

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
«ДЕТСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ»
ВСЕ КАТЕГОРИИ

1. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (БОЛЕЗНЬ АДДИСОНА) НАБЛЮДАЕТСЯ:

- А) тремор рук;
- Б) судороги;
- В) повышенный аппетит;
- Г) гиперпигментация кожи;
- Д) желтушность кожи.

2. ДЛЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА НА ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ ИСПОЛЬЗУЮТ:

- А) определение уровня ТТГ, Т₃, Т₄ в плазме
- Б) определение уровня ТТГ, в плазме
- В) определение уровня ТТГ в сухом пятне крови
- Г) определение Т₄ в сухом пятне крови

3. ЗАДЕРЖКА РОСТА, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ЦЕРЕБРАЛЬНО-ГИПОФИЗАРНЫМ НАНИЗМОМ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ДИАГНОСТИРУЕТСЯ:

- А) при рождении;
- Б) на 1-м году жизни;
- В) в 2-4 года;
- Г) в пубертате

4. О ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ПОЛОВОМ СОЗРЕВАНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОЯВЛЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ У ДЕВОЧЕК МОЛОЖЕ:

- А) 8 лет;
- Б) 9 лет;
- В) 10 лет;
- Г) 13 лет

5. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ УРОВЕНЬ ТТГ В КРОВИ:

- А) повышен
- Б) снижен
- В) не изменен

6. ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ У ДЕТЕЙ ЗАДЕРЖАНО ПРИ ОТСУТСТВИИ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ:

- А) у девочек – в 14 лет; у мальчиков – в 16 лет
- Б) у девочек – в 13 лет; у мальчиков – в 14 лет
- В) у девочек – в 14-15 лет; у мальчиков – в 12-13 лет

7. ПРИ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ В ТЕЧЕНИЕ СУТОК НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ:

- А) 5 ммоль\л
- Б) 8 ммоль\л

В) 15 ммоль\л

8. О НЕДОСТАТОЧНОСТИ ФУНКЦИИ ПОЛОВЫХ ЖЕЛЕЗ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОТСУТСТВИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ У МАЛЬЧИКОВ СТАРШЕ:

- А) 11 лет;
- Б) 13 лет;
- В) 14 лет

9. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ИЗБЫТОЧНОГО ПОДКОЖНО-ЖИРОВОГО СЛОЯ ПРИ ПРОСТОМ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ:

- А) в области груди
- Б) на лице
- В) равномерное распределение
- Г) в области живота
- Д) на конечностях

10. НОРМАЛЬНЫЙ ТИП ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА:

- А) гликемия натощак $> 5,6$ ммоль\л, но $< 6,1$ ммоль\л; через 2 часа после нагрузки глюкозой гликемия $< 7,8$ ммоль\л
- Б) гликемия натощак $< 5,5$ ммоль\л, через 2 часа после нагрузки глюкозой $< 7,8$ ммоль\л
- В) гликемия натощак $> 6,1$ ммоль\л, через 2 часа после нагрузки глюкозой $> 11,1$ ммоль\л

11. НАСТУПЛЕНИЕ ПЕРИОДА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ У МАЛЬЧИКОВ НАЧИНАЕТСЯ С:

- А) увеличения полового члена в длину;
- Б) увеличения яичек;
- В) мутации голоса;
- Г) появления начального оволосения на лобке и аксиллярной области

12. О ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ПОЛОВОМ СОЗРЕВАНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОЯВЛЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ У МАЛЬЧИКОВ МОЛОЖЕ:

- А) 8 лет;
- Б) 9 лет;
- В) 10 лет;
- Г) 13 лет

13. КАРИОТИП ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА:

- А) 45X0
- Б) 46 XX
- В) 46XY
- Г) 47XXY

14. ИНСУЛИН КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ НАЧИНАЕТ СНИЖАТЬ ГЛЮКОЗУ КРОВИ ЧЕРЕЗ:

- А) 1 час
- Б) 2,5 часа
- В) 30 минут

15. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) избыток инсулина
- Б) избыток глюкагона
- В) дефицит инсулина
- Г) дефицит глюкагона

16. ПРИ НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ НАГРУЗКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТАНДАРТНОГО ГЛЮКОЗО-ТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ:

- А) менее 8 ммоль/л
- Б) более 11 ммоль/л
- В) 8-11 ммоль/л

17. ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ПРИ НЕ ЛЕЧЕННОМ ВРОЖДЕННОМ ГИПОТИРЕОЗЕ:

- А) замедляется
- Б) не изменяется
- В) ускоряется

18. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ:

- А) мерказолил
- Б) супрастин
- В) тироксин
- Г) ноотропные препараты

19. ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ТИРОКСИНОМ ПРИ НЕОНАТАЛЬНОМ СКРИНИНГЕ НА ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ НАЗНАЧАЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ ТТГ:

- А) до 20 мкЕ/мл
- Б) 20-50 мкЕ/мл
- В) 50-100 мкЕ/мл
- Г) более 100 мкЕ/мл

20. У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ОТМЕЧАЕТСЯ:

- А) ускорение костного возраста по отношению к паспортному
- Б) отставание костного возраста по отношению к паспортному
- В) костный возраст соответствует паспортному

21. ДЛЯ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ХАРАКТЕРНЫ:

- А) гипонатриемия и гиперкалиемия
- Б) гипернатриемия и гипокалиемия
- В) гипонатриемия и гиперхлоремия
- Г) гиперкалиемия и гиперхлоремия
- Д) гиперхлоремия и снижение щелочных резервов крови

22. НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ОСНОВАН НА ОПРЕДЕЛЕНИИ:

- А) лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов;
- Б) 17-гидроксипрогестерона;
- в) инсулина, С-пептида;
- г) тиреотропного гормона, тироксина.

