

Тестовые задания по специальности «Педиатрия»

ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ОТКЛОНЕНИЙ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Уровень резистентности организма ребенка определяется:

- кратностью острых заболеваний, перенесенных ребенком в течение года жизни, предшествующего осмотру;
- кратностью острых респираторных заболеваний, перенесенных ребенком в течение года жизни, предшествующего осмотру;
- тяжестью острых заболеваний;
- длительностью и тяжестью заболеваний;
- числом обострений хронических заболеваний.

Ребенка в возрасте 2-х лет можно считать часто болеющим, если:

- острые заболевания в течение второго года жизни отмечались 7 раз;
- обострения бронхиальной астмы наблюдались два раза в год и острые заболевания также два раза в год;
- на фоне рахита в стадии реконвалесценции отмечались острые заболевания три раза в течение 2-го года жизни;
- у него имеется хронический отит с обострениями 3 раза в год;
- острые респираторные заболевания отмечались 6 раз.

Специальные занятия гимнастикой и массаж здоровому ребенку необходимо проводить с:

- с рождения;
- не нужны;
- с полутора месяцев;
- с 2-х месяцев;
- с 6 месяцев.

Проведение профилактических прививок ребенку, перенесшему острое респираторное заболевание можно разрешить после выздоровления не ранее, чем через:

- 2 недели
- 1 месяц
- 2 месяца
- 3 месяца
- 3,5 месяца

Разрешить проведение профилактических прививок ребенку, перенесшему инфекционный гепатит можно после выздоровления не ранее чем через:

- 1 месяц
- 2 месяца
- 3 месяца

- 6 месяцев
- 12 месяцев

У ребенка с ограниченным нейродермитом прививки можно начинать от начала ремиссии не ранее, чем через:

- 1 месяц
- месяца от начала ремиссии
- 3 месяца от начала ремиссии
- 6 месяцев от начала ремиссии
- 1 год от начала ремиссии.

Профилактические прививки после перенесенной инфекции мочевыводящих путей можно проводить при клинико-лабораторной нормализации через:

- 1 месяц
- 3 месяца
- 6 месяцев
- 12 месяцев
- 18 месяцев.

В каких случаях допустимо лечение острой пневмонии в домашних условиях:

- неосложненная форма у ребенка в возрасте до 1 года;
- пневмония, осложненная кардиоваскулярным синдромом;
- неосложненная форма пневмонии у ребенка 4 лет;
- пневмония у ребенка из социально неблагополучной семьи;
- затяжное течение пневмонии с ателектазом одного сегмента у ребенка 7 лет.

Какова кратность противорецидивного лечения детей с хроническим гастритом в фазе стойкой ремиссии:

- ежеквартально (1 раз в 3 месяц~
- 2 раза в год
- 1 раз в месяц
- 1 раз в год
- ежемесячно

Лабораторная диагностика фенилкетонурии:

- проба на ацетон;
- проба с треххлористым железом;
- исследование белковых фракций;
- исследование крови на церуллоплазмин;
- содержание креатинфосфокиназы в крови и моче.

Из перечисленных симптомов повышения внутричерепного давления выберите рентгенологические признаки:

- обызвествление

- расхождение черепных швов;
- застойные явления на глазном дне;
- смещение М-эхо при эхоэнцефалоскопии;
- нарушение корковой нейродинамики.

Укажите основные компоненты первичного туберкулезного комплекса:

- первичный легочный аффект, лимфаденит, лимфангоит;
- лимфангоит, лимфаденит;
- первичный легочный аффект;
- лимфангоит;
- первичный легочный аффект, лимфаденит.

При каких формах туберкулеза у матери можно сохранить грудное вскармливание:

- туберкулез легких в фазе кальцинации;
- туберкулез молочной железы;
- диссеминированный туберкулез;
- активный туберкулез легких при наличии бактериовыделения;
- обострение туберкулеза, выявленное после родов.

Наиболее частой причиной железодефицитной анемии у детей старшего возраста является:

- глистная инвазия;
- нарушение всасывания железа;
- хроническая кровопотеря;
- авитаминоз;
- недостаточное поступление железа с пищей.

Антибиотики при ветряной оспе назначают:

- при тяжелой форме;
- при появлении гнойных осложнений;
- при энцефалите;
- с целью профилактики осложнений;
- не назначают.

МЕДИЦИНСКАЯ ГЕНЕТИКА, ИММУНОЛОГИЯ, РЕАКТИВНОСТЬ, АЛЛЕРГИЯ

Наиболее частая причина мутации гена:

- инфекционный фактор;
- радиация;
- нервно-психический фактор;

- курение;
- алкоголизм;

Делеция - это:

- утрата всей хромосомы;
- перемещение одной хромосомы в другую пару;
- утрата части хромосомы;
- соединение плечиков хромосомы;
- дополнительная хромосома.

При классификации наследственных болезней не используется:

- периоды внутриутробного развития;
- синдромальный;
- тип наследования;
- морфология хромосом;
- фактор предрасположенности.

Чаще встречаются наследственные заболевания:

- хромосомные;
- с доминантным типом наследования;
- болезни с наследственным предрасположением;
- с неустановленным типом наследования;
- с рецессивным типом наследования.

К группе хромосомных заболеваний не относится:

- болезнь Дауна;
- синдром Альпорта;
- синдром Шерешевского-Тернера;
- синдром Патау;
- синдром Эдварса.

Для синдрома "кошачьего крика" характерно:

- делеция плечика 5-й пары хромосом;
- транслокация 21-й хромосомы;
- кольцевидная хромосома 18-й пары;
- отсутствие X-хромосомы;
- лишняя X-хромосома.

Витамин В₆ - зависимая бронхиальная астма обусловлена нарушением метаболизма:

- тирозина;
- фенилаланина;
- триптофана;

- метионина;
- глицина.

С помощью пробы Феллинга диагностируют:

- фенилкетонурию;
- гистидинемию;
- гомоцистинурию;
- гликогеноз;
- синдром Элерса-Данлоса.

К наследственным нарушениям обмена билирубина не относится:

- болезнь Криглера-Найяра;
- болезнь Жильбера;
- болезнь Ротера;
- прегнановая желтуха;
- желтуха при дефиците альфа 1-антитрипсина.

Опасность брака между родственниками заключается в:

- бесплодии;
- возникновении мутации;
- повышенной вероятности встречи двух рецессивных генов;
- формировании инфекционной эмбриопатии;
- рождении недоношенного ребенка.

Достоверное определение пола при вирильной форме адреногенитального синдрома возможно путем:

- пальпации яичек;
- определения 17-оксикортикостероидов;
- определения полового хроматина;
- определения кариотипа;
- гистологического исследования гонад.

Доминантный ген отца локализован в X-хромосоме. Может заболеть:

- мальчик;
- девочка;
- все дети будут здоровы;
- могут заболеть и мальчики и девочки;
- оба мальчика из однойцово́й двойни.

Для гипотиреоза не характерно:

- макроглоссия;
- затяжная желтуха;
- склонность к гипотермии;
- преждевременное закрытие родничка;
- запор.

При фенилкетонурии доминирует:

- поражение кишечника и нарастающая гипотрофия;
- депрессия гемопоэза;
- неврологическая симптоматика;
- экзема и альбинизм;
- нефропатия.

Для синдрома Шерешевского-Тернера не характерно:

- мужской кариотип по данным анализа на хроматин;
- аменорея;
- высокий рост;
- пороки развития сердечно-сосудистой системы;
- крыловидная складка шеи.

Для адреногенитального синдрома у мальчиков на 1-м году жизни характерно:

- замедление роста;
- задержка окостенения (костный возраст отстает от паспортного);
- увеличение полового члена;
- дефекты психического развития;
- хориоретинит.

Для вирильной формы адреногенитального синдрома у девочек не характерно:

- увеличение клитора и половых губ;
- костный возраст опережает паспортный;
- в моче увеличено содержание 17-кетостероидов;
- гепатоспленомегалия;
- гипертрихоз.

Для факоматозов не характерно:

- поражение нервной системы;
- нейрофиброматоз;
- пороки развития костной системы;
- пигментные пятна на коже;
- иммунодефицитное состояние.

К антителам относится:

- белки острой фазы;
- гликозаминогликаны;
- иммуноглобулин А;
- С-реактивный белок;
- в системе комплемента.

К клеткам иммунной системы не относятся:

- Т-лимфоциты;
- В-лимфоциты;
- плазматические клетки;
- эритроциты;
- дендритные клетки.

Плазматические клетки, непосредственно синтезирующие антитела, формируются из:

- В-лимфоцитов;
- нейтрофилов;
- базофилов;
- макрофагов;
- Т-лимфоцитов.

К фагоцитирующим клеткам относят:

- моноциты;
- Т-лимфоциты;
- тучные клетки;
- плазмоциты;
- нормальные киллеры.

Для атопических заболеваний увеличение уровня иммуноглобулина:

- А;
- G ;
- М;
- Е;
- секреторного Ig А.

К показателям гуморального иммунитета относят:

- уровни иммуноглобулинов А, М, G, Е;
- параметры фагоцитоза;
- реакцию бласттрансформации лейкоцитов;
- реакцию розеткообразования;
- количество нормальных киллерных клеток (СД 16).

К показателям клеточного иммунитета относят:

- уровень гамма-глобулина сыворотки крови;
- уровень иммуноглобулинов А, М, G;
- реакцию бласттрансформации лейкоцитов;
- интерферонопродукцию;
- количество В-лимфоцитов.

Иммуноглобулины класса А в основном продуцирует лимфоидная ткань слизистых оболочек:

- аппендикса;
- бронхов;
- глоточного кольца Пирогова;
- тонкой кишки;
- мочеполовой системы.

Первичный гуморальный ответ сопровождается преимущественно продукцией иммуноглобулинов класса:

- G;
- M;
- A;
- E;
- секреторных A.

Функция хелперных клеток 2 типа (Th 2) состоит:

- в активации клеточного иммунитета;
- усилении преимущественно продукции Ig M и IgG
- усилении преимущественно продукции Ig E и IgA
- организации воспалительного процесса.

Информация об антигене передается лимфоцитам через рецепторы:

- тромбоцитов;
- макрофагов;
- плазматических клеток;
- базофилов;
- эритроцитов.

Для дефицита клеточного иммунитета характерны:

- частые вирусные инфекции;
- грибковые заболевания;
- частые бактериальные инфекции;
- прогностически неблагоприятные заболевания;
- отсутствие реакции на вакцинацию БЦЖ.

Дефицит гуморального звена иммунитета чаще всего характеризуется:

- грибковыми заболеваниями;
- частыми заболеваниями микробной этиологии;
- частыми вирусными заболеваниями;
- отрицательной реакцией бласттрансформации;
- снижением уровня Т-супрессоров.

На первое введение антигена начинают продуцироваться антитела:

- через 49-96 часов;

- через 2 суток;
- на 5-7 день;
- через 14 дней;
- через 24 часа.

К факторам неспецифической защиты не относятся:

- фагоцитоз;
- лизоцим;
- интерферон;
- лимфоциты;
- комплемент.

К факторам специфической защиты относятся:

- система комплемента;
- простагландины;
- антитела;
- С-реактивный белок;
- фактор некроза опухолей.

К иммунодефицитным состояниям относятся:

- синдром Альпорта;
- синдром Луи-Бар (атаксия-телеангиоэктазия);
- синдром Марфана;
- синдром де Тони-Дебре-Фанкони;
- синдром Элерса-Данлоса

Вторичная иммунная недостаточность часто наблюдается при:

- пиелонефрите;
- нефротическом синдроме;
- ревматизме;
- остром нефрите;
- гемвакулите.

На внутриутробную инфекцию у новорожденных 5-ти дней указывает:

- количество лейкоцитов $15000 \times 10^9/\text{л}$;
- увеличение Ig M;
- количество лимфоцитов 50%;
- снижение Ig G;
- количество нейтрофилов $7000 \times 10^9/\text{л}$.

Антитела не формируются в структуре:

- иммуноглобулина А;
- иммуноглобулина Е;
- гаптоглобина;
- иммуноглобулина М;

- иммуноглобулина G.

В адаптационной реакции организма в большей степени участвуют:

- вегетативная нервная система;
- гипофиз;
- половые железы;
- надпочечники;
- щитовидная железа.

Кора надпочечников не выделяет:

- норадреналин;
- гидрокортизон;
- андрогены;
- альдостерон;
- кортизон.

Генерализованной воспалительной реакции не соответствует следующий признак:

- увеличение креатинина;
- отрицательные паракоагуляционные тесты;
- гипербилирубинемия;
- тромбоцитопения;
- гипергликемия.

Для первой фазы воспаления не характерны:

- отек, набухание ткани;
- альтерация;
- фиброз, склероз, апоптоз;
- диапедез;
- острая дистрофия клеток.

В развитии воспаления меньшее значение имеет:

- гистамин;
- гепарин;
- серотонин;
- простагландины;
- ренин.

Механизм истинной аллергической реакции не включает:

- увеличение содержания циркулирующих иммунных комплексов в крови;
- повышенную выработку иммуноглобулина E;
- сенсбилизацию лимфоцитов;
- увеличенное выделение гистамина без участия антител;
- киллерный эффект.

Псевдоаллергическая реакция реализуется за счет перечисленных факторов, кроме одного:

- атопических антител;
- субстанции Р;
- анафилатоксинов С5а, С3а;
- лекарственных препаратов;
- физических факторов.

Для диагноза аллергической реакции 1-го типа наибольшее значение имеют показатели:

- эозинофилия крови;
- повышенный уровень циркулирующих иммунных комплексов;
- повышенное количество гистамина в моче;
- высокий уровень иммуноглобулина Е в сыворотке крови;
- высокий уровень Т-супрессоров.

Для псевдоаллергической реакции наиболее характерны показатели:

- высокий уровень IgE;
- местная эозинофилия;
- положительная кожная проба с "виновным" антигеном;
- прямо пропорциональная зависимость реакции от количества введенного в организм вещества;
- усиление реакции при повторных контактах с антигеном.

Наиболее частой клинической формой пищевой аллергии у детей раннего возраста является:

- атопический дерматит;
- бронхообструктивный синдром;
- нефротический синдром;
- гастроинтестинальный синдром;
- крапивница и отек Квинке.

Наиболее часто вызывает пищевую аллергию:

- черника;
- клубника;
- смородина;
- крыжовник;
- ежевика.

Наиболее часто вызывают пищевую аллергию овощи:

- кабачки;
- огурцы;
- капуста цветная;
- морковь;
- томаты.

Фрукты наиболее часто вызывающие пищевую аллергию:

- яблоки зеленого цвета;
- груши зеленого цвета;
- чернослив;
- персики;
- апельсины.

Редко вызывает пищевую аллергию мука:

- гречневая;
- рисовая;
- овсяная;
- манная;
- соевая.

Базисным в лечении пищевой аллергии можно считать:

- эуфиллин;
- налкром;
- стугерон;
- супрастин;
- тавегил.

Введение прикорма ребенку с пищевой аллергией рекомендуется в возрасте:

- 10 месяцев;
- 6 месяцев;
- 2-х месяцев;
- 4-х месяцев.

Наиболее длительный и стабильный эффект лечения пищевой аллергии получен от применения:

- мембраностабилизирующих препаратов;
- элиминационной диеты;
- специфической гипосенсибилизации;
- энтеросорбентов;
- антигистаминных 2 поколения.

Искусственное вскармливание ребенка первого года жизни тяжелой формой атопического дерматита целесообразно проводить:

- адаптированными смесями на основе коровьего молока;
- соевыми смесями;
- смесями на основе частично гидролизованного белка сыворотки;
- кисломолочными смесями;
- высоко гидролизованными смесями.

Для диагностики пищевой аллергии наиболее информативен метод:

- определение уровня специфических антител в IgE;
- кожных проб с подозреваемым аллергеном;
- оценки пищевого дневника;
- оценки результатов провокационной пробы;
- реакции бласттрансформации.

Следствием пищевой аллергии не является заболевание:

- себорейный дерматит;
- крапивница;
- атопический дерматит;
- отек Квинке;
- ринит.

НЕОНАТОЛОГИЯ

Наиболее точно отражает состояние здравоохранения в стране:

- уровень рождаемости;
- уровень смертности;
- количество врачей на душу населения;
- младенческая смертность;
- детская смертность.

При возникновении в роддоме группового инфекционного заболевания новорожденных следует:

- перевести в наблюдательное отделение и назначить лечение;
- оставить на месте, назначив лечение;
- немедленно перевести в соответствующий стационар;
- все ответы правильные;
- вызвать инфекциониста.

Основные пути передачи внутрибольничной инфекции:

- через руки персонала;
- через продукты питания;
- через белье;
- через предметы ухода;
- через медицинский инструментарий.

Вакцинация БЦЖ противопоказана:

- при врожденных ферментопатиях;
- при иммунодефицитных состояниях;
- при наличии активного туберкулеза у других детей в семье;
- во всех указанных случаях;
- при агаммаглобулинемии Bruton

Наиболее характерно для врожденной краснухи осложнение:

- хориоретинит;
- катаракта;
- миокардит;
- геморрагический синдром;
- туберозный склероз.

Для энтеровирусной инфекции, вызванной вирусом Коксаки характерно осложнение:

- хориоретинит;
- катаракта;
- миокардит;
- геморрагический синдром;
- стоматит.

Конъюнктивит чаще всего наблюдается при внутриутробной инфекции:

- токсоплазмоз;
- микоплазмоз;
- хламидиоз;
- цитомегалия;
- герпес.

