Министерство здравоохранения Кыргызской Республики

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

**Тесты**

**для вступительных экзаменов**

**в клиническую ординатуру**

**по специальности «Педиатрия»**

**Бишкек 2019г.**

*Детские инфекции*

1. У ребенка 2-х лет острое начало болезни, температура тела 39,50С, руки и ноги холодные, склерит, сухой редкий кашель. Ваш диагноз:

1. грипп

2. парагрипп

3. коклюш

4. аденовирусная инфекция

5. риновирусная инфекция

2. При какой ОРИ у детей наиболее часто развиваются гипертермический и судорожный синдромы:

1. грипп

2. парагрипп

3. аденовирусная инфекция

4. РС инфекция

5. риновирусная инфекция

3. Неотложный синдром, характерный для парагриппа:

1. синдром крупа

2. нейротоксикоз

3. астматический синдром

4. обструктивный синдром

5. геморрагический синдром

4. У ребенка 2-х лет острое начало болезни, температура тела до 39,50С, руки и ноги холодные, склерит, сухой редкий кашель. Ваш диагноз:

1. грипп

2. парагрипп

3. аденовирусная инфекция

4. риновирусная инфекция

5. РС-инфекция

5. Грипп отличается от других ОРВИ развитием:

1. сезонности

2. эпидемий, пандемий

3. типоспецифическим иммунитетом

4. кашлем

5. поражением верхних отделов дыхательных путей

6. У ребенка третий день болезни, температура тела 38,50С, лицо одутловатое, конъюнктивит, обильный насморк, крупная зернистость задней стенки глотки. Предварительный диагноз:

1. грипп

2. парагрипп

3. аденовирусная инфекция

4. РС-инфекция

5. Риновирусная инфекция

7. Для менингококкового менингита характерны следующие симптомы:

1. озноб, головная боль, рвота

2. птоз, миоз, диплопия

3. диарея

4. анурия

5. боль в горле, кашель

8. При менингококцемии характерно:

1. этапность появления сыпи (лицо, туловище, конечности)

2. геморрагическая звездчатая сыпь на нижних конечностях и ягодицах

3. кореподобная сыпь

4. розеолезная и розеолезно-папулезная сыпь

5. везикулезные высыпания по всему телу, за исключением ладоней и стоп

9. У ребенка, лечившегося по поводу кори, на 4-й день высыпания отмечалось повышение температуры 39,0 0С, нарушение сознания, оболочечные симптомы, очаговая симптоматика (гемипарезы). О чем можно думать?

1. наслоение бактериальной инфекции

2. наслоение ОРИ с нейротоксикозом

3. полиомиелит

4. развитие коревого менингоэнцефалита

5. полиомиелит

10. Наиболее частым возбудителем острых бактериальных менингитов у детей является:

1. менингококк

2. пневмококк

3. стафилококк

4. палочка Афанасьева-Пфейфера

5. гемофильная палочка тип b

11. Поздним поступлением больного с менингококковым менингитом уже считается:

1. 2-ой день болезни

2. 3-ий день болезни

3. 4-ый день болезни

4. 5-ый день болезни

5. Позже 5-го дня болезни

12. Санация ликвора при паротитном менингите бывает через:

1. 7 дней

2. 10 дней

3. 14 дней

4. ч/з месяц и позже

5. 21 день

13. Головокружение, шаткая походка, атаксия чаще бывает при энцефалите следующей этиологии:

1. менингококковом

2. коревом

3. ветряночном

4. поствакциональном

5. герпетическом

14. Для энцефалитов не характерно:

1. наличие очаговой симптоматики

2. отсутствие очаговой симптоматики

3. менингиальные знаки

4. интоксикация

5. изменения в ликворе

15. Для менингита энтеровирусной этиологии характерен:

1. высокое содержание белка

2. цитоз больше за счет лимфоцитов

3. низкий сахар

4. цитоз нейтрофильного ряда

5. высокий сахар

16. Контактные члены семьи по менингококковой инфекции:

1. подлежат клиническому наблюдению в течение 10 дней

2. не наблюдаются

3. не подлежат бакт. обследованию

4. подлежат экстренной профилактике менингококковой вакциной

5. сразу госпитализируются в инфекционный стационар

17. Hейротоксикоз тяжелее протекает у детей с:

1. анемией

2. гипотрофией

3. энцефалопатией

4. экссудативным диатезом

5. у всех детей грудного возраста

18. У Маши 3-х лет на 4-й день болезни повысилась Т 39С, выраженный катаральный синдром, обильные выделения из носовых ходов, кашель влажный, коньюктивит, гепатомегалия. Ваш диагноз:

1. грипп

2. корь

3. аденовирусная инфекция

4. менингококковый назофарингит

5. риновирусная инфекция

19. Какие симптомы характерны для серозного менингита энтеровирусной этиологии:

1. температура 36,60С

2. сильная головная боль, рвота, оболочечные знаки (++)

3. судороги

4. очаговая неврологическая симптоматика

5. снижение аппетита

20. Какой неотложный синдром развивается при РС-инфекции:

1. геморрагический

2. синдром крупа

3. обструктивный синдром, бронхиолит

4. абдоминальный

5. судорожный синдром

21. Мальчик 10 лет предъявляет жалобы на температуру 37,4°С, головную боль, недомогание, обильное выделение из носа. При осмотре активна, аппетит сохранен, отмечается яркая гиперемия слизистой ротоглотки, мацерация кожи вокруг носовых ходов, кожные покровы чистые. Лимфоузлы не увеличены, хрипов нет, живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Ваш диагноз?

1. риновирусная инфекция

2. аденовирусная инфекция

3. респираторно-синцитиальная инфекция

4. парагрипп

5. грипп

22. У Василия 4 лет при осмотре выявлен конъюнктивит, частый кашель, обильный насморк, Т 38,5°С, бледность кожи, пастозность лица. Пальпируются шейные, подчелюстные и паховые лимфоузлы размером до 1-1,5см, эластической консистенции, безболезненные. Дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. Яркая гиперемия слизистой ротоглотки. Печень выступает на З см ниже края ребра, слегка уплотнена. Назовите вероятный этиологический фактор данной ОРВИ?

1. аденовирус

2. вирус грипп

3. вирус парагриппа

4. риновирус

5. респираторно-синцитиальный вирус

23. Ребенок 4 года, 1-й день болезни. Жалобы: головная боль, слабость, сухой кашель, носовое кровотечение. Т - 39,9°С. Бледен. Конъюнктивит. Склерит. Зев сухой, гиперемирован; инъекция сосудов мягкого неба, точечные кровоизлияния. Язык обложен. В легких жесткое дыхание. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Поставить предварительный диагноз:

1. грипп

2. парагрипп

3. коклюш

4. менингококковая инфекция

5. аденовирусная инфекция

24. Ребенок 5 мес. Жалобы: Т - 39°С, вялость, обильное слизистое отделяемое из носа. Зев гиперемирован, на задней стенке глотки крупная зернистость, конъюнктивит, увеличены лимфатические шейные узлы. В легких единичные сухие хрипы. Поставьте предварительный диагноз:

1. грипп

2. парагрипп

3. аденовирусная инфекция

4. RS-инфекция

5. риновирусная инфекция

25. Мальчик 9 лет, жалобы на насморк сослизистым отделяемым, отек лица и век, склерит, слезотечение, гиперемия дужек и гипертрофия фолликулов задней стенки глотки, конъюнктивит с плотными пленками. Температура тела 39,5°С. Предварительный диагноз?

1. аденовирусная инфекция

2. энтеровирусная инфекция

3. парагрипп

4. герпес

5. лихорадка Марбурга

26. Ребенок 7 лет заболел остро с повышения температуры тела до 38,4°С, вялости, адинамии. При осмотре: из носа обильное слизистое отделяемое, слизистая задней стенки глотки гиперемирована, конъюнктивит, увеличение печени и селезёнки.

О каком заболевании идет речь?

1. аденовирусная инфекция

2. дифтерия глаза

3. псевдотуберкулёз

4. инфекционный мононуклеоз

5. корь

27. Ребенок 1год 6 мес. Заболел остро: Т - 39,5°С, вялый, нарушен сон, вздрагивает, рвота двукратно. 1-й день болезни. Бледен. Зев гиперемирован. Гиперестезия. Выражена ригидность мышц затылка, положительные симптомы Кернига и Брудзинского. В результате цереброспинальной жидкости цитоз - 2530, белок - 1,23 г/л, нейтрофилы - 95%, лимфоциты - 5%. Клиника и показатели ликвора наиболее характерны для:

1. гнойного менингита

2. серозного менингита

3. арахноидита

4. энцефалита

5. опухоли мозга

28. У ребенка 3-х месячного возраста заболел остро, повысилась температура до высоких цифр, появился - кашель, насморк и удлиненный выдох; одышка экспираторного характера до 60 в минуту. При объективном осмотре выявлен цианоз носогубного треугольника, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. В легких выслушиваются обильные влажные хрипы с двух сторон. В семье старший ребенок болен ОРВИ. Укажите диагноз?