23. ПОЛОВОЕ СОЗРЕВАНИЕ У МАЛЬЧИКОВ НАЧИНАЕТСЯ С:

- А) увеличения полового члена в длину
- Б) пигментации мошонки
- В) увеличения яичек
- Г) мутации голоса
- Д) появления оволосения на лобке и аксиллярной области

24. ПОЛОВОЕ СОЗРЕВАНИЕ У ДЕВОЧЕК НАЧИНАЕТСЯ С:

- А) появления оволосения на лобке
- Б) появления оволосения в аксиллярной области
- В) роста молочных желез
- Г) появления менструального цикла

25. У РЕБЕНКА С ГИГАНТИЗМОМ ПОКАЗАТЕЛЬ РОСТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ВЫШЕ

- А) 75-й перцентили
- Б) 90-й перцентили
- В) 95-й перцентили

26. ДЛЯ БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ХАРАКТЕРНО:

- А) жажда;
- Б) полиурия;
- В) экзофтальм;
- Г) расчесы на коже;
- Д) сухость кожи.

27. ПРИ ВРОЖДЕННОМ НЕ ЛЕЧЕННОМ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- А) полиурия;
- Б) пастозность тканей;
- В) задержка физического и статико-моторного развития;
- Г) сухость кожи;
- Д) грубый голос.

28. КЛАССИЧЕСКИЕ ЭНДОКРИННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ:

- А) щитовидная железа
- Б) жировая ткань
- В) гипофиз
- Г) печень
- Д) паращитовидная железа
- Е) гонады

29. ГОРМОНЫ, КОТОРЫЕ РЕГУЛИРУЮТ УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН:

- А) инсулин
- Б) гормон роста
- В) глюкокортикоиды
- Г) тироксин
- Д) альдостерон
- Е) адреналин

30. ПРИЧИНЫ СИНДРОМА ГИПЕРГЛИКЕМИИ:

- А) голодание
- Б) физические нагрузки
- В) снижение секреции инсулина
- Г) гликогенозы
- Д) избыток контринсулярных гормонов

31. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ УРОВЕНЬ КОРИЗОЛА В КРОВИ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЯТЬ:

- А) перед завтраком
- Б) в 6.00 -7.00
- В) ночью
- Г) в 8.00 и 17.00
- Д) с помощью стимуляционных проб

32. ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО:

- А) сниженный уровень кортизола в плазме;
- Б) повышенный уровень кортизола в плазме;
- В) повышенный уровень АКТГ;
- Г) сниженный уровень АКТГ.

33. ПРИЧИНЫ СИНДРОМА ГИПОГЛИКЕМИИ:

- А) голодание
- Б) физические нагрузки
- В) снижение секреции инсулина
- Г) гликогенозы
- Д) избыток контринсулярных гормонов

34. ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ХАРАКТЕРНО

- А) тяжелое течение
- Б) возраст дебюта старше 40 лет
- В) инсулинорезистентность
- Г) наличие кетоацидоза
- Д) ожирение

35. ДИАГНОЗ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ДАННЫМИ:

- А) снижение удельной плотности мочи < 1010;
- Б) снижение удельной плотности мочи < 1005;

- В) глюкозурия;
- Г) гипонатриемия

36. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С:

- А) вегето-сосудистой дистонией;
- Б) миокардитом;
- В) гастродуоденитом;
- Г) гипертонической болезнью;
- Д) сахарным диабетом

37. К ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТСЯ:

- А) гипогликемическая кома;
- Б) нефропатия
- В) катаракта
- Г) полинейропатия
- Д) лактацидотическая кома;
- Е) кетоацидоз;
- Ж) гиперосмолярная кома

38. ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ХАРАКТЕРНО

- А) тяжелое течение
- Б) возраст дебюта старше 40 лет
- В) инсулинорезистентность
- Г) наличие кетоацидоза
- Д) ожирение

39. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА:

- А) диетотерапия
- Б) таблетированные сахароснижающие препараты
- В) препараты инсулина
- Г) самоконтроль
- Д) физические нагрузки

40. САМОКОНТРОЛЬ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВКЛЮЧАЕТ:

- А) умение самостоятельно определить с помощью средств самоконтроля уровень сахара в крови
- Б) умение самостоятельно оценить полученные результаты
- В) умение самостоятельно изменить дозу инсулина
- Г) умение самостоятельно сменить препарат инсулина

41. ДЛЯ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ХАРАКТЕРНЫ:

- А) полиурия
- Б) астенизация
- В) похудание
- Г) полидипсия
- Д) потливость

42. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- А) Снижение продукции глюкокортикостероидов
- Б) повышение продукции глюкокортикостероидов
- В) снижение продукции минералокортикоидов
- Г) повышение продукции минералокортикоидов
- Д) снижение продукции адреналина и норадреналина

43. ДЛЯ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ХАРАКТЕРНО:

- А) вялость;
- Б) мышечная гипотония;
- В) жидкий стул;
- Г) рвота
- Д) артериальная гипертензия

44. ПРИ ВРОЖДЕННОМ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- А) гиперхолестеринемия;
- Б) задержка дифференцировки костей скелета;
- В) нарушение минерализации костной ткани;
- Г) полиурии;
- Д) брадикардия.

45. ДИАГНОЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У РЕБЕНКА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ:

- А) гипербилирубинемии;
- Б) гипергликемии;
- В) глюкозурии;
- Г) ацетона в моче/крови;
- Д) полиурии.

46. ДЛЯ СИНДРОМА КЛЯЙНФЕЛЬТЕРА ХАРАКТЕРНО:

- А) задержка роста;
- Б) высокорослость;
- В) евнухоидные пропорции тела;
- Г) гинекомастия;
- Д) кариотип 47 ХХУ;
- Е) кариотип 46 ХУ;
- Ж) олигоспермия

47. ДЛЯ СЕМЕЙНОЙ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ХАРАКТЕРНО:

- А) низкорослость у родителей;
- Б) нормальные сроки пубертата;
- В) отставание в половом развитии;
- Г) костный возраст соответствует паспортному;
- Д) костный возраст отстает от паспортного;

- Е) нормальный уровень СТГ;
- Ж) сниженный уровень СТГ, ТТГ, ФСГ, ЛГ

48. ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ:

- А) глаукома
- Б) нефропатия
- В) катаракта
- Г) нейропатия
- Д) инсульт

49. ПРИЗНАКИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА:

- А) дыхание Куссмауля
- Б) периферические отеки
- В) гиперемия лица и слизистых
- Г) рвота

50. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ:

- А) частый пульс слабого наполнения
- Б) гипертонус мышц
- В) постепенное развитие
- Г) бледность кожных покровов
- Д) судороги

51. РАННИМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

- А) увеличение щитовидной железы
- Б) артериальная гипотония
- В) похудание на фоне повышенного аппетита
- Г) задержка роста
- Д) стойкая тахикардия

52. ПРИЧИНЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К РАЗВИТИЮ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА:

- А) черепно-мозговая травма
- Б) нейроинфекция
- В) дефект ферментов, участвующих в синтезе тиреоидных гормонов
- Г) нарушения эмбриогенеза щитовидной железы

53. ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ НОРМАЛИЗАЦИЯ СЛЕДУЮЩИХ ПАРАМЕТРОВ:

- А) физическое развитие
- Б) уровень холестерина в крови
- В) уровень тироксина в крови
- Г) уровень антител к тиреоидной пероксидазе

54. ПРИ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАБЛЮДАЮТСЯ:

- А) гипогликемия, гипонатриемия, гипохлоремия, гиперкалиемия;
- Б) гипогликемия, гипернатриемия, гиперхлоремия, гипокалиемия;
- В) вялость, сонливость, гипертермия, гипотензия;

Г) вялость, сонливость, гипотермия, гипотензия.

55. НАЗОВИТЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ РОСТОВЫЕ ПРОЦЕССЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ:

- А) генетические факторы
- Б) характер питания
- В) хронические заболевания
- Г) достаточность сна
- Д) эндокринные факторы
- Е) эмоциональное состояние ребенка

56. ГОРМОНЫ С АНАБОЛИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ:

- А) тиреоидные гормоны
- Б) соматотропный гормон
- В) глюкокортикостероиды
- Г) половые гормоны
- Д) инсулин

57. НАЗОВИТЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ:

- А) сахарный диабет 2 типа
- Б) артериальная гипертензия
- В) задержка полового развития
- Г) нарушение менструального цикла у девушек
- Д) жировой гепатоз

58. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА ПРИ ОЖИРЕНИИ СЛЕДУЕТ УМЕРЕННО ОГРАНИЧИТЬ:

- А) колбасы, сосиски, сардельки
- Б) торты, пирожное
- В) картофель
- Г) хлеб
- Д) каши
- Е) жареные блюда
- Ж) майонез

59. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА ПРИ ОЖИРЕНИИ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ ИЗ РАЦИОНА:

- А) колбасы, сосиски, сардельки
- Б) торты, пирожное
- В) картофель
- Г) хлеб
- Д) каши
- Е) жареные блюда
- Ж) майонез

60. ДЛЯ ГИПЕРКОРТИЦИЗМА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ:

- А) ожирение
- Б) гипертония
- В) желтушное окрашивание кожных покровов
- Г) брадикардия
- Д) трофические изменения кожи

61. ПРИ РАЗВИТИИ ПРОСТОГО ОЖИРЕНИЯ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ ФАКТОРАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- А) наследственная предрасположенность
- Б) длительное лечение стероидными препаратами
- В) алиментарный фактор
- Г) нейроинфекция
- Д) гиподинамия

62. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОЖИРЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ: /

- А) анорексигенные препараты
- Б) диетотерапия
- В) лечебная физкультура
- Г) сахароснижающие препараты

63. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОЖИРЕНИЯ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- А) измерение роста
- Б) определение массы тела
- В) оценку показателей роста и массы тела по центильным таблицам
- Г) расчет индекса массы тела
- Д) оценку индекса массы тела по центильным кривым

64. ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С СТГ-НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ:

- А) маскулинный тип телосложения
- Б) перераспределение подкожно-жировой клетчатки на груди и животе
- В) «кукольное» лицо
- Г) инфантильное телосложение

65. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИГАНТИЗМА:

- А) увеличение скорости роста с момента заболевания
- Б) скорость роста увеличена с момента рождения
- В) нормальные пропорции тела
- Г) хондродистрофические пропорции тела
- Д) задержка полового развития

66. ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ СЕМЕЙНОЙ ВЫСОКОРОСЛОСТИ:

- А) нормальный уровень гормона роста с высокими ночными пиками
- Б) увеличение размеров черепа

- В) костный возраст соответствует паспортному
- Г) повышение уровня гормона роста
- Д) увеличение размеров внутренних органов

67. ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- А) пренатальная задержка роста
- Б) постнатальное отставание в росте
- В) прогрессирующее замедление темпов роста
- Г) отягощенный семейный анамнез по низкорослости
- Д) показатель роста в пределах 3-25 перцентили

68. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПОПАРАТИРЕОЗА:

- А) скрытая или выраженная тетания
- Б) мышечная гипотония
- В) поперечные горизонтальные полосы на зубах, дистрофия зубов
- Г) нормальный мышечный тонус
- Д) волосы на голове тонкие, гнездная или тотальная плешивость, отсутствие бровей и ресниц

69. ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ:

- А) гиперкальциемия
- Б) гипокальциемия
- В) гиперфосфатемия
- Г) гипофосфатемия
- Д) высокая активность сывороточной фосфатазы

70. К СИНДРОМУ ТИРЕОМЕГАЛИИ ОТНОСЯТСЯ:

- А) дисгормональный зоб
- Б) диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса)
- В) эндемический зоб
- Г) тиреомегалия

РАЗДЕЛ В.

71. У девочки 3-х лет полиурия, дефицит веса 10%, кожа и язык сухие, гиперемия щек, запах ацетона в выдыхаемом воздухе, печень +3 см. Гликемия натощак — 12,8 ммоль/л. В моче 6% сахара при суточном диурезе 2,5 литра. Ваш предварительный диагноз:

- А) почечная глюкозурия;
- Б) инсулинозависимый сахарный диабет;
- В) несахарный диабет;
- Г) нарушение толерантности к углеводам;
- Д) тубулопатия.

72. Для оказания неотложной помощи ребенку с сахарным диабетом при гипогликемической коме следует ввести:

- А) сладкое питье
- Б) короткий инсулин в\венно струйно
- В) бикарбонат натрия в\венно капельно
- Г) 20% р-р глюкозы в\венно струйно
- Д) 5% р-р глюкозы в\венно капельно

73. У девочки 12-ти лет задержка роста, множественные малые аномалии, короткая шея с крыловидными складками, отсутствие вторичных половых признаков. Ваш предварительный диагноз:

- А) церебрально-гипофизарный нанизм;
- Б) болезнь Дауна;
- В) синдром Шерешевского-Тернера;
- Г) конституциональная задержка полового и физического развития;
- Д) синдром Альпорта.

74. Тот же ребенок. Минимальный план обследования:

- А) определение уровня сахара, билирубина, трансаминаз, щелочной фосфатазы
- Б) консультация эндокринолога
- В) УЗИ органов брюшной полости
- Г) консультация ЛОР с определением остроты слуха
- Д) определение костного возраста
- Е) ОАК, АОМ

75. Ребенок 5 лет. Жалобы на жажду, учащенное мочеиспускание. При осмотре: умеренная сухость кожных покровов, сниженная прибавка в весе, раздражительность. Необходимо выполнить в первую очередь:

- А) определение ОАК, ОАМ
- Б) определение сахара крови
- В) моча на сахар и ацетон
- Г) контроль выпитой и выделенной жидкости

76. Сопоставьте данные обследования и предполагаемый диагноз:

1) ТТГ повышен, св Т4 снижен, аплазия щитовидной железы	А) эндемический зоб, эутиреоз
2) ТТГ снижен, св Т4 и Т3 повышены, видимый зоб	Б) первичный врожденный гипотиреоз
3) ТТГ, св Т4 в норме, пальпируемый зоб	В) субклинический гипотиреоз
4) ТТГ умеренно повышен, св Т4 в норме, щитовидная железа не увеличена	Г) диффузный токсический зоб

А.1Б, 2Г,3А,4В

Б. 1Г, 2В, 3А, 4Б

В.1Б,2Г,3А,4В

77. При наличии симптомов острой надпочечниковой недостаточности у ребенка раннего возраста в первую очередь необходимо выполнить:

- А) определение ОАК;
- Б) определение уровня гликемии;
- В) определение кортизола крови;
- Г) определение уровня ионов в крови;
- Д) назначить заместительную терапию;
- Е) назначить динамическое наблюдение в стационаре

78. При обследовании ребенка были получены следующие результаты: уровень ТТГ= 12,5 мМЕ\л (норма 0,35-3,5), Т4 свободный=6,0 нмоль\л (норма 10,0-25). Оцените функцию щитовидной железы:

- А) функция не изменена
- Б) гипертиреоз
- В) гипотиреоз

79. При обследовании ребенка были получены следующие результаты: уровень ТТГ= 0,2 мМЕ\л (норма 0,35-3,5), Т4 свободный=36,0 нмоль\л (норма 10,0-25). Оцените функцию щитовидной железы:

- А) функция не изменена
- Б) гипертиреоз
- В) гипотиреоз

80. При обследовании ребенка были получены следующие результаты: уровень кортизола в крови: в 8.00 - 340 нмоль\л (норма 160-650); в 17.00 - 155 нмоль\л. Оцените секрецию кортизола:

- А) секреция не нарушена
- Б) гиперкортицизм
- В) гипокортицизм

81. При обследовании ребенка были получены следующие результаты: уровень кортизола в крови: в 8.00 - 650 нмоль\л (норма 160-650); в 17.00- 1050 нмоль\л. Оцените секрецию кортизола:

- А) секреция не нарушена
- Б) гиперкортицизм
- В) гипокортицизм

82. Девочка 6 лет. Половая формула: $Ma_1PoAx_0Me_0$. Оцените половое развитие:

- А) задержка полового развития
- Б) нормальное половое развитие
- В) преждевременное половое развитие

83. Девочка 13 лет. Половая формула: $Ma_0PoAx_0Me_0$. Оцените половое развитие:

- А) задержка полового развития
- Б) нормальное половое развитие
- В) преждевременное половое развитие

84. Сережа, 12 лет. Проведен глюкозо-толерантный тест: натощак сахар 5,3 ммоль\л; через 2 часа после нагрузки глюкозой – 7,0 ммоль\л. Ваше заключение:

- А) нормальный тип сахарной кривой
- Б) нарушение гликемии натощак
- В) нарушение теста толерантности к глюкозе
- Г) диабетический тип сахарной кривой

85. Наташа, 14 лет. Проведен глюкозо-толерантный тест: натощак сахар 6,1 ммоль\л; через 2 часа после нагрузки глюкозой – 11,5 ммоль\л. Ваше заключение:

- А) нормальный тип сахарной кривой
- Б) нарушение гликемии натощак
- В) нарушение теста толерантности к глюкозе
- Г) диабетический тип сахарной кривой

86. Новорожденный ребенок. От 1 доношенной беременности, физиологических родов. Масса при рождении 3 500, длина 51 см. Через 10 дней после рождения ребенка родители получили информацию из медико-генетической лаборатории о повышенном уровне ТТГ (100 мкМЕ\мл). Тактика:

- А) повторное определение ТТГ
- Б) назначение левотироксина, повторное определение ТТГ, св Т4
- В) консультация эндокринолога
- Г) повторное определение ТТГ, св Т4, назначение левотироксина при подтвержденном диагнозе

87. Новорожденный ребенок. От 1 доношенной беременности, физиологических родов. Масса при рождении 3 500, длина 51 см. Через 10 дней после рождения ребенка родители получили информацию из медико-генетической лаборатории о повышенном уровне ТТГ (100 мкМЕ\мл). Повторное определение ТТГ не проведено.

Масса 4 500, длина тела 56 см, ребенок вялый, адинамичный, не улыбается, не держит голову. Кожные покровы сухие, бледные, тонус мышц снижен. Большой родничок 2,5 x 2,5 см. В легких дыхание пуэрильное, тоны сердца глухие, ЧСС= 100 в мин. Печень увеличена, стул 1 раз в 2 дня. Ваш предварительный диагноз:

- А) перинатальное поражение ЦНС
- Б) первичный врожденный гипотиреоз
- В) врожденный кардит
- Г) фетальный гепатит

88. Девочка 13 лет. Жалобы на раздражительность, плаксивость, повышенную утомляемость, сердцебиение, чувство жара, похудание. Больна около 3-х месяцев, заболевание связывает с перенесенной ангиной.

При осмотре: рост 158 см, 45 кг. Кожные покровы влажные, теплые, бархатистые. Блеск глаз, инъекция склер. Определяется увеличение щитовидной железы, ткань эластичная, узлов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС= 118 в мин., АД=135\70 мм рт ст. Печень не увеличена. Стул 2-3 раза в сутки, разжиженный. Половая формула: $Ma_3 P_2 Ax_1 Me_2$. Ваш предварительный диагноз:

- А) вегето-сосудистая дистония
- Б) дефицит массы тела

- В) эндемический зоб
- Г) диффузный токсический зоб
- Д) гипотиреоз

89. Мальчик 9 лет. Болен сахарным диабетом 1 типа первый год. Получает интенсифицированную инсулинотерапию. 4 раза в неделю во 2-й половине дня занимается в спортивной секции. За 1 час до занятия съел бутерброд с сыром и колбасой. В конце тренировки состояние внезапно ухудшилось: побледнел, появилась влажность конечностей, потерял сознание. При осмотре: Кожные покровы бледные, конечности холодные, влажные. Запаха ацетона нет. Пульс 88 в мин., АД=100\60 мм рт ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Какой клинический синдром предполагаете:

- А) диабетический кетоацидоз
- Б) черепно-мозговая травма
- В) гипогликемическая кома
- Г) ваго-инсулярный криз

90. Мальчик 9 лет. Болен сахарным диабетом 1 типа первый год. Получает интенсифицированную инсулинотерапию. 4 раза в неделю во 2-й половине дня занимается в спортивной секции. За 1 час до занятия съел бутерброд с сыром и колбасой. В конце тренировки состояние внезапно ухудшилось: побледнел, появилась влажность конечностей, потерял сознание. При осмотре: Кожные покровы бледные, конечности холодные, влажные. Запаха ацетона нет. Пульс 88 в мин., АД=100\60 мм рт ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Назовите принципы неотложной помощи.