Клиническую картину при внутриутробных инфекциях в большей степени определяет:

- сроки внутриутробного поражения;
- токсичность возбудителя;
- путь проникновения инфекции;
- состояния реактивности организма плода;
- ни один из перечисленных.

Заболевание сахарным диабетом матери влияет на состояние инсулярного аппарата у плода:

- тормозит функцию клеток инсулярного аппарата плода;
- активизирует клетки инсулярного аппарата;
- приводит к атрофии инсулярного аппарата;
- не оказывает никакого влияния;
- приводит к образованию антиинсулярных антител.

Для диагностики внутриутробного листериоза у новорожденного ребенка имеют значение:

- контакт матери с животными;
- повышение температуры с ознобом и явления пиелита у матери во время беременности;
- наличие в анамнезе самопроизвольных абортов после 5-го месяца беременности;
- все перечисленное;
- уровень IgG и IgM

Клиническими формами внутриутробной бактериальной инфекции могут быть:

- аспирационная пневмония;

- язвенно-некротический эзофагит, гастроэнтерит, перитонит;
- гнойный лептоменингит, остеомиелит;
- все перечисленные;
- сепсис.

Укажите основной путь инфицирования плода при активном туберкулезе у матери:

- трансплацентарный;
- восходящий;
- через половые клетки отца и матери;
- при прохождении плода по родовым путям;
- бронхолегочный.

Для врожденного гипотиреоза не характерно:

- крупная масса при рождении;
- грубый голос;
- тахикардия;
- затянувшаяся желтуха;
- брадикардия.

При врожденном сифилисе у плода поражается в первую очередь:

- кожа и слизистые оболочки;
- кости;
- печень;
- центральная нервная система;
- почки.

Прием беременной женщиной тетрациклина может вызвать у плода:

- поражение глаз;
- поражение скелета;
- поражение зачатков зубов;
- все перечисленное;
- анемию.

Для болезни гиалиновых мембран не типичен признак:

- цианоз;
- тахипноэ с участием в дыхании вспомогательной мускулатуры;
- метаболический ацидоз;
- гипокапния и гипероксемия;
- дыхательная недостаточность.

Потребность плода в железе значительно возрастает:

- с 12 недель;
- с 20 недель;
- с 28 недель;

- с 36 недель;
- остается равномерной в течение всего периода беременности.

В семье, где оба родителя больные хроническим алкоголизмом, родился доношенный мальчик массой тела 2200 г, ростом 48 см. В клинической картине: микроцефалия, лицевая дисморфия, синдром угнетения, сменившийся повышением нервно-рефлекторной возбудимости. Ваш диагноз:

- микроцефалия, множественные стигмы дисэмбриогенеза, внутриутробная гипотрофия;
- эмбриофетопатия, внутриутробная гипотрофия;
- алкогольный синдром плода, микроцефалия;
- все ответы правильные;
- перинатальное поражение ЦНС.

У доношенных новорожденных, перенесших асфиксию в родах, самым частым вариантом поражения ЦНС является:

- субдуральное кровоизлияние;
- перивентрикулярное кровоизлияние;
- отек мозга;
- перивентрикулярная лейкомаляция;
- менингоэнцефалит.

Первый «перекрест в формуле крови» у недоношенных детей происходит:

- на 4-й день жизни;
- на 5-й день жизни;
- на 6-й день жизни;
- после 7-10 дня жизни;
- на 21 день жизни.

Пупочная ранка в норме полностью эпителизируется:

- к концу 1-й недели жизни;
- к концу 2-й недели жизни;
- к концу 1-го месяца жизни;
- на 2-м месяце жизни;
- на 3 месяце жизни.

Потребность в белке доношенного новорожденного, находящегося на естественном вскармливании:

- 1.5-2 г/кг в сутки;
- 2.25-3.5 г/кг в сутки;
- 3.6-4 г/кг в сутки;
- 4.5-5 г/кг в сутки;
- 5.0-5.5 г/кг в сутки.

В углеводах грудного молока преобладает сахар:

- сахароза;
- мальтоза;
- бета-лактоза;
- галактоза;
- глюкоза.

Возникновению срыгиваний у новорожденных детей, находящихся на грудном вскармливании, способствуют:

- короткий пищевод;
- недостаточное развитие кардиального отдела желудка;
- относительный гипертонус пилорического отдела желудка;
- все перечисленные;
- физиологический дефицит ферментов.

В желудочно-кишечном тракте новорожденного ребенка железо всасывается на уровне:

- желудка;
- верхних отделов тонкой кишки;
- тощей кишки;
- толстой кишки;
- во всех отделах равномерно

После введения новорожденному ребенку вакцины БЦЖ в месте инъекции может появиться папула через:

- 1 неделю;
- 2-3 недели;
- 4-6 недель;
- 2-3 месяца;
- 4-6 месяцев.

Наиболее часто вызывают судорожный синдром у новорожденных от матерей с сахарным диабетом:

- асфиксия и родовая травма;
- пороки развития ЦНС;
- гипогликемия и гипокальциемия;
- гипербилирубинемия;
- гипергликемия.

Самым тяжелым осложнением при желтушной форме гемолитической болезни новорожденных является:

- анемия;
- поражение печени;
- поражение ЦНС;

- сердечная недостаточность;
- поражение почек.

Большое количество нейтрального жира в копрограмме обнаруживается:

- при лактазной недостаточности;
- при муковисцидозе;
- при экссудативной энтеропатии;
- все ответы правильные;
- при галактоземии.

Предметом выбора при лечении муковисцидоза является ферментный препарат:

- абомин;
- трифермент;
- панкреатин;
- ораза;
- мезим-форте;

Выраженным цианозом сразу после рождения проявляется:

- дефект межжелудочковой перегородки;
- тетрада Фалло;
- транспозиция магистральных сосудов;
- открытый артериальный проток;
- дефект межпредсердной перегородки.

Назовите основной дифференциально-диагностический признак сепсиса:

- множественные, последовательно возникающие очаги инфекции;
- нарушения иммунитета и глубокие изменения гемостаза;
- тяжелое поражение ЦНС;
- выраженный кишечный синдром;
- пневмония.

Назовите клинические симптомы сепсиса у новорожденных детей:

- наличие множества гнойных очагов;
- тяжелая сердечная недостаточность;
- гипертермия, угнетение сознания, диспепсические расстройства;
- нарушение терморегуляции, диспепсические расстройства, неврологические симптомы, нарушение свертываемости крови и ОЦК;
- гипертермия, токсикоз.

В зрелом женском молоке, по сравнению с молозивом выше содержание:

- белка;
- витаминов А и Е;
- иммуноглобулина А;

- лактозы;
- галактозы.

При развитии судорожного синдрома у новорожденного ребенка в возрасте 5-6 суток следует исключить в первую очередь:

- родовую травму ЦНС;
- порок развития головного мозга;
- метаболические нарушения;
- гнойный менингит;
- вирусный энцефалит.

При фиброэластозе чаще всего поражается:

- левый желудочек;
- левое предсердие;
- правый желудочек;
- правое предсердие;
- все отделы.

Патогномоничный симптом для адреногенитального синдрома у новорожденной девочки является:

- рвота с рождения;
- гинекомастия;
- вирильные наружные гениталии с пигментацией;
- мраморный рисунок кожи;
- диарея.

Назовите наиболее частый вид гнойного поражения кожи у новорожденных детей:

- пемфигус;
- везикулопустулез;
- болезнь Риттера;
- псевдофурункулез;
- синдром Лайела.

При лечении свободной гипербилирубинемии у новорожд; денных детей наиболее эффективен метод:

- фототерапия;
- лечение фенобарбиталом;
- инфузионная терапия;
- комбинация перечисленных методов;
- энтеросорбенты.

Укажите клинические симптомы, позволяющие заподозрить гипотиреоз при рождении:

- сухость кожи, мышечная гипотония, склонность к запорам;
- макроглоссия, низкий голос, брадикардия;
- затаявшаяся желтуха;
- специфических симптомов при рождении нет;
- низкая масса тела, брадикардия.

Укажите характер стула при дисахаридазной недостаточности:

- гомогенный, желтый, со слизью;
- жидкий, жирный, зловонный;
- водянистый, кислый, трескучий;
- обильный, замазкообразный, ахоличный;
- малыми порциями со слизью.

Тромбоцитопения у новорожденных детей может наблюдаться при:

- врожденной краснухе;
- врожденной цитомегалии;
- врожденной герпетической инфекции;
- всех перечисленных случаях;
- врожденном сифилисе.

Заподозрить внутрижелудочковое кровоизлияние у недоношенного ребенка позволяет:

- одышка;
- тремор конечностей;
- тахикардия;
- апноэ;
- тахипноэ.

Развитию билирубиновой энцефалопатии способствуют:

- гипоксия;
- ацидоз;
- гипогликемия;
- все перечисленные;
- недоношенность.

Гибель недоношенных детей в раннем неонатальном периоде наиболее часто вызывают:

- родовая травма;
- асфиксия и пневмопатии;
- инфекции;
- врожденные пороки развития;
- сепсис.

Укажите частое осложнение пневмонии у недоношенных детей:

- абсцедирование;

- плеврит;
- сердечная недостаточность;
- менингит;
- сепсис.

ПАТОЛОГИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Наиболее существенным параметром, подтверждающим гемолитическую болезнь новорожденных по системе АВО, следует считать:

- микросфероцитоз у ребенка;
- обнаружение иммунных антител анти-А и анти-В в крови матери;
- наличие у матери группы крови О, у ребенка — А (II) или В(III);
- положительную прямую пробу Кумбса;
- снижение осмотической резистентности эритроцитов ребенка.

У родившегося в срок ребенка в первую неделю жизни нарастала желтуха, которая стабильно сохраняется в течение 4 недель появились запоры, брадикардия. Ваш предварительный диагноз:

- сепсис;
- гипотиреоз;
- АВО-гемолитическая болезнь;
- пилоростеноз;
- физиологическая желтуха новорожденного.

Гемолитическую болезнь новорожденного по АВО-системе антигенов наблюдают:

- только у зрелых доношенных детей;
- только у детей от повторной беременности;
- у детей с группой крови О (I);
- чаще у детей с группой крови А (II) от матерей с О (I) группой крови;
- у детей от резус-положительного отца

Для болезни гиалиновых мембран у новорожденных типичен симптом:

- цианоз;
- тахипноэ;
- отсутствие дыхательной недостаточности;
- ацидоз
- втяжение грудной клетки.

Наиболее достоверным признаком острого периода врожденного токсоплазмоза является:

- микроцефалия;
- атрофия зрительного нерва;
- гепатомегалия;
- обнаружение антител против токсоплазмы в составе IgM
- высокий титр антител IgG.

На внутриутробную инфекцию у ребенка 1-го года жизни может с большой достоверностью указывать:

- увеличение IgM
- увеличение IgG.
- лейкоцитоз - 20 000 в мм³;
- нейтрофилез 80%;
- температурная реакция в пределах 37,2°C.

Уровень непрямого билирубина сыворотки крови уменьшает:

- люминал (фенобарбитал);
- магнезия;
- преднизолон;
- аскорбиновая кислота;
- дроперидол.

К реактивным состояниям новорожденных не относится:

- физиологическая эритема;
- милия;
- мелена;
- вагинальное кровотечение;
- опухание молочных желез.

Достоверным признаком врожденной цитомегалии является:

- микрофтальм и хориоретинит;
- кальцификаты в веществе мозга;
- остеопороз;
- обнаружение характерных клеток в осадке мочи, слюне, ликворе
- менингоэнцефалит.

Основная причина физиологической желтухи новорожденного:

- гемолиз;
- недостаточная глюкуронизация;
- сгущение крови;
- холестаза;
- гипогликемия.

Ретролентальная фиброплазия недоношенных является следствием:

- охлаждение;
- недостаточного питания;
- чрезмерной кислородотерапии;
- гипоксии;
- гипогликемии.

Гипербилирубинемия, не обусловленная иммунопатологическими причинами, чаще встречается:

- у зрелого новорожденного;
- недоношенного;
- новорожденного с асфиксией;
- с пороком сердца;
- у переносенного ребенка.

Для врожденного гипотиреоза не характерно:

- макроглоссия;
- пролонгированная желтуха;
- склонность к гипотермии;
- преждевременное закрытие большого родничка;
- запор.

Диагноз муковисцидоза подтверждает:

- рентгенограмма грудной клетки;
- исследование костного мозга;
- биопсия тонкого кишечника;
- микроскопия осадка мочи;
- определение электролитов пота.

У женщины 36 лет родился ребенок с типичной болезнью Дауна. Для генетической консультации важен показатель:

- возраст матери;
- генотип отца;
- состояние здоровья матери;
- генотип матери;
- повышенный радиационный фон.

Легкий вариант гемолитической болезни по резус-фактору можно ожидать в случаях:

- отец ребенка гомозиготен по резус-фактору;
- бабушка ребенка со стороны матери резус-положительна;
- группа крови матери и ребенка совпадают;
- матери ребенка в детстве переливали кровь;
- у матери атопическое заболевание.

Синдром расщепления губы и мягкого неба специфичен для

- трисомии E;
- трисомии G
- болезни Шерешевского-Тернера;
- трисомии D (синдром Патау);
- синдрома Альпорта.

Гипотрофия 1 ст. Принято считать дефицит массы:

- до 3%
- от 10 до 20%
- от 30 до 40%
- от 40 до 50%
- более 40%.

У ребенка в возрасте 2 дней обнаружен четко выраженный краниотабес. Вы считаете необходимым:

- определение КЩС;
- ограничиться наблюдением;
- сделать рентгенограмму черепа;
- сразу назначить витамин Д до 5000 МЕ в сутки;
- сделать люмбальную пункцию.

Карпопедальный спазм характерен для:

- дефицита железа;
- гипофосфатемии;
- гипокальциемии;
- фебрильных судорог;
- эписиндрома.

Развитию рахита при длительном применении способствует:

- фенобарбитал;
- папаверин;
- пиридоксаль фосфат;
- пенициллин;
- глицин.

Витамин Д:

- увеличивает продукцию паратгормона;
- способствует всасыванию Са из желудочно-кишечного тракта;
- блокирует канальцевую реабсорбцию Са;
- повышает уровень щелочной фосфатазы в крови;
- на указанные биологические эффекты витамин Д не влияет

Краниотабес не наблюдают:

- при Д-дефицитном рахите;
- при Д-зависимом рахите;
- при остеопорозе;
- у недоношенного и незрелого ребенка;
- при гипотрофии и Д-дефицитном рахите.

Для паротитной инфекции не характерно:

- панкреатит;
- поражение субмандибулярной и сублингвальной желез;
- энцефалит;
- нефрит;
- орхит (или аднексит).

Причина уменьшения частоты обструктивного бронхита с возрастом ребенка:

- увеличение силы дыхательной мускулатуры;
- уменьшение бактериальной аллергии;
- увеличение просвета бронхов;
- уменьшение реактивности лимфатической ткани;
- уменьшение секреции слизистой бронхиального дерева.

Из перечисленных клинических признаков отсутствует при экссудативном плеврите:

- ослабление дыхания;
- притупление перкуторного звука;
- бронхиальный тип-дыхания;
- ослабленное голосовое дрожание;
- тахипноэ.

Для гемолитико-уремического синдрома не типично:

- анемия;

- прямая гипербилирубинемия;
- тромбоцитопения;
- олигурия;
- протеинурия.

При острой пневмонии основным фактором возникновения гипоксемии является:

- повышение температуры;
- поверхностное дыхание;
- повышение метаболизма
- тахикардия;
- анемия.

Бронхиолит у детей раннего возраста:

- легкое и кратковременное заболевание;
- обусловлен аллергическим компонентом;
- является ранним признаком бронхиальной астмы;
- приводит к длительной потере эластичности и обструктивному состоянию легких;
- бронхиолит у детей раннего возраста не бывает.

Цианоз слизистых и кожных покровов нарастает при беспокойстве у детей с перечисленными заболеваниями, кроме:

- врожденного порока сердца;
- метгемоглобинемии;
- пневмонии;
- ателектаза;
- крупа.

Практически не встречается в раннем детском возрасте:

- бронхопневмония;
- аспирационная пневмония;
- лобарная пневмония;
- абсцедирующая пневмония;
- пневмоцистная пневмония.

Главным мероприятием при напряженном пневмотораксе является:

- интубация и искусственное дыхание;
- положение на пораженной стороне;
- активная кислородотерапия;
- возвышенное положение;
- плевральная пункция и дренаж.

Голосовое дрожание усилено при:

- плеврите;

- пневмотораксе;
- инфильтративном легочном процессе;
- легочной эмфиземе;
- ателектазе.

К железодефицитной анемии относят следующие признаки, кроме:

- повышения билирубина крови;
- гипохромии эритроцитов;
- тромбопении;
- уменьшения связанного железа в сыворотке;
- уменьшения количества эритроцитов.

Коагулопатия с одновременным удлинением времени свертывания и кровотечения имеет место при:

- гемофилии А;
- недостаточности VII фактора;
- недостаточности XIII фактора;
- афибриногенемии;
- каждом из перечисленных заболеваний.

Из перечисленных признаков не характерен для муковисцидоза:

- полифекалия;
- мекониальный илеус;
- гипернатриемия;
- стеаторея;
- ателектазы.