1. респираторно-синцитиальная инфекция

2. аденовирусная инфекция

3. грипп

4. риновирусная инфекция

5. парагрипп

29. У Василия 4 лет при осмотре выявлен конъюнктивит, частый кашель, обильный насморк, Т 38,5°С, бледность кожи, пастозность лица. Пальпируются шейные, подчелюстные и паховые лимфоузлы размером до 1-1,5см, эластической консистенции, безболезненные. Дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. Яркая гиперемия слизистой ротоглотки. Печень выступает на З см ниже края ребра, слегка уплотнена.

Назовите вероятный этиологический фактор данной ОРВИ?

1. аденовирус

2. вирус грипп

3. вирус парагриппа

4. риновирус

5. респираторно-синцитиальный вирус

30. Девочка 4-х лет, болеет ветряной оспой. На 5 день болезни сыпь прекратилась, нормализовалась температура тела. На седьмой день болезни вновь повысилась температура тела до 38,2°С, появились шаткость походки, дрожание конечностей, смазанная речь, нистагм. О каком осложнении следует думать?

1. энцефалит

2. полинейропатия

3. абсцесс мозга

4. менингит

5. геморрагический инсульт

31. Назовите ведущий симптом эпидемического энцефалита Экономо:

1. гипертермия

2. рвота

3. нарушение сна

4. парезы

5. менингеальные симптомы

32. Поствакциональный энцефалит развивается чаще после введения следующей вакцины:

1. ОПВ

2. КПК

3. АКДС

4. БЦЖ-вакцины

5. не развивается

33. Поражение РЭС системы характерно для:

1. гриппа

2. парагриппа

3. аденовирусной инфекции

4. РС-инфекции

5. риновирусной инфекции

34. Выберите клинические признаки синдрома крупа:

1. афония

2. одышка инспираторная

3. влажный кашель

4. влажные хрипы в легких

5. затрудненный выдох

35. К паралитическому полиомиелиту относятся следующие формы:

1. абортивная

2. иннапарантная

3. спинальная

4. менингеальная

5. катаральная

36. Для полиомиелита характерно развитие параличей:

1. периферического характера

2. центрального характера

3. симметричных параличей

4. тетрапараличей

5. параличи не развиваются

37. Выберите характер параличей при полиомиелите:

1. симметричные параличи

2. тетрапарезы

3. параличи не развиваются

4. дистальные параличи

5. проксимальные параличи

1. Выберите характерный ликвор при менингиальной форме полиомиелита:

1. мутный

2. прозрачный, бесцветный

3. цитоз с преобладанием нейтрофилов

4. характерно резкое снижение сахара

5. содержание белка резко повышено

39. Бульбарную форму полиомиелита чаще приходится дифференцировать с:

1.тяжелыми формами пневмонии

2. ботулизмом с нарушением дыхания

3. энцефалитом мозжечковым

4. дифтерией

5. энтеровирусной инфекцией

40. Возбудители энтеровирусной лихорадки относятся в группу:

1. РНК-содержащих вирусов

2. ДНК-содержащих вирусов

3. арбовирусов

4. герпесвирусов

5. микровирусов

41. Чаще всего токсическим воздействиям на сосудистую стенку обладают вирусы:

1. гриппа

2. парагриппа

3. аденовирусы

4. риновирусы

5. РС-вирусы

42. Какую из ОРИ пытаются приблизить к управляемым инфекциям:

1. грипп

2. парагрипп

3. РС-инфекцию

4. аденовирусную инфекцию

5. риновирусную инфекцию

43. Белково-клеточная диссоциация в спиномозговой жидкости характерна для менингита:

1. менингококкового

2. энтеровирусного

3. туберкулезного

4. стафилококкового

5. серозного

44. Максат, 3 года заболел остро, озноб, повышение температуры тела до 390С, заболела голова, появилась слабость. Кожные покровы бледные. Через несколько часов мать заметила на нижних конечностях несколько геморрагических элементов, количество которых быстро увеличивалось. Мать вызвала врача из поликлиники. Какой диагноз поставил врач?

1. скарлатина

2. ветряная оспа

3. менингококковая инфекция, менингококкцемия

4. грипп, нейротоксикоз

5. корь

45. Ребенок, 6 лет заболел остро – с ознобом, повысилась температура тела до 39.0 0С, повторная рвота, сильная головная боль. При осмотре лежит на боку, голова запрокинута назад, ноги согнуты в коленях, выявляется ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига. О чем можно думать?

1. менингит

2. энцефалит

3. полиомиелит

4. тетрапарез

5. поперечный миелит

46. В спиномозговой жидкости при менингеальной форме паротитной инфекции отмечается:

1. цитоз менее 1000 клеток

2. ликвор мутный, серый

3. сахар резко снижен

4. резкое снижение хлоридов

5. повышение белка более 1г/л

47. Для полиомиелита характерна температура:

1. гектическая

2. кратковременная не более 3 дней

3. субфебрильная

4. температура в пределах нормы

5. двухволновая

48. Поражение всего респираторного тракта характерно для:

1. гриппа

2. риновирусной инфекции

3. аденовирусной инфекции

4. РС-инфекции

5. парагриппа

49. Изменчивость антигенной структуры характерна для вирусов:

1. гриппа

2. парагриппа

3. риновирусов

4. РС-вирусов

5. аденовирусов

50. Ветряночный энцефалит развивается при ветряной оспе:

1. легкой форме

2. среднетяжелой форме

3. тяжелой форме

4. атипичной форме

5. при любой форме

51. Сколько днейбольной полиомиелитом заразен для окружающих?

1. 10 дней

2. 30 дней

3. 40 дней

4. 50 дней

5. 2 месяца

52. Выберите типичную генерализованную форму менингококковой инфекции:

1. менингококцемия

2. назофарингит

3. ринит

4. бактерионосительство

5. эндокардит

53. Для менингококкового менингита характерны следующие симптомы:

1. озноб, головная боль, рвота

2. птоз, миоз, диплопия

3. диарея

4. анурия

5. боль в горле, кашель

54. Меры профилактики полиомиелита у детей:

1. вакцинация

2. введение иммуноглобулина контактным

3. противовирусная терапия

4. закаливание

5. назначение иммуномодуляторов

55. Какой лабораторный тест необходим для подтверждения менингококкцемии при менингококковой инфекции у детей:

1. бактериологический анализ кала

2. бактериологический анализ крови

3. бактериологический анализ мочи

4. общий анализ крови

5. мазок из зева

56. Для подтверждения диагноза менингококкового менингита используют следующий лабораторный тест:

1. биохимический анализ ликвора

2. анализ крови на белок и белковые фракции

3. бактериологический анализ ликвора

4. мазок из зева

5. УЗИ головного мозга

57. Препаратом выбора для лечения острого бактериального менингита является:

1. ампициллин

2. клоритромицин

3. цефтриаксон

4. эритромицин

5. гентамицин

58. Какая сезонность наиболее характерна при менингококковой инфекции у детей:

1. осенне-зимняя

2. зимне-весенняя

3. весенне-летняя

4. летне-осенняя

5. в течение года

59. Какой симптом отличает катаральный период кори от аденовирусной инфекции:

1. кашель

2. насморк

3. высыпания на коже

4. конъюнктивит

5. энантема

60.Сколько дней заразен больной с краснухой от начала высыпаний:

1. 5 дней

2. 7 дней

3. 9 дней

4. 14 дней

5. 21 день

61.Для типичной ветряной оспы характерно:

1. сыпь на волосистой части головы

2. мономорфизм элементов

3. сыпь на подошве и ладонях

4. отсутствие зуда

5. сыпь на гиперемированном фоне кожи

62. Какие группы лимфатических узлов увеличиваются при краснухе:

1. подчелюстные

2. передние шейные

3. заднешейные, затылочные

4. подмышечные, паховые

5. все группы лимфоузлов

63.Выберите характер высыпаний при краснухе:

1. мелкоточечная

2. пятнисто-папуллезная

3. мелкопятнистая

4. геморрагическая

5. везикулезная

64.Для кого опасна краснуха:

1. грудных детей

2. детей старшего возраста

3. молодых женщин

4. мужчин

5. беременных женщин

65.Назовите патогномоничный симптом кори:

1. симптом Пастия

2. бледный носогубный треугльник

3. пятна Филатова-Коплика-Бельского

4. белый дермографизм

5. «малиновый язык»

66.Какая сыпь характерна для кори:

1. мелкоточечная

2. пятнисто-папулезная

3. пятнистая

4. везикулезная

5. пустулезная

67.Сколько дней заразен больной с осложненным течением кори от начала высыпаний:

1. 5 дней

2. 7 дней

3. 10 дней

4. 14 дней

5. 21 день

68.Характер высыпаний при скарлатине:

1. мелкоточечные

2. пятнистые

3. везикулезные

4. пятнисто-папулезные

5. пустулезные

69.У 9 летней девочки наблюдалась диффузная мелкопятнистая сыпь, повышение температуры тела 37,2°С, першение в горле. Пальпируются увеличенные заднешейные и затылочные лимфоузлы. Через 3 дня сыпь исчезла, состояние ребенка улучшилось. Какой диагноз является наиболее вероятным?

