Б
286.	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИЗНАНЫ а) выявление и санация ВИЧ-инфицированных б) изоляция ВИЧ-инфицированных в) обеззараживание факторов передачи г) вакцинопрофилактика	А
287.	ЗАРАЗИВШИЙСЯ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА В ЭПИДЕМИЧЕСКУЮ ОПАСНОСТЬ а) представляет в начале инкубационного периода б) представляет в конце инкубационного периода в) представляет в течение всего инкубационного периода г) не представляет в инкубационном периоде	Б

288.	НАИБОЛЬШАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ВИРУСА ГЕПАТИТА В ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В а) моче б) слюне в) моче г) крови	Г
289.	HBsAg ВПЕРВЫЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ В КРОВИ У БОЛЬНОГО ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В а) при появлении первых признаков заболевания б) в разгар заболевания в) в инкубационном периоде г) в периоде реконвалесценции	В
290.	ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В НЕ БОЛЕЮТ ЛИЦА, У КОТОРЫХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В ВЫСОКОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ а) анти - HBc б) анти- HBe в) анти -HCV г) анти- HBs	Г
291.	СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ПРЕДПОЛАГАЕТ а) использование одноразовых медицинских инструментов б) замену трансфузий препаратов крови кровезаменителями в) стерилизацию изделий медицинского назначения в лечебно-профилактических учреждениях г) вакцинацию	Г
292.	МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ, ЗАНИМАЮЩИЕСЯ ЗАБОРОМ, ЗАГОТОВКОЙ ИЛИ ПЕРЕРАБОТКОЙ ДОНОРСКОЙ КРОВИ, ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У НИХ HBs-АНТИГЕНЕМИИ а) продолжают профессиональную деятельность без ограничений б) отстраняются от работы и переводятся на другую работу, не связанную с кровью в) снабжаются предметами индивидуальной защиты и продолжают работать с соблюдением правил личной гигиены	Б

	г) временно отстраняются от работы при нарушении целостности кожных покровов	
293.	ИСТОЧНИКИ ИНФЕКЦИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С а) медицинские инструменты б) больные люди в) кровососущие насекомые г) больные животные	Б
294.	НАИБОЛЬШИЙ РИСК ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С СВЯЗАН С а) переливанием крови б) половыми контактами в) вертикальной передачей г) проведением парентеральных лечебных процедур д) внутривенным введением наркотических и психотропных веществ	Д
295.	ОСОБЕННОСТЬ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С, ОПРЕДЕЛЯЮЩАЯ ЕГО СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ а) развитие фульминантных форм инфекции б) преобладание торпидного, латентного течения в) высокая вероятность хронизации процесса г) высокая летальность в остром периоде заболевания	В
296.	НАИБОЛЬШИЙ РИСК ЗАРАЖЕНИЯ ГЕПАТИТОМ С а) у лиц, имеющих половые контакты с несколькими партнерами б) у лиц, имеющие половые контакты с инфицированным партнером в) у пациентов, находящихся на гемодиализе г) у младенцев, родившихся от инфицированных матерей	В
297.	РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВИРУСНОЙ ДЕЛЬТА-ИНФЕКЦИИ КОРРЕЛИРУЕТ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА а) А б) В в) С	Б
298.	НАИБОЛЬШИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ГЕПАТИТА D а) у переболевших вирусным гепатитом А б) у больных острым гепатитом В	В

	в) у лиц с персистирующей HBs-антигемией г) у больных хроническим гепатитом С	
299.	В ОТНОШЕНИИ ЛЮДЕЙ ИМЕЮЩИХ С БОЛЬНЫМ ИПП ТЕСНЫЙ БЫТОВОЙ КОНТАКТ ОСНОВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ а) постановка на учёт в кожно-венерологическом диспансере б) профилактическое лечение в) лабораторный контроль в динамике г) изоляция от контакта со здоровыми лицами	Б
300.	ГРУППЫ, ПОДЛЕЖАЩИЕ ПЕРИОДИЧЕСКИМ МЕДИЦИНСКИМ ОСМОТРАМ ДОЛЖНЫ ПРОХОДИТЬ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ИПП НЕ РЕЖЕ а) два раза в год б) один раз в год в) ежеквартально г) один раз в три года	Б