Для непереносимости фруктозы верны перечисленные положения, кроме:

- заболевание связано с дефектом энзима печени;
- сопровождается гипергликемией;
- введение фруктозы вызывает быстрое ухудшение состояния
- больной отстает в психомоторном развитии;
- лечебный эффект от применения лечебных смесей, не содержащих фруктозу.

Целиакия:

- развивается в большинстве случаев в первые 3 месяца жизни;
- приводит за счет прогрессирующей бронхоэктазии к смерти;
- спонтанно излечивается после 2 года жизни;
- сопровождается характерной атрофией ворсинок тонкого кишечника;
- не сопровождается развитием вторичной лактазной недостаточности

Для приготовления пищи при глютен-индуцированной целиакии рекомендуется использовать:

- пшеничную муку;
- ржаную муку;
- овсяные хлопья;

- манную крупу;
- кукурузную муку.

Из перечисленных клинических признаков для клеточной дегидратации наиболее характерен:

- мышечная гипотрофия;
- жажда;
- судороги;
- отеки;
- повышение артериального давления.

Развитию гипокальциемического судорожного синдрома способствует:

- ацидоз;
- алкалоз;
- гиперкалиемия;
- гипопроteinемия;
- гиповентиляция.

Состояние алкалоза характерно для:

- пиелонефрита;
- сахарного диабета;
- опухоли мозга с рецидивирующей рвотой;
- массивной пневмонии;
- рахита.

Из перечисленных синдромов к метаболическому алкалозу приводит

- профузный понос;
- пилоростеноз;
- синдром передозировки ингибиторов карбоангидразы;
- синдром врожденного дефицита карбоангидразы;
- синдром дыхательной недостаточности.

Для гипотонической соледефицитной дегидратации характерно:

- полидипсия;
- артериальная гипертония;
- гиперрефлексия;
- брадикардия;
- низкие АД и ЦВД.

Гипертонической воддефицитной дегидратации соответствует

- выбухающий родничок;
- гипотермия;
- снижение АД;
- сухость слизистых;
- гипонатриемия.

Для синдрома внезапной смерти у детей характерно:

- синдром чаще встречается у детей старше 3 лет;
- смерть наступает в дневной период бодрствования ребенка;
- всегда обнаруживают конкретную причину смерти;
- всегда имеются клинико-морфологические признаки незрелости;
- семейная предрасположенность к внезапной смерти.

Ребенок 2 лет. Тяжелое состояние, температура 39 С, сомнолентность, ригидность мышц затылка и небольшие кожные кровоизлияния. В ликворе 600 клеток, почти все гранулоциты, сахар снижен, белок повышен. Наиболее вероятный возбудитель менингита:

- пневмококк;
- менингококк;
- микобактерия туберкулеза;
- вирус кори;
- вирусы группы Коксаки.

При остром пиелонефрите у детей грудного возраста ведущим признаком будет:

- общая интоксикация;
- дизурические явления;
- синдром срыгивания;
- субфебрилитет;
- болевой синдром.

Объем мочевого пузыря у новорожденного:

- от 10 до 15 мл;
- от 30 до 50 мл;
- от 100 до 150 мл;
- от 100 до 200 мл;
- от 250 до 300 мл.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

В этиологии внебольничной (домашней) пневмонии у детей в возрасте от 1 до 5 лет ведущее значение имеет:

- пневмококк;
- пиогенный стрептококк;
- стафилококк;
- клебсиелла;
- кишечная палочка.

Ведущий клинический симптом в диагностике пневмонии:

- одышка;
- ослабленное дыхание;
- локальная крепитация;
- многочисленные мелкопузырчатые хрипы;
- втяжение уступчивых мест грудной клетки.

Гипертермия и озноб в первые часы заболевания типична для пневмонии:

- хламидийной;
- микоплазменной;
- пневмоцистной;
- пневмококковой;
- грибковой.

Внебольничную пневмонию у детей в возрасте старше 5 лет чаще вызывают:

- стафилококки;
- пневмоцисты;
- пневмококки;
- грибы;
- микоплазмы.

Пилоторакс чаще развивается при пневмонии:

- пневмококковой;
- пневмоцистной;
- легионеллезной;
- стафилококковой
- вирусной.

Затяжная пневмония диагностируется при отсутствии разрешения пневмонического процесса в сроки:

- от 3 недель до 4 недель;
- от 4 недель до 5 недель;
- от 5 недель до 6 недель;
- от 6 недель до 8 месяцев;
- от 8 месяцев и более.

Для экссудативного плеврита характерно:

- укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в больную сторону;

- коробочный характер перкуторного звука над экссудатом;
- усиленное голосовое дрожание и выраженная бронхофония над экссудатом;
- укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в здоровую сторону;
- усиленное голосовое дрожание и укорочение перкуторного звука.

Внебольничная пневмония у детей в возрасте старше 5 лет реже вызывается:

- микоплазмой;
- пневмококком;
- клебсиеллой;
- гемофильной палочкой;
- синегнойной палочкой.

Внебольничная пневмония у детей в возрасте от 1 до 5 лет реже вызывается:

- синегнойной палочкой;
- пневмококком;
- микоплазмой;
- гемофильной палочкой;
- стафилококком.

Причиной экспираторной одышки является:

- фарингит;
- ларингит;
- бронхиальная обструкция;
- трахеит;
- ничего из вышеперечисленного.

Для выявления междолевого выпота показана:

- томография;
- боковой снимок;
- плевральная пункция;
- прямая рентгенограмма;
- бронхоскопия.

Какие признаки характерны для хронической пневмонии с бронхоэктазами:

- непостоянные влажные хрипы;
- влажные хрипы постоянной локализации;
- проводные хрипы;
- крепитация;
- сухие рассеянные хрипы.

Какой из перечисленных признаков характерен для гемосидероза легких:

- наличие сидерофагов в мокроте;
- высокий уровень железа сыворотки крови;
- эмфизема;

- эозинофильный легочный инфильтрат;
- ржавая мокрота.

Для выявления бронхоэктазов показана:

- бронхография;
- пневмотахометрия;
- рентгенография органов грудной клетки;
- томография;
- пикфлоуметрия.

Для бронхиальной астмы не характерен признак:

- приступы бронхоспазма с экспираторной одышкой;
- повышение хлоридов в поте и моче;
- гиперпродукция вязкой прозрачной мокроты;
- рассеянные непостоянные сухие, свистящие хрипы;
- жесткое дыхание.

У детей реже встречается форма бронхиальной астмы:

- атопическая;
- неатопическая;
- астма напряжения;
- аспириновая астма;
- инфекционно-аллергическая.

Минимальное значение в диагностике бронхиальной астмы у детей в возрасте старше 5 лет имеет:

- измерение объема форсированного выдоха за 1 сек (FEV1) и форсированной жизненной емкости (FCV);
- измерение максимальной скорости выдоха (PEF);
- определение общего IgE и IgG в сыворотке крови;
- кожные тесты с аллергенами и определение специфических *IgE*;
- приступы бронхоспазма во время ОРВИ.

Объем форсированного выдоха за 1 сек (FEV1), форсированная жизненная емкость (FCV) и максимальная скорость выдоха (PEF) у детей в возрасте старше 5 лет позволяют оценить:

- степень аллергизации организма;
- степень выраженности инфекционного процесса;
- состояние иммунной системы организма;
- степень бронхиальной обструкции;
- тяжесть бронхиальной астмы.

С помощью пикфлоурометра измеряется:

- общая емкость выдоха;
- жизненная емкость легких;

- остаточный объем легких;
- максимальная (пиковая) скорость выдоха (PEF)
- степень бронхиальной обструкции.

Целесообразно применять для купирования развившегося приступа бронхиальной астмы:

- ингаляционные кортикостероиды;
- кромогликат;
- недокромил;
- бета-2-адреномиметики;
- задитен.

Продолжительность курса лечения азитромицином при лечении пневмонии составляет:

- 1-2 дня;
- 3 или 5 дней;
- 7-10 дней;
- 11-14 дней;
- 14-21 день.

При лечении бронхиальной астмы наиболее часто серьезные побочные эффекты развиваются при длительном применении:

- ингаляционных кортикостероидов;
- кромогликата;
- пероральных кортикостероидов;
- кетотифена;
- бета-2-адреномиметиков.

При лечении пневмонии, вызванной бета-лактамазпродуцирующими штаммами пневмококка, целесообразно использовать:

- феноксиметилпенициллин;
- амоксициллин, потенцированный клавулановой кислотой
- амоксициллин;
- ампициллин;
- азитромицин.

При лечении микоплазменной пневмонии целесообразно использовать:

- природные пенициллины;
- макролиды;
- полусинтетические пенициллины;
- цефалоспорины 1-го поколения;
- аминогликозиды.

Обструктивным легочным заболеванием является:

- экзогенный аллергический альвеолит;

- эозинофильная пневмония;
- фиброзирующий альвеолит;
- бронхиальная астма;
- хроническая пневмония.

При лечении пневмоцистной пневмонии целесообразно использовать:

- триметоприм/сульфаметоксазол (ко-тримоксазол);
- макролиды;
- полусинтетические пенициллины, потенцированные клавулановой кислотой или сульбактамом;
- цефалоспорины 2-го поколения;
- линкомицин.

К лекарственным препаратам, контролирующим течение бронхиальной астмы, относятся:

- бета-2-адреномиметики короткого действия;
- ингаляционные холинолитики;
- противовоспалительные препараты и пролонгированные бронходилататоры;
- иммуностимуляторы;
- антигистаминные средства.

Не является бронходилататором длительного действия:

- эуфилонг;
- салметерол;
- эуфиллин;
- теопэк;
- беродуал.

При «аспириновой» бронхиальной астме противопоказан:

- тавегил;
- эуфиллин;
- анальгин;
- интал;
- напроксен.

Не обладает муколитическим эффектом:

- мукосольвин;
- амброксол;
- бромгексин;
- либексин;
- амбробене.

К типичным рентгенологическим изменениям при бронхиальной астме в приступный период относятся все перечисленные, кроме:

- нарушение подвижности грудной клетки;
- вздутие грудной клетки;

- увеличение лимфоузлов средостения;
- усиление сосудистого рисунка;
- коробочный характер перкуторного звука.

Решающее значение для диагностики хронической пневмонии имеет:

- рентгенография грудной клетки;
- физикальные данные: стойкие локальные изменения дыхания и наличие влажных хрипов;
- исследование функции внешнего дыхания;
- бронхография;
- пикфлоуметрия.

В основе хронического облитерирующего бронхолита лежит:

- преходящий бронхоспазм;
- облитерация бронхиол и артериол одного или нескольких участков легкого;
- транзиторный отек слизистой бронхов;
- кратковременная гиперпродукция бронхиального секрета
- множественные ателектазы.

При пневмонии, вызванной микоплазмой, следует назначить:

- тетрациклин;
- макролиды;
- пенициллин;
- бисептол;
- гентамицин.

Оптимальные сроки назначения антибиотиков при пневмонии до:

- нормализации температуры;
- полного рассасывания инфильтрата в лёгком;
- нормализации СОЭ;
- 4-5 дней стойкой нормальной температуры тела;
- ликвидации токсикоза.

Достоверный метод верификации хронического бронхита

- общеклинические физикальные исследования;
- рентгенография органов грудной клетки;
- клинический анализ крови;
- бронхоскопия с цитологическим и бактериологическим исследованием бронхиального содержимого;
- посев мокроты.

Не относится к ингаляционным стероидам:

- бекотид (бекламетазона дипропинат);
- фликсотид (флютиказона пропионат);
- ингакорт (флунизоли~);

- дексаметазон;
- интал.

Какой из указанных препаратов не относится к бета-2 агонистам:

- вентолин (сальбутамол);
- беротек (фенотерол);
- астмопент (орципреналин);
- интал;
- аколлат.

Укажите наиболее частый побочный эффект ингаляционных стероидов:

- кандидоз полости рта;
- недостаточность коры надпочечников;
- остеопороз;
- гипергликемия;
- синдром Иценко-Кушинга.

При тяжелой бронхообструкции у детей чаще бывают осложнения:

- ателектаз;
- пиоторакс;
- абсцесс;
- напряжённый пневмоторакс;
- булла.

Основные лечебные мероприятия в остром периоде обструктивного бронхита вирусной этиологии, кроме:

- бронхолитики;
- отхаркивающие;
- вибрационный массаж грудной клетки;
- антибиотики;
- физиопроцедуры.

Обструкции легких у детей способствуют анатомо-физиологические особенности органов дыхания, кроме:

- Узкие воздухоносные пути;
- мягкость хрящей гортани, трахеи, бронхов;
- Диафрагмальный тип дыхания;
- носовое дыхание;
- низко расположенный надгортанник.

Клеточный состав экссудата лимфоциты 80%, нейтрофилы 15%, эритроциты 5%, характерен для плеврита:

- гнойного;
- серозного;
- геморрагического;
- серозно-геморрагического;

- посттравматического.

Наиболее частой причиной экссудативного плеврита у детей является:

- пневмония;
- туберкулез;
- опухоли;
- травма;
- эхинококковая киста.

Наиболее вероятная причина экссудативного плеврита у ребенка 3 лет, в плевральной жидкости которого преобладают сегментоядерные лейкоциты:

- пневмония;
- туберкулез;
- рак легкого;
- обструктивный бронхит;
- перелом ребра.

Наиболее информативным исследованием для выявления туберкулёза внутригрудных лимфоузлов является:

- обзорная рентгенограмма лёгких;
- боковая рентгенограмма лёгких;
- томограммы прямая и боковая;
- бронхоскопия;
- бронхография.

При диссеминированном туберкулёзе частой внелёгочной локализацией процесса являются:

- кости и кожа;
- гортань и серозные оболочки;
- глаза и половые органы;
- почки и мозговые оболочки;
- кишечник и кожа.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ. РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

В процессе адаптации организма участвуют:

- надпочечник;
- гипоталамус;
- гипофиз;
- все перечисленное;
- кора мозга.

Активность лимфоцитов и плазматических клеток подавляет:

- супрастин;
- метилпреднизолон (урбазон);
- дигоксин;
- трентал;
- престариум.

У мальчика 5 лет утомляемость, усиление пульсации левого желудочка, дрожание во 2-ом межреберье, на ЭКГ перегрузка левого желудочка, на рентгенограмме - гиперволемиа малого круга, увеличение левого желудочка.

Ваш предварительный диагноз:

- стеноз легочной артерии;
- дефект межжелудочковой перегородки;
- субаортальный стеноз;
- открытый артериальный проток;
- коарктация аорты.

При бактериальном поражении открытого артериального протока наблюдается:

- увеличение селезенки;
- лихорадка;
- увеличение СОЭ;
- анемия;
- все перечисленное.

При большом дефекте межжелудочковой перегородки у ребенка в возрасте 3 месяцев наблюдаются все перечисленные признаки, за исключением:

- одышки и непереносимости физической нагрузки;
- повторных пневмоний;
- акцента второго тона на легочной артерии;

- судорог;
- тахикардии.

При одышечно-цианотическом приступе у ребенка с тетрадой Фалло целесообразно:

- ввести строфантин;
- дать кислород;
- назначить пропранолол (анаприлин, обзидан);
- ввести промедол;
- если приступ продолжается - начать инфузионную терапию

К врожденным порокам сердца, которые лечат оперативно в первые годы жизни ребенка, обычно не относятся:

- открытый артериальный проток;
- коарктация аорты;
- транспозиция крупных сосудов;
- открытое овальное окно;
- тетрада Фалло.

При системной красной волчанке наибольшую диагностическую значимость имеет:

- повышение иммуноглобулинов;
- диспротеинемия;
- LE-клетки;
- увеличение СОЭ;
- изменения в моче.

При ревматоидном артрите может наблюдаться:

- высокая лихорадка;
- перикардит;
- увеличение лимфоузлов;
- СОЭ 60 мм/час;
- все перечисленное.

У мальчика 10 лет боль и припухлость коленных и голеностопных суставов, температура 38° С. Левая граница сердца увеличена на 2 см. Тоны сердца приглушены. Неделю назад перенес ангину. Ваш предварительный диагноз:

- постинфекционный миокардит;
- ревматизм;
- ревматоидный артрит;
- септический кардит;
- реактивный артрит.

Для диагностики ревматизма по Киселю-Джонсу-Нестерову основными критериями являются:

- повышение титра АСЛО;
- абдоминальный синдром;
- полиартрит;
- снижение зубца Т на ЭКГ;
- увеличение QT на ЭКГ.

Одним из основных диагностических критериев ревматизма является:

- очаговая инфекция;
- кардит;
- общее недомогание;
- артралгия;
- лихорадка.

Основной причиной формирования приобретенных пороков сердца у детей является:

- фиброэластоз;
- системная красная волчанка;
- ревматизм;
- септический эндокардит;
- ревматоидный артрит.

Ребенку с предварительным диагнозом "ревматизм" необходимо назначить:

- клинический анализ крови амбулаторно;
- биохимический анализ крови амбулаторно;
- консультацию кардиоревматолога;
- госпитализацию;
- ЭКГ амбулаторно.

Если ребенка с предварительным диагнозом "ревматизм, активная фаза" не госпитализировали, то ему необходимо сделать все перечисленное, кроме:

- клинического анализа крови на дому;
- ЭКГ на дому;
- назначения аспирина;
- Эхо-КГ в диагностическом центре;
- назначения пенициллина.

Ребенку с предположительным диагнозом "ревматизм" целесообразно назначить дома до госпитализации:

- преднизолон;
- бетамезон;
- дексаметазон;
- супрастин;
- ибупрофен + супрастин.