- А) в/в струйное введение инсулина
- Б) в/в струйное введение 20% раствора глюкозы
- В) в/в капельное введение 20% раствора глюкозы
- Г) сладкий чай, фруктовый сок через рот

91. Юноша 16 лет. Получал лечение у педиатра по поводу острой респираторной инфекции. Был выписан в школу с выздоровлением. Однако после выписки мальчик отмечал усиление жажды, сохраняющуюся слабость, особенно после физической нагрузки и снижение работоспособности. При осмотре через неделю: интоксикации нет, умеренно выражена сухость кожи и слизистых. Снижение массы тела на 4 кг. Легкая гиперемия зева, при аускультации в легких хрипов нет. Тоны сердца ясные, ЧСС 100 в мин, АД 100/60 мм РТ ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Мочеиспускание учащено. Определите ведущий клинический синдром:

- А) астенический синдром
- Б) остаточные явления ОРВИ
- В) нарушение углеводного обмена
- Г) нарушение функции почек
- Д) вегето-сосудистая дистония

92. Юноша 16 лет. Получал лечение у педиатра по поводу острой респираторной инфекции. Был выписан в школу с выздоровлением. Однако после выписки мальчик отмечал усиление жажды, сохраняющуюся слабость, особенно после физической нагрузки и снижение работоспособности. При осмотре через неделю: интоксикации нет, умеренно выражена сухость кожи и слизистых. Снижение массы тела на 4 кг. Легкая гиперемия

зева, при аускультации в легких хрипов нет. Тоны сердца ясные, ЧСС 100 в мин, АД 100/60 мм РТ ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Мочеиспускание учащено. Определите объем обследования:

- А) ОАК, ОАМ
- Б) ЭКГ
- В) сахар крови натощак
- Г) сахар крови в момент осмотра
- Д) динамическое наблюдение
- Е) консультация нефролога
- Ж) консультация невропатолога

93. Светлана, 9 лет. Обратилась с жалобами на выраженную утомляемость, особенно к концу дня, снижение работоспособности, временами головокружение, головную боль, похудание. Appetit снижен.

При осмотре: Рост 132 см, масса 26 кг. Кожные покровы смуглые, отмечается усиленная пигментация околососковых кружков молочных желез, тыльной поверхности кистей (особенно межфаланговых суставов), локтей, коленей. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны ритмичные, несколько ослаблены, пульс 88 в мин., слабого наполнения, АД - 70\40 мм. рт. ст. Живот мягкий, болезненный в надчревной области, печень не увеличена. Ваш предварительный диагноз:

- А) астенический синдром
- Б) вегето-сосудистая дистония
- В) кардит
- Г) надпочечниковая недостаточность
- Д) хронический гастродуоденит

94. Лена, 6 лет. Родители обратились с жалобами на увеличение правой молочной железы, сохраняющееся в течение 4 мес. после перенесенного гнойного менингита.

При осмотре: Рост 125 см, масса 26 кг, телосложение пропорциональное, феминное. Кожные покровы физиологической влажности и окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, тоны сердца ритмичные, четкие, ЧСС=92 в мин, АД=90\60 мм рт ст. Половая формула: $Ma_1P_1Ax_0Me_0$. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Ваш предварительный диагноз и тактика:

- А) объемное образование правой грудной железы, консультация онколога
- Б) дебют пубертата, динамическое наблюдение
- В) преждевременное половое развитие, консультация эндокринолога
- Г) объемное образование правой грудной железы, консультация хирурга

95. Сопоставьте клинические признаки и синдромы:

2) слабость, утомляемость, снижение аппетита, склонность к респираторным инфекциям, гиперпигментация кожных складок, дефицит массы тела	А) гипергликемический
2) слабость, утомляемость, повышенный аппетит и жажда, сухость кожи и слизистых, полиурия, дефицит массы тела	Б) гипогликемический

3) слабость, раздражительность, потливость, бледность кожи, головные боли, тахикардия, тремор рук	В) гипокортицизм
4) раздражительность, потливость, нормальный цвет кожи, тахикардия, тремор пальцев рук, протрузия глазных щелей	Г) гипертиреоз

А.1В, 2А, 3Б, 4Г.

Б.1Г, 2Б, 3В, 4А

В.1Б,2В,3А,4Г

96. Гена, 14 лет. Обратился с жалобами на отставание в росте и половом развитии.