1. Корь

2. Синдром Стивенса-Джонсона

3. Краснуха

4. Инфекционная эритема

5. Скарлатина

70.Девочка 4-х лет, болеет ветряной оспой. На 5 день болезни сыпь прекратилась, нормализовалась температура тела. На седьмой день болезни вновь повысилась температура тела до 38,2°С, появились шаткость походки, дрожание конечностей, смазанная речь, нистагм. О каком осложнении следует думать?

1. Энцефалит

2. Полинейропатия

3. Абсцесс мозга

4. Менингит

5. Геморрагический инсульт

71.Настя 5 лет заболела остро с повышения температуры тела до 39,6° С, сухого кашля, насморка, гнойного конъюнктивита, светобоязнь. При осмотре на 3 сутки на слизистой оболочке внутренней поверхности щек обнаружены серовато-белые высыпания размером до 1 мм в диаметре, окруженные красной каймой, на небе – яркая пятнисто-папулезная сыпь. Какой наиболее вероятный диагноз?

1. корь

2. ОРВИ

3. энтеровирусная инфекция

4. аденовирусная инфекция

5. афтозный стоматит

72.Мальчик 2-х лет заболел остро с повышения температуры до 37,8° С. На следующий день на неизмененном фоне кожи появилась мелкопятнистая, бледно-розовая сыпь, незначительная гиперемия ротоглотки, легкий насморк, а также увеличение затылочных и подчелюстных лимфатических узлов до 1,5 см в диаметре. Какой наиболее вероятный диагноз?

1. краснуха

2. энтеровирусная инфекция

3. корь

4. скарлатина

5. псевдотуберкулез

73.Ребенок 7 лет заболел остро, повысилась температура тела до 38,50С, пожаловалась на боли в горле, а к вечеру мать обнаружила на теле ребенка мелкоточечную сыпь на гиперемированном фоне кожи со сгущением в естественных складках, а на миндалинах гнойные налеты. Носогубный треугольник свободен от высыпаний. Поставьте диагноз.

1. псевдотуберкулез

2. ветряная оспа

3. скарлатина

4. корь

5. краснуха

74.У ребенка, лечившегося по поводу кори, на 4-й день высыпаний отмечалось повышение температуры тела до 390С, нарушение сознания, менингиальные симптомы, судороги, парезы и параличи. О чем можно думать?

1. наслоение бактериальной инфекции

2. наслоение ОРИ с нейротоксикозом

3. нейротоксикоз

4. полиомиелит

5. менингоэнцефалит

75.В инфекционную больницу скорая помощь доставила ребёнка 1,5 лет, у которого 5 дней назад повысилась температура тела, отмечались катаральные явления, вчера на коже лица, за ушами появилась крупная пятнисто-папулёзная сыпь, которая сегодня спустилась на туловище. Ребёнок не привит (родители отказались), эпидемиологический анамнез не известен. О каком инфекционном заболевании можно думать?

1. корь

2. краснуха

3. энтеровирусная инфекция

4. скарлатина

5. ветряная оспа

76.Опишите характер сыпи при псевдотуберкулезе:

1. сыпь только на сгибательной поверхности конечностей

2. сыпь только на разгибательной поверхности конечностей

3. сыпь в виде симптома "носков", "перчаток", "капюшона"

4. сыпь только на нижних конечностях

5. сыпь на ладонной и подошвенной поверхностях

77.Назовите патогномоничный симптом кори:

1. симптом Пастия

2. бледный носогубныйтреугльник

3. пятна Филатова-Коплика-Бельского

4. белый дермографизм

5. «малиновый язык»

78.Выберите токсическое осложнение скарлатины:

1. капилляротоксикоз

2. артрит

3. отит

4. миокардит

5. лимфаденит

79.Сколько дней составляет заразный период скарлатины:

1. 7 дней

2. 10 дней

3. 14 дней

4. 17 дней

5. 21 день

80.В дом ребенка после ветряной оспы можно перевести:

1. через 5 дней от начала высыпаний

2. через 7 дней от начала высыпаний

3. через 9 дней от последних подсыпаний

4. после нормализации температуры

5. после полного отпадения корочек

81.В детском саду в средней группе случай скарлатины. Сколько дней должны наблюдаться контактные:

1. 5 дней

2. 7 дней

3. 10 дней

4. 14 дней

5. 21 день

82.При краснухе со стороны периферической крови выявляется:

1. плазматические клетки Тюрка

2. лейкоцитоз, атипичные мононуклеары

3. широкоплазменные В-лимфоциты

4. анемия, эозинофилия

5. лейкоцитоз, лимфоцитоз

83. У десятилетнего ребенка гипертермия до 38,7°С, боли в животе, двукратная рвота. Кожа чистая, язык обложен белым налетом, сухой. Живот вздут, болезненность по ходу тонкого кишечника. Стул частый до 10 раз в сутки, обильный, жидкий, со слизью, цвета “болотной тины”. Заболевание связывают с употреблением яичницы. Поставьте предварительный диагноз.

1. сальмонеллез

2. шигеллез

3. холера

4. острый аппендицит

5. брюшной тиф

84.У шестилетнего ребенка гипертермия до 39,0°С, боли в животе, тенезмы, жидкий стул, частый до 16 раз в сутки, желто-зеленого цвета, со слизью и прожилками крови. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот втянут, болезненный в левой подвздошной области, сигмовидная кишка спазмирована. Ваш предварительный диагноз?

1. шигеллез

2. холера

3. острый аппендицит

4. брюшной тиф

5. ротавирусная инфекция

85.У ребенка 5 лет, с острой кишечной инфекцией и выраженными симптомами эксикоза III степени, развилась клиника пареза кишечника – живот вздут, газы отходят плохо, перистальтика едва прослушивается. Введение какого препарата имеет первостепенное значение:

1. калия хлорид

2. цефазолин

3. глюкоза

4. свежезамороженная плазма

5. альбумин

86.Один порошок регидрона разводят в:

1. 0.5 литре кипяченой воды

2. 1.0 литре кипяченой воды

3. 1.5 литре кипяченой воды

4. 2.0 литрах кипяченой воды

5. 2.5 литрах кипяченой воды

87.О наличии обезвоживания у детей свидетельствуют следующие симптомы:

1. глаза не западают

2. выраженная жажда

3. при плаче есть слезы

4. слизистые рта влажные

5. рвота

88.У ребенка 6 месяцев жизни, в соматическом отделении детской больницы, на 7-й день стационарного лечения по поводу пневмонии, повысилась температура до 39,50С, жидкий стул 12 раз в сутки со слизью, зеленью. В виде болотной тины. Ваш предварительный диагноз?

1. дизентерия

2. сальмонеллез

3. эшерихиоз

4. протеоз

5. иерсиниоз

89.Важным показателем в копрограмме при энтероинвазивных кишечных инфекциях является:

1. нейтральный жир

2. крахмал

3. лейкоциты и эритроциты

4. дрожжевые грибки

5. растительная клетчатка

90.У ребенка с диареей обнаружены признаки умеренного обезвоживания. Ребенок весит 5 кг.ему 8 месяцев. Какое количество ОРС необходимо ему дать в течении 4-х часов?

1. 50-100 мл.на каждый стул

2. 1000 мл.

3. 100 мл

4. 200-400 мл.

5. сколько хочет

91.У ребенка 4-х месяцев с рождения неустойчивый стул. Неоднократно лечился в инфекционной больнице, получал антибиотики. На фоне лечения антибиотиками стул участился, приобрел неприятный запах, на слизистых полости рта творожистый налет. Какие препараты показаны ребенку в первую очередь?

1. антибиотики

2. гормоны

3. антигистаминные

4. бифидумбактерин

5. ферменты

92.Мальчик 5 лет заболел остро – температура 39,20С, частый жидкий стул со слизью, кровью, боли в животе. К какой группе кишечных инфекций относится данное заболевание?

1. энтеротоксигенные кишечные инфекции

2. персистирующие диареи

3. вирусная диарея

4. хроническая диарея

5. энтероинвазивные кишечные инфекции

93.У ребенка 1 месяца жизни появился жидкий стул до 6 раз в сутки со слизью, Т-37,50С. С рождения мокнет пупок, на голове фурункулез. О какой кишечной инфекции можно думать?

1. дизентерии

2. эшерихиозе 1 категории

3. стафилококковом энтероколите

4. сальмонеллезном энтероколите

5. протейном энтероколите

94.Какой возбудитель чаще всего циркулирует в отделении реанимации?

1. синегнойная палочка

2. стафилококк

3. стрептококк

4. шигелла

5. клебсиелла

95.При ОКИ какой этиологии отмечается гнилостный запах кала?

1. стафилококковой

2. протейной

3. синегнойной

4. симптом не встречается при ОКИ

5. сальмонеллезной

96.У больного с признаками обезвоживания, получавшего регидротационную терапию отмечается: резкое прибавление в весе, подъем Т, пастозность голеней, выбухание большого родничка, увеличение печени, брадикардия, судороги. О чем это говорит?