В начальный период ревматической атаки показано применение:

- пенициллина;
- Цепорина;
- левомицетина;
- бициллина;
- фортума (цефтазидим~).

Ребенок госпитализирован на 2-ой день от начала артрита. Температура 37,8°C, боли и припухлость суставов сохраняется, систолический шум на верхушке продолжительный, СОЭ - 45 мм/ч. Необходимо назначить все перечисленное, кроме:

- пенициллина;
- преднизолона;
- диклофенака;
- цефалоспоринов II поколения;
- поливитаминов.

Ребенок лечился в стационаре в течение 2 месяцев, активность ревматизма стихла. После выписки необходимо рекомендовать:

- аспирин (1/2 возрастной дозы) и бициллин-5;
- бициллин-3;
- пенициллин;
- эритромицин;
- преднизолон.

За осуществление реабилитации детей, перенесших ревматизма, в поликлинике отвечают:

- физиотерапевт;
- участковый педиатр;
- ЛОР-специалист;
- врач ЛФК;
- зав. отделением.

Нестероидные противовоспалительные препараты рекомендуются при:

- ревматизме;
- ревматоидном артрите;
- болезни Верльгофа;
- посттравматическом артрите;
- реактивном артрите.

Применение стероидных (гормональных) противовоспалительных препаратов может вызвать:

- усиление тромбообразования;
- повышение артериального давления;
- возникновение язвы в желудочно-кишечном тракте;
- гипергликемию;

- все перечисленное.

Преднизолон оказывает все перечисленные действия, за исключением:

- противовоспалительного;
- антигистаминного;
- иммуносупрессивного;
- антикоагулянтного;
- влияния на глюконеогенез.

При лечении больного цитостатическими иммуносупрессантами необходимо назначать регулярно:

- консультацию окулиста;
- клинический анализ крови;
- рентгенографию (для выявления остеопороза костей);
- измерение артериального давления;
- УЗИ органов брюшной полости.

К группе нестероидных противовоспалительных препаратов не относится:

- ацетилсалициловая кислота;
- диклофенак;
- индоцид;
- преднизолон;
- лорноксикам.

Осложнения со стороны крови могут возникнуть при использовании:

- диклофенака;
- папаверина;
- тавегила;
- супрастина;
- капотена.

У ребенка с анемией не применяется препарат:

- пенициллин;
- левомицетин;
- цеклор;
- макропен;
- амоксиклав.

При дистрофии миокарда показано назначение:

- ацетилсалициловой кислоты;
- диклофенака;
- витаминов, бенфотиамина, оротата калия;
- хлористого кальция;
- капотена.

Более быстрое диуретическое действие оказывает:

- гипотиазид;
- лазикс;
- диакарб;
- верошпирон;
- триампур.

Агрегацию тромбоцитов не уменьшает:

- продектин;
- эуфиллин;
- строфантин;
- дипиридамола;
- тиклид.

Ребенок 8 лет перенес 2 атаки ревматизма. Сформировалась митральная недостаточность. В этой ситуации проводить профилактику бициллином необходимо в течение:

- 1 года;
- 2 лет;
- 3 лет;
- 5 лет;
- 10 лет.

Детям с ревматизмом в санатории проводят:

- трудотерапию;
- ЛФК;
- бициллинопрофилактику;
- санацию очагов инфекции;
- все перечисленное.

При отеке легких не наблюдается:

- одышка;
- ортопноэ;
- большое количество влажных хрипов в легких;
- учащенное мочеиспускание;
- задержка мочеиспускания.

К проявлениям острой сердечно-сосудистой недостаточности не относится:

- бледность кожных покровов;
- нитевидный пульс;
- падение артериального давления;
- гиперемия кожи;
- одышка.

При отеке легких средствами неотложной терапии являются:

- седуксен;
- наложение жгутов на ноги;
- лазикс;
- преднизолон;
- все перечисленное.

Ортостатический коллапс может вызвать:

- дибазол;
- престариум;
- папаверин;
- анаприлин;
- Преднизолон.

При острой сердечно-сосудистой недостаточности не показан:

- допамин;
- преднизолон;
- мезатон;
- пропранолол;
- инфузионная терапия.

Гипертония чаще всего наблюдается при:

- системной красной волчанке;
- геморрагическом васкулите;
- при узелковом полиартериите;
- при открытом артериальном протоке;
- аортальной недостаточности.

Высокую гипертензию чаще обуславливает:

- порок развития сосудов почки;
- пиелонефрит;
- удвоение чашечно-лоханочной системы;
- наследственный нефрит;
- вегетодистония.

Для выявления вазоренальной гипертензии наиболее информативным исследованием является:

- цистография;
- измерение артериального давления на ногах;
- внутривенная урография;
- ренальная ангиография;
- УЗИ сосудов почек.

Из перечисленных пороков протекает с артериальной гипертензией:

- стеноз легочной артерии;
- стеноз аорты;

- коарктация аорты;
- дефект межпредсердной перегородки;
- дефект межжелудочковой перегородки.

Для дифференциальной диагностики гипертензии при коарктации аорты наиболее информативным является:

- повышение в моче альдостерона;
- нормальное содержание в моче 17-кетостероидов;
- артериальное давление на ногах ниже, чем на руках;
- снижение в моче уровня катехоламинов;
- артериальное давление на ногах выше, чем на руках.

При неотложном состоянии у ребенка наибольшее диагностическое значение имеет:

- фонокардиограмма;
- эхокардиограмма;
- ЭКГ;
- реокардиограмма;
- энцефалограмма.

Синусовая тахикардия на ЭКГ встречается при:

- миокардите;
- выпотном перикардите;
- слипчивом перикардите;
- всем перечисленном;
- дистрофии миокарда.

Ребенка с впервые выявленной частой экстрасистолией следует:

- оставить дома, назначить постельный режим и противоревматическую терапию;
- ограничить физические нагрузки;
- оставить под наблюдением, назначить индерал внутрь;
- госпитализировать для обследования;
- назначить дома цитохром С, актовегин.

Для диагностики пароксизмальной тахикардии срочным исследованием является:

- рентгенография;
- ЭКГ;
- ФКГ;
- исследование калия в крови;
- ЭХО-кардиография.

При пароксизмальной тахикардии наиболее характерным симптомом является:

- частота сердечных сокращений 120 в минуту;
- частота сердечных сокращений более 160-180 в минуту, ритмичность сердечных сокращений;
- частота сердечных сокращений 140 в минуту;
- перебои (выпадения) сердечных сокращений;
- дизритмичность сердечных сокращений.

Для желудочковой формы пароксизмальной тахикардии характерными ЭКГ-признаками являются:

- ритм 130 в минуту, регулярный, узкий комплекс QRS;
- ритм более 180 в минуту, регулярный, суправентрикулярный комплекс QRS;
- ритм 160 в минуту, регулярный, резко деформированный комплекс QRS;
- ритм 150 в минуту, нерегулярный, узкий комплекс QRS;
- ритм 140 в минуту, уширенный комплекс QRS;

Начинать выведение ребенка 8 лет из приступа пароксизмальной тахикардии при АД 90/60 мм рт. ст. целесообразнее с применения:

- адреналина внутривенно;
- дигоксина внутримышечно;
- индерала внутривенно;
- неотона внутривенно;
- дизопирамида внутривенно.

Для профилактики частых приступов суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии ребенку 10 лет с синдромом предвозбуждения желудочков более эффективен:

- анаприлин внутрь;
- строфантин;
- новокаинамид внутрь;
- кордарон внутрь;
- верапамил внутрь.

При полной атриовентрикулярной блокаде (атриовентрикулярная блокада III степени) наблюдается:

- дизритмия;
- ритм 50-60 ударов в минуту;
- ритм 90 ударов в минуту;
- дефицит пульса;
- ритм 100 в минуту.

При полной атриовентрикулярной (поперечной) блокаде могут наблюдаться приступы:

- резкого цианоза;
- потери сознания;

- сердцебиения;
- одышечно-цианотические;
- жара, гиперемии лица.

В случае приступа Морганьи-Эдамса-Стокса при атриовентрикулярной блокаде к средствам неотложной терапии не относится:

- строфантин;
- атропин;
- адреналин;
- закрытый массаж сердца;
- добутамин.

Для ваготонического типа вегетодистонии не характерны:

- гипергидроз;
- тахикардия;
- красный дермографизм;
- склонность к обморокам;
- плохая переносимость транспорта.

При поствирусном миокардите наиболее часто отмечается:

- систолодиастолический шум;
- длинный дующий систолический шум на верхушке;
- мезодиастолический шум;
- глухие тоны, мягкий, короткий систолический шум;
- поздний систолический шум.

Острый воспалительный процесс в меньшей степени характеризует показатель:

- уровень иммуноглобулина G;
- мочевины;
- С-реактивный белок;
- сиаловая реакция;
- уровень АЛТ.

Для бактериального (инфекционного) кардита характерны следующие симптомы:

- лихорадка;
- поражение аортального клапана;
- увеличение СОЭ;
- гиперкоагуляция;
- все перечисленные.

В диагностике поствирусного миокардита наибольшее значение имеет:

- рентгенограмма сердца;
- ФКГ;

- реограмма;
- исследование внешнего дыхания;
- ЭХО-кардиография.

При поствирусном миокардите с недостаточностью кровообращения следует назначить:

- кофеин;
- кордиамин;
- дигоксин;
- индерал (анаприлин);
- капотен.

Инфекционно-токсическую кардиопатию (дистрофию миокарда при пневмонии характеризует:

- нарушение проводимости (удлинение PQ);
- перегрузка левого желудочка;
- блокада левой ножки пучка Гиса;
- снижение зубца Т;
- расширение границ сердца.

При инфекционно-токсической кардиопатии (дистрофии миокарда наиболее целесообразно назначить:

- оротат калия, актовегин;
- преднизолон;
- кордиамин;
- пенициллин;
- витамин В₁₅.

Дистрофия миокарда может возникнуть у детей при:

- аллергических реакциях;
- эндокринных заболеваниях;
- сепсисе и остеомиелите;
- ожирении;
- всем перечисленном.

Наиболее точным методом определения сердечных границ является:

- пальпация;
- перкуссия;
- Рентгеноскопия;
- рентгенография;
- ЭХО-кардиография.

Девочки 12 лет отмечают периодические колющие боли в области сердца. Ей необходимо назначить прежде всего:

- клинический анализ крови и ЭКГ;

- ФКГ
- Рентгенографию сердца;
- пробу с физической нагрузкой;
- велоэргометрию.

На приеме девочка 10 лет с жалобами на боли в сердца. Клинически патологии не выявлено. Ей необходимо назначить:

- ЭКГ, ЭХО-кардиографию;
- апекскардиограмму;
- реокардиограмму;
- пробу с физической нагрузкой;
- велоэргометрию.

Исследование, обязательно показанное грудному ребенку перед назначением плавания:

- ФКГ;
- рентгенограмма сердца;
- тахисцилография;
- ЭКГ;
- ЭХО-кардиографию.

Для дилатационной кардиомиопатии характерно:

- гипертрофия левого желудочка;
- увеличение полостей желудочков;
- гипертрофия правого желудочка;
- гипертрофия межжелудочковой перегородки;
- аномальная трабекула.

Перед началом занятий в спортивной секции обязательным является проведение:

- ЭхоКГ;
- ФКГ;
- ЭКГ;
- рентгенографии;
- реографии.

Для выявления гипертрофической кардиомиопатии наиболее информативно:

- Эхо-КГ;
- рентгенограмма;
- радиоизотопное исследование;
- ЭКГ;
- ФКГ + рентгенограмма.

RQ при синдроме преждевременного возбуждения желудочков (синдроме Вольфа- Паркинсона-Уайт~ составляет:

- 0,14 с
- 0,10 с;
- 0,18 с;
- 0,20 с;
- 0,22 с.

Снижение зубца Т на ЭКГ не может быть вызвано:

- гиперкалиемией;
- гипокалиемией;
- инфекционно-токсической кардиопатией при пневмонии;
- тяжелой аллергической реакцией;
- миокардитом.

Дети с синдромом преждевременного возбуждения желудочков на ЭКГ представляют собой группу риска по возникновению:

- ревматизма;
- гипертрофической кардиомиопатии;
- пароксизмальной тахикардии;
- перикардита;
- поствирусного миокардита.

Наиболее информативным исследованием для диагностики пролапса митрального клапана является:

- ЭКГ;
- ультразвуковое исследование;
- ФКГ;
- рентгенограмма сердца;
- реограмма.

Для дифференциальной диагностики недостаточности митрального клапана от пролапса митрального клапана наиболее достоверным является следующий метод исследования:

- ЭКГ;
- рентгенография;
- векторкардиография;
- эхокардиография;
- рентгенограмма сердца.

Для дифференциальной диагностики поражения коленного сустава ревматоидной и туберкулезной природы наиболее информативно:

- высокое СОЭ;
- Рентгенологические данные;
- определение иммуноглобулинов;
- утолщение костальной плевры;
- определение ревматоидного фактора.

К прямым антикоагулянтам относятся:

- фенилин;
- дипиридамо́л;
- гепарин;
- дикумарин;
- тиклид.

К непрямым антикоагулянтам относятся:

- дипиридамо́л;
- гепарин;
- аспирин;
- фенилин;
- тиклид.

К препаратам, уменьшающим агрегацию тромбоцитов, относятся:

- трентал;
- дипиридамо́л;
- преднизолон;
- стугерон;
- продектин (пармидин).

К нестероидным противовоспалительным препаратам относятся:

- пироксикам;
- напроксен;
- дисферал;
- лорноксикам (ксефокам);
- диклофенак.

К нестероидным противовоспалительным препаратам относятся:

- инстенон;
- метипред;
- урбазон;
- лорноксикам (ксефокам);
- актовегин.

К гормональным противовоспалительным препаратам относятся:

- напроксен;
- кетотифен;
- метипред;
- лорноксикам (ксефокам);
- диклофенак.

Во время гормональной терапии при ревматизме и ревматоидном артрите рекомендуется включить в диету:

- творог и кефир;
- овощные и фруктовые салаты;
- печеный картофель;
- все перечисленное;
- сухофрукты.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Высокий риск развития патологии пищевода при:

- недостаточности эзофагокардиального отдела;
- спастическом запоре;
- гепатите;
- дисфункции билиарного тракта;
- панкреатите.

При подозрении на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы необходимо провести:

- рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с проведением водно-сифонной пробы;
- гастродуоденоскопию;
- внутрижелудочную рН-метрию;
- рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с барием;
- УЗИ желудка.

Для выявления варикозного расширения вен пищевода наиболее информативным исследованием является:

- гастродуоденоскопия;
- рентгенография ЖКТ с барием;
- исследование кала на скрытую кровь;
- анализ крови;
- внутрижелудочная рН-метрия.

Для эзофагита характерно:

- боли за грудиной;
- метеоризм;
- жидкий стул;
- запоры;
- тошнота.

Причиной срыгивания у грудных детей является:

- незрелость эзофаго-кардиального отдела пищевода;
- высокий тонус желудка в пилорическом отделе;
- высокое внутрибрюшное давление;
- непостоянные расслабления нижнего пищеводного сфинктера
- все перечисленное

Наличие изжоги свидетельствует о:

- забросе желудочного содержимого в пищевод;
- повышении кислотности желудочного содержимого;
- диафрагмальной грыже;

- язвенной болезни желудка;
- гастродуодените.

Приступ кетоацидоза не провоцирует:

- интеркуррентное заболевание;
- перекорм жирами, белками;
- перекорм углеводами;
- голодание;
- повышенный питьевой режим.

Для рвоты при кетоацидозе наиболее характерно:

- жидкий стул;
- боли в животе;
- головная боль;
- ацетонурия;
- метеоризм.

При кетоацидозе необходимо провести в первую очередь анализ на:

- сахар;
- протромбин;
- билирубин;
- СРВ;
- креатинин.

Для халазии характерен следующий симптом:

- боли в правом подреберье;
- запоры;
- боли натошак в эпигастрии;
- рецидивирующая рвота;
- метеоризм.

Для выявления халазии необходимо провести:

- холецистографию;
- копрологическое исследование;
- рентгеноскопию желудка с водно-сифонной пробой;
- ирригоскопию;
- колоноскопию.

Ахалазия сопровождается:

- рвотой непереваренной пищей;
- рвотой с примесью желчи;
- срыгивание через 1 час после еды
- рвотой переваренной пищей;
- изжогой

Боли за грудиной связаны:

- С Гиперацидностью;
- с раздражением слизистой оболочки пищевода при рефлюкс-эзофагите;
- с метеоризмом;
- с повышением внутрибрюшного давления;
- со спазмом сфинктера Одди.

Осложнения со стороны респираторного тракта могут быть вызваны наличием:

- гастроэзофагорефлюксной болезни;
- панкреатита;
- язвенной болезни;
- гастрита;
- желчнокаменной болезнью.

При срыгивании и рвотах не возникает:

- фарингит;
- аспирационная пневмония;
- трахеобронхит;
- стоматит;
- все вышеперечисленное.

Среди осложнений при упорной рвоте не наблюдается:

- нарушений электролитного обмена;
- алкалоза;
- эксикоза;
- полиурии;
- кетоацидоза.

