001.С-пептид является:

маркером сахарного диабета 1 типа

маркером сахарного диабета 2 типа

контринсулярным гормоном

показателем секреции инсулина

показателем активности воспалительного процесса

маркером компенсации сахарного диабета

002.Ранние допустимые сроки наступления пубертата у девочек

6 лет

 12 лет

 8 лет

 15 лет

003. Какая часть поджелудочной железы лучше развита к рождению ребёнка:

эндокринная

экзокринная

тело

хвост

004. Какой возрастной период наиболее интенсивного роста поджелудочной железы у детей:

в первые 3 года жизни

на 1-ом году жизни

в периоды вытяжения

3-7 лет

005. Какие из нижеперечисленных результатов ОГТТ с определением глюкозы в венозной плазме свидетельствуют о нарушенной толерантности к глюкозе?

Натощак > 5, 5 ммоль/л ,через 2 часа после нагрузки < 7, 8 ммоль/л

 Натощак < 6,7 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки > 11,1 ммоль/л

 Натощак < 6,1 ммоль/л, но <6,9 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки > 7,8 ммоль/л, но< 11, 1 ммоль/л

 Натощак> 6,1 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки>11,1 ммоль/л

через 2 часа после приема пищи >8,0 ммоль/л

 006. Целевые показатели глюкозы плазмы (ммоль\л) натощак в детском возрасте ( ISPAD, 2018г.):

4,0- 7,0.

5,0- 10,0.

4,4- 7,8.

007. Неонатальный сахарный диабет диагностирован:

В первые 6мес жизни ребенка

В первые 3мес жизни ребенка

В первый месяц жизни ребенка

008. Необходимые условия достижения целевого уровня гликемического контроля являются:

Регулярный контроль HbAlc

Использование непрерывного мониторирования глюкозы или регулярный самоконтроль гликемии

Регулярная оценка и коррекция лечения.

Регулярный контроль уровня липидного обмена.

009. Исследование уровня свободного трийодтиронина наиболее оправдано при:

Подозрении на субклинический гипотиреоз

Для определения тяжести тиреотоксикоза

Обнаружении сниженного уровня ТТГ и нормального Т4.

В любом случае при исследовании функционального состояния щитовидной железы

010. В какое время суток отмечается наиболее высокий уровень АКТГ:

15-17 ч

18-23 ч

13-14 ч

10-12 ч

6-8 ч

011. Дегидроэпиандростерон является предшественником:

Тестостерона

Альдостерона

Эстрона

Прогестерона

012. Начальная доза инсулина при терапии гипергликемической кетоацидотической комы

2 Ед /час

0,1 Ед/кг/час

1 Ед/кг/час

0,5 Ед/кг/час

013. Укажите минимальное значение уровня глюкозы капиллярной крови, взятой в любое время суток, при котором диагноз сахарного диабета не вызывает сомнений:

менее 5,6 ммоль/л,

6,7 ммоль/л,

9,7 ммоль/л,

11,3 ммоль/л,

15 ммоль/л

014. При первичном гиперпаратиреозе в патологический процесс вовлекаются:

Все варианты верны

Костно-мышечный аппарат

Почки

Слизистая желудка и 12–перстной кишки

Миокард

015. Какую болезнь из перечисленных позволяет исключить отрицательный результат большой пробы с дексаметазоном:

Кортикостерому

Эктопический АКТГ-синдром

Аденоматоз коры надпочечников

Болезнь Иценко-Кушинга

Глюкостерому

016. Фенотипические проявления у детей с СТГ недостаточностью:

Маскулинный тип телосложения

Перераспределение подкожножировой клетчатки на груди и животе

Микрогнатия

Кукольное лицо

Инфантильное телосложение

017. Уровень СТГ в крови при проведении стимуляционных тестов у детей с гипофизарным нанизмом

2,0 нг/л

10,0 нг/л

20,0 нг/л

70,0 нг/л

018. Патогенетическое лечение гипофизарного нанизма заключается в применении:

соматотропного гормона

тиреоидных гормонов

хорионического гонадотропина

эстрогенов

019. Вторичный гипотиреоз характеризуется:

Все варианты верны

Стойким повышением уровня ТТГ

Зобом

Сниженным уровнем тиреоидных гормонов

Первичным гипогонадизмом

Наличием увеличения уровня тироксин-связывающего глобулина

020. Лабораторными маркерами несахарного диабета являются:

Повышение объема выделяемой мочи

Повышение удельного веса мочи

Снижение удельного веса мочи

Снижение объема мочи

Бактериурия

021. Этиологические и провоцирующие факторы болезни Иценко - Кушинга:

Опухоль гипофиза

Черепно-мозговая травма

Опухоль надпочечников

Нейроинфекция

Психическая травма

022. Симптомы характерные для сольтеряющей формы врожденной дисфункции надпочечников:

Гермафродитное состояние гениталий у девочек

Запоры

Гиперпигментация крупных складок и ареол

Упорная рвота фонтаном, не связанная с приемом пищи

Жидкий стул

023. Какова длительность курса гормональной терапии при адреногенитальном синдроме:

пожизненно

на срок продолжительности криза

2 месяца

6 месяцев

024. Заместительная терапия тироксином при скрининге в роддоме на врожденный гипотиреоз назначается при уровне ТТГ:

До 20 мкЕ/мл

20-50 мкЕ/мл

50-100 мкЕ/мл

Более 100 мкЕ/мл

025. Срок диспансерного наблюдения при диффузно-токсическом зобе длится:

пожизненно

в течение 2 лет

в течение 3 лет

в течение 5 лет

026. По каким показателям оценивается костный возраст ребёнка:

сроки появления точек окостенения

уровень Са и Р в крови

физиологические искривления позвоночника

уровень развития мышечной силы

027. Назначение каких средств включено в заместительную терапию при пангипопитуитарном синдроме:

Инсулин

Половые гормоны

Кортикостероиды

Тиреоидные препараты

Соматотропный гормон в детском возрасте

028. Выберите утверждения, справедливые в отношении заместительной терапии надпочечниковой недостаточности:

Наиболее часто используется монотерапия дексаметазоном

Показана только при развитии аддисонического криза

При сочетании с гипотиреозом в начале назначают глюкокортикоиды, затем компенсируют гипотиреоз

Основными показателями компенсации дефицита минералокортикоидов является уровень АКТГ

Проводится под контролем 17- ОКС мочи

029. Какие изменения характерны для феохромоцитомы:

Увеличение в моче метаболитов катехоламинов

Увеличение содержания в крови и моче катехоламинов

Увеличение метанефринов плазмы

Повышение в крови уровня альдостерона

030. Инсулин ультракороткого действия начинает снижать глюкозу крови через:

30 минут

1,5 часа

15 минут

031. Проявлением болезни Аддисона является:

Гиперпигментация кожи

Гипертония

Боли в животе (желудочно-кишечные кризы)

Кардиалгии

Гипотония

032. Симптомы при передозировке минералокортикоидов у больных с первичной хронической недостаточностью коры надпочечников:

Нарушения сердечного ритма

Снижение артериального давления

Повышение артериального давления

Отек мозга

Гипокалиемический алкалоз

033. Что способствует развитию острой надпочечниковой недостаточности:

Хирургическое вмешательство

Острые инфекции

Передозировка кортикостероидов

Интоксикации

034. Клинико-лабораторные данные при первичном альдостеронизме:

Щелочная реакция мочи

Гипернатриемия

Гиперкалиемия

Гипохлоремический алкалоз

Гипокалиемия

035. Что характерно для стероидного диабета:

Гиперинсулинемия

Стабильное течение

Необходимость инсулинотерапии

Инсулинорезистентность

Хороший эффект от терапии сахароснижающими средствами

036. Характерные признаки вторичного альдостеронизма:

Отсутствие выраженной гипокалиемии

Наличие умеренной гипертензии

Нормальные надпочечники

Наличие отеков

Снижение уровня ренина

037. Этиологический фактор врожденной дисфункции коры надпочечников:

Врожденная генетически обусловленная неполноценность ферментных систем, участвующих в стероидогенезе в коре надпочечников