Из анамнеза известно, что мальчик рос и развивался соответственно возрасту, болел редко. Задержка роста отмечается в последние 2-3 года. Рост отца - 175 см, матери - 162 см. До 16 лет отец отставал в росте от сверстников. При осмотре: Рост 145 см, масса 34 кг. Телосложение пропорциональное. Кожные покровы нормальной влажности и окраски. Питание удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 74 в мин, АД=110\70 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Яички в мошонке, по величине соответствуют 12 годам. Костный возраст - 11 лет. Предварительный диагноз:

А) соматотропная недостаточность

Б) первичный гипотиреоз

В) гипогонадизм

Г) конституциональная задержка роста, поздний пубертат

97. Дима, 4 года. От 1-ой доношенной беременности, протекавшей без патологии, физиологических родов. Масса тела при рождении 3 400 гр., длина – 50 см. Родители заметили отставание в росте на 3-м году жизни. Рост отца 178 см., матери – 160 см.

При осмотре: рост – 85 см., масса – 13 кг. Нервно-психическое развитие ребенка соответствует возрасту. Телосложение пропорциональное. Кожные покровы физиологической окраски и влажности, питание удовлетворительное. Тоны сердца ритмичные, четкие, ЧСС – 98 в минуту. АД – 90/60 мм.рт.ст. Наружные половые органы сформированы правильно, яички соответствуют физическому развитию. Стул регулярный. Костный возраст – 1 год. Предварительный диагноз:

А) соматотропная недостаточность

Б) первичный гипотиреоз

В) гипогонадизм

Г) конституциональная задержка роста

98. Мальчик 14 лет. Жалобы на головные боли, общую слабость, ухудшение зрения, ускоренный рост. До 12 лет физическое развитие было нормальным. Ускорение роста родители связывали с подростковым периодом, а также с конституциональными особенностями, поэтому к врачу не обращались. Травм головы не было. Рост родителей: отца – 182 см, матери – 165 см. При осмотре: рост 190 см, масса 90 кг. Кожные покровы физиологической окраски. Отмечается некоторое укрупнение черт лица, увеличение кистей и стоп. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена. Тоны сердца ритмичные,

четкие, ЧСС=64 в мин., АД=100/60 мм рт ст. Половое развитие нормальное.

Предварительный диагноз:

- А) акромегалия
- Б) гигантизм
- В) вегето-сосудистая дистония
- Г) семейная высокорослость

99. Девочка 14 лет, обратилась с жалобами на избыточную прибавку в весе, головные боли, периодически повышение АД до 140\90 мм.рт.ст. Из анамнеза установлено: отец девочки страдает ожирением, у бабушки СД 2 типа, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия. При осмотре: рост 170 см, масса 90 кг, телосложение пропорциональное. Локальный гипергидроз. Подкожно-жировая клетчатка выражена избыточно, распределена равномерно. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД =155\80. Половая формула $M_{a3} P_3 A_{x3} Me_2$. Минимально необходимый план обследования:

- А) ОАК, ОАМ
- Б) ЭКГ
- В) суточное мониторирование АД
- Г) УЗИ печени
- Д) биохимия крови: АСТ, АЛТ
- Е) биохимия крови: холестерин, триглицериды
- Ж) сахар крови натощак
- З) стандартный глюкозо-толерантный тест

100. Девочка 14 лет, обратилась с жалобами на избыточную прибавку в весе, головные боли, периодически повышение АД до 140\90 мм.рт.ст. Из анамнеза установлено: отец девочки страдает ожирением, у бабушки СД 2 типа, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия. При осмотре: рост 170 см, масса 90 кг, телосложение пропорциональное. Локальный гипергидроз. Подкожно-жировая клетчатка выражена избыточно, распределена равномерно. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД =155\80. Половая формула $M_{a3} P_3 A_{x3} Me_2$. Предполагаемый спектр осложнений ожирения:

- А) не осложненное ожирение
- Б) нарушение углеводного обмена
- В) задержка полового развития
- Г) артериальная гипертензия
- Д) жировой гепатоз

101. Ранние клинические признаки ВИЧ у детей:

1. гепатоспленомегалия;
2. лимфоденопатия;
3. оральная кандидоз;
4. миокардит;
5. все вышеперечисленное верно.

102. Замена противоретровирусного препарата или их комбинации рекомендуется в следующих ситуациях:

1. появление ранее отсутствующих или находившихся в ремиссии вторичных заболеваний не ранее, чем через 6 недель после начала лечения;
2. появление ранее отсутствующих или находившихся в ремиссии вторичных заболеваний не ранее, чем через 12 недель после начала лечения.