У детей для стимуляции секреции целесообразно использовать:

- гистамин;
- мясной бульон;
- хлеб с водой;
- кофеин;
- овощной отвар

Какими показателями для определения рН желудочного у детей:

- дизурические явления;
- тощачковые боли в эпигастриальной области;
- боли при дефекации;
- дисфагия;
- запоры.

Для язвенно-подобной диспепсии характерно:

- изжога;

- рвота;
- тошачковые боли;
- отрыжка;
- все вышеперечисленное.

Для гиперацидности не характерны:

- понос;
- тошачковая боль в гастродуоденальной зоне;
- запор;
- обложенность языка;
- изжога.

Для хеликобактериоза не характерно наличие:

- гиперплазии слизистой оболочки пилорической зоны;
- эрозивно—язвенного процесса;
- гиперацидности;
- полипоза;
- дуоденогастрального рефлюкса.

Качественный метод диагностики хеликобактериоза:

- при обнаружении микроба в слюне методом ПЦР;
- при положительном уреазном тесте с биоптатом;
- при выделении чистой культуры пилорического хеликобактера из биоптата;
- при клинико-эндоскопическом исследовании;
- копрология.

При хеликобактериозе не эффективен:

- де-нол;
- фуразолидон;
- препараты висмута;
- спазмолитик;
- макролид.

Наиболее информативным исследованием при гастрите является:

- эндоскопия с биопсией;
- рентгеноконтрастное исследование;
- УЗИ;
- иридодиагностика;
- копрограмма.

Эвакуацию из желудка замедляет:

- жидкости;
- мясные блюда;
- щелочное питье;
- кефир;

- рыба.

Какой клинический симптомокомплекс обусловлен недостаточностью привратника:

- пилороспазм;
- СРК;
- рецидивирующая рвота;
- раздраженный желудок;
- изжога.

Для недостаточности привратника не характерно:

- боли в эпигастрии во время еды;
- позыв на дефекацию во время еды;
- разжижение стула;
- рвота без примеси желчи;
- запоры.

Закрытию привратника способствует:

- прием кислой пищи в начале еды;
- запивание еды жидкостью;
- жирная пища;
- пресное молоко;
- щелочная минеральная вода перед едой.

При недостаточности привратника нецелесообразно назначать

- мезим-форте;
- фестал;
- мотилиум;
- запивать водой пищу;
- координакс.

При недостаточности привратника не рекомендуется:

- начинать еду с кислого;
- тепловые процедуры на эпигастрий;
- мотилиум;
- запивать пищу водой;
- координакс.

Для дискинезии 12-перстной кишки не характерно:

- дуоденогастральный рефлюкс;
- тошнота;
- боли в гипогастрии;
- боли в эпигастрий во время еды и сразу после еды;
- диспепсия.

Дуоденогастральные рефлюксы способствуют развитию:

- дивертикула желудка;
- перегиба желудка;
- ГЭРБ;
- антрального гастрита;
- СРК.

Для выявления дуоденогастрального рефлюкса наименее информативны:

- примесь желчи в рвотных массах;
- обнаружение при гастроскопии темной желчи в желудке
- данные УЗИ желудка, 12-перстной кишки с жидкостью;
- гиперацидность;
- антральный гастрит.

Наиболее информативным методом диагностики артерио-мезентериальной компрессии является:

- рентгеноконтрастное исследование с барием полипозиционное;
- эндоскопия;
- дуоденальное зондирование;
- УЗИ;
- копрограмма.

При подозрении на артерио-мезентериальную компрессию показано:

- рентген-исследование в вертикальной позиции;
- рентген-исследование в горизонтальной позиции;
- рентген-исследование в вертикальном, а затем — коленно-локтевом положении;
- рентген-исследование в коленно-локтевом положении;
- УЗИ с жидкостью.

Для диагностики дуоденита наименее информативны данные:

- эндоскопии с биопсией;
- рентгеноскопии;
- УЗИ желудка, 12-перстной кишки с жидкостью;
- копрограммы;
- биохимического анализа крови.

Недостовверным эндоскопическим признаком обострения дуоденита является:

- отечность;
- гиперсекреция слизи;
- картина "булыжной мостовой";
- феномен "манной крупы";
- гиперемия слизистой.

С течением дуоденита связана патология:

- хронический тонзиллит;
- колиты;
- пиелонефрит;
- синдром билиарной дисфункции;
- эзофагит.

Наиболее достоверным клиническим признаком язвенной болезни является:

- сезонность болей;
- тощачковые боли в эпигастрии;
- рецидивирующая рвота;
- кровотечение из выявленной язвы;
- изжога.

При подозрении на язвенную болезнь 12-перстной кишки не следует проводить:

- исследование кала на скрытую кровь;
- гастродуоденоскопию;
- дуоденальное зондирование;
- рентгеноконтрастное исследование;
- клинический анализ крови.

Наиболее частым осложнением язвенной болезни у детей является:

- кровотечение;
- перфорация;
- пенетрация в поджелудочную железу;
- малигнизация;
- непроходимость

Не оказывает репаративного действия:

- солкосерил;
- ранитидин;
- облепиховое масло;
- альмагель;
- вентер.

При непрерывно рецидивирующем течении язвенной болезни наименее эффективна:

- гипербарическая оксигенация;
- лазеротерапия;
- эндоскопическая санация;
- акупунктура;
- антациды.

Особенно предрасполагают к развитию холепатии:

{

- заболевания 12-перстной кишки;
- хронический тонзиллит;
- гастрит;
- пневмония;
- панкреатит.

На развитие холестаза не влияет:

- повреждение гепатоцита;
- патология билиарных путей;
- дисбактериоз;
- обилие жира в пище;
- желчнокаменная болезнь.

Риск развития гепато- и холепатии повышается при наличии всех перечисленных факторов, кроме:

- наследственного;
- перенесенного вирусного гепатита;
- дисбактериоза;
- воздушно-капельной инфекции;
- желчнокаменной болезни.

Дискинезией желчных путей не обусловлены:

- боль в правом подреберье;
- субиктеричность склер;
- обложенность языка;
- телеангиоэктазии на коже;
- горечь во рту.

По результатам микроскопии дуоденального содержимого можно диагностировать заболевание желчного пузыря:

- дисхолию;
- дискинезию;
- холецистит;
- аномалию;
- калькулезный холецистит.

Компоненты осадка дуоденального содержимого не характерные для дисхолии:

- кристаллы билирубината кальция;
- лейкоциты;
- кристаллы холестерина;
- липидные частицы, гранулы;
- лямблии.

БОЛЕЗНИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ

На деятельность почечных канальцев непосредственно влияет гормон:

- альдостерон;
- тироксин;
- инсулин;
- гонадотропин;
- андрогены.

Кисотно-щелочное состояние удерживается путем:

- выделения кислотных валентностей и задержки щелочных валентностей канальцами;
- продукции аммония канальцами;
- выделения кислых валентностей канальцами;
- всем перечисленным;
- буферными системами крови.

Селективность протеинурии определяют для оценки состояния:

- петли Генле;
- эпителия дистальных канальцев;
- мембраны клубочков;
- всего перечисленного;
- эпителия проксимальных канальцев.

Концентрационную функцию почек не характеризует:

- проба Зимницкого;
- белок и белковые фракции;
- относительная плотность мочи;
- осмолярность мочи;
- электролиты крови.

Фильтрационную способность почек не характеризует:

- клиренс эндогенного креатинина;
- креатинин крови;
- уровень мочевины крови;
- осмолярность мочи;
- селективность протеинурии.

У ребенка с гематурией для подтверждения диагноза наследственного нефрита важно выявить наличие у родственников всех симптомов, кроме:

- тугоухости;
- гематурии;
- патологии зрения;
- дисплазии тазобедренного сустава;
- развитие ХПН в раннем возрасте.

Торпидное течение характерно для:

- нефротической формы гломерулонефрита;
- пиелонефрита;
- волчаночного нефрита;
- наследственного нефрита;
- цистита.

Повышение артериального давления на ранних стадиях характерно для:

- наследственного нефрита;
- гломерулонефрита;
- пиелонефрита;
- дизметаболической нефропатии;
- тубулопатий.

Наличие малых аномалий диспластических признаков не характерно для

- наследственного нефрита;
- тубулопатий;
- гломерулонефрита;
- дизметаболической нефропатии;
- кистозной болезни.

Собирать мочу на посев рекомендуется методом:

- пункцией мочевого пузыря;
- из средней струи в стерильную посуду;
- при катетеризации мочевого пузыря;
- из анализа мочи по Нечипоренко;
- из суточной мочи.

Преобладание нейтрофилов в мочевом осадке более характерно для:

- пиелонефрита;
- тубулоинтерстициального нефрита;
- гломерулонефрита;
- наследственного нефрита;
- амилоидоза.

Активность воспалительного процесса не отражает.

- белковые фракции;
- серомукоид;
- С-реактивный белок;
- электролиты крови;
- фибриноген крови;

Гиперлипидемия наиболее характерна для:

- гломерулонефрита нефротической формы;
- гломерулонефрита гематурической формы;
- пиелонефрита;
- тубулоинтерстициального нефрита;
- тубулопатии.

Выраженная фибриногемия наблюдается при:

- гломерулонефрите нефротической формы;
- цистите;
- наследственном нефрите;
- дизметаболической нефропатии;
- пиелонефрите.

Экскреция оксалатов, уратов в моче определяется обычно:

- в суточной моче;
- в утренней порции;
- в трехчасовой моче;
- во всем перечисленном;
- из средней струи.

Повышение мочевой кислоты в крови может свидетельствовать о:

- нарушении обмена кальция;
- нарушении обмена щавелевой кислоты;
- атопическом дерматите;
- нарушении обмена пуринов;
- нарушении обмена цистина.

Гиперурикемия в детском возрасте может наблюдаться при:

- приеме цитостатиков;
- приеме мочегонных тиазидового ряда;
- подагре;

- всем перечисленном;
- приеме сульфаниламидов.

Значительное повышение IgG в крови наблюдается при:

- пиелонефрите;
- системной красной волчанке;
- цистите;
- гломерулонефрите нефротической формы;
- тубулоинтерстициальном нефрите.

Допустимое количество остаточной мочи в мочевом пузыре ребенка 10 лет составляет:

- 20-30 мл;
- 100 мл;
- 80 мл;
- 120 мл;
- 40-60 мл.

При цистографии уточняются все перечисленные данные, за исключением:

- наличия рефлюксов;
- состояния уретры;
- функционального состояния почек;
- количества остаточной мочи;
- состояние детрузора.

Показанием для проведения внутривенной урографии является все перечисленное, за исключением:

- болей в животе неясной этиологии;
- стойкой лейкоцитурии;
- травмы брюшной полости с задержкой мочеиспускания;
- острого периода гломерулонефрита;
- внезапно появившейся гематурии.

Динамическая нефросцинтиграфия выявляет:

- отдельную функцию почек;
- функцию клубочков;
- отдельно скорость клубочковой фильтрации каждой почки;
- все перечисленное;
- топографию и размер почек.

Наиболее тяжелым морфологическим вариантом гломерулонефрита является:

- минимальные изменения клубочков;
- фокально-сегментарный гломерулонефрит;
- экстракапиллярный гломерулонефрит с полулуниями;

- экстракапиллярный пролиферативный гломерулонефрит;
- все перечисленное.

При внезапно возникшей макрогематурии исследования целесообразно начать с:

- ультразвукового исследования мочевой системы;
- радионуклидное исследование почек;
- цистографии;
- ангиографии;
- компьютерной томографии.

Противопоказанием к биопсии почки не является:

- единственная почка;
- поликистоз почек;
- туберкулез почек;
- гормонорезистентный гломерулонефрит;
- острый постстрептококковый гломерулонефрит.

Гломерулонефрит является заболеванием:

- иммунокомплексным;
- неиммунным;
- микробно-воспалительным;
- инфекционным;
- вирусным.

Основным клиническим синдромом гломерулонефрита не является:

- отечный;
- гипертензионный;
- мочевой;
- абдоминальный;
- олигурия.

Смешанная форма гломерулонефрита чаще развивается:

- на 1-м году жизни;
- с 1 года до 2 лет;
- с 3 до 5 лет;
- после 8-10 лет;
- в любом возрасте.

Нефротическая форма гломерулонефрита чаще развивается в возрасте:

- до 1 года;
- с 1 года до 7 лет;
- в пубертатном возрасте;
- в любом возрасте;
- 11-12 лет.

Для нефротического синдрома характерна:

- значительная протеинурия, гипоальбуминемия;
- гиполипидемия;
- гипертония;
- гипофибриногенемия;
- гематурия.

Для начала гломерулонефрита наиболее характерно:

- температурная реакция;
- абдоминальный синдром;
- олигурия;
- катаральные явления;
- дизурия.

Показателем активности при гематурической форме гломерулонефрита не является:

- гематурия;
- гипертония;
- олигурия;
- сердечные изменения;
- гиперкоагуляция.

Лабораторными показателями активности при гематурической форме гломерулонефрита являются:

- ускоренная СОЭ;
- гиперфибриногенемия;
- макрогематурия;
- все перечисленное;
- микропротеинурия.

Для смешанной формы гломерулонефрита наиболее характерна:

- гематурия с протеинурией;
- изолированная протеинурия;
- абактериальная лейкоцитурия;
- длительно сохраняющаяся гематурия;
- лейкоцитурия, бактериурия.

Для смешанной формы гломерулонефрита характерно:

- гипертония;
- гематурия;
- протеинурия;
- все перечисленное;
- гематурия, протеинурия, абактериальная лейкоцитурия.

К ведущим симптомам нефротической формы гломерулонефрита относятся все перечисленные, за исключением:

- отекающего синдрома;
- абдоминального синдрома;
- протеинурии более 3 г/л;
- олигурии;
- гиперлипидемия.

Показателем активности при нефротической форме гломерулонефрита не является:

- отечный синдром;
- олигурия;
- выраженная протеинурия;
- анемия;
- диспротеинемия.

Абактериальная лейкоцитурия в начале заболевания может наблюдаться при форме гломерулонефрита:

- гематурической;
- смешанной;
- нефротической;
- всех формах;
- с минимальными морфологическими изменениями.

Повышение активности ферментов в моче характерно:

- гломерулонефрита;
- хронического цистита;
- острого цистита;
- уретрита;
- нейрогенной дисфункции мочевого пузыря.

Гипергаммаглобулинемия характерна для:

- гломерулонефрита нефротической формы;
- волчаночного нефрита;
- гломерулонефрита смешанной формы;
- острого нефрита;
- тубулоинтерстициального нефрита.

Об активности нефротической формы гломерулонефрита не свидетельствует:

- гипоальбуминемия;
- диспротеинемия;
- гиперлипидемия;
- снижение зубца Т на ЭКГ;
- протеинурия.

Об активности смешанной формы гломерулонефрита не свидетельствует:

- протеинурия;
- гематурия;
- гиперкоагуляция;
- анемия;
- повышение артериального давления.

Осложнением острого гломерулонефрита не является:

- почечная недостаточность;
- гипертоническая энцефалопатия;
- тромботические осложнения; снижение слуха;
- недостаточность кровообращения.

Из осложнений гематурической формы гломерулонефрита наблюдается:

- гипертоническая энцефалопатия;
- отек легких;
- кровотечение;
- сердечная недостаточность;
- абдоминальный криз.

Для гипертонической энцефалопатии характерны:

- сердечная недостаточность;
- нарушение сердечного ритма;
- судороги, потеря сознания;
- одышка, хрипы в легких;
- анасарка.

Ограничение соли показано при всех состояниях, за исключением:

- олигоанурии;
- артериальной гипертензии;
- отечного синдрома;
- микропротеинурии;
- острого гломерулонефрита.

Разгрузочная диета показана при:

- острых проявлениях гломерулонефрита;
- стихании активности процесса;
- ремиссии гломерулонефрита;
- любом из перечисленных периодов гломерулонефрита;
- минимальном мочевоом синдроме.

Антибактериальная терапия больному с гломерулонефритом не назначается:

- при постстрептококковом гломерулонефрите;
- на фоне глюкокортикоидной терапии;
- при иммуносупрессивной терапии;

- при поддерживающем, прерывистом курсе преднизолона;
- при наличии хронических очагов инфекции.

Антибактериальная терапия при гломерулонефрите включает:

- макролиды;
- пенициллин;
- нитрофурановые препараты;
- гентамицин;
- цефалоспорины.

Капотен относится к:

- миотропным гипотензивным средствам;
- В-адреноблокаторам;
- ганглиоблокаторам;
- ингибиторам ангиотензин-превращающего фермента;
- а-адреноблокаторам.

Снижает артериальное давление путем изменения водно, электролитного баланса:

- гипотиазид;
- дибазол;
- натрия нитропруссид;
- резерпин;
- ганглиоблокаторы.

Ингибитором синтеза ангиотензина-II является:

- пропранолол;
- апрессин;
- дибазол;
- эналаприл;
- верапамил.

Не обладает антигистаминным действием:

- преднизолон;
- тавегил;
- метандростенолон;
- стугерон;
- кетотифен.

Показанием к назначению глюкокортикоидов является:

- нефротическая форма гломерулонефрита;
- гематурическая форма гломерулонефрита;
- тубулоинтерстициальный нефрит;
- дизметаболическая нефропатия;
- тубулопатии.

К глюкокортикоидным препаратам не относится:

- метандростенолон;
- гидрокортизон;
- бетаметазон;
- триамцинолон;
- дексаметазон.

Глюкокортикоиды:

- повышают содержание глюкозы в крови;
- увеличивают количество лимфоцитов в крови;
- увеличивают синтез белков;
- являются иммуностимуляторами;
- увеличивают количество эозинофилов в крови.

При назначении антибиотиков учитывается:

- рН мочи;
- функциональное состояние почек;
- нефротоксичность;
- все перечисленное;
- характер микрофлоры мочи.

При почечной недостаточности противопоказано:

- кларитромицин;
- лазикс;
- оксациллин;
- гентамицин;
- "защищенные пенициллины".

К непрямым антикоагулянтам относится:

- гепарин;
- фенилин;
- дипиридамол;
- трентал;
- тиклид.

Антикоагулянты не показаны при:

- остром гломерулонефрите;
- острой почечной недостаточности;
- геморрагическом васкулите;
- болезни Верльгофа;
- гиперкоагуляции.

Дезагрегационным свойством не обладает:

- эуфиллин;

- трентал;
- курантил;
- мезатон;
- тиклид,

Из диуретиков для получения быстрого эффекта целесообразно применять:

- верошпирон;
- верошпирон в сочетании с гипотиазидом;
- лазикс;
- урегит;
- триампур.

Признак не характерный для гиперкалиемии:

- глухость тонов сердца;
- брадикардия;
- парестезия;
- тахикардия;
- изменение зубца Т на ЭКГ.

Мальчику 6 лет, у которого сегодня появились отеки век, голеней, мало мочится целесообразно назначить диету:

- стол гипохлоридный;
- фруктово-сахарный;
- стол вегетарианский;
- стол без соли, мяса;
- стол с ограничением белка.

Тубулоинтерстициальный нефрит (ТИН) является:

- бактериальным воспалением;
- абактериальным воспалением;
- аутоиммунным процессом;
- все перечисленное;
- инфекционным.

Причинами развития тубулоинтерстициального нефрита могут быть факторы:

- врожденные;
- наследственные;
- приобретенные;
- все перечисленное;
- экополлютанты.

Тубуло интерстициальный нефрит может развиваться в результате:

- обменных нарушений;
- вирусной инфекции;

- микозной инфекции;
- всего перечисленного;
- нарушение гемо- и уродинамики.

При назначении хлорбутина исследование общего анализа крови необходимо:

- один раз в 20 дней;
- один раз в 7-10 дней;
- ежедневно;
- 1 раз в 3 дня;
- 1 раз в месяц.

Анаболическим действием обладает препарат:

- оротат калия;
- лейкеран;
- хлористый аммоний;
- бруфен;
- преднизолон.

Чаще возникает остеопороз при назначении:

- триамсинолона;
- трентала;
- макролидов;
- лазикса;
- верошпирона.

Для диагностики тубулоинтерстициального нефрита необходимо исследовать все перечисленное, кроме:

- обмена пуринов;
- тубулярной функции почек;
- морфологии почечной ткани;
- клинического анализа крови;
- ферментурии.

Лечение тубулоинтерстициального нефрита включает:

- диетотерапию;
- коррекцию обменных нарушений;
- назначение антиоксидантов;
- все перечисленное;
- назначение средств, улучшающих почечную гемодинамику.

К мембраностабилизаторам относятся все перечисленные препараты, за исключением:

- преднизолона;
- ксидифона;

- токоферола;
- азатиоприна;
- эвиона.

Развитие нефропатии не характерно для:

- системной красной волчанки;
- синдрома Вегенера;
- узелкового полиартериита;
- ожирения;
- пороков развития мочевой системы.

Заподозрить волчаночную нефропатию не позволяют:

- пневмония;
- кожный синдром;
- полисерозит;
- быстро прогрессирующий нефрит;
- лейкопения.

Поражение почек реже наблюдается при:

- склеродермии;
- системной красной волчанке;
- геморрагическом васкулите;
- узелковом полиартериите;
- амилоидозе.

Лейкопения наблюдается при:

- узелковом полиартериите;
- наследственном нефрите;
- волчаночном нефрите;
- дисметаболической нефропатии;
- гломерулонефрите.

Амилоидоз чаще развивается при:

- ревматоидном артрите;
- гломерулонефрите;
- тубулоинтерстициальном нефрите;
- пиелонефрите;
- тубулопатиях.

Диагноз системной красной волчанки подтверждают:

- LE-клетки;
- периорбитальная эритема;
- дисфагия;
- периорбитальная эритема + дисфагия;
- лейкопения.

У ребенка 8 месяцев рвота, температура 39°C. Беспокоен, часто мочится. В моче следы белка, эритроциты - 20 в поле зрения, лейкоциты до 80 в поле зрения. Ваш диагноз:

- нефротический синдром;
- острый нефрит;
- пиелонефрит;
- хронический цистит;
- острый цистит.

Для диагностики инфекции мочевой системы меньшее значение имеет:

- общий анализ мочи;
- анализ мочи на бактериурию;
- количественный анализ мочи;
- определение мочевины в крови;
- двухстаканная проба мочи.

Для цистита не характерен симптом:

- боли в поясничной области;
- поллакиурия;
- дизурия;
- боли над лоном;
- рези при мочеиспускании.

При пиелонефрите обычно не нарушается функция:

- клубочка;
- тубулярного отдела нефрона;
- проксимального отдела нефрона;
- петли Генле;
- дистального отдела нефрона.

Среди факторов, определяющих развитие хронического пиелонефрита, ведущую роль играют:

- генетическая предрасположенность;
- нарушение уродинамики;
- вирулентность микроба;
- иммунокомплексный процесс;
- метаболические нарушения.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ КРОВЕТВОРЕНИЯ. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Не является причиной гипохромной анемии:

- дефицит железа;
- нарушение порфиринового обмена;
- нарушение структуры цепей глобина;
- гемолиз;
- свинцовая интоксикация.

К основным причинам дефицита железа не относится:

- алиментарный дефицит;
- нарушение обеспечения железом плода при внутриутробном развитии;
- кровопотеря;
- гемолиз;
- синдром нарушенного всасывания.

У новорожденного причиной дефицита железа не является:

- дефицит железа у беременной;
- нарушение трансплацентарного пассажа железа;
- недоношенность;
- разрушение эритроцитов, содержащих фетальный гемоглобин;
- преждевременная перевязка пуповины.

К причинам дефицита железа у беременной не относятся:

- частые беременности;
- длительная предшествующая лактация;
- обильные менструации;
- злоупотребление алкоголем;
- вегетарианство.

Причиной нарушения трансплацентарного перехода железа не является:

- внутриутробная инфекция;
- гестоз;
- разные группы крови у матери и плода;
- отслойка плаценты;
- угроза прерывания беременности.

К клиническим признакам дефицита железа не относится:

- бледность слизистых оболочек;

- систолический шум на верхушке сердца;
- спленомегалия (у ребенка старше 1 год~;
- дистрофические изменения кожи, волос, зубов;
- койлонихии.

Не является гематологическим признаком железодефицитной анемии:

- сниженный цветной показатель;
- анизоцитоз и пойкилоцитоз;
- нормобластоз;
- гипохромия эритроцитов;
- микроцитоз.

Биохимический тест, не выявляющий дефицит железа:

- определение трансферрина;
- определение сывороточного железа;
- определение сывороточного белка;
- определение ферритина;
- десфераловый тест.

Укажите продукты, из которых лучше усваивается железо:

- мясо;
- гречка;
- гранаты;
- рыба;
- яблоки,

Правильная тактика применения препаратов железа:

- до нормализации гемоглобина;
- до нормализации уровня ферритина крови;
- до нормализации сывороточного железа;
- в течение 2 недель;
- до исчезновения бледности кожных покровов.

Клинический признак, не характерный для талассемии:

- спленомегалия;
- гепатомегалия;
- пурпура;
- кардиопатия;
- остеопороз.

Признак, не характерный для талассемии:

- снижение сывороточного железа;
- повышение сывороточного железа;
- повышение фетального гемоглобина;
- выявление аномальных гемоглобинов при электрофорезе;

- гипохромная анемия.

Основной гематологический признак гемолиза:

- ретикулоцитоз;
- анемия;
- повышение СОЭ;
- тромбоцитоз;
- полицитемия.

Нехарактерный признак начального периода гемобластозов:

- немотивированные подъемы температуры;
- оссалгии;
- деформация суставов;
- увеличение лимфоузлов;
- общая слабость.

Нехарактерные изменения периферической крови при остром лейкозе:

- ретикулоцитопения;
- ретикулоцитоз;
- нейтропения;
- тромбоцитопения;
- анемия.

Для верификации диагноза острого лейкоза наиболее достоверно исследование:

- анализ периферической крови;
- производство миелограммы;
- биохимическое исследование крови;
- исследование кариотипа;
- определение уровня ферритина крови.

При остром лейкозе не являются абсолютно необходимыми исследования:

- рентгенография грудной клетки;
- клинический анализ крови;
- цистография;
- УЗИ органов брюшной полости и лимфоузлов;
- стерильная пункция.

Правильная тактика ведения после постановки диагноза острого лейкоза:

- госпитализация в специализированное гематологическое отделение;
- госпитализация в соматическое отделение;
- амбулаторное лечение;
- консультация гематолога;
- консультация онколога.

Возможные жалобы при лимфогранулематозе, кроме:

- температурной реакции с ознобом;
- общей слабости;
- кожного зуда;
- кровоточивости;
- потливости.

Характерное изменение состава периферической крови на ранних этапах лимфогранулематоза:

- анемия;
- повышение СОЭ;
- умеренный нейтрофильный лейкоцитоз;
- тромбоцитопения;
- изменения отсутствуют.

Основная причина развития болезней накопления:

- врожденная энзимопатия;
- хроническое воспаление;
- злокачественная пролиферация;
- приобретенная энзимопатия;
- иммунодефицит.

Спленомегалия не характерна для:

- гепатита;
- сепсиса;
- бруцеллеза;
- железодефицитной анемии;
- врожденного сифилиса.

Спленомегалия не характерна для:

- инфекционного мононуклеоза;
- болезни кошачьих царапин;
- ветряной оспы;
- цитомегалии;
- токсоплазмоза.

ДВС-синдром новорожденного реже вызывает:

- сепсис;
- вмешательство на сосудах пуповины;
- очаговая гнойная инфекция;
- дисбактериоз кишечника;
- «госпитальная» пневмония.

Не способствует развитию ДВС-синдрома:

- повышение вязкости крови;

- понижение вязкости крови;
- понижение скорости кровотока;
- микроангиоспазм, венозный застой;
- лихорадка.

Наличие ДВС-синдрома не подтверждает:

- СОЭ;
- этаноловый тест;
- протамин-сульфатный тест;
- тест «склеивания стафилококков»;
- гемоглобин.

При тромбоваскулите неинформативно:

- определение фибриногена;
- фибринолитическая активность;
- исследование гемоглобина;
- подсчет тромбоцитов;
- положительные паракоагуляционные пробы.

Не улучшает микроциркуляцию:

- трентал;
- тиклид;
- гентамицин;
- эуфиллин;
- винпоцетин.

При гемофилии наиболее информативно исследование:

- определение плазменных факторов свертывания;
- определение времени кровотечения;
- определение времени свертывания;
- подсчет тромбоцитов;
- гемоглобина.

При гемофилии А следует вводить гемопрепарат:

- прямое переливание крови от матери;
- концентрат VIII фактора;
- прямое переливание крови;
- переливание крови длительного хранения;
- «отмытые» эритроциты.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ И РЕАНИМАЦИЯ

Неотложная помощь детям при острой дыхательной недостаточности заключается в следующих мероприятиях, кроме:

- витаминотерапии;
- восстановления объема циркулирующей крови;
- коррекции кислотно-щелочного равновесия;
- оксигенотерапии;
- ликвидация дыхательной недостаточности.

При астматическом статусе назначается:

- внутривенное введение эуфиллина;
- оксигенотерапия;

- седативные препараты;
- все перечисленное;
- ингаляционные кортикостероиды.

Первым признаком передозировки эуфиллина является:

- падение артериального давления;
- головная боль, боли в животе, тошнота, рвота;
- нарушение сердечного ритма;
- одышка;
- коллапс

При остром стенозирующем ларинготрахеите не отмечается:

- изменение голоса;
- грубый лающий кашель;
- втяжение уступчивых мест грудной клетки;
- удлинение вдоха;
- дыхательная недостаточность.

При лечении больных с подвязочным отеком голосовых связок лучший эффект дает применение:

- диуретиков;
- гормонов;
- симпатомиметиков;
- пароксислородных ингаляций;
- ингаляционных В-2-агонистов.

При крупе III степени ингаляции следует проводить:

- 30 мин;
- 2 ч;
- До появления продуктивного кашля;
- 15 минут;
- каждые 3 часа по 10 минут.

Основная задача начального этапа инфузионной терапии при большинстве патологических состояний заключается в:

- восстановлении объема экстрацеллюлярной жидкости;
- восстановлении объема циркулирующей плазмы;
- дезинтоксикации;
- восстановлении объема циркулирующих эритроцитов;
- устранении дефицита калия.

Увеличивает текучесть крови в большей степени препарат:

- 5% раствор альбумина;
- 10 % раствор альбумина;
- рингер — лактат;

- нативная плазма;
- реополиглюкин.

Оптимальным раствором для обеспечения организма ионами калия является:

- 0,3 % раствор хлорида калия;
- 1% раствор хлорида калия;
- раствор фосфата калия;
- смесь 20% раствора глюкозы и 7,5% раствора хлорида калия;
- 10% раствора хлористого калия.

Оптимальным раствором для замещения потерь жидкости из желудочно-кишечного тракта на начальном этапе инфузионной терапии при кишечных инфекциях является:

- 10% раствор хлорида натрия;
- 9% раствор хлорида натрия;
- раствор Рингера;
- маннитол;
- декстран 40.

Какое осложнение наиболее часто возникает при использовании венозных катетеров:

- флебит;
- травма катетером сердца;
- эмболия;
- пневмоторакс;
- сепсис.

Мальчик 6 лет, вялый, бледный, распространенные отеки. Врач "скорой помощи" должен выяснить:

- снижен ли аппетит;
- сколько выделяет мочи;
- контакты с корью;
- какие перенес детские инфекции;
- какая температура в течение последней недели.

При острой почечной недостаточности в стадии олигурии наиболее часто развивается:

- гипокалиемия;
- гиперкалиемия;
- гипернатриемия;
- гиперкальциемия;
- гипонатриемия.

К наиболее ранним признакам острой почечной недостаточности относятся:

- повышение мочевины крови;
- увеличение плотности мочи;
- повышение кальция крови;
- повышение калия крови;
- повышение натрия в крови.

Нормальное артериальное давление при травматическом шоке у детей поддерживается в результате всего перечисленного, кроме:

- перераспределения крови;
- сосудистой спазма;
- гиперфункции симпатического отдела ЦНС;
- снижения температуры;
- интенсификации работы сердца.

Метаболический ацидоз при травматическом шоке купируется, прежде всего путем:

- проведения искусственной вентиляции легких;
- проведения оксигенотерапии;
- адекватного обезболивания;
- ликвидации дефицита ОЦК;
- введения раствора гидрокарбоната натрия.

Дозирование общего объема жидкости при проведении инфузионной терапии осуществляется с учетом:

- состояния и функции органов кровообращения;
- наличия патологических потерь воды и ионов из организма;
- состояния функций систем выделения, кровообращения, физиологических потребностей наличия дефицита и патологических потерь воды;
- физиологических потребностей организма в воде;
- всего перечисленного.

Наименее информативен для оценки противошоковой терапии показатель:

- нормализации артериального давления;
- устранения тахикардии;
- нормальный уровень центрального венозного давления;
- ликвидация метаболического ацидоза;
- нормализация диуреза.

Наиболее простой метод определения баланса воды в организме при проведении инфузионной терапии заключается:

- в регулярном взвешивании ребенка;
- в измерении почасового диуреза;
- в сборе суточной мочи;
- в определении величины гематокрита;
- в определении ОЦК.

При отравлении бледной поганкой развивается:

- судорожный синдром;
- отек легких;
- острая почечная недостаточность;
- острая печеночная недостаточность;
- геморрагический синдром.

Продолжительность латентного периода при отравлении бледной поганкой составляет:

- 15-30 мин;
- 1 -2 ч;
- 5 - 6 ч;
- 12 - 24 ч;
- 24-48 часов.

При отравлении атропиноподобными веществами наблюдается:

- саливация, бронхоспазмы, сужение зрачков;
- угнетение сознания, сужение зрачков;
- гиперемия кожи, сухость слизистых, расширение зрачков;я
- тонико-клонические судороги;
- неукротимая рвота.

Каким раствором целесообразнее проводить промывание желудка в первые часы после отравления кислотами:

- 4 % раствором гидрокарбоната натрия;
- 2 % раствором окиси магния;
- теплой водой;
- 0,1 % раствором марганцевокислого калия;
- раствором Рингера.

Какие ядовитые растения при отравлении приводят к гиперемии кожных покровов, галлюцинации, расширению зрачков:

- ландыш майский;
- дурман (белен~);
- вех ядовитый;
- горицвет;
- наперстянка.

У ребенка при отравлении неизвестной этиологии промывать желудок следует:

- чистой водой;
- раствором марганца;
- раствором соды;
- водой с добавлением активированного угля;

- раствором соляной кислоты.

У детей грудного возраста не рекомендуется применять в качестве жаропонижающего препарата:

- аналгин;
- диклофенак;
- ацетилсалициловую кислоту;
- парацетамол;
- ибупрофен.