Канцерогенные факторы

Иммунологические факторы

Опухоли коры надпочечников

Ятрогенные факторы

038. Причинами развития хронической недостаточности коры надпочечников могут быть:

Аутоиммунное поражение надпочечников

Туберкулез

Опухоли или метастазы рака в надпочечниках

Кровоизлияния в надпочечники или тромбоз сосудов надпочечников

Травма с поражением надпочечников

039. Осложнения, наиболее часто развивающиеся при сахарном диабете 1 типа у детей:

Глаукома

Нефропатия

Катаракта

Нейропатия

Инсульт

040. Жалобы, предъявляемые больными хронической надпочечниковой недостаточностью:

Желудочно-кишечные расстройства (диспепсия)

Похудание

Выраженная общая и мышечная слабость

Повышение аппетита

Тошнота, рвота

041. Задержка роста, обусловленная церебрально-гипофизарным нанизмом, наиболее часто диагностируется:

При рождении

На первом году жизни

В 2-4 года

В пубертате

042. Что характерно для симптоматологии андростеромы у детей:

Ускоренный рост с опережением костного возраста

Маскулинизация фигуры, огрубение голоса

Гирсутизм, гипертрофия клитора у девочек, гипергенитализм у мальчиков

Аcnae vulgaris

Высокий конечный рост

043. Причиной нефрогенного несахарного диабета является:

Недостаточность продукции вазопрессина

Избыточная продукция антидиуретического гормона

Резистентность клеток дистальных канальцев к действию вазопрессина

Поражение гипоталамо-гипофизарной области

Избыточный прием жидкости

044. Истинный гипоальдостеронизм – это:

состояние, характеризующееся снижением секреции основных минералокортикоидов и потерей способности канальцев почек удерживать натрий

врождённая гиперплазия надпочечников, обусловленная недостаточностью фермента 21гидроксилазы (биосинтез кортикостероидов)

наследственное (по рецессивному типу) нарушение превращения глюкозы в галактозу

врождённая почечная энзимопатия или нефрит с потерей солей

045. О чем свидетельствует повышенный уровень АКТГ при низком уровне кортизола:

О снижении метаболизма кортизола

О гиперкортицизме

О нормальной функции коры надпочечников

О повышении метаболизма кортизола

О гипокортицизме

046. О чем свидетельствует следующая картина: при введении 1 мг дексаметазона в 23.00 снижение кортизола в крови на 50% и более на следующее утро:

О вторичном гипокортицизме

О гипокортицизме

О повышенной секреции АКТГ

О гиперкортицизме

О нормальной функции коры надпочечников

047. Особенности течения андростеромы у мальчиков:

Преждевременное созревание скелета

Увеличение наружных половых органов

Ожирение

Преждевременное оволосение на лобке

Ускоренный рост

048. Причиной развития синдрома Иценко-Кушинга у детей является:

Опухоль надпочечников

Нарушение регуляции секреции АКТГ

Гипоплазия надпочечников

Опухоль аденогипофиза

049. Для выведения больного из состояния острой надпочечниковой недостаточности показаны:

Преднизолон внутрь

Раствор Рингера

0,9% физиологический раствор внутривенно капельно

Гидрокортизон гемисукцинат внутривенно капельно

ДОКА внуримышечно

050. Основными клиническими проявлениями надпочечниковой недостаточности являются:

Гипертонус мышц

Вялость

Гиперемия кожных покеров

Бледность

Мышечная гипотония

051. Клинические симптомы, характерные для экзогенно-конституционального ожирения включая всё, кроме:

Диспластическое ожирение, нарушение полового развития

Равномерное распределение жира, гипертензия

Равномерное распределение жира, гиперпигментация кожи

Постепенное нарастание массы тела

052. Основной метод лечения при гиперпролактинемическом гипогонадизме:

Медикаментозная терапия агонистами дофамина

Хирургическое лечение

Лучевая терапия

Циклическая терапия эстроген-гестагенными препаратами

Терапия гонадотропинами

053. Какая проба используется для дифференциальной диагностики между пубертатным ожирением со стриями и болезнью Иценко-Кушинга?

Маршевая /ортостатическая/ проба

Малая дексаметазоновая проба

Большая дексаметазоновая проба

Проба с синактеном

Суточная экскреция катехоламинов и ВМК

054. Для вторичного гипотиреоза характерны показатели гормонального

профиля:

Повышение уровня ТТГ

Снижение ТТГ

Повышение Т3 и Т4

Снижение Т3 и Т4

055. В основе синдрома Шерешевского-Тернера лежит:

отсутствие Х хромосомы

делеция плеча 5-й пары хромосомы

лишняя Х

кольцевидная хромосома 18 пары

056. Критерием гипогликемии у новорожденных считается уровень глюкозы менее \_\_\_\_\_\_ ммоль/л:

2,6.

3,5.

2,9.

3,9.

057. При выявлении школьника с избыточной массой тела врач доу направляет его на консультацию:

эндокринолога

реабилитолога

подросткового врача

уролога-андролога

058. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство у детей дают их законные представители до\_\_\_ лет:

15.

16.

17.

18.

059. Для эпидемиологического процесса кори характерным является:

высокая контагиозность

медленное распространение вспышки

нестойкий иммунитет после перенесенного заболевания

восприимчивость только в детском возрасте

060.Согласно методике классификации узлов щитовидной железы, TI-RADS 3 это:

Доброкачественный.

Нет подозрения на малигнизацию.

Незначительное подозрение на малигнизацию

Умеренное подозрение на малигнизацию

061. Для истинного преждевременного полового созревания характеры следующие симптомы:

Ускорение костного возраста

Снижение уровня ЛГ и ФСГ в крови

Гиперплазия одного или двух надпочечников

Повышение уровня 17-окспрогестерона в крови

062. Укажите особенности эндемического зоба у детей и подростков:

Клиника гипотиреоза

Сочетание зоба с эндокринной офтальмопатией

Узловые формы зоба

Преобладание диффузного увеличения щитовидной железы

063. Какой гормон продуцируется ацидофильными клетками передней доли гипофиза:

АКТГ

Вазопрессин

ФСГ

ТТГ

СТГ

064. Ранними симптомами диффузно-токсического зоба у детей являются:

увеличение щитовидной железы

артериальная гипотония

похудание на фоне повышенного аппетита

задержка роста

стойкая тахикардия

065. Для первичного гиперальдостеронизма характерно все, кроме:

Повышение уровня калия в крови

Снижение уровня калия в крови

Слабость

Снижение уровня ренина в крови

Щелочная реакция мочи

066. При диффузном токсическом зобе контроль тиреостатической терапии проводится по уровню в крови:

ТТГ

Свободного Т3

Свободного Т4

Антител к тиреоглобулину

Антител к тиреопероксидазе

067. Ранние допустимые сроки наступления пубертата у мальчиков:

6лет

9лет

8лет

11,5 лет

068. Суточная потребность в йоде для беременных и в период грудного вскармливания:

100-120 мкг

150-180 мкг

200-220 мкг

250-300 мкг

069. Условия, необходимые для правильного проведения перорального глюкозотолерантного теста:

голодание не менее 8 часов

голодание не менее 12 часов

соблюдение ограничительной диеты накануне теста

ограничение физической активности при проведении теста

контроль гликемии на 60 минуте теста

контроль гликемии на 120 минуте теста

контроль гликемии на 180 минуте теста

070. Какое из перечисленных ниже значений глюкозы венозной плазмы натощак может соответствовать диагнозу «Нарушение толерантности к глюкозе»:

5,5 ммоль/л

6,1 ммоль/л

7,0 ммоль/л

никакое

071. Для подтверждения диагноза сахарный диабет возможно использование следующих тестов за исключением:

Тест с 75 гр. глюкозы per os

Внутривенный глюкозотолерантный тест с 75 гр. глюкозы

Определение уровня гликированного гемоглобина (HbA1c)

Определение суточной глюкозурии

Определение глюкозы в случайной точке

072. Причиной вторичного гиперпаратиреоза может быть всё, кроме:

Нарушение всасывания кальция в кишечнике

Сердечная недостаточность

Хроническая почечная недостаточность

Дефицит витамина Д

Злоупотребление слабительными

073. Какие заболевания можно диагностировать при проведении неонатального скрининга:

врожденный гипотиреоз

врожденный адреногеннитальный синдром

врожденную краснуху

врожденные аномалии мочеполовой системы

074. Каковы оптимальные сроки начала лечения при врожденном гипотиреозе:

до конца третьего месяца жизни

до 21 дня после рождения

до конца первого полугодия жизни

075. Синдром хронической передозировки инсулина клинически проявляется:

сухостью кожи

частыми гипогликемическими реакциями

прибавкой в весе

потерей в весе

лабильным течением диабета

076. В основе сахарного диабета 1 типа лежит:

Все варианты верны

Инсулинорезистентность,

Гиперинсулинемия,

Пострецепторные нарушения

Повреждение бета-клеток, инсулинодефицит

077. К препаратам глюкокортикоидного ряда не относятся:

Преднизолон

Солукортеф

Метипред

Кортинефф

Триамцинолон

078. Какой из перечисленных препаратов содержит большее количество элементарного кальция:

Кальция карбонат

Кальция хлорид

Кальция глицерофосфат

Кальция глюконат

079. Причины развития гипопаратиреоза:

Аномалия паращитовидных желез

Резекция паращитовидных желез

Инфекции

Нарушение секреции паратгормона

Образование антител к паратгормону

080. Какие гормоны вырабатываются передней долей гипофиза:

гормон роста

пролактин

тиреотропный гормон

кортикотропин

гонадотропные гормоны

окситоцин

антидиуретический гормон

081. Укажите возрастной норматив полового развития для девочки 9 лет:

Ма0Ах0Р0Ме0

Ма1Ах1Р1Ме+

Ма3Ах3Р3Ме+

082. Для первичного гиперпаратиреоза характерно:

Снижение кальция в сыворотке крови

Повышение кальция в сыворотке крови

Повышение фосфора в сыворотке крови

Снижение фосфора, выделяемого почками

Снижение активности щелочной фосфотазы

083. Гипопаратиреоз характеризуется перечисленными признаками:

Снижение кальция в сыворотке крови

Повышение фосфора в сыворотке крови

Снижение экскреции кальция с мочой

Повышение выведения фосфора почками

Повышение кальция в сыворотке крови

084. Маркером медуллярного рака щитовидной железы является:

α-фетопротеин

Кальцитонин

СА 19-9

Паратгормон

Тиреоглобулин

085. Симптомы задержки полового развития у девочек:

отсутствие развития молочных желез в 12-13 лет

отсутствие менструаций в 15-16 лет

низкорослость

гирсутизм

086. Какие исследования необходимо провести при диагностике задержки полового развития:

УЗИ гениталий

рентгенографию черепа

ЭЭГ

исследование гормонального профиля

определение кальция крови

пробу Зимницкого

087.В половой формуле у мальчиков символ «L» означает:

отчётливое выпячивание щитовидного хряща (кадык)

оволосение в подмышечной и паховой области, изменение голоса

мутацию (ломку) голоса

оволосение на лице

088. Гормональное обследование при гипогонадизме у мальчиков включает определение:

ЛГ и ФСГ

Тестостерона

Эстрадиола

Пролактина

ТТГ

Инсулина

089. Клиническими проявлениями синдрома Клайнфельтера являются:

Недоразвитость половых органов

Гинекомастия

Бесплодие

Высокорослость

Низкорослость

Пропорциональное телосложение

090. Какие электролитные нарушения характерны для сольтеряющей формы врожденной дисфункции коры надпочечников:

Гиперкалиемия

Высокий заостренный зубец Т на ЭКГ

Гипонатриемия

Низкий уплощенный зубец Т на ЭКГ

091. Для синдрома Лоренса-Муна-Барде-Бидля характерно:

Ожирение и гипогонадизм

Ожирение и умственная отсталость

Гипопаратиреоз

Нефропатия

092. О прежедвременном половом развитии будет свидетельствовать наличие вторичных половых признаков у девочек в возрасте:

До 10 лет

До 6 лет

До 8 лет

093. О преждевременном половом развитии будет свидетельствовать наличие вторичных половых признаков у мальчиков в возрасте:

До 11 лет

До 7 лет

До 9 лет

094. Информативные тесты для диагностики неклассической формы врожденной дисфункции коры надпочечников:

Уровень 17-КС в моче

Уровень 17-ОН-прогестерона

Базальный уровень кортизола

Проба с синактеном

095. Клинические симптомы истинного изосексуального преждевременного полового созревания у девочек:

Появление спонтанного роста грудных желез

Появление лобкового оволосения по женскому типу

Появление спонтанных менструаций

Высокий конечный рост

096. Терапия сольтеряющей формы врожденной дисфункции коры надпочечников включает:

Применение глюкокортикоидов

Применение минералокортикоидов

Применение спиронолактона

Регидратацию

Симптоматическую терапию

097. Клинические симптомы при сольтеряющей форме врожденной дисфункции коры надпочечников у девочек:

Гермафродитное строение наружных половых органов

Синдром потери соли

Мышечная гипотония

Артериальная гипертензия

Гиперпигментация кожи и слизистых оболочек

098. Какие электролитные нарушения характерны для сольтеряющей формы врожденной дисфункции коры надпочечников:

Все варианты верны

Гиперкалиемия

Высокий заостренный зубец Т на ЭКГ

Гипонатриемия

099. Развитию изосексуальных вторичных половых признаков у больных с ложным женским гермафродитизмом (при надпочечниковой форме) способствует:

Адекватная глюкокортикоидная терапия

Вторичные половые признаки развиваются спонтанно

Терапия эстрогенами

Сочетанная терапия глюкокортикоидами и половыми стероидами

Терапия андрогенами

100. Сопровождающие симптомы феминизирующей опухоли коры надпочечников у девочек:

Задержка роста

Преждевременное созревание скелета

Ускорение роста

Увеличение молочных желез

101. Для синдрома Лоренса-Муна-Барде-Бидля характерно:

Ожирение и гипогонадизм

Ожирение и умственная отсталость

Гипопаратиреоз

Нефропатия

102. В каких случаях больным истинным гермафродитизмом можно рекомендовать женский паспортный пол:

При достаточном развитии овариальной ткани

При возможности удаления тестикулярной ткани

При наличии женского фенотипа

С учетом пожелания пациента или его представителей

С учетом развития внутренних половых органов

103. Тактика лечения гонадотропинзависимого преждевременного полового развития:

Оперативный метод применяется нечасто, только в случаях наличия грубой неврологической симптоматики

Консервативный метод лечения

Только оперативный метод лечения

104. Информативные тесты для диагностики неклассической формы врожденной дисфункции коры надпочечников:

Уровень 17-КС в моче

Уровень 17-ОН-прогестерона

Базальный уровень кортизола

Проба с синактеном

105. Чем обусловлена большая масса тела ребенка при диабетической фетопатии:

Снижением уровня плацентарного лактогена

Гиперинсулинизмом плода

Снижением уровня АКТГ

Избыточным количеством глюкозы, проникающим через плацентарный барьер

Снижением липогенеза

106. Что из перечисленного может выявляться при ультразвуковом исследовании и компьютерной томографии малого таза у больных с чистой дисгенезией яичек:

Отсутствие гонад

Соединительнотканные тяжи на месте гонад

Поликистозные гонады

Нормальные гонады

Асимметрично увеличенные гонады

107. Поражение яичников в препубертатном возрасте способствует:

Бесплодию

Отсутствию вторичных половых признаков

Отсутствию оволосения на лобке

Формированию евнухоидных пропорций тела

Слабому развитию вторичных половых признаков

108. Какие особенности клинических проявлений болезни Иценко-Кушинга характерны для детского возраста:

Задержка роста

Снижение артериального давления

Задержка полового развития

Преждевременное появление полового оволосения

109. Проявления сольтеряющей формы врожденной дисфункции коры надпочечников у новорожденных:

Резко выраженные симптомы вирилизации, особенно у новорожденных женского пола

Пигментация кожи

Снижение массы тела

Отсутствие обезвоживания организма

Развитие острой недостаточности коры надпочечников на 5-10-й день после рождения

110. Проявления вирильной формы врожденной дисфункции коры надпочечников у мальчиков после рождения:

Повышенная масса тела

Раннее появление вторичных половых признаков

Хорошее развитие мускулатуры

Увеличение размеров полового члена

111. Несахарный диабет у маленьких детей проявляется:

Полидипсия

Никтурия

Анурия

Гипогликемия

112. Что характерно для врожденной дисфункции коры надпочечников:

Повышение уровня 17-ОН-прогестерона в крови

Нормальное содержание в плазме АКТГ

Повышение уровня АКТГ в крови

Гиперплазия обоих надпочечников

113. Поражение тестикул на ранних этапах эмбриогенеза может быть причиной:

Гермафродитизма

Анорхизма

Тяжелого гипогонадизма

Дисфункции коры надпочечников

Преждевременного полового созревания

114. Когда начинается лечение эстрогенами при синдроме Шерешевского-Тернера:

С препубертатного возраста

В пубертатном возрасте

С постпубертатного возраста

Не проводится

115. Патогномоничные симптомы гипотиреоза у грудных детей:

Затянувшаяся желтуха

Анемия

Запоры

Отеки

Пупочная грыжа

116. Клинические симптомы истинного изосексуального преждевременного полового созревания у девочек:

Появление спонтанного роста грудных желез

Появление лобкового оволосения по женскому типу

Появление спонтанных менструаций

Высокий конечный рост

117. Что характерно для синдрома Шерешевского - Тернера:

Гирсутизм

Гипогонадизм

Низкий рост

Опережение костного возраста

Соматические нарушения

Нормальные данные ультразвукового исследования гонад

118. Для синдрома Прадера-Вилли характерно:

Ожирение

Гипогонадизм

Умственная отсталость

Отсутствие аппетита

Чрезмерная физическая активность

119. К патогенетической терапии диффузного токсического зоба относится \_\_\_\_\_\_\_\_\_ терапия:

тиреостатическая

заместительная

противовоспалительная

противосудорожная

120. Лекарственным препаратом для лечения хронической надпочечниковой недостаточности является:

кортинефф

верошпирон

инсулин

андрокур

121. Методы обследования больного с анорхизмом:

УЗИ органов малого таза

Определение уровня тестостерона

Исследование полового хроматина и кариотипа

Определение гормона роста

122. Что является диагностическим значимым при подозрении на стертую форму врожденной дисфункции коры надпочечников при недостаточности 21-гидроксилазы:

УЗИ матки и яичников

Гормональное обследование

АКТГ-тест (проба с синактеном)

Проба с дексаметазоном

123. Что характерно для истинного преждевременного полового созревания у мальчика:

Увеличение наружных половых органов

Увеличение уровня гонадотропных гормонов

Появление вторичных половых признаков

Увеличение уровня тестостерона в плазме

Соответствие костного возраста паспортному

124. Какие состояния из перечисленных могут быть связаны с поражением эпифиза:

Преждевременное половое созревание

Несахарный диабет

Болезнь Иценко-Кушинга

Гипотиреоз

Болезнь Аддисона

125. Особенности течения токсического зоба у детей:

Частое нарушение сердечного ритма

Выраженное увеличение щитовидной железы

Низкая частота узловых форм

Редкое загрудинное положение щитовидной железы

Ускорение роста и процессов окостенения

Стертая клиническая картина

126. Детям с диффузным токсическим зобом противопоказаны:

Физические перегрузки

Психо-эмоциональные перегрузки

Инсоляция

Рентгенологические исследования

127. Какие методы необходимо использовать с целью диагностики преждевременного полового созревания:

Исследование уровня эстрогенов и тестостерона в плазме крови

УЗИ надпочечников

УЗИ яичников

Исследование уровня гонадотропинов

Сцинтиграфия щитовидной железы

Определение полового хроматина

128. Чем характеризуется преждевременное половое созревание, обусловленное патологией шишковидного тела:

Выраженной неврологической симптоматикой

Истинным изосексуальным типом полового развития

Повышением уровня андрогенов надпочечникового происхождения

Преждевременным половым и физическим развитием

129. Достоверный метод диагностики синдрома Шерешевского-Тернера:

УЗИ гонад

Определение костного возраста

Определение полового хроматина

Определение кариотипа

Определение тестостерона и эстрогенов в плазме

130. Препаратом выбора в консервативной терапии истинного преждевременного полового развития является:

эстрогены

андрогены

трипторелин

кломифен

синактен

131. Особенности физического и полового развития при врожденной дисфункции коры надпочечников у мальчиков:

Все варианты верны

Хорошее развитие мускулатуры

Преждевременное созревание скелета

Преждевременное половое созревание

132. Проявлениями синдрома Шерешевского-Тернера являются:

Отсутстве гонад

Замещение гонад соединительнотканными тяжами

Гипоплазия матки

Пороки развития внутренних органов

Окклюзия почечных артерий

133. Оптимальный срок удаления клитора у больных с ложным женским гермафродитизмом:

1-й год жизни

При рождении

2-4-й год жизни

Пубертатный период

Удаление клитора нецелесообразно

134. На основании каких признаков устанавливается диагноз синдрома Шерешевского-Тернера:

Кариотипа 47-XXY

Отсутствия полового хроматина

Короткой шеи с крыловидными кожными складками

Низкого положения ушных раковин, низкорослости

Кариотипа 45-Х0

135. Симптомы, характерные для преждевременного полового созревания:

Опережение костного возраста

Отставание костного возраста

Появление вторичных половых признаков у мальчиков до 9 лет, у девочек до 8 лет

Появление вторичных половых признаков у мальчиков до 10-11 лет, у девочек до 9 лет

Хорошее развитие мускулатуры

Кушингоидный внешний вид

136. Симптомы, характерные для задержки полового созревания:

Опережение костного возраста

Отставание костного возраста

Отсутствие появления вторичных половых признаков у мальчиков до 12 лет, у девочек до 11 лет

Отсутствие появления вторичных половых признаков у мальчиков до 14 лет, у девочек до 13 лет

Хорошее развитие мускулатуры

Кушингоидный внешний вид

137. Чем характеризуется ложное преждевременное половое созревание у девочек:

Высокий уровень гонадотропинов

Увеличение уровня тестостерона

Появление вторичных половых признаков до возраста пубертата

Увеличение уровня эстрогенов

138. Поражение какой хромосомы приводит к развитию синдрома Дауна:

22.

20.

21.

30.

32.

139. Что характерно для эстрогенпродуцирующей опухоли яичников у девочек:

Гинекомастия

Гирсутизм

Стрии

Ожирение

Раннее половое созревание

140. Какие генетические синдромы приводят к низкорослости:

Синдром Шерешевского-Тернера

Синдром Марфана

Синдром Секкеля

Синдром Карни

Синдром Рассела-Сильвера

Синдром Сотоса

141. Клинические проявления болезни Иценко-Кушинга в детском возрасте:

Матронизм

Задержка роста

Задержка полового развития

Задержка дифференцировки скелета

Ускорение роста

142. Клинические симптомы при гипоталамическом синдроме пубертатного периода:

Замедление полового развития

Стрии на коже

Ускорение полового развития

Ожирение

Истощение

143. Какие из представленных препаратов являются гормоном роста:

Нордитропин

Растан

Соматорен

Хуматроп

Омнитроп

144. Какие препараты используются для проведения стимуляционных проб при соматотропной недостаточности:

Аргинин

Кломифен

Бромокриптин

Инсулин

Клофелин

145. Что характерно для андростеромы у детей:

Ускоренный рост с опережением костного возраста

Маскулинизация фигуры, барифония

Гирсутизм, гипертрофия клитора у девочек, гипергенитализм у мальчиков

Аcnae vulgaris

Высокий конечный рост

146. Особенность эндемического зоба у детей и подростков:

Клиника гипотиреоза

Сочетание зоба с эндокринной офтальмопатией

Узловые формы зоба

Преобладание диффузного увеличения щитовидной железы

147. Характерные симптомы у детей с врожденным первичным гипотиреозом:

запоры

вялость

пупочная грыжа

брадикардия

крипторхизм

148. Что подразумевается под термином «рука праведника» у подростков, больных сахарным диабетом 1 типа:

диабетическая нейропатия

диабетическая хайропатия

участки липодистрофий в области ладоней

149. Возможные побочные эффекты при применении рекомбинантного гормона роста:

отеки

развитие аутоиммунного тиреоидита

препубертатная гинекомастия

преждевременное половое развитие

внутричерепная гипертензия

150. Критерии диагностики соматотропной недостаточности:

рост менее – 2,0 SDS для хронологического возраста и пола, при пропорциональном телосложении

задержка костного возраста на 1 год

пик выброса СТГ > 10 нг/мл при проведении стимуляционной пробы

пик выброса СТГ < 10 нг/мл при проведении стимуляционной пробы

151. Социально-приемлемый конечный рост:

девочки 150-155 см, мальчики 160-165 см

девочки 155-160 см, мальчики 165-170 см

девочки 160-165 см, мальчики 170-175 см

девочки 165-170 см, мальчики 175-180 см

152. Критерии для прекращения терапии гормоном роста:

достижение скорости роста менее 1 см/год на фоне лечения

достижение скорости роста менее 2 см/год на фоне лечения

достижение костного возраста 14-15 лет у девочек и 16-17 лет у мальчиков

достижение костного возраста 16-17 лет у девочек и 17-18 лет у мальчиков

достижение социально-приемлемого роста

153. Возможные причины приобретенного дефицита соматотропного гормона:

опухоли гипоталамуса и гипофиза

нейроинфекции

черепно-мозговая травма

аневризма сосудов гипофиза

облучение головы и шеи

инфильтративные болезни (гистиоцитоз, саркаидоз) с поражением гипофиза или гипоталамуса

154. Характерные симптомы недостаточной дозы инсулина при сахарном диабете у детей:

сниженная масса тела

нормальные темпы роста

ухудшение показателей углеводного обмена при интеркуррентных заболеваниях

высокий гликированный гемоглобин

частые гипогликемии

155. Причины «феномена утренней зари» при сахарном диабете 1 типа:

передозировка вечернего продленного инсулина

выброс контринсулярных гормонов в ранние утренние часы

физическая нагрузка в дневные/вечерние часы

недостаточная доза вечернего продленного инсулина

156. Наиболее часто встречающееся ферментативное нарушение стероидогенеза в популяции:

врожденная липоидная гиперплазия надпочечников

дефицит 3ß-гидроксистероиддегидрогеназы

дефицит 17α-гидроксилазы

дефицит 21-гидроксилазы

дефицит 11ß-гидроксилазы

157. Признаки неклассической формы врожденной дисфункции коры надпочечников у девочек:

симптомы постнатальной вирилизации

преждевременное адренархе

гирсутизм

задержка костного созревания

158. Наиболее частая причина врожденного нарушения гормоногенеза в щитовидной железе:

снижение чувствительности к ТТГ

нарушение транспорта йодидов

нарушение органификации йода

нарушение синтеза или транспорта тиреоглобулина

нарушение дейодирования тирозинов

159. Обязательными диагностическими критериями аутоиммунного тиреоидита у детей и подростков следует считать совокупное наличие следующих признаков:

снижение функции щитовидной железы

увеличение объёма щитовидной железы более 97 перцентили нормативных значений

наличие антител к тиреоидной пероксидазе в высоких титрах

наличие антител к тиреоглобулину в высоких титрах

наличие характерных ультразвуковых изменений структуры щитовидной железы

160. Показания для назначения терапии левотироксином у детей с аутоиммунным тиреоидитом:

повышенная тиреоидная функция

явное снижение тиреоидной функции (повышение ТТГ и снижение сТ4)

субклинический гипотиреозе (нормальный сТ4 и повышенный ТТГ)

значительное увеличение объёма щитовидной железы при нормальной функции щитовидной железы

161. Какие данные больше свидетельствуют о подостром тиреоидите у ребенка:

связь с предшествующей бактериальной инфекцией

связь с предшествующей вирусной инфекцией

высокая температура тела

в ОАК – количество лейкоцитов нормальное, СОЭ значительно повышена

функция щитовидной железы не нарушена

162. Какие препараты могут применяться при лечении подострого тиреоидита у детей:

антибиотики

нестероидные противовоспалительные средства

левотироксин

тиреостатики

глюкокортикостероиды

ß-адреноблокаторы

163. Эндокринные железы:

имеют массу очень мелких выделительных протоков

обладают высокой степенью кровоснабжения

выделяют в кровь гормоны

не имеют выделительных протоков

все развиваются из мезодермы

164. Диэнцефальный синдром развивается при поражении:

среднего мозга

промежуточного мозга

конечного мозга

ствола головного мозга

165. Ацидофильные эндокриноцнты аденогипофиза синтезируют:

соматотропин (СТГ)

фоллитропин (ФСГ)

лютропин (ЛГ)

пролактин

вазопрессин

166. Нейросекреторные клетки крупноклеточных ядер гипоталамуса синтезируют:

пролактин

соматотропин (СТГ)

вазопрессин

тиреотропин

окситоцин

167. Повышенная функциональная активность щитовидной железы характеризуется:

увеличением объема фолликулов

увеличением высоты фолликулярных тиреоцитов

уменьшением высоты фолликулярных тиреоцитов

разжижением интрафолликулярного коллоида

уплотнением интрафолликулярного коллоида

168. Для врождённого первичного гипотиреоза наиболее характерным признаком является:

задержка психомоторного развития

длительно существующая желтуха новорожденных

сухость кожи

диарея

169. Левотироксин натрия при врождённом гипотириозе назначается доношенным детям \_\_\_\_\_\_ мкг/кг/сут.:

10,0-15,0.

15,0-20,0.

25,0-30,0.

30,0-50,0.

170. Костная ткань детей раннего возраста по сравнению со взрослыми:

менее плотная, более гибкая, склонна к деформациям

более плотная, менее гибкая, не склонна к деформациям

менее плотная, менее гибкая, не склонна к деформациям

более плотная, более гибкая, не склонна к деформациям

171. Исследование уровня свободного трийодтиронина наиболее оправдано при:

Подозрении на субклинический гипотиреоз

Для определения тяжести тиреотоксикоза

Обнаружении сниженного уровня ТТГ и нормального Т4.

В любом случае при исследовании функционального состояния щитовидной железы

172. Повторное контрольное обследование ребенка реконвалесцента вирусного гепатита А после выписки из стационара проводят спустя \_\_ месяцев:

6.

9.

3.

12.

173. Закаливание водой ребенка первого полугодия следует проводить в диапазоне температур:

36-28 °С

34-28 °С

38-25 °С

36-24 °С

174. Длительность профилактического оздоровительного массажа является неотъемлемой частью воспитания здорового ребенка в течение \_\_\_\_ месяцев:

18.

6.

10.

12.

175. Какая стадия сосудодвигательной реакции является нежелательной в процессе закаливания?

паретическое состояние сосудов

вазодилятация

вазоконстрикция

игра «вазомоторов»

176. К какой группе по закаливанию относится здоровый новорожденный при назначении ему специальных мероприятий?

II.

I.

III.

IV.

177. Маловероятный метод вторичной профилактики табакокурения подростков:

консультация психолога

групповые тренинги

иглорефлексотерапия

обучение методам релаксации

178. Уровень резистентности ребенка в возрасте 2,5 лет, перенесшего за последний год 6 острых заболеваний следует определять:

высокий

низкий

средний

очень низкий

179. Период новорожденности у недоношенного ребенка может составлять \_\_\_ месяцев:

3.

4.

более 4.

1,5 -2.

180. Среднемесячные прибавки массы тела детей с IV степенью недоношенности в течение первого полугодия жизни составляют\_\_\_\_ граммов:

600.

700.

800.

900.

181. Психомоторное развитие при II степени недоношенности отстает на \_\_\_\_ месяцев:

1-1, 5.

3.

4.

6.