103. Наиболее частыми признаками ВИЧ-инфекции у детей являются:
1. персистирующая генерализованная лимфаденопатия;
 2. лимфома мозга;
 3. кардиомиопатия;
 4. гепатоспленомегалия;
 5. все вышеперечисленное верно.
104. Кандидоз у больных ВИЧ-инфекцией детей чаще протекает:
1. с поражением верхних и нижних дыхательных путей;
 2. с поражением желудочно-кишечного тракта;
 3. с поражением мочеполового тракта.
105. Основными проявлениями рецидивирующих бактериальных инфекций у ВИЧ-инфицированных детей является патология:
1. легочной системы;
 2. мочевыделительной системы;
 3. нервной системы;
 4. все вышеперечисленное верно.
106. Выберите перечень кодов которые используются в настоящее время:
1. 102,104,103,108,109,113,112,115,118,121,123,127,300,125.
 2. 100,102,104,108,109,112,113,117,115,118,121,123,124,127,200.
 3. 102,104,103,108,109,112,113,115,118,120,200.
107. Дотестовое консультирование по ВИЧ-инфекции включает в себя:
1. Определение наличия или отсутствия у обследуемого индивидуальных факторов риска;
 2. Возможные последствия тестирования;
 3. Оценку информированности освидетельствуемого по вопросам профилактики ВИЧ - инфекции;
 4. Предоставление информации о путях передачи ВИЧ и способах защиты от заражения ВИЧ;
 5. Предоставление информации о видах помощи доступных для инфицированного ВИЧ;
 6. Осмотр на наличие признаков заболевания.
108. При несчастном случае на производстве Вы должны:
1. Провести эпидрасследование несчастного случая на производстве;
 2. Сообщить родственникам больного о произошедшей аварийной ситуации;
 3. Оказать себе самопомощь;
 4. Провести дезинфекцию биологического материала, вызвавшего аварию;
 5. Зарегистрировать аварийную ситуацию в специальном журнале по учету несчастных случаев на производстве;
 6. Взять расписку с больного о том, когда он был последний раз обследован на наличие антител к ВИЧ;
 7. Поставить в известность об аварии вышестоящего по должности;
 8. Обследовать медработника на наличие антител к ВИЧ, используя экспресс тесты, с последующим обследованием методом ИФА;
 9. Составить акты о несчастном случае на производстве;

10. Желательно в первые два часа, но не позднее 72 часов с момента аварии, начать прием калетры (лопинавир/ритонавир) + комбивира (зидовудин/ламивудин) по схеме ВААРТ на 1 месяц;
 11. Желательно в первые два часа, но не позднее 48 часов с момента аварии, начать прием калетры (лопинавир/ритонавир) + комбивира (зидовудин/ламивудин);
 12. В дальнейшем наблюдаться у доверенного врача и обследоваться на антитела к ВИЧ в течение года каждые 3 месяца.
109. Каковы основные цели существующей в настоящее время антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции:
1. Максимальное подавление репликации ВИЧ;
 2. Полная элиминация вируса из организма;
 3. Сохранение функций иммунной системы;
 4. Повышение качества жизни.
110. Назовите отличия в обслуживании заведомо ВИЧ-инфицированного пациента при проведении парентеральной процедуры:
1. Одеть маску, халат, перчатки, очки;
 2. Одеть двойные латексные перчатки;
 3. Одеть бахилы, сменную обувь;
 4. Приготовить емкости с дез.раствором;
 5. Обработать руки для проведения хирургических вмешательств;
 6. Обработать ногтевые фаланги спиртовым раствором йода;
 7. Выполнять процедуру в присутствии старшей медсестры или зав.отделением;
 8. Иметь дублера на случай аварийной ситуации.

111. Кто имеет право подписывать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства?

- А) гражданин, нуждающийся в медицинской помощи;
- Б) один из родителей;
- В) законный представитель гражданина;
- Г) медицинский работник;
- Д) все вышеперечисленные.

112. Какие виды экспертиз проводятся в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21.11.2011г. №323-ФЗ?

- А) экспертиза временной нетрудоспособности;
- Б) экспертиза качества медицинской помощи;
- В) военно-врачебная экспертиза;
- Г) медико-социальная экспертиза;
- Д) экспертиза профессиональной пригодности;
- Е) экспертиза связи заболевания с профессией;
- Ж) судебно-медицинская;
- З) судебно-психиатрическая экспертиза;
- И) все вышеперечисленные.

113. На какой срок может выдать листок нетрудоспособности врач единолично?

- А) на срок не более 15 дней;
- Б) на срок не более 30 дней;
- В) на весь срок нетрудоспособности.

114. Какие формы контроля качества и безопасности медицинской деятельности определены в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ?

- А) государственный контроль;
- Б) ведомственный контроль;
- В) внутренний контроль;
- Г) все вышеперечисленные.

115. Как часто может гражданин выбирать медицинскую организацию для получения первичной медико-санитарной помощи, в том числе по территориально-участковому принципу?

- А) не чаще чем два раза в год;
- Б) не чаще чем один раз в год;
- В) не чаще одного раза в 2 года.

116. Кто имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией пациента, отражающей состояние его здоровья?

- А) пациент и его законный представитель;
- Б) родственники;
- В) работодатели.

117. Каким Приказом в настоящее время утвержден порядок выдачи листков нетрудоспособности?

- А) приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;
- Б) приказом Минздравсоцразвития РФ от 01.08.2007г. №514 «О порядке выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности»;
- В) приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

118. Каким Приказом в настоящее время утверждена форма бланка листка нетрудоспособности?

- А) приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;
- Б) приказом Минздравсоцразвития от 26.04.2011г. №347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности»;
- В) приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

119. Каким приказом утверждена Инструкция о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения?

- А) приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;
- Б) приказом Минздравсоцразвития от 26.04.2011г. №347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности»;
- В) приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

120. Укажите основные принципы охраны здоровья граждан в Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

- А) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- Б) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- В) приоритет охраны здоровья детей;

- Г) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- Д) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- Е) доступность и качество медицинской помощи;
- Ж) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- З) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- И) соблюдение врачебной тайны;
- К) всё вышеперечисленное.