1. недостаточность регидратационной терапии

2. развитие менингита

3. аллергическая реакция

4. суперинфекция

5. передозировка регидратационной терапии

97.Показаниями для орально-регидратационной терапии (ОРТ) служат:

1. все кишечные инфекции не зависимо от этиологии

2. только легкие, среднетяжелые формы ОКИ

3. только тяжелые формы ОКИ

4. инвазивные диареи

5. только водянистые диареи

98.Для дизентерии характерны следующие изменения в копрограмме:

1. нейтральные жиры

2. бактерии

3. слизь обильная (+++)

4. жирные кислоты

5. крахмал

99.Тенезмы характерны при:

1. дизентерии

2. дисбактериозе

3. эшерихиозе 1-й категории

4. стафилилококковом энтерите

5. сальмонегезном гастроэнтерите

100. У ребенка после резкого повышения температуры тела появились менингеальные знаки (ригидность затылочных мышц), головная боль, возбуждение, двигательное беспокойство, рвота.

Установлен клинический диагноз:

1.менингококковый менингит

2.острая респираторная инфекция

3.острая кишечная инфекция

4.круп

5.корь

101.У 3-х летнего ребенка внезапно поднялась Т 39 С, через несколько часов после начала заболевания появилась геморрагическая звездчатая сыпь, резко упало АД, адинамия, нарушение сознания, ребенок умер. Посмертно из крови ребенка высеян менингококк. При обследовании членов семьи умершего ребенка в смывах из носоглотки отца и 12 летней сестры положительный бак посев на менингококк. У сестры отмечены насморк, сухой кашель, слизистая оболочка умеренно гиперемирована. Какими формами заболевания страдали умерший мальчик, его сестра и отец?

1. У умершего ребенка тяжелая форма менингококковой инфекции – менингококкцемия. У сестры менингококковый назофарингит. Отец был носителем менингококка.

2. У умершего ребенка среднетяжелая форма менингококковой инфекции – менингит. У сестры менингококковый назофарингит. Отец был носителем менингококка.

3. У умершего ребенка смешанная форма менингококковой инфекции (менингококкцемия, менингит). У сестры менингококковый назофарингит. Отец был носителем менингококка.

4. У умершего ребенка тяжелая форма серозного менингита.

5. У умершего ребенка тяжелая форма менингита не уточненной этиологии. У сестры ОРВИ. Отец был носителем менингококка.

102.У 3-х летнего ребенка внезапно поднялась Т 39 С, через несколько часов после начала заболевания появилась геморрагическая звездчатая сыпь, резко упало АД, адинамия, нарушение сознания, ребенок умер. Посмертно из крови ребенка высеян менингококк. При обследовании членов семьи умершего ребенка в смывах из носоглотки отца и 12 летней сестры высеян менингококк. У сестры отмечены насморк, сухой кашель, слизистая оболочка умеренно гиперемирована.

Какой фактор патогенности менингококка определяет клинические и морфологические проявления менингоккцемии?

1. эндотоксин

2. экзотоксин

3. гипертермический синдром

4. снижение АД

5. возраст ребенка

103.Больная 7 лет поступила в больницу в тяжелом состоянии на 1-й день болезни. Жалобы на сильные головные боли, многократную рвоту. Резкое повышение температуры до 39С, судороги, выраженная слабость, бледность кожных покровов, резко положительные оболочечные знаки.

Ваш предполагаемый диагноз.

1. менингит

2. гипертензионно-гидроцефальный синдром

3. полиомиелит

4. синдром Гиена-Баре

5. ветряночный энцефалит

104.Больной 10 лет. На протяжении нескольких дней ребенок был вялым, капризным, жаловался на недомогание, общую слабость, головную боль, отсутствие аппетита, рвоту. Температура 37,5С. На 5-ый день болезни госпитализирован в инфекционный стационар. Жалуется на сильную головную боль, преимущественно в лобно-затылочной области. Сознание ясное. Лежит на спине, голова запрокинута назад, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах. Частичный птоз левого верхнего века. Левый зрачок шире правого. Ригидность мышц затылка, симптом Кернига положительный. Спинномозговая жидкость: прозрачная, вытекает под давлением, белок 1,28, цитоз-350, представлен преимущественно лимфоцитами. Реакция Панди, Ноне-Апельта резко положительные, в спинномозговой жидкости образовалась тонкая фиброзная пленка.

О каком заболевании вы подумали?

1. туберкулезный менингит

2. менингококковый менингит

3. энтеровирусный менингит

4. коревой энцефалит

5. полиомиелит

105.Мальчик 4-х лет доставлен в клинику с жалобами на головную боль, рвоту, высокую температуру, симптомы правостороннего гнойного отита. Заболел 4 дня назад, появились боли в правом ухе, Т 38С, лечился дома жаропонижающими таблетками. Состояние не улучшалось. Вчера появилась нарастающая головная боль, температура 39С, многократная рвота. При осмотре- состояние тяжелое, голова запрокинута назад, резко положительные оболочечные знаки (++++). О каком менингите вы подумали?

1. вторичный отогенный менингит

2. менингококковый менингит

3. туберкулезный менингит

4. энцефалит

5.ОРВИ

106.У ребенка 5 лет, из анамнеза не привит, отмечается боль при жевании, открытии рта, головная боль, повышение температуры тела до 38,9°С. В области околоушных слюнных желез припухлость, умеренно болезненная при пальпации, кожа над припухлостью не изменена. При осмотре ротоглотки отверстие Стенонова протока гиперемировано.

Ваш диагноз?

1. эпидемический паротит

2. инфекционный мононуклеоз

3. токсическая форма дифтерии ротоглотки

4. острый сиаладенит

5. флегмона

107.У ребенка 6 лет отмечается заложенность носа, «храпящее» дыхание, гипертермия до 39,9 С, визуально видны увеличенные группы шейных лимфоузлов до 2 см в диаметре. В зеве пленчатые налеты бело-желтого цвета. Гепатоспленомегалия. В крови обнаруживаются 14% атипичных мононуклеаров. О каком заболевании идет речь?

1. инфекционный мононуклеоз

2. вирусный гепатит

3. псевдотуберкулез

4. аденовирусная инфекция

5. цитомегаловирусная инфекция

108.У девочки 10 лет 3 дня назад появились вялость, снижение аппетита, повышение температуры тела до 38°С, резкая боль в правой половине грудной клетки, а также головная боль. Объективно: справа в 6-7 межреберье на гиперемированном фоне кожи определяются множественные сгруппированные пузырьки, с прозрачным содержимым, 2-4 мм в диаметре. Для какого заболевания характерна такая симптоматика?

1. опоясывающий герпес

2. простой герпес 1 типа

3. простой герпес 2 типа

4. ветряная оспа

5. чесотка

109. У 2-х летнего ребенка заболевание началось остро. При объективном осмотре: возбужден, жалобы на головную боль, двукратную рвоту, Т-39,2С, на ягодицах и голенях крупные элементы геморрагической звездчатой сыпи с некрозом в центре. Выражена ригидность мышц затылка, сознание сохранено, очаговых симптомов нет.

О каком заболевании идет речь?

1. генерализованная смешанная форма менингококковой инфекции (менингит, менингококкцемия)

2. ИТШ

3. полиомиелит

4.туберкулезный менингит

5.стафилококковый менингит

110. Мальчик в возрасте 8 лет, заболел остро с повышения температуры тела 38,3° С, сыпь (везикулы) по всему телу и единичные везикулы на волосистой части головы. На 6-й день болезни состояние ребенка ухудшилось: температура тела до 39,1°С, вялость, головная боль, головокружение, скандированная речь и шаткая походка.

Ваш диагноз?

1. ветряночный энцефалит

2. коревой энцефалит

3. краснушный энцефалит

4. энтеровирусный менингит

5. пневмококковый менингит

111. У ребенка 5 лет, не привитого, отмечалось повышение температуры тела до 39,0ºС, насморк, боль в горле, по ходу позвоночника и в мышцах ног - гиперестезии. На 5 день болезни - слабость и ограничение движений мышц левого бедра, и признаки периферического вялого паралича лицевого нерва справа. Расстройств чувствительности нет.

Ваш диагноз?

1. полиомиелит

2. энтеровирусный менингит

3.ХИБ менингит

4. туберкулезный менингоэнцефалит

5. острое нарушение мозгового кровообращения

112.Больной 9 лет, заболел остро: лихорадит до 38,7 ºС, на теле, конечностях, волосистой части головы обильная полиморфная пятнисто-папулезно – везикулезная сыпь. Последние высыпания на 5-й день болезни. На 10-й день болезни после улучшения состояние резко ухудшилось: гипертермия до 39,9ºС, вялость, головная боль, головокружение, шаткость походки, неустойчивость в позе Ромберга.

Какое осложнение развилось у ребенка?

1. ветряночный энцефалит

2. менингококковый менингоэнцефалит

3. коревой энцефалит

4. клещевой энцефалит

5. туберкулезный менингоэнцефалит

113. У 7 летнего ребенка остро повысилась температуры тела до 39,1°С. С первых дней - выраженные симптомы интоксикации, рвота, боли в животе. На 3-й день появилась мелкоточечная сыпь на коже туловища, пятнисто-папулезная сыпь вокруг всех крупных суставов, симптомы «перчаток» и «носков».