182. Характерна динамика НПР детей с I степенью недоношенности к:

концу 1- го года жизни не догоняют своих сверстников

концу 1- го года жизни догоняют своих сверстников

к 2 - м годам догоняют своих сверстников глубоконедоношенные

к 2 - м годам жизни не догоняют своих сверстников

183. Правила наблюдения недоношенных на педиатрическом участке:

первое посещение в первый день после выписки

на первом месяце педиатр посещает 1 – 2 раза в неделю

в возрасте до 6 мес. – 1 раз в 2 недели

в возрасте до 3– 4 месяцев, в период эпидемии осмотр только на дому

184. Частота осмотра невропатологом недоношенного с массой тела менее 1500г. на первом году жизни:

дополнительно на дому по показаниям

ежемесячно до 6 месяцев

ежеквартально с 6 до 12 месяцев

по индивидуальному графику

185. Первый патронаж к здоровому новорожденному после выписки из родильного дома должен быть выполнен не позднее \_\_\_ дней:

5.

7.

10.

3.

186. Первый патронаж к новорожденному из группы риска после выписки из родильного дома должен быть выполнен не позднее \_\_\_ дней:

1.

3.

5.

7.

187. Элементы закаливания после купания недоношенным проводят с возраста \_\_\_ месяцев:

3.

9.

6.

12.

188. Какие документы, оформленные участковым врачом, являются специфичными в очаге кори?

экстренное извещение об инфекционном заболевании

лист учета работы в очаге инфекционного заболевания

журнал регистрации инфекционного заболевания

справка об инфекционных контактах

189. Когда выполняется первый дородовый патронаж?

после поступления сведений о беременной из женской консультации

приобращения будущей матери в детскую поликлинику

начале дородового отпуска

по мере обращения будущей матери в женскую консультацию

190. Первый клинический анализ крови и мочи здоровому ребенку выполняют в \_\_\_ месяцев:

3.

6.

9.

12.

191. Кто осуществляет первый дородовый патронаж?

патронажная сестра совместно с врачом

участковый врач

заведующий отделением поликлиники

патронажная сестра

192. Посещение больного ребенка грудного возраста осуществляются участковым педиатром:

ежедневно

через день

один раз в три дня

еженедельно

193. Оценка полового развития при проведении профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего должна быть проведена впервые с \_\_\_\_ лет:

11

12

10

13

194. Наименее вероятный фактор, приводящий к школьной дезадаптации:

нарушение формирования школьных навыков

нарушения мелкой моторики кисти

неумение читать и писать до школы

несформированность вербального мышления

195. Типичные формы и средства санитарно – просветительной работы исключают:

индивидуальные и групповые беседы

программу реабилитации ребенка

школы родителей

встречи врачей с населением

196. Малоэффективная мера вторичной профилактики сахарного диабета II типа у подростков:

назначение йодомарина

предупреждение вирусных инфекций

предупреждение поздних осложнений сахарного диабета

соблюдение низкокалорийной диеты

197. При наблюдении ребенка, перенесшего гипоксию в позднем восстановительном периоде, менее вероятно направление к врачу-специалисту:

эндокринологу

хирургу

невропатологом

офтальмологом

198. Ребенку с синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости маловероятно проведение следующего обследования в детской поликлинике:

нейросонография

электроэнцефалография

исследование глазного дна

компьютерная томография головного мозга

199. При первом посещении поликлиники родителей с грудным ребенком наименее вероятна консультация врача-специалиста?

стоматолога

окулиста

невропатолога

хирурга-ортопеда

200. Последовательность проведения массажа грудному ребенку:

поглаживания и растирания

разминания

поколачивания

вибрации

201. При наблюдении ребенка, перенесшего гипоксию в позднем восстановительном периоде, менее вероятно направление к врачу-специалисту:

хирургу

невропатологом

эндокринологу

офтальмологом

202. Больной ОРЗ ребенок младше 3-х месяцев должен быть госпитализирован?

обязательно

не обязательно

только по тяжести состояния

в зависимости от наличия осложнений

203. Наименее вероятный тип профилактического осмотра несовершеннолетних в соответствии с порядком:

профилактический

декретированный

предварительный

периодический

204. Когда проводится обязательный предварительный медицинский осмотр ребенка?

подготовка к поступлению в ДОУ

постановка на диспансерный учет

снятие с диспансерного учета

динамическое наблюдение за состоянием здоровья учащихся

205. При проведении профилактических осмотров детей в современных условиях исключено:

обязательный осмотр неорганизованных детей 2 раза в год

строгая регламентированность сроков проведения

строгая регламентированность объемов проведения

обязательное наличие информированного добровольного согласия законных представителей ребенка

206. Данные о прохождении профилактического осмотра в центре здоровья вносятся в медицинскую документацию:

карту профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего

паспорт здоровья

медицинскую карту образовательного учреждения

карту диспансеризации

207. Перечень исследований профилактического осмотра детей 12 месяцев исключает:

аудиологический скрининг

ОАК и ОАМ

ЭКГ

исследование уровня глюкозы в крови

208. Перечень исследований предварительного медицинского осмотра при поступлении в дошкольное образовательное учреждение исключает:

УЗИ репродуктивной системы

ОАК

ОАМ

анализ кала на яйца глистов

209. Малоинформативно использование для оценки нервно-психического развития детей дошкольного возраста:

мышления и речи

теста Керна-Иерасека

внимания и памяти

моторного развития

210. Для оценки нервно-психического развития в школьном возрасте при профилактическом осмотре наименее вероятно:

выявление невротических расстройств

эмоционально-вегетативная сфера

психомоторная сфера и поведение

интеллектуальное развитие

211. Обязательные показатели оценки поведения ребенка исключают:

засыпание и сон

аппетит и пищевое поведение

отрицательные привычки

невнимательность и импульсивность

212. Всем детям старше 10 лет наряду с антропометрической оценкой следует определять:

индекс массы тела

степень развития половых признаков

окружность талии

площадь поверхности тела

213. Эффективный метод профилактики инвалидности детей:

абилитация

диспансеризация

реаблитация

вакцинация

214. Больничный лист по уходу за ребенком выдается лечащим врачом:

только одному из родителей ребенка или опекуну

любому лицу, осуществляющему уход за ребенком

любому члену семьи, осуществляющему уход

только матери ребенка

215. При одновременном заболевании двух и более детей в семье по уходу выдается больничный лист:

на одного ребенка

один на всех детей

на каждого ребенка

на ребенка старше 3 лет

216. Больничный лист по уходу за ребенком выдается:

при карантине по уходу за детьми до 7 лет

при обострении хронического заболевания

в периоде очередного или прочего отпуска

в периоде частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком

217. Запрещена выдача больничного листа по уходу за:

больным подростком старше 15 лет, получающим лечение в амбулаторно – поликлинических условиях

ребенком до 7 лет при амбулаторном лечении

детьми школьного возраста при карантине

детьми – инвалидами в местных санаториях – профилакториях

218. В основных задачах бюро МСЭ отсутствует:

экспертиза временной трудоспособности

определение стойкости функциональных нарушений

определение степени выраженности функциональных нарушений

определение уровня ограничений жизнедеятельности

219. Категория «ребенок – инвалид» исключает установление инвалидности на срок до \_\_\_ лет:

15.

1.

2.

18.