Реанимационные мероприятия при остановке сердца включают все перечисленное, кроме:

- подачи сигнала тревоги;
- непрямого массажа сердца;
- укладывания пострадавшего на твердую поверхность;
- ИВЛ "рот в рот";
- прикладывания холода на магистральные сосуды.

Наиболее частая причина генерализованных судорог у детей раннего возраста:

- гнойный менингит;
- острое отравление;
- энцефалитические реакции при вирусных инфекциях;
- эпилепсия;
- травма головного мозга.

При метаболическом ацидозе в организме ребенка происходит все перечисленное, кроме:

- снижения эффекта адреналина;
- расширения капилляров;
- спазма капилляров;
- снижения сократительной способности капилляров;
- нарушения проницаемости капилляров

При эффективном непрямом массаже сердца может отсутствовать:

- пульс на периферических сосудах;
- пульс на крупных артериях;
- сужение зрачков;
- улучшение цвета кожи и слизистых;
- восстановление работы сердца.

ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ И ТУБЕРКУЛЕЗ

К характерным симптомам молниеносной менингококцемии не относится:

- лихорадка с тенденцией к снижению;
- эксикоз II-III степени;
- олигоанурия;
- прогрессирование сосудистых и дыхательных нарушений;
- метаболический ацидоз.

Симптомом, типичным для катарального периода кори, не является:

- лихорадка;
- насморк;
- глухой кашель;
- судорожный синдром;
- конъюнктивит.

Типичными особенностями периода высыпания при кори являются следующие, кроме:

- появления сыпи на фоне нормальной температуры;
- пятнисто-папулезной сыпи с тенденцией к слиянию;
- этапности при появлении и угасании сыпи;
- наличия катаральных явлений;
- усиления токсикоза и лихорадки при появлении сыпи.

К типичным осложнениям кори не относится:

- отит;
- пневмония;
- кератит;
- энцефалит;
- миокардит.

Типичными клиническими проявлениями краснухи не являются:

- субфебрильная лихорадка, легкие катаральные явления;
- мелкопятнистая сыпь;
- увеличение и болезненность заднешейных и затылочных лимфоузлов;
- круп;
- одновременное развитие всех симптомов.

Типичной локализацией сыпи при краснухе является:

- лицо, туловище, разгибательные поверхности конечностей, ягодицы;
- боковые поверхности туловища, внутренняя поверхность бедер, сгибательные поверхности конечностей;
- поэтапное распространение сыпи на лице, туловище, конечностях;
- туловище, конечности с концентрацией элементов на стопах, кистях и вокруг суставов; ~ типичная локализация не характерна.

Типичным симптомом скарлатины не является:

- лихорадка;
- ангина;
- точечная сыпь;
- шейный лимфаденит;
- гепатолиенальный синдром.

Для экзантемы при скарлатине не характерно:

- преобладание элементов на боковых поверхностях груди и сгибательных поверхностях рук;
- наличие элементов на внутренней поверхности бедер;
- скопление элементов вокруг крупных суставов, на ладонях и подошвах;
- отсутствие элементов в носогубной области;
- отсутствие этапности высыпания.

Для сыпи при ветряной оспе не характерны следующие особенности:

- полиморфизм с преобладанием везикул; их легкое опорожнение после прокола, пупковидное вдавливание у отдельных элементов;
- преимущественная локализация на лице, волосистой части головы, туловища и конечностей;
- "толчкообразные" высыпания с 1-2-дневными промежутками;
- одномоментные (в течение дня) пузырьковые высыпания, многокамерность элементов;
- высыпания на слизистых оболочках.

Для токсической дифтерии не характерны:

- лихорадка, боли в горле;
- отек шейной клетчатки, тонзиллярный лимфаденит;
- Регионарный лимфаденит без отека шейной клетчатки;
- выраженный отек миндалин и ротоглотки;

- Распространенные фибринозные налеты в ротоглотке.

При токсической форме дифтерии ротоглотки возможны следующие осложнения, кроме:

- миокардита;
- токсического нефроза;
- невритов черепных нервов (паралич мягкого неба, офтальмоплегия и др.);
- полирадикулоневрита с развитием вялых периферических параличей;
- энцефалита.

При подозрении на локализованную дифтерию ротоглотки наиболее правильно одно из следующих положений:

- ПС должна вводиться немедленно, независимо от сведений о прививках;
- ПС должна вводиться немедленно непривитым детям;
- ПС должна вводиться только после получения результатов бактериологического исследования;
- допускается наблюдение за больным в течение 8-12 часов для уточнения диагноза;
- введение ПС не показано при локализованной дифтерии ротоглотки.

Характерным симптомом эпидемического паротита не является:

- лихорадка;
- увеличение околоушных слюнных желез;
- увеличение подчелюстных слюнных желез;
- боли в животе;
- ангина.

При эпидемическом паротите не развивается:

- серозный менингит;
- гнойный менингит;
- панкреатит;
- орхит;
- тиреоидит.

Для коклюша не типично:

- гипертермия;
- одутловатость лица;
- толчкообразный кашель с судорожным вдохом;
- выделение вязкой мокроты;
- рвота при кашле.

Для гриппа не характерно:

- гипертермия;
- судорожный синдром;
- желтуха;

- геморрагический синдром;
- круп.

Для респираторно-синцитиальной инфекции наиболее характерным синдромом является:

- судорожный синдром
- круп
- бронхиолит
- диарея
- лимфаденопатия

Наиболее характерным для парагриппа синдромом является:

- судорожный синдром;
- лимфаденопатия;
- диарея;
- геморрагический синдром;
- круп.

Терапия дыхательной недостаточности, сопровождающей бронхообструкцию у больного ОРЗ, не включает:

- улучшение бронхиального дренажа с помощью муколитических средств и повторных ингаляций с бронхолитическими препаратами, массаж;
- кислородотерапия;
- массивную инфузионную терапию;
- применение бронхолитических препаратов;
- парентеральное введение глюкокортикоидов, дезагрегантов.

Для респираторного микоплазмоза не характерно:

- навязчивый кашель;
- выраженная интоксикация с гипертермией;
- длительное проявление бронхообструкции;
- очаговые изменения в легких со скудными физикальными данными;
- лимфаденопатия.

При респираторном микоплазмозе не эффективны:

- цефалоспорины;
- линкомицин;
- тетрациклин;
- рифампицин;
- эритромицин.

У детей старше года наиболее частым возбудителем "домашней" пневмонии является:

- стафилококк;
- стрептококк;

- пневмококк;
- грамотрицательные бактерии;
- ассоциация различных микробов.

Для гастроинтестинальной формы сальмонеллеза не характерно:

- тошнота, рвота;
- боли в животе;
- водянистая диарея;
- озноб, лихорадка;
- дыхательная недостаточность.

У больных сальмонеллезом можно выделить возбудителя из:

- крови;
- испражнений;
- рвотных масс;
- мочи;
- из всех перечисленных биосубстратов.

Представителем условно-патогенной флоры, вызывающей кишечные инфекции у детей, не является:

- клебсиелла;
- протей;
- стафилококк;
- стрептококк;
- гафний.

Характерным для брюшного тифа симптомом не является:

- выраженная интоксикация и высокая продолжительная лихорадка;
- утолщение и обложенность языка, увеличение печени и селезенки;
- гипотония, брадикардия;
- полиартриты;
- сыпь.

При брюшном тифе наиболее эффективен:

- тетрациклин;
- гентамицин;
- левомицетин;
- рифампицин;
- полимиксин В.

Гастроинтестинальная форма иерсиниоза может проявляться следующими симптомами, кроме:

- разжиженного зловонного стула с примесью крови и зелени;
- приступообразных болей в животе;
- водянистой диареи, экзикога II-III степени;

- выраженной интоксикации;
- сыпи, концентрирующейся вокруг суставов, симптома «перчаток» и «носков»», артралгии.

Боли в животе при иерсиниозе и псевдотуберкулезе не могут быть обусловлены:

- илеитом;
- мезаденитом;
- проктосигмоидитом;
- аппендицитом;
- панкреатитом.

Для псевдотуберкулеза не характерна:

- высокая лихорадка;
- полиартралгия;
- ангина с перитонзиллитом;
- скарлатиноподобная сыпь;
- бронхообструктивный синдром.

Характерным симптомом ротавирусного гастроэнтерита не является:

- лихорадка, чаще субфебрильная, умеренная интоксикация;
- повторная рвота;
- частый, обильный, водянистый стул;
- эксикоз 1-П степени;
- частый жидкий стул со слизью и кровью.

В клинической картине ботулизма обычно не наблюдается:

- расстройства зрения (туман перед глазами, двоение)
- нарушение глотания
- расстройство дыхания
- гепатолиенального синдрома
- миастении

Основными в лечении холеры являются регидратационные препараты:

- физиологический раствор;
- плазма;
- стандартные солевые растворы;
- гипертонические солевые растворы;
- коллоидные растворы.

Для энтеровирусной инфекции не характерно:

- несоответствие высоты лихорадки умеренной (легкой) диарее;
- появление экзантемы;
- катаральные изменения в ротоглотке;
- развитие гемоколита;

- ранняя гепатоспленомегалия.

Для вирусного гепатита А не характерно:

- острое начало заболевания;
- цикличность течения;
- лихорадка в преджелтушном периоде;
- улучшение самочувствия при появлении желтухи;
- выраженный респираторный и суставной синдромы.

Для вирусного гепатита В не характерно:

- поражение всех возрастных групп;
- наиболее тяжелое течение у детей 1-го года жизни;
- возможность пожизненного носительства вируса;
- сезонные колебания заболеваемости;
- формирование стойкого иммунитета.

Из перечисленных бактериальных инфекций развитие желтухи может наблюдаться при:

- сепсисе;
- лептоспирозе;
- псевдотуберкулезе;
- сифилисе;
- менингококковой инфекции.

Большинство серозных менингитов имеет этиологию:

- вирусно-бактериальную;
- гриппозную;
- туберкулезную;
- паротитную и энтеровирусную;
- аденовирусную.

Наиболее частым среди первичных гнойных менингитов у детей является:

- менингококковый;
- менингит, вызванный гемофильной палочкой Афанасьева-Пфейффера;
- пневмококковый;
- стафилококковый;
- эшерихиозный.

Наиболее часто возбудителями гнойного менингита у новорожденных бывают:

- стафилококки;
- менингококки;
- грамотрицательные бактерии;
- листерии;
- пневмококки.

Пути распространения острого полиомиелита являются:

- воздушно-капельный;
- алиментарный;
- трансмиссивный;
- воздушно-капельный и алиментарный;
- все перечисленные.

Экстренная профилактика столбняка не показана:

- при травмах с нарушением целостности кожных покровов и слизистых;
- при обморожениях и ожогах II-III степени;
- новорожденным, родившимся вне медицинского учреждения;
- новорожденным, родившимся в стационаре;
- при укусе неизвестным животным.

К симптомам, характерным для врожденного токсоплазмоза не относятся:

- поражение ЦНС (менингоэнцефалит, гидроцефалия, судорожный синдром);
- хориоретинит;
- отставание в психическом развитии;
- поражение внутренних органов;
- поражение суставов.

Источником инфицирования при ВИЧ-инфекции не являются:

- больные острой ВИЧ-инфекцией;
- инфицированные без клинических проявлений;
- больные в периоде оппортунистических заболеваний;
- беременные, инфицированные ВИЧ;
- домашние или дикие животные.

К оппортунистическим заболеваниям, наблюдаемым при ВИЧ-инфекции у детей, не относятся:

- пневмоцистоз;
- цитомегаловирусная инфекция;
- герпетическая инфекция;
- токсоплазмоз;
- краснуха.

Наиболее частой формой герпеса у старших детей и взрослых является:

- офтальмогерпес;
- поражение кожи и слизистых;
- стоматит;
- энцефалит;
- генерализованная форма.

Клиническая форма туберкулеза легких, которая протекает без интоксикационного синдрома и не может быть диагностирована без лучевого исследования:

- диссеминированный;
- инфильтративный;
- кавернозный;
- фиброзно-кавернозный;
- очаговый.

Наиболее опасен для окружающих больной туберкулезом в фазе воспаления:

- петрификации;
- инфильтрации;
- распада;
- уплотнения;
- рубцевания.

Развитие активного туберкулеза у человека, инфицированного МБТ, могут спровоцировать:

- антибиотики широкого действия;
- усиливающие диурез препараты;
- кортикостероиды;
- гемотрансфузии;
- анаболические гормоны.

Маркером качественно проведенной вакцинации БЦЖ является:

- поствакцинный кожный знак;
- подмышечный лимфаденит;
- папула;
- пустула;
- отметка о прививке в документации.

СМЕЖНЫЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

ЛОР-ЗАБОЛЕВАНИЯ

Ребенок 6-ти месяцев, беспокоен, температура 38°C. Во время кормления бросает грудь, резко вскрикивает, дыхание через нос затруднено. Ваш предварительный диагноз:

- отит;
- ринит;
- ОРЗ;
- стоматит;
- гайморит.

Для лечения ребенка с острым гайморитом не рекомендуется:

- преднизолон;
- сосудосуживающие капли в нос;

- противовоспалительное лечение;
- УВЧ на пазухи носа;
- антибактериальная терапия.

Заглочный абсцесс следует дифференцировать с:

- инородным телом дыхательных путей;
- аллергическим отеком;
- паратонзиллярным абсцессом;
- со всеми выше перечисленными заболеваниями;
- тонзиллитом.

Осложнением ангины обычно не бывает:

- подчелюстной лимфаденит;
- паратонзиллярный абсцесс;
- стоматит;
- перитонзиллит;
- ревматизм.

При отите не рекомендуется:

- сосудосуживающие средства в полость носа;
- назначение спиртовых капель в ухо;
- сухое тепло местно;
- ингаляционная терапия;
- антибактериальная терапия;

У ребенка 5-ти лет небольшое увеличение размеров верхней челюсти, дыхание через рот, по задней стенке глотки стекает слизисто-гнойный секрет. Частые насморки, спит с открытым ртом, храпит. Ваш предварительный диагноз:

- ринит;
- тонзиллит;
- аденоиды I степени;
- аденоиды III степени, аденоидит;
- хронический гайморит.

У ребенка 10-ти лет боли в горле при глотании, температура 39,2°C, головные боли, налеты на миндалинах. Ваш предварительный диагноз:

- ангина;
- аденоидит;
- заглочный абсцесс;
- фарингит;
- паратонзиллярный абсцесс;

При паратонзиллярном абсцессе, прежде всего, следует:

- назначить супрастин и аспирин;

- вскрыть абсцесс;
- полоскать горло щелочным раствором;
- назначить физиотерапию (УВЧ на подчелюстные лимфоузлы);
- использовать все перечисленное.

У ребенка 2-х лет температура 38,9°C, беспокойство, отказ от еды, шумное хрипящее дыхание. Болен в течение 4-х дней. Ваш предварительный диагноз:

- круп;
- ангина;
- заглоточный абсцесс;
- паратонзиллярный абсцесс;
- миокардит.

ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Этиологическим лечением острого герпетического стоматита является:

- полоскание полости рта растворами антисептиков;
- противовирусное лечение;
- диета;
- антибактериальные препараты;
- жаропонижающие средства.

Ребенка надо приучать чистить зубы:

- с момента прорезывания первых временных (молочных) зубов;
- с 2-х лет;
- после прорезывания всех временных (молочных) зубов;
- ко времени поступления в школу;
- с 5 лет.

Симптомами острого герпетического стоматита являются:

- подчелюстной лимфаденит;
- гингивит;
- афты на слизистой оболочке полости рта;
- все перечисленное;

- энантема на слизистой мягкого неба.

Развитию кариеса зубов способствует избыток в диете пищевых компонентов, содержащих много:

- кальция;
- сахара;
- жидкости;
- поваренной соли;
- жиров.

Подвижность зубов, кровоточивость десен (пародонтальный синдром) могут быть при:

- нейтропении;
- респираторно-вирусном заболевании;
- нефрите;
- "коллагенозах";
- системных заболеваниях соединительной ткани.

Неспецифический паротит отличается от эпидемического по одному из перечисленных признаков:

- острое начало заболевания;
- двусторонний характер поражения;
- рецидивирование процесса;
- выраженный инфильтрат в околоушно-жевательной области;
- умеренная болезненность при пальпации.

Ребенка надо направлять к стоматологу:

- в возрасте 1 года;
- к моменту прорезывания первых зубов;
- при выявлении факторов риска;
- при выявлении разрушения зубов;
- при выраженном рахите.

К признакам, подтверждающим диагноз "диабетическая кетоацидотическая кома", относятся все перечисленные, кроме:

- бессознательного состояния;
- шумного дыхания Куссмауля;
- сухой кожи;
- обилия хрипов в легких;
- "мягкие глазные яблоки".

Девочка 10 лет. Ожирение II степени без признаков гиперкортицизма. Родители с избыточной массой. Невропатолог патологии не выявил. Ваш предварительный диагноз:

- конституционально-экзогенное ожирение;

- гипоталамический синдром с нарушением жирового обмена;
- церебральное ожирение;
- синдром Лоуренса- Муна- Билля;
- болезнь Иценко-Кушинга.

При хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисон~ имеются все перечисленные признаки, кроме:

- гиперпигментации кожи;
- желтушности кожи;
- похудания;
- общей слабости;
- гипотония.