Ваш предварительный диагноз?

1. псевдотуберкулез

2.скарлатина

3.бруцеллез

4. корь

5. дизентерия

114. Ребенок 6 месяцев, в течение 2-х дней беспокоен, плохо ест, срыгивает, повысилась температура тела до 37,8°С. В 3-х месячном возрасте ребенку вводилась плазма. На 3-й день болезни отмечается желтушность кожи и склер, моча темного цвета, при пальпации печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка - на 1,5 см. Какое заболевание наиболее вероятно у ребенка?

1. вирусный гепатит В

2. вирусный гепатит А

3. вирусный гепатит Е

4. вирусный гепатит С

5. псевдотуберкулез

115. У 10 летнего ребенка гипертермия до 38,7°С, боли в животе, двукратная рвота. Кожа чистая, язык обложен белым налетом, сухой. Живот вздут, болезненность по ходу кишечника. Стул частый 10 раз в сутки, обильный, жидкий, со слизью цвета “болотной тины”. Заболевание связывают с употреблением яичницы.

Поставьте предварительный диагноз.

1. сальмонеллез

2.вирусная диарея

3.пищевая токсикоинфекция

4. дизентерия

5. иерсиниоз

116. У 6 летнего ребенка гипертермия до 39°С, боли в животе, тенезмы, жидкий стул, частый до 16 раз в сутки, малыми порциями, желто-зеленого цвета, со слизью и прожилками крови. Больной ребенок бледен, кожные покровы чистые. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот втянут, болезненный в левой подвздошной области, сигмовидная кишка спазмирована. Анус податлив.

Ваш предварительный диагноз?

1. шигеллез

2.вирусная диарея

3. энтеротоксигенный эшерихиоз

4. пищевая токсикоинфекция

5. иерсиниоз

117. Мальчик 3-х лет заболел остро с появления насморка, кашля, гнойного двухстороннего конъюнктивита и повышения температуры до 39,3° С. На 5-й день заболевания появились обильная пятнисто-папулёзная сыпь на лице и шее, отмечался повторный подъём температуры до 39,7° С, усилился насморк и кашель. В последующие два дня сыпь распространилась на туловище и конечности. Слизистая нёба ярко гиперемирована, на слизистой оболочке щёк около коренных зубов - остатки мелких белесоватых наслоений.

Какой наиболее вероятный предварительный диагноз?

1. корь

2. аденовирусная инфекция

3. менингококкцемя

4. энтеровирусная инфекция

5. сепсис

118. Ребенок 5 лет, болен 3-й день: температура тела 37,8°С, тошнота, повторная рвота, периодические боли в животе, кожа и склеры иктеричны, испражнения ахоличны, темная моча. Известно, что в группе детского сада, которую посещает ребенок, был случай вирусного гепатита. Какой из биохимических лабораторных показателей будет иметь решающее значение для уточнения диагноза?

1. содержание аланин-аминотрансфераз

2. общий анализ крови

3. протромбиновый индекс

4. копрограмма

5. диастаза крови

119.Ребенок 1год 6 мес. Заболел остро: Т - 39,5°С, вялый, нарушен сон, вздрагивает, рвота двукратно. 1-й день болезни. Бледен. Зев гиперемирован. Гиперестезия. Выражена ригидность мышц затылка, положительные симптомы Кернига и Брудзинского. В результате цереброспинальной жидкости цитоз - 2530, белок - 1,23 г/л, нейтрофилы - 95%, лимфоциты - 5%. Клиника и показатели ликвора наиболее характерны для какого менингита?

1. гнойный менингит

2. серозный менингит

3. туберкулезный энцефалит

4. клещевой энцефалит

5. энцефалит не уточненной этиологии

120. Специфическими маркерами вирусного гепатита А в остром периоде являются:

1. НВsАg

2. НВсоrАg

3. анти-ВГА I gM

4. анти-ВГА IgG

5. НВеАg

*Детская хирургия*

121. Перечислите заболевания, относящиеся к порокам развития головы:

1. кривошея

2. контрактура

3. высокое стояние лопатки

4. артрогриппоз

5. краниостеноз

122. Перечислите заболевания, при которых длительность диспансеризации составляет 1 год:

1. флегмона

2. диафрагмальная грыжа

3. атрезия пищевода

4. паховая грыжа

5. хронический остеомиелит

123. Отметьте пороки развития передней брюшной стенки:

1. паховые грыжи

2. пупочная грыжа

3. врожденный пилоростеноз

4. незавершенный поворот кишечника

5. стеноз кишечника

124. Укажите заболевания, при которых длительность диспансеризации составляет не менее 3 лет:

1. флегмона новорожденных

2. болезнь Гиршпрунга

3. мембрана кишечника

4. врожденный пилоростеноз

5. варикоцеле

125. Укажите пороки развития опорно-двигательного аппарата:

1. эписпадия

2. крипторхизм

3. врожденный вывих бедра

4. тендовагинит

5. панарици

126. Выберите пороки развития мочеполовой системы:

1. эктопия устья мочеточника

2. мегадолихоколон

3. атрезия прямой кишки

4. болезнь Гиршпрунга

5. пилоростеноз

127. Укажите пороки развития органов брюшной полости :

1. крипторхизм

2. мегадолихосигма

3. ранула

4. варикоцеле

5. паховая ретенция

128. Отметьте заболевания, при которых диспансеризация не превышает 6 месяцев:

1. паховая грыжа

2. острый аппендицит

3. перитонит

4. врожденная мышечная кривошея

5. косолапость

129. Выберите пороки развития органов грудной клетки:

1.пилоростеноз

2. врожденный стеноз пищевода

3. незавершенный поворот кишечника

4. косолапость

5. болезнь Гиршпрунга

130. Укажите пороки развития аноректальной области:

1. атрезия прямой кишки

2. уретероцеле

3. болезнь Гиршпрунга

4. пилоростеноз

5. мегаколон

131. Какие пороки развития центральной нервной системы вы знаете?

1. гидроцефалия

2. колобома

3. незаращение верхней губы

4. незаращение твердого неба

5. краниостеноз

132. Назовите причину высокой кишечной непроходимости?

1. атрезия тонкой кишки

2. мекониальная непроходимость

3. атрезия и стеноз 12-перстной кишки

4. атрезия толстой кишки

5. заворот вокруг фиксированного Меккелева дивертикула

133. Назовите причину низкой кишечной непроходимости?

1. синдром Ледда

2. атрезия средней кишки

3. заворот средней кишки

4. атрезия тонкой кишки

5. сдавление 12-перстной кишки спайками, сосудами, кольцевидной поджелудочной железой

134. Какая Р-логическая картина характерна для низкой кишечной непроходимости?

1. растянутый желудок, отсутствие газа в петлях кишки

2. наличие двух газовых пузырей

3. дуоденостаз, расширение 12-перстной кишки с уровнем жидкости

4. мегодуоденум, растянутая 12-перстной кишки с уровнем жидкости

5. в большой части живота определяется чаши Клойбера

135. Что такое флегмона новорожденных?

1. воспаление потовых желез

2. воспаление сальных желез

3. воспаление кожи и подкожной клетчатки с образованием некроза клетчатки и обширным отслоением кожи

4. воспаление волосяного мешочка

5. воспаление лимфатических узлов

136. 20-ти месячный ребенок доставлен в приемное отделение с жалобами на лихорадку, беспокойство и щажение правой ноги. Правый коленный сустав отечен, региден и не допускает пассивных движений. Какое исследование наиболее важно для подтвержденияпредварительного диагноза септического артрита?

1. исследования синовиальной жидкости

2. Р-графия коленного сустава

3. определение СОЭ

4. посев крови

5. УЗИ коленного сустава

137. У доношенного новорожденного наблюдаются приступы цианоза и апноэ учащиеся при попытках накормить его проходящее во время крика. Наиболее вероятный диагноз?

1. дефект межжелудочковой гиповентиляции

2. синдром первичной альвеолярной гиповентиляции

3. атрезии хоан

4. симптом свисающего неба

5. диафрагмальная грыжа

138. Однодневный реберной, извлеченный щипцами, активен, но не двигает левой рукой, которая прижата к боку и ротирована внутрь. Предплечье вытянуто и ротировано. Движения в руке отсутствуют даже при проверке рефлекса Моро. В остальном отклонений не наблюдается. Подобная картина наиболее вероятно указывает на:

1. перелом левой ключицы

2. перелом левого плеча

3. левосторонний паралич Эрба-Дюшена

4. повреждение позвоночника с левосторонним гемипарезом

5. родовая травма головного мозга

139. Вскоре после рождения у ребенка вздулся живот и он начал беспокоиться. Первое же кормление привело к вытеканию пищи изо рта, девочка начала кашлять и задыхаться. При физикальном обследовании обнаружены одышка, втягивание межреберий и двухсторонние хрипы в легких. Пищеводные аномалии, наиболее часто приводящие к подобным явлениям?

1. атрезия пищевода без свища

2. атрезия пищевода верхним пищеводно-трахеальным свищем

3. диафрагмальная грыжа

4. атрезия нижним пищеводно-трахеальным свищем

5. ахалазия пищевода

140. 4-х недельный ребенок поступил с жалобами на рвоту, начавшиеся 10 дней назад и учащающиеся наряду с увеличением объема рвотных масс. Рвотные массы не окрашены, но напоминают кофейную гущу. Аппетит у ребенка не изменен, и он выглядит хорошо, но масса тела его уменьшается. Наиболее вероятный диагноз?

1. пилоростеноз

2. тонкокишечная инвагинация

3. гастроэнтерит

4. опухоль головного мозга

5. ахалазия пищевод

141. Назовите особенности гнойной инфекции у детей:

1. склонность к ограничению

2. склонность к генерализации

3. отсутствие интоксикации

4. брадикардия

5. эксикоз

141. Какие явления превалируют при флегмоне новорожденных?

1. воспалительные

2. некротические

3. гнилостные

4. гнойные

5. геморрагии

142. Укажите на признаки флегмонозного омфалита:

1. серозное отделяемое из пупка

2. гнойное отделяемое из пупка

3. спайки кожи вокруг пупка

4. кожа вокруг пупка спокойная

5. кровотечение

143. Перечислите наиболее вероятные пути проникновения инфекции при некротической флегмоне новорожденных:

1. пупочная рана

2. мацерированные кожные покровы

3. лимфаденит

4. слизистая желудочно-кишечного тракта

5. дыхательные пути

144. Выберите особенности течения некротической флегмоны новорожденных:

1. преобладание гнойного распада

2. преобладание некротического процесса

3. инфильтрация лимфоузлов

4. ограниченное течение

5. латентное течение

145. Укажите наиболее частых возбудителей гематогенного остеомиелита у детей:

1. стрептококк

2. стафилококк

3. ассоциация микробов

4. вирусы

5. грибки

146. Выберите факторы, имеющие значение в возникновении острого гематогенного остеомиелита у детей:

1.травма

2. гипоксия

3. особенности вскармливания

4. авитаминоз

5. особенности поведения

147.Укажите наиболее частую локализацию острого гематогенного остеомиелита у детей

1. бедренная кость

2. пяточная кость

3. кости черепа

4. ключица

5. грудина

148. Укажите формы острого гематогенного остеомиелита у детей

1. латентная

2. токсическая

3. абсцесс Броди

4. остеомиелит Гарре

5. антибиотическая

149. Укажите на величину внутрикостного давления при остром гематогенном остеомиелите у детей

1. до 50 мм водного столба

2. 60-100

3. 100-150

4. 5 см

5. до 10 мм

150. Какие факторы способствуют переходу острой хирургической инфекции в хроническую у детей?

1. низкий иммунитет

2. эффективное лечение

3. отсутствие сенсибилизации

4. высокмй иммунитет

5. ацидоз

151. Назовите формы течения гематогенного остеомиелита у детей:

1. токсическая

2. свищевая

3. секвестрирующая

4. антибиотическая

5. абсцесс Броди

152. Перечислите атипичные формы остеомиелита у детей

1. абсцесс Броди,

2. свищевая

3. септикопиемическая форма

4. локализованная форма

5. токсический остеомиелит

152. Перечислите осложнения хронического остеомиелита:

1. патологический перелом

2. септический шок

3. развитие ДВС- синдрома

4. развитие септической пневмонии

5. токсический шок

153. Назовите ранние признаки острого гематогенного остеомиелита длинных трубчатых костей:

1. вынужденное положение конечности

2. ограничение движений

3. отсутствие локальной боли

4. болезненность при пальпации и перкуссии конечности

5. увеличение внутрикостного давления

154. У ребенка имеется отечность в области коленного сустава, активные и пассивные движения болезнены. У ребенка:

1. ревматизм

2. остеомиелит

3. гонит

4. миозит

5. тендовагинит

155.У ребенка тотальное поражение бедренной кости при остеомиелите. После падения появилась припухлость и деформация в с/з бедра, болезненность, патологическая подвижность. Диагноз?

1. флегмона в с/з бедра

2. абцесс

3. патологический перелом

4. остеоэпифизеолиз

5. вывих

156. Характерными симптомами острого аппендицита у детей являются:

1. примесь крови в стуле

2. боль опоясывающего характера

3. симптом «отталкивания руки»

4. пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки

5. положителен симптом Глины

157. При аппендикулярном перитоните у детей выделяют следующие фазы клинического течения:

1. локализованный

2. токсический

3. латентный

4. свищевой

5. ремитирующий

158. Осложнения при дивертикуле Меккеля у детей:

1. жидкий стул

2. парез кишечника

3. кровотечение

4. повышение температуры тела

5. запоры

159. Весь комплекс предоперационной подготовки при перитоните у детей проводится за

1. 30 минут

2. 1 час

3. 2-3- часа

4. 4-5 часов

5. 5-6-часов

160. Поздняя спаечная кишечная непроходимость у детей подразделяется на следующие клинические формы:

1. стенозирующая

2. острую

3. мембранозная

4. ремитирующая

5. сосудистая

161. Для инвагинации кишечника у детей характерны следующиесимптомы:

1. постоянные боли в животе

2. боли опоясывающего характера

3. ахоличный стул

4. наличие ступа в виде “малинового желе”

5. дегтеобразный стул

162. Какие рентгенологические симптомы перфорации полых органов у детей?

1. наличие горизонтальных уровней

2. симптом “подковы”

3. раздутые петли кишечника

4. свободный газ над печенью справа

5. релаксация диафрагмы

163. Укажите характерную рентгенологическую картину инвагинации кишечника у детей:

1. наличие чашей Клойбера

2. свободный газ в брюшной полости

3. немой живот

4. наличие симптома “дуги” или “подковы"

5. наличие ячеистых образований

164. В каком возрасте часто встречается инвагинация кишечника у детей?

1. у новорожденных

2. от 2 до 3 месяцев

3. от 4 месяцев до 1 года

4. старше 1 года

5. от 3 до 5 лет

165. По какой методике производят аппендэктомию у детей до 1 года?

1. по Зелигу (лигатурный метод)

2. наложением кисетного шва

3. наложением кисетного и Z-образного шва

4. инвагинационный метод

5. без перевязки культи, но с погружением в кисетный и Z-образные швы

166. У ребенка 6 лет обнаруживается опухолевидное образование в брюшной полости, подвижное, безболезненное, размерами 6х3 см. В анамнезе: частые задержки стула. Ваш диагноз?

1. меккелев дивертикул

2. спаечная непроходимость

3. аппендикулярный инфильтртат

4. инвагинация

5. болезнь Гиршпрунга

167. У ребенка 3 лет наблюдаются жалобы на схваткообразные боли в животе,стул с примесью крови. При пальпации обнаруживается опухолевидное образование. Диагноз?

1. аппендикулярный инфильтрат

2. спаечная непроходимость

3. болезнь Гиршпрунга

4. идиопатический мегаколон

5. инвагинация кишечника

168. Девочка 1,5 года поступила на вторые сутки заболевания с высокой температурой, повторной рвотой, жалуется на боли в животе. Ребенок плохо спал ночью, был капризный, отказывается от еды. Выражен токсикоз, в контакт не вступает, сопротивляется осмотру. Диагноз, план обследования.

1. острый аппендицит

2. назначить очистительную клизму

3. десенсибилизирующая терапия

4. назначить спазмолитики

5. назначить плановое обследование

169. С какими заболеваниями наиболее часто приходятся дифференцировать острую кишечную инвагинацию у детей?

1. дизентерией

2. копростазом

3. пневмонию

4. перитонит

5. холециститом

170. Какие симптомы выявляются при осмотре ребенка с подозрением на острый аппендицит в состоянии сна:

1. симптом Ровзинга

2. симптом Воскресенского

3. симптом Ортнера

4. френикус-симптом

5. напряжение мышц передней брюшной стенки

171. В течении какого максимального времени следует накладывать первичный хирургический шо

1. 42 часа

2. в пределах 36 часов

3. свыше 36 часов

4. не знаю

5. в пределах 74 часа

172. Какие раны не следует ушивать наглухо?

1. резаные

2. укушенные

3. все

4. ни одну

5. разможенные

173. Чем отличается ушиб от сотрясения головного мозга?

1. легкостью поражения

2. отсутствием поражения

3. наличием степени тяжести

4. затрудняюсь ответить

5. столовыми симптомами.

174. Какими растворами следует обрабатывать первичную рану?

1. щелочным раствором

2. антисептическими

3. мыльный раствор

4. сахарными

5. кислотными

175. Какое расстояние кожи от края раны следует захватывать при наложении первичного хирургического шва?

1. 0,5 см

2. 1 см

3. 1,5 см

4. 2 см

5. 3 с

176. На какие сутки удаляются швы при не воспалительном характере раны?

1. 9-10 сутки

2. 2-3 сутки

3. 7-8 сутки

4. удалять не следует

5. 5-6 сутки

177. Чем объясняется длительность кровотечения при травмах волосистой части головы?

1. из-за волос

2. близость кости черепа

3. не спадаются вены

4. внутреннее давление

5. редкостью киппеллярных

178. Какие раны представляют особую опасность?

1. резанные

2. рубленные

3. огнестрельные

4. растерзанные

5. ушибление

179. Повязка Дезо накладывается при:

1. переломах копчика

2. ушиб плеча

3. перелом из за лучевой кости

4. подвывих шейных позвонков

5. ушиб коленного сустава

180. Воротник шанса накладывается при:

1. переломах костей носа

2. вывих нижней челюсти

3. перелом ключицы

4. подвывих шейных позвонков

5. передом копчика

181. Чепчик Гиппократа накладывается при:

1. перелом наколенника

2. растяжении голеностопного сустава

3. ушибах коленного сустава

4. ранах в области головы

5. растяжение локтевого сустава

182. До какого возраста наиболее часто встречается подвывих головки лучевой кисти?

1. до 2 лет

2. до 18 лет

3. до 6 лет

4. до 1 года

5. до 8 лет

182.Сроки иммобилизации гипсовой лонгет при растяжении голеностопного сустава ?

1. 3 дня

2. 4 недели

3. 2 часа

4. 10-14дней

5. 1 –день

183. Для диагностики ЗЧМТ у детей до 1 года используют инструментальный метод исследования

1. эхоэнцефалонрафия

2. УЗИ

3. броихоскония

4. ФГДС

5. ЭХО головного мозга

184. Специалист по укусу клещей.

1. энтемолог

2. мамолог

3. герантолог

4. эпидемолог

5. рабиолог

185. При переломе ключицы без смешение следует наложить:

1. кольца ДЕЛЬБИ

2. повязку ДЕЗО

3. резиновый жгут

4. систему скелетного вытяжение

5. наложения гипсовой лангеты

186. При переломах в отличии от ушибов отмечаются:

1. умеренный отек

2. умеренная болезненность

3. снижение температуры тела

4. резкая болезненность при осевых нагрузках

5. деформация

187. Перелом основания основной фаланги первого пальца носит названия ?

1. перелом Бенетта

2. перелом Смитта

3. перелом Коллиса

4. перелом Монтеджи

5. перелом Брехта

188. При сотрясении головного мозга не отмечается?

1. сонливость

2. повышение температурытела

3. головокружение

4. повышение умственной деятельности

5. слабость

189. При ушибах головного мозга не отмечается

1. удовлетворительное состояние

2. тяжелое состояние

3. перелом костей черепа

4. потеря сознания

5. длительное потеря сознания

190. В строении костей у детей преобладает:

1. минеральные соли

2. органические вещества

3. гормоны

4. вода

5. витамины

191. Как проверяется поза Ромберга?

1. закрыть глаза и присесть 5 раз

2. пройтись по начерченной линии

3. такой пробы нет

4. закрыть глаза ,вытянуть вперед руки, поставить ноги вместе

5. пройтись в положении сидя

192. По какому клиническому признаку можно думать о сотрясении мозга?

1. беспокойство ребенка

2. повышение температуры тела

3. плохой аппетит

4. подкожная гематома в области головы

5. понос

193. В каких случаях необходимо сделать рентген черепа?

1. потеря сознания в анамнезе

2. большая подкожная гематома

3. эпилепсия в анамнезе

4. по настоянию родителей

5. по усмотрению врача

194. Укажите сроки иммобилизации при переломах предплечья?

1. больше 3 недель

2. меньше 3 недель

3. 3 недели

4. что-то около того

5. две недели

195. Что показано при переломах копчика?

1. оперативное лечение

2. консервативное лечение

3. покой

4. холод на место перелома

5. диетотерапия

196. На сколько следует оставлять дренаж в ране?

1. 1 сутки

2. 2 суток

3. 3 суток

4. 4 суток

5. 5 суток

197. Для чего необходимо оставлять в ране резиновый дренаж?

1. что бы быстрее спал отек

2. для профилактики болезни Гиршпрунга

3. для оттока отделяемого

4. оказывает антибактерицидное действие

5. для профилактика остеомиелита

198. Когда следует накладывать гипертоническую повязку?

1. если рана чистая

2. если есть отделяемое

3. при болях

4. при отечности

5. если рана резанная

199. Куда необходимо делать инъекцию новокаина при переломах с целью анальгезии?

1. непосредственно место перелома

2. внутримышечно

3. внутривенно

4. катетеризацию подключичной артерии

5. п\к

200. При импрессионных переломах черепа показано лечение:

1. оперативное

2. консервативное

3. амбулаторное

4. по месту жительства

5. зависит от глубины импрессии

201. Ребенку 5 мес, впервые диагностирован врожденный ввывих бедра. Какая манипуляция и лечение нежелательны:

1. массаж мышц ягодичной области и бедра, ЛФК

2. закрытое вправление вывиха и фиксации гипсовой повязкой

3. разведение ножек

4. пеленание конвертом

5. наложение шины виленского

202. Ребенку 4 мес. Диагностирована дисплазия тазобедренного сустава. Что надо делать родителям:

1. массаж мышц ягодичной области и бедра

2. укладывание в бешик

3. широкое пеленание

4. ЛФК

5. укладывание в шину с разведением ножек

203. Синдактилия-это:

1. отсутствие пальца кисти или стопы

2. увеличение числа пальцев кисти или стопы

3. полное или частичное сращение двух или нескольких пальцев кисти или стопы

4. деформация пальцев кисти или стопы

5. увеличение объема пальцев кисти или стопы

204. Когда надо лечит врожденную косолапость:

1. в 1 месяц

2. в 7-10 дней

3. в род. доме

4. когда начинает ходить

5. как установлен диагноз

205. Из перечисленных заболеваний следствием незрелости органов и тканей растущего организма является:

1. дисплазия тазобедренного сустава

2. врожденная косорукость

3. амниотические перетяжки

4. патологический вывих бедра

5. болезнь Клиппеля-Фейля

206. Симптомом какого заболевания является поллакиурия

1. мочекаменной болезни

2. гидронефроза

3. пиелонефрита

4. эписпадии

5. нейрогенной дисфункции

207. Какое дизурическое явление характерно при камнях мочевого пузыря?

1. парадоксальная ищурия

2. неудержание мочи

3. цисталгия

4. недержание мочи

5. задержание мочи

208. Назовите синдром, который наблюдается при нейрогенных дисфункциях мочевого пузыря у детей?

1. гипертонический синдром

2. расстройства мочеиспускания

3. почечная колика

4. отечный синдром

5. олигоанурия

209. Какой порок развития мочевого пузыря диагностируют сразу же при рождении?

1. незаращение мочевого протока

2. экстрофия мочевого пузыря

3. эписпадия головчатая

4. контрактура шейки мочевого пузыря

5. клапан задней уретры

210. Какую аномалию дорзальной стенки уретры диагностируют в роддоме?

1. удвоение уретры

2. гипоспадия

3. эписпадия

4. фимоз

5. уретероцеле

211. Какую аномалию мочеиспускательного канала необходимо дифференцировать с адреногенитальный синдром, вирильная форма.

1. гипоспадия стволовая

2. гипоспадия венечная

3. ректопузырный свищ

4. гипоспадия мошоночная

5. удвоение уретры

212. Определите тактику лечения крипторхизма с болевым синдромом?

1. консервативное противовоспалительное лечение.

2 . гормонотерапия

3. физиолечение

4. витаминотерапия

5. оперативное лечение по установлению диагноза

213. Определите тактику лечения при сочетании крипторхизма с паховой грыжей на стороне не опустившегося яичка?

1. только оперативное лечение

2. выжидательная тактика

3. гормонотерапия

4. антибиотикотерапия

5. физиолечение

214. Какой метод обследования для дифференциальной диагностики используется у больных с пахово-мошоночной грыжей водяной оболочки яичка?

1. уретероскопия

2. диафаноскопия

3. цистоскопия

4. генитометрия

5. R-логическое исследование

215. Какова тактика лечения детей с синдромом отечно-гиперемированной мошонки?

1. антибиотикотерапия

2. противовоспалительное лечение+хирургическое вмешательство

3. физиолечение

4. экстренное хирургическое вмешательство

5. гормонотерапия

216. Для какого заболевания характерно наличие урчания в тугоэластическом образовании в паховой области и симптома толчка?

1. крипторхизм

2. паховый лимфаденит

3. варикоцеле

4. киста семенного канатика

5. паховая грыжа

217. К какой группе аномалий относится удвоение почек у детей?

1. положения

2. взаимоотношения

3. количества

4. структуры

5. формирования

218. Какой метод рентгенологического обследования используется для диагностики заболеваний и аномалий верхних мочевых путей?

1. экскреторная урография

2. цистография

3. обзорная рентгенография

4. уретрография

5. вазография

219. Какой специальный метод исследования используется для первичной диагностики скрининга аномалий развития и заболевания почек у детей?

1. УЗИ

2. компьютерная томография

3. цистоскопия

4. нефроскопия

5. обзорная рентгенография

220. Какой рентгенологический метод используется для диагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса?

1. инфузионная урография

2. ретропневмоперитонеум

3. уретрография

4. цистография

5. пиелография

221. Как называется наличие видимой примеси крови в моче?

1. макро-гематурия

2. эритроцитурия

3. микрогематурия

4. моча мясных помоев

5. лейкоцитурия

222. Для чего используется определение остаточного азота и креатинина у детей с урологической патологией?

1. для оценки тяжести воспалительного процесса

2. для оценки выделительной функции почек

3. для определения тяжести почечной недостаточности

4. для определения удельной плотности мочи

5. для определения РН мочи

223. Какой метод используется для диагностики цистита?

1. цистоскопия

2. нефроскопия

3. цистография

4. экстр. Урография

5. ретроградная пиелография

224. Метод лечения меатостеноза?

1. обрезание крайней плоти

2. уретротомия

3. меатотомия

4. бужирование

5. кожная пластика

225. Назовите оптимальный вариант лечения эктопии яичка?

1. оперативное лечение

2. гормональное лечение

3. курортное лечение

4. лечебная гимнастика

5. консервативное лечение

226. Определите сроки лечения хирургического одностороннего крипторхизма

1. сразу после рождения

2. до 3-х лет

3. 3-5 лет

4. 8-11 лет

5. 12-15 лет

227. Назовите оптимальные сроки хирургического лечения двухстороннего крипторхизма у детей?

1. 1,5 года

2. 3-5 лет

3. 6-11 лет

4. 12-15 лет

5. в первые месяцы рождения

228. У ребенка при двухстаканной пробе обнаружена примесь гноя в обеих порциях. Назовите вид пиурии.

1. субтотальная

2. тотальная

3. парциальная

4. лейкоцитурия

5. ацетонурия

229. Задержка мочи в течении 12 часов с парадоксальной ишурией. Ваша тактика?

1. катетеризация мочевого пузыря

2. блокада по Лорин-Эпштейну

3. высокое сечение мочевого пузыря

4. цистоскопия

5. рентгенография

230. При почечной колике боли бывают

1. эпигастральной области

2. поясничной области иррадируют по ходу мочеточника

3. в области мочевого пузыря

4. в области промежности

5. в области мошонки

231. Родители жалуются на отсутствие в мошонке яичка у ребенка 2-х лет. При осмотре обнаружено укорочение левой половины мошонки, над лоном под кожей определяется подвижное тугоэластичное образование размером 1,5х1,0х0,5мм. Диагноз, тактика лечения.

1. киста семенного канатика

2. острый орхит

3. лобковая эктопия яичка

4. паховая грыжа

5. лимфаденит

232. У мальчика 4-х лет с момента рождения не определяется в мошонке правое яичко. Объективно-правая половина мошонки укорочена, яичко не пальпируется ни в мошонке, ни в области пахового канала, на УЗИ в брюшной полости яичко визуализируется. Диагноз.

1. крипторхизм брюшная ретенция

2. монорхизм

3. синдром тестикулярной феминизации

4. эктопия яичка

5. атрофия яичка

233. На амбулаторном приеме в поликлинике к вам обратились родители ребенка 3 лет 6 мес. с жалобами на беспокойство мальчика и покраснение в мошонке. Объективно-правая половина мошонки гиперемирована, отечна, отвисает, яичко увеличено, болезненное. Диагноз?

1. аллергический отек мошонки

2. ушиб левого яичка

3. синдром отечно-гиперемированной мошонки

4. водянка яичка

5. варикоцеле

234. При профилактическом осмотре у мальчика 12лет обнаружено увеличение левой стороны мошонки. При пальпации выше яичка определяется гроздеподобный конгломерат, слегка болезненный. Яичко в размерах увеличено по сравнению с правым. Диагноз.

1. варикоцеле

2. водянка яичка

3. эпидидимит

4. орхит

5. пахово-мошоночная грыжа

235. В поликлинику обратились родители мальчика 3 месяцев, у которого ущемилась паховая грыжа. С момента ущемления прошло 12 часов. Тактика.

1. динамическое наблюдение

2. согревающие компрессы

3. болеутоляющие препараты

4. экстренная операция

5. пункция

236. В соматическом стационаре для консультации мальчика 10 мес. который находится на лечении по поводу острой пневмонии. У ребенка наступило ущемление паховой грыжи. С момента ущемления прошло 30 мин. тактика.

1. экстренная операция

2. пункция

3. УЗИ

4. консервативное выравнивание грыжи под медикоментозным сном

5. болеутоляющие препараты

237. Ребенок 8 мес. беспокойный в течении 3-х часов, в паховой области определяется плотное, болезненное образование, мало подвижное, в брюшную полость не вправляется. В последние 2 мес. определялось периодически появляющееся мягко-эластической консистенции образование которое вправлялось в брюшную полость. Диагноз.

1. ущемленная паховая грыжа

2. киста семенного канатика

3. паховая грыжа

4. эктопия яичка

5. паховый лимфаденит

238. У девочки с 4 лет появилась кровь в моче с примесью сгустков. Гематурия второй день, при поступлении отмечается бледность кожных покровов при пальпации живота выявлена бугристое образование в области левого подреберья. СОЭ 42 мм/час, НВ 80/г/л, л-8х1-. Предварительный диагноз?

1. гидронефроз

2. спленомегалия

3. нефроптоз

4. удвоение почки

5. опухоль Вильмса

239. Девочка 6 лет жалуется на учащенное болезненное мочеиспускание недержание мочи, небольшая болезненность отмечается в конце мочеиспускание больна 3 дня. В анализе мочи пиуогематурия. Диагноз?

1. камень мочевого пузыря

2. острый цистит

3. вульвит

4. острая задержка мочи

5. абсцесс дугласова пространства

240. Девочка 12 лет поступила в клинику с жалобами на боли в поясничной области слева повышение температуры тела; озноб, пиурию на обзорной урограмме определяется тень конкремента в проекции левой почки на экскреторной урограмме определяется пиелоэктазия слева, умеренное нарушение функции левой почки. Диагноз?

1. пионефроз

2. гидронефроз

3. камень почки

4. опухоль Вильмса

5. удвоение почки

*Детская анестезиология и реанимация*

241. Ребенку, находящемуся на ИВЛ с нормальным согреванием и увлажнением газовой смеси, объем суточной инфузии следует снизить:

1. на 50%

2. на 25%

3. на 15%

4. на 10%

5. на 20%

242. Главным признаком тяжести черепно-мозговой травмы у ребенка является:

1. отсутствие костно-травматических повреждений

2. степень утраты сознания

3. отсутствие менингеального синдрома

4. наличие высокой температуры

5. тошнота и рвота

243. При микрогении трудности интубации трахеи зависят в основном от следующих факторов:

1. нижняя челюсть выступает вперед

2. язык не удается оттеснить клинком ларингоскопа

3. как правило, имеется узкая голосовая щель

4. голосовая щель широкая

5. тугоподвижность шейного отдела позвоночника

244.При диабетической коме у детей основной задачей терапии является:

1. уменьшить уровень сахара в крови, уменьшить клеточную дегидратацию и кетоацидоз

2. провести противоотечную терапию

3. срочно начать ИВЛ в режиме гипервентиляции

4. начать инфузию глюкозы

5. все ответы верны

245.Первыми признаками передозировки эуфиллина являются:

1. падение АД

2. головная боль, боли в животе, тошнота

3. гипертензия

4. нарушение сердечного ритма

5. одышка

246. Наиболее частой причиной острой почечной недостаточности в практике интенсивной терапии детей раннего возраста является:

1. гиповолемия

2. нефротоксины

3. гемолиз

4. пороки развития почек

5. гемотрансфузия

247. Оптимальная температура подогрева инсуфлируемой газовой смеси при ИВЛ у детей с нормальным состоянием слизистой трахеобронхиального дерева составляет:

1.20° С

2.28-30° С

3. 35° С

4.40° С

5.41° С

248.Основными причинами развития бронхолегочной дисплазии у новорожденных при проведении ИВЛ являются:

1. пневмония

2. высокое давление в дыхательных путях, токсическое действие кислорода

3. низкое давление в дыхательных путях

4. обструктивный синдром

5. все ответы верны

249.Оптимальным способом питания при ИВЛ новорожденных детей является:

1. парентеральное

2. зондовое

3. частичное парентеральное

4. любое, обеспечивающее потребности при данном состоянии

5.грудное кормление

250.Лечение острой почечной недостаточности начинается:

1. с введения маннитола

2. с восполнения ОЦК

3. с восполнения внеклеточной жидкости + допамин

4. с гемодиализа

5. с инфузионной терапии

251.Максимальная доза лазикса, вводимая детям для профилактики почечного блока, составляет:

1.1-2 мг/кг

2.2-3 мг/кг

3.5-7 мг/кг

4. 15-20 мг/кг

5.30-40 мг/кг

252.Заподозрить синдром Рея у детей можно на основании:

1. повышения билирубина

2. резкого увеличения трансаминаз

3. резкого увеличения протромбинового времени

4. увеличения аммиака в крови

5. гепатоспленомегалия

253.Доза крови, эффективная при заменном переливании крови новорожденному при лечении септического шока, составляет:

1.20-30 мл/кг

2.50-60 мл/кг

3.80-100 мл/кг

4.160-180 мл/кг

5.350-400 мл/кг

254.Терапия, направленная на ликвидацию гипертермии у детей, должна начинаться:