220. Медицинские меры реабилитации и абилитации исключают:

профессиональную ориентацию

восстановительную терапию

реконструктивную хирургию

протезирование

221. В медико – социальном экспертном заключении ребенка - инвалида отсутствует:

прогноз для выздоровления

развернутый клинико – функциональный диагноз

категория и степень ограничения жизнедеятельности

реабилитационный прогноз

222. При амбулаторном диспансерном наблюдении за новорожденными из групп риска до 1 года жизни исключено:

дополнительные осмотры врачами специалистами

одинаковое наблюдение всех детей

дополнительные лабораторные исследования

дополнительные инструментальные исследования

223. К IV группе здоровья новорожденных относят детей с:

врожденными пороками развития в состоянии субкомпенсации

дети с асфиксией легкой степени

хроническими заболеваниями в состоянии компенсации

не имеющие заболеваний от здоровых матерей

224. В направлении ребенка на медико - социальную экспертизу отсутствуют:

рекомендации по педагогической реабилитации

паспортные данные

развернутый клинический диагноз

признаки ограничений жизнедеятельности

225. Наименее вероятная медико - социальная проблема семьи ребенка-инвалида:

уровень образования родителей

воспитание, обучение и уход за больным ребенком

приобретение специальных медико-технических средств реабилитации

психологические особенности взаимоотношений

226. Послеконтактная профилактика ветряной оспы проводится \_\_\_\_\_\_:

не позднее первых 72 часа после контакта

не позднее первых 48 часов после контакта

не проводится

не позднее первых 96 часов после контакта

227. Для кожных высыпаний при кори является характерным \_\_\_\_\_:

одномоментность появления элементов сыпи

склонность элементов сыпи к слиянию

мелкоточеченый характер высыпания

отсутствие элементов сыпи на лице

228. При осмотре слизистой оболочки полости рта и ротоглотки больного корью можно обнаружить \_\_\_\_\_:

энантему на небе

везикулярные элементы на небных дужках

яркую гиперемию слизистой ротоглотки («пылающий зев»)

гиперемию выводного отверстия стенонова протока

229. К симптомам начального периода кори относится\_\_\_\_\_\_\_:

кашель, лихорадка и конъюнктивит

«малиновый язык»

бронхит

заложенность носа, увеличение заднешейных лимфоузлов

230. Тяжелый эксикоз с гипогликемией чаще связан с \_\_\_\_\_\_\_\_:

S. flexneri

S. boydii

S. dysenteriae

S. sonnei

231. Типичным проявлением пищевой токсикоинфекции является \_\_\_\_\_:

водянистая диарея

повышение температуры тела

повышение количества лейкоцитов в копрограмме

повторная рвота

232. Перенесенная ВЭБ-инфекция в позднем катамнезе может быть ассоциирована с \_\_\_\_\_\_:

некоторыми видами злокачественных опухолей

демиелинизирующими заболеваниями

хронической почечной недостаточностью

233. Для локализованной дифтерии ротоглотки характерным является \_\_\_:

гиперемия ротоглотки с цианотичным оттенком

повышение температуры тела более 38°С

отек подкожной клетчатки шеи

наличие системных проявлений (недомогание, головная боль)

234. Для лечения неосложненной скарлатины используют\_\_\_\_\_\_\_:

пенициллин

эритромицин

амоксициллин-клавуланат

цефиксим

235. Показанием для назначения кортикостероидных препаратов при инфекционном мононуклеозе является \_\_\_\_\_:

длительное течение заболевания

стойкая лихорадочная реакция

тяжелая тромбоцитопения

значительная спленомегалия

236. В основе лечения энтеровирусной инфекции лежат\_\_\_\_\_:

противовирусные препараты прямого действия

антибиотики

кортикостероиды

регидратация и симптоматические средства

237. В лечении бактериальной дизентерии следует избегать\_\_\_\_\_\_:

жаропонижающих препаратов

антидиарейных средств

антибиотиков из группы макролидов

антибиотикотерапии легких форм заболевания

238. План диспансерного наблюдения ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью, включает \_\_\_\_\_:

реакция Манту 1 раз в 6 месяцев

рентгенологическое исследование органов грудной клетки 1 раз в год

лабораторную идентификацию оппортунистических инфекций

биохимическое исследование крови 1 раз в 3 месяца

239. Сообщающаяся водянка оболочек яичка у ребенка младшего возраста обусловлена:

незаращением вагинального отростка брюшины

повышенным внутрибрюшным давлением

травмой пахово-мошоночной области

ангиодисплазией

240. Назовите вариант несуществующей формы эктопии яичка:

перекрестная

ягодичная

промежностная

бедренная

241. Наиболее часто болевой симптом у больных с заболеваниями почек локализуется:

по ходу прямых мышц

в надлобковой области

поясничной области

в промежности

242. Ведущим клиническим проявлением синдрома пальпируемой опухоли в проекции брюшной полости является:

наличие объемного образования в брюшной полости

напряжение мышц передней брюшной стенки

вздутый живот

рвота с примесью крови

243. Скрининговым методом исследования при подозрении на порок развития мочевыделительной системы у новорожденных является:

узи мочевыделительной системы

внутривенная урография

общий анализ крови

общий анализ мочи

244. Симптом «малинового желе» является патогномоничным признаком:

острого аппендицита

инвагинации кишечника

кишечной непроходимости

дизентерии

245. При пальпируемом кистозном образовании брюшной полости целесообразно начать обследование с:

лапароскопии

абдоминального узи

обзорной рентгенографии брюшной полости

внутривенной урографии

246. При каком заболевании не показано контрастное исследование пищевода с барием:

врожденного короткого пищевода

врожденного стеноза пищевода

атрезии пищевода

халазии кардии

ахалазии кардии

247. Энтеральное питание у ребенка 3 лет после плановой операции грыжесечения можно начать:

через 12 часов после операции

через 36 часов после операции

через 24 часа после операции

после полного пробуждения от наркоза

248. Сроки иммобилизации при переломе бедра у новорожденного составляют:

12-14 дней

7 дней

15-21 день

22-28 дней

249. В послеоперационном периоде по поводу паховой грыжи показано:

Ограничение физической нагрузки на 1 год

Массаж

Щадящий режим 2 недели

Физиотерапия

250. Какова продолжительность диспансеризации после перенесенного неосложненного острого аппендицита:

6 месяцев

1 год

2 года

1 месяц

251. В наблюдении каким узким специалистом нуждается ребенок с двусторонним крипторхизмом:

Эндокринолог

Педиатр

Невролог

Пульмонолог

252. Санаторно-курортное лечение не показано:

злокачественные новообразования различной локализации

долихосигма

состояния после коррекции пороков аноректальной области

желчнокаменная болезнь

253. Паховая грыжа у детей оперируется с возраста:

1 год

2 года

6 месяцев

5 лет

254. Первичный туберкулезный комплекс характеризуется:

наличием аффекта в легочной ткани, лимфангоитом и поражением регионарных лимфоузлов

поражением внутригрудных лимфатических узлов и наличием очагов в легочной ткани

поражением лимфоузлов, стенки прилежащего бронха и наличием очага в легочной ткани

поражением лимфоузлов, стенки прилежащего бронха, пневмоническим фокусом в легочной ткани

255. Типичным изменением при туберкулезе внутригрудных лимфоузлов в активной фазе является:

гиперплазия лимфоидной ткани

перифокальное воспаление

казеозный некроз

кальцинация

256. Основным методом выявления туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов является:

клиническая картина заболевания

рентгенотомографическое обследование

туберкулинодиагностика

флюорографическое обследование

257. Первичной формой туберкулеза органов дыхания является:

туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

туберкулёма легких

бронхолегочное поражение

инфильтративный туберкулез легких

258. Заболеваний у детей младшей возрастной группы наиболее частым осложнением диарейных является\_\_\_\_\_\_\_\_:

эксикоз

токсикоз

септические осложнения

судороги

259. На первом году жизни ребенка осуществляется регламентированной количество сестринских посещений:

10 -15.

23-25.

4-6.

более 25.

260. На какой недели гестации выполняется первый дородовый патронаж?

20 – 23.

6 – 9.

11 – 13.

30 – 32.

261. Когда выполняется второй дородовый патронаж?

на 22 неделе беременности

на первой неделе дородового отпуска

на третьей неделе дородового отпуска

проводится по показаниям

262. Аудиологический скрининг при проведении медицинских осмотров малоинформативен при проведении впервые в возрасте \_\_\_\_ месяцев:

1.

3.

12.

6.

263. Группу нервно - психического развития детей при диспансеризации определяют с возраста \_\_\_ дней:

30.

10.

45.

60.