Для дифференциального диагноза острого аппендицита и абдоминального синдрома у больного с кетоацидотической прекомой сахарного диабета следует учитывать все признаки, кроме:

- наличия глюкозурии;
- лейкоцитоза;
- наличия ацетонурии;
- наличия гипергликемии;
- наличие ацидоза.

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:

- почечная глюкозурия;
- инсулинозависимый сахарный диабет;
- несахарный диабет;
- нарушение толерантности к углеводам;
- тубулопатия.

При хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисон~ наблюдается:

- тремор рук;
- судороги;
- повышенный аппетит;
- гиперпигментация кожи;
- желтушность кожи.

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

- церебрально-гипофизарный нанизм;
- болезнь Дауна;

- синдром Шерешевского- Тернера;
- конституциональная задержка полового и физического развития;
- синдром Альпорта.

ДЕТСКАЯ НЕВРОЛОГИЯ

Угасание реакции опоры и автоматической походки у ребенка 3 месяцев жизни свидетельствует о:

- стойком церебральном дефекте;
- правильном двигательном развитии;
- поражении спинного мозга;
- прогредиентном заболевании;
- рахите.

Для опухолей головного мозга характерны:

- рвота после еды;
- рвота натощак, головная боль, особенно утром;
- менингеальные симптомы;
- головная боль, облегчающаяся после рвоты;
- гиперкинезы.

Здоровый ребенок начинает поворачиваться со спины на живот и сидеть при поддержке за руку в возрасте:

- 4 -5 месяцев;
- 6 -7 месяцев;
- 3 -4 месяцев;
- 5 -6 месяцев;
- 8-9 месяцев.

При гнойных менингитах чаще наблюдаются:

- многократная рвота;
- подъем температуры, озноб, головная боль, рвота;
- беспокойство, сменяющееся вялостью, гиперестезия,
- косоглазие, нистагм, аритмия дыхания, коллапс;
- гиперкинезы.

Воронкообразная деформация грудной клетки часто сочетается с:

- гематурией;
- синдромом Альпорта;
- тубулопатией;
- нарушением сердечного ритма;
- пиелонефритом.

При флегмоне новорожденных чаще отмечается:

- нормальная температура;
- периодическое повышение температуры на протяжении всего заболевания;
- субфебрильная температура до прекращения некроза;
- высокая (39 - 40°C) в первые дни заболевания и резкое снижение ее после прекращения некроза клетчатки;
- изредка субфебрилитет.

Болезнь Шлаттера проявляется в:

- остеохондропатии бугристости большеберцовой кости;
- деструкции головок II и III плюсневых костей;
- наличии зоны рассасывания диафиза плюсневой кости;
- патологическом костеобразовании в области внутреннего мыщелка бедра;
- асептическим некрозом головки бедренной кости.

При паховой грыже оперативное вмешательство рекомендуется:

- по установлению диагноза;
- в возрасте 6-ти месяцев;
- в возрасте 2 лет;
- в возрасте 1 года;
- в 5 лет.

Здоровый 6-ти месячный ребенок внезапно начал кричать. Температура нормальная, живот напряжен, стула нет, после ректального исследования на пальце кровь. Ваш диагноз:

- острый аппендицит;
- острый панкреатит;
- острый гастроэнтерит;
- инвагинация;
- дисбактериоз.

Для острого аппендицита характерно:

- температура 39°C в первый день болезни;
- кратковременная потеря сознания;
- напряжение мышц в правой подвздошной области во время сна;
- головная боль;
- беспокойство.

Мальчик 6-ти лет. Второй день боли в животе без четкой локализации, температура 37,8°C, 1 раз рвота, 1 раз кашицеобразный стул, симптомы напряжения брюшины не отчетливы, пульс 120 ударов в минуту. В этой ситуации необходимо:

- продолжить наблюдение и назначить антибиотики на дому;
- срочно госпитализировать с подозрением на аппендицит;
- госпитализировать в инфекционное отделение с диагнозом «аденовирусная инфекция»;
- назначить на завтра анализ крови и консультацию хирурга;
- назначить спазмолитики.

Для острого аппендицита не характерно:

- "расхождение" частоты пульса и температуры (температура 37,6°C, пульс - 130 в минуту);
- головная боль;
- температура в первые часы болезни невысокая, повышается по мере прогрессирования болезни;
- напряжение мышц и боль в правой подвздошной области отчетливо выявляется во время сна;
- рвота.

У ребенка 3-х лет 6 часов назад возникли острые, приступообразные боли в животе. Стул был кашицеобразный с кровью 1 раз, рвота 1 раз, температура 36,8° С. В первую очередь необходимо исключить:

- кишечную инфекцию;
- инвагинацию;
- острый аппендицит;
- аденовирусную инфекцию;
- кишечное кровотечение.

Инвагинация чаще встречается в возрасте:

- до 2-х лет;
- у новорожденных;
- в школьном возрасте;
- у подростков;
- до 7 лет.

Симптом пальпируемой опухоли в животе у новорожденного ребенка редко обусловлен:

- опухолью Вильмса;
- гидронефрозом;
- поликистозом почек;
- тромбозом почечной вены;
- инфравезикальной обструкцией;

Для остеомиелита не характерно:

- выраженная интоксикация;
- нормальная температура;
- сильные ночные боли в пораженной конечности;
- значительный отек над местом поражения;
- лейкоцитоз.

Мальчику 6-ти лет, госпитализированного с сильными приступообразными болями в животе (моча красного цвет~ необходимо, прежде всего, сделать:

- анализ крови клинический;
- обзорный рентгеновский снимок брюшной полости;
- коагулограмму;
- цистографию;
- реносцинтиграфию.

Лечить косолапость необходимо обязательно с возраста:

- 6-ти месяцев;
- 1 года;
- первых дней жизни;
- 3-х лет;
- 5 лет.

При остеомиелите рентгенологические изменения выявляются:

- с первого дня болезни;
- после 12- 14 дня болезни;
- к концу недели заболевания;
- со 2- 3 дня;
- к концу месяца.

Этот симптом требует немедленной госпитализации ребенка в хирургический стационар:

- повторная рвота;
- жидкий стул повторно;
- напряжение мышц живота;
- температура 38°C;
- обморок.

Ребенок 6-ти лет поступил с диагнозом "кишечная инфекция": второй день болит живот, температура 38°C, 2 раза рвота, 3 раза жидкий стул. Для дежурного педиатра наибольшее диагностическое значение имеет исследование:

- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови;
- пальпация живота во время сна ребенка для выявления болезненности и напряжения мышц;

- обзорный рентгеновский снимок живота;
- анализ мочи по Нечипоренко.

ДЕТСКАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

Этот препарат может давать осложнения со стороны глаз и требует регулярного наблюдения окулиста при его применении:

- тавегил;
- делагил;
- новокаинамид;
- анаприлин;
- каптоприл.

Педиатру при микрофтальме у ребенка 1 года необходимо осуществить все перечисленное, за исключением:

- консультации невропатолога;
- самостоятельного наблюдения за ребенком до 3-х лет;
- консультации окулиста;
- исследования на токсоплазмоз;
- Рентгенография черепа.

У ребенка с наследственным нефритом может наблюдаться:

- катаракта;
- миопия;
- астигматизм;
- все перечисленное;
- нарушение слуха.

Сочетание патологии глаз и сердечных изменений чаще бывает при:

- наследственном нефрите;
- синдроме Луи-Бар;
- синдроме Марфана;
- всех перечисленных состояниях;
- болезни Вильсона-Коновалова.

При длительном применении может вызвать образование катаракты:

- дигоксин;
- преднизолон;
- фенobarбитал;
- теоникол;
- антагонисты АПФ.

Конъюнктивит может наблюдаться при:

- системной красной волчанке;
- аденовирусной инфекции;
- кори;

- иерсиниозе;
- всех перечисленных состояниях.

Сочетание патологии глаз и гематурии характерно для:

- синдрома Элерса-Данлоса;
- наследственного нефрита;
- синдрома Вольфа- Паркинсона- Уайта;
- синдрома Марфана;
- болезни Пертеса.

Конъюнктивит нередко наблюдается при всех следующих заболеваниях, за исключением:

- системной красной волчанки;
- аденовирусной инфекции;
- иерсиниоза;
- синдрома Рейтера;
- ревматизма.

Препаратом, длительное применение которого может вызвать образование катаракты является:

- целанид;
- стугерон;
- метипред;
- ибупрофен;
- престариум.

Внутриутробная инфекция, которая часто вызывает поражения глаз:

- краснуха;
- токсоплазмоз;
- цитомегалия;
- все перечисленное;
- герпес.

Препаратом, который может вызвать осложнения со стороны глаз является:

- вольтарен;
- ампициллин;
- кордарон (амиодарон);
- гепарин;
- энап.

Чаще поражаются глаза при:

- склеродермии;
- ревматизме;
- ювенильном ревматоидном артрите;
- реактивном артрите;

- дерматомиозите.

В синдром Рейтера не входит:

- конъюнктивит;
- катаракта;
- уретрит;
- артрит;
- лейкоцитурия.

ДЕТСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Клиническим признаком острой крапивницы не являются:

- волдыри;
- кожный зуд;

- боли в животе;
- артралгии;
- бляшки с перламутровыми чешуйками.

Проявления атопического дерматита чаще всего начинаются:

- с рождения;
- с 1-месячного возраста;
- после года;
- в дошкольном возрасте;
- в школьном возрасте.

К основным симптомам атопического дерматита относятся все перечисленные, кроме:

- зуда;
- эритематозно-сквамозных очагов с лихенизацией;
- эритематозно-сквамозных очагов с экзематизацией;
- диареи;
- мокнутия.

Основными клиническими признаками узловатой эритемы являются все перечисленные, кроме:

- симметрично расположенных, болезненных узлов в подкожной клетчатке вишнево-красного цвета;
- зуда;
- повышения температуры тела;
- симптома интоксикации;
- пигментация.

Клиническими признаками простого ихтиоза являются все перечисленные, кроме:

- сухости кожи;
- крупно- и среднепластинчатого шелушения;
- дистрофии ногтей;
- пустулезных элементов;
- выпадение волос.

Лечение атопического дерматита включает в себя все перечисленное, кроме:

- антигистаминных препаратов;
- блокаторов медиаторов анафилаксии;
- гипоаллергенной диеты;
- ферментов;
- антибактериальных препаратов.

Основными клиническими признаками ограниченной склеродермии являются все перечисленные, кроме:

- наличия отечного пятна красно-фиолетового цвета;
- уплотнения, индурации кожи в месте поражения;
- дистрофии кожи;
- зуда;
- атрофия кожи.

Для сифилиса у ребенка грудного возраста не характерно:

- кожные сыпи;
- трещины кожи вокруг рта и с последующим образованием рубцов;
- эндомиокардит;
- слизисто- гнойный ринит;
- поражения костей.

При сифилисе у детей редко встречается поражение:

- печени;
- легких;
- сердца;
- лимфоузлов;
- почек.

РАДИОБИОЛОГИЯ И ЭКОЛОГИЯ

При острой лучевой болезни клинические изменения обязательно имеют место в:

- центральной нервной системе;
- сердечно - сосудистой системе;
- системе органов кроветворения;
- пищеварительной системе;
- иммунной системе.

Клиническим симптомом, наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является:

- тошнота и рвота;
- лейкопения;
- эритема кожи;
- выпадение волос;
- жидкий стул.

Наиболее ранним изменением клинического анализа крови и острой лучевой болезни является уменьшение содержания следующих элементов:

- эритроцитов;
- лейкоцитов;
- нейтрофилов;
- лимфоцитов;
- тромбоцитов.

Наибольший вклад в риск развития злокачественных новообразований у населения, проживающего на загрязненных территориях, вносят:

- сельскохозяйственные работы без средств индивидуальной защиты;
- употребление алкоголя;
- курение;
- употребление продуктов местного производства;
- пребывание в лесах в зоне радиационного контроля.

Для периода разгара лучевой болезни не характерно:

- лихорадка;
- поражение слизистых рта, носа, глотки;
- геморрагический синдром;
- гнойно-септические осложнения;
- эндокардит с поражением аортального клапана

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Максимальный уровень общей заболеваемости детей в РФ регистрируется в возрасте:

- до 1 года;
- 1-2 года;
- 3-4 года;
- 5-6 лет;
- 7-9 лет.

Дети и подростки, больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации со сниженными функциональными возможностями относятся к группе здоровья:

- первой;
- второй;
- третьей;
- четвертой;
- пятой.

Дети и подростки, больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохранением функциональных возможностей организма относятся к группе здоровья:

- первой;
- второй;
- третьей;
- четвертой;
- пятой.

Льготы на бесплатные медикаменты имеют:

- все детское население;
- дети дошкольного возраста;
- дети до 3-х летнего возраста, дети до 6 лет из многодетных семей, инвалиды с детства; ~ дети школьного возраста;
- подростки 16-18 лет.

В расширенную программу иммунизации включены прививки против следующих инфекций, кроме:

- малярия;
- корь;
- полиомиелит;
- дифтерия;
- коклюш.

МЕДИЦИНА ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Показатель максимальной нормы артериального давления (в соответствии с метод. рекомендациями МЗ СССР, 1983) у девушек составляют:

- 120/70 мм рт. ст.;
- 120/80 мм рт. ст.;
- 130/80 мм рт. ст.;
- 140/80 мм рт. ст.;
- 140/80 мм рт. ст.

Показатель пограничной артериальной гипертензии у юношей в возрасте от 15 до 17 лет:

- 140/80 мм рт. ст.;
- 141-145/80-85 мм рт. ст.;
- 146/89 мм рт. ст.;
- 147-160/89 мм рт. ст.;
- 160/90 мм рт. ст.

Показатель артериальной гипертензии у лиц в возрасте старше 18 лет составляет:

- 140/80 мм рт. ст.;
- 140/90 мм рт. ст.;
- 141-159/91-94 мм рт. ст.;
- 160/95 мм рт. ст.;
- все неверно.

Наиболее характерным для секреторной функции желудка у подростков является:

- нормальная секреция;
- повышенная секреция;
- пониженная секреция;
- гетерохолия;
- все перечисленное.

Гормонами роста у подростков являются:

- соматотропный гормон гипофиза;
- гормоны щитовидной железы;
- андрогены надпочечников и тестикул;
- инсулин;
- все перечисленное.

У подростков для оценки физического развития следует учитывать:

- возраст в годах;
- длину тела в см;
- массу тела в кг;
- пол;
- все перечисленное.

У мальчиков первым пубертатным изменением является:

- увеличение щитовидного хряща;
- оволосение лобка;
- мутация голоса;
- оволосение лица;
- оволосение подмышечных впадин.

Средняя длительность полового созревания составляет:

- 3 года;
- 5 лет;
- 7 лет;
- 10 лет;
- 11 лет.

Характерным для острого бронхита является все, кроме:

- увеличения объема бронхиальной секреции;
- кашля;
- отделения мокроты;
- болей в грудной клетке;
- одышки.

Ведущими симптомами острого бронхита являются все, кроме:

- кашель, нередко приступообразный, мучительный;
- кашель, в начале сухой, а затем со слизистой мокротой;
- экспираторная одышка;
- диффузный цианоз;
- ссаднение за грудиной после кашля.

Характер мокроты на ранних стадиях хронического бронхита:

- скудная слизистая;
- слизисто-гнойная;
- гнойная;
- гнойная с прожилками крови;
- все перечисленное.

Характерной особенностью одышки при хроническом бронхите является все, кроме:

- одышка только при значительной физической нагрузке;
- одышка в ночное время;
- одышка в утреннее время;
- различная («день на день» не приходится)
- одышка только при обострении процесса.

Характерным аускультативным признаком при поражении бронхов среднего калибра при хроническом бронхите является:

- сухие свистящие хрипы;
- сухие жужжащие хрипы;
- среднепузырчатые влажные хрипы;
- крепитация;
- резко ослабленное везикулярное дыхание.

Лекарственными препаратами, обладающими выраженным бронхолитическим действием не являются:

- интал;
- эуфиллин;
- беродуал;
- беротек;
- теопек.

К отхаркивающим средствам не относятся:

- бронхолитин;
- бромгексин;
- настой термопсиса;
- раствор йодида калия;
- мукалтин.

К противокашлевым препаратам, назначаемым при хроническом бронхите относятся:

- либексин;
- тусупрекс;
- амброксол;
- все перечисленное;
- ни один из перечисленных.

Клиническими проявлениями острой очаговой пневмонии являются:

- лихорадка;
- кашель;
- выделение мокроты;
- боли в грудной клетке;
- все названное.

Клиническими признаками стафилококковой пневмонии является все, кроме:

- острого начала среди полного здоровья, или во время гриппа;
- высокой лихорадки с ознобами;
- высокой лихорадки с однократным ознобом;
- болей в груди;
- мокроты с примесью крови.

Показаниями к комбинированной антибактериальной терапии является все, кроме:

- снижения температуры через 72 часа;
- неизвестный возбудитель;
- наличие смешанной флоры;
- тяжелые неподдающиеся влиянию определенного антибиотика заболевания;
- упорные инфекции.

Диагноз очагового туберкулеза легких ставят на основании всего, кроме:

- наличия очаговых изменений в легких;
- отсутствия выраженных сдвигов в гемограмме;
- протяженного поражения более 2-х сегментов;
- локализация очагов в С1 и С2;
- всего перечисленного.

Основными клиническими признаками экссудативного плеврита являются:

- притупление перкуторного звука;
- ослабление дыхания;
- ограничение экскурсии диафрагмы;
- смещение органов средостения;
- все перечисленное.