264. Профилактика наркомании, токсикомании и алкоголизма у подростков исключает:

лекции со школьниками и их родителями

консультирование родителей в кабинете здорового ребенка

беседы со школьниками и их родителями

выпуск санитарных бюллетеней

265. Недоношенный ребенок нуждается в диспансерном наблюдении офтальмолога в связи с высокой частотой развития:

ретинопатии

нарушения рефракции

страбизма

нистагма

266. Вакцинацию против гепатита А рекомендовано начинать с возраста:

6 месяцев

1,5 лет

1 года

2 лет

267. Профилактические прививки против кори, краснухи, паротита рекомендованы детям, рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей:

после снятия диагноза ВИЧ-инфекции у ребенка

профилактические прививки не проводятся

по национальному календарю прививок РФ

после консультации в СПИД Центре

268. Тактика медицинского наблюдения реконвалесцентов ОРВИ в ДОУ исключает:

освобождение от основных уроков физического воспитания на 1-2 недели

оформление в подготовительную физкультурную группу

оформление в специальную физкультурную группу

освобождение от соревнований

269. Часто болеющие дети относятся к группе диспансерного наблюдения:

II.

I.

III.

IV.

270. Для специфической профилактики пневмоккоковой инфекции используют:

превенар

приорикс

хиберикс

инфанрикс

271. Группа диспансерного наблюдения детей с хроническими заболеваниями на педиатрическом участке составляет \_\_ % от всего количества прикрепленного населения:

15.

5.

25.

50.

272. Первый патронаж к новорожденному в детской поликлинике осуществляет:

педиатр и патронажная сестра

патронажная сестра совместно с акушеркой

патронажная сестра, в особых случаях врач

патронажная сестра

273. В паспорте врачебного участка (педиатрического) отсутствует информации о:

прикрепленном контингенте

структуре заболеваемости

вызове врача на дом

детях, находящихся в трудной жизненной ситуации

274. Из обязанностей участковой медицинской сестры исключено:

самостоятельное проведение первичного патронажа новорожденных

учет работы по установленной форме

повышение своей квалификации

санитарно – просветительная работа с населением

275. Дети, реже нуждающиеся в обязательной консультации заведующего педиатрическим отделением на дому:

все тяжелобольные дети, оставленные для лечения на дому

новорожденные групп риска

больные всех возрастов с неясными диагнозами

дети первого года жизни, оставленные для лечения на дому

276. Какой % эффективности организации лечебного процесса на педиатрическом участке оценивается по количеству снятия инвалидности от числа детей – инвалидов более?

10.

менее 10.

15.

20.

277. При установлении диагноза инфекционного заболевания или при подозрении на него участковый врач педиатр в течение 24 часов направляет учетную форму в службу санэпиднадзора:

экстренное извещение

статистический талон

справку о временной нетрудоспособности

выписку из амбулаторной карты

278. Правила проведения противоэпидемических мероприятий в очаге инфекционного заболевания исключают:

изоляцию контактных из организованных коллективов

обеспечение ранней диагностики заболеваний

экспертизу временной нетрудоспособности

участие в диспансерном наблюдении лиц, перенесших инфекционное заболевание

279. В отношении эпидемиологии энтеровирусной инфекции, является справедливым следующее утверждение \_\_\_\_\_:

непрямая передача энтеровируса всегда связана с плохими санитарными условиями

симптоматические формы энтеровирусной инфекции развиваются, преимущественно, у детей младшего возраста

энтеровирусная инфекция распространена, главным образом, в тропическом климате

передача энтеровирусов не реализуется ятрогенным путем

280. Группы риска бактериальной дизентерии в возрастном аспекте – какое утверждение является верным:

дети первых месяцев жизни являются группой риска заражения S. Dysenteriae

бактериальная дизентерия у детей первого полугодия жизни встречается редко

бактериальная дизентерия наиболее распространена среди детей школьного возраста

на территориях, эндемичных по дизентерии, чаще болеют взрослые

281. Наименее вероятная задача участкового педиатра при работе с инфекционными больными:

определение характера карантина

назначение сроков разобщения контактных детей

выявление показаний к госпитализации

проведение экстренной вакцинации

282. Для эпидемиологии цитомегаловирусной инфекции характерно \_\_\_\_:

частое заражение молодых взрослых от своих детей-дошкольников

наличие невысокой распространенности среди детей, посещающих детские сады (около 15%).

наличие наибольшего уровня первичной инфицированности среди новорожденных и детей первого года жизни

отсутствие передачи посредством фомитов

283. Неспецифическая профилактика гемофильной инфекции проводится \_\_:

детям младше 12 лет рифампицином перорально

детям младше 5 лет амоксициллином перорально

детям первого года жизни амоксициллином перорально

детям младше 16 лет мупироцином назально

284. Наивысший показатель летальности при ветряной оспе в группе\_\_\_\_\_:

дететей первого года жизни

новорожденных

пациентов с лейкозом

подростков

285. Вакцинопрофилактика кори проводится:

инактивированной вакциной

субъединичной вакциной

анатоксином

живой вакциной

286. Ребенок защищен от коклюша материнскими антителами в течении\_\_\_\_\_\_:

первых нескольких недель жизни

первых нескольких месяцев жизни

на протяжении периода грудного вскармливания

на протяжении трех лет жизни

287. Наиболее значимым источником коклюшной инфекции для ребенка первых месяцев жизни является:

родители, а также братья и сестры школьного возраста

братья и сестры дошкольного возраста, посещающие детские сады

медперсонал поликлиники

иммунокомпрометированные члены семьи

288. Больной ветряной оспой должен быть изолирован от начала заболевания до появления последних первичных морфологических элементов на \_\_\_ дней:

5.

3.

11.

7.

289. Число осмотров здоpового pебенка в течение пеpвого года жизни участковым педиатpом:

менее 12.

15.

более 30.

25.

290. Критерий снятия с диспансерного учета детей раннего возраста группы риска по развитию анемии:

нормальный уровень гемоглобина в течение 1 года

отсутствие снижения гемоглобина в течение 3 месяцев

отсутствие снижения гемоглобина в течение 6 месяцев

отсутствие снижения гемоглобина в периоде реконвалесценции ОРИ

291. Детям с патологией ЦНС без признаков прогрессирования заболевания профилактические прививки:

отсрочены на 1 месяц

не противопоказаны

не показаны

возможны на фоне медикаментозной профилактики

292. Основной документ, заполняемый участковым педиатром, при направлении ребенка в бюро МСЭ:

заявление-согласие субъекта на обработку персональных данных

заявление руководителю бюро МСЭ

карта социальной диагностики ребенка с ограниченными возможностями

направление на МСЭ

293. Для коклюша характерно, что \_\_\_\_\_\_\_:

контагиозность пациента наиболее высока в катаральной стадии инфекции

контагиозность пациента наиболее высока в стадии спазматического кашля

длительность периода контагиозности не зависит от получаемой пациентом антибиотикотерапии

бессимптомное хроническое носительство Bordetella pertussis не встречается

294. Длительность поствакцинального иммунитета к коклюшу составляет\_\_\_\_\_\_\_\_:

3-4 года

10-15 лет

5-7 лет

более 25 лет

295. В паспорте врачебного участка (педиатрического) в сведениях о детях, находящихся в трудной жизненной ситуации отсутствует информация о:

неполных семьях

группах социального риска

детях – инвалидах

оставшихся без попечения родителей

296. Кашель с репризами характерен для\_\_\_\_\_\_\_:

кори

микоплазменной пневмонии

пневмонии, вызванная Haemophilus influenzae

коклюша

297. Под термином «репризы» при кашле понимают \_\_\_\_\_\_\_:

глубокий вдох со свистящим звуком вслед за приступом кашля

затрудненный выдох во время приступа кашля

затрудненное дыхание во время приступа кашля

приступообразный характер кашля

298. Наиболее частым осложнением ветряной оспы у детей старшего возраста является\_\_\_\_\_\_:

острая мозжечковая атаксия

некротизирующий фасциит

пневмония

синдром Гийена-Барре

299. Основной симптом, беспокоящий ребенка с ветряной оспой, это \_\_\_\_:

зуд

лихорадка

отказ от пищи

боли в области сыпи

300. Патогномоничным симптомом ветряной оспы является\_\_\_\_\_\_\_:

наличие на одном участке кожи пузырьков на разных стадиях развития

этапность высыпания

наличие высыпаний на волосистой части головы

везикулезная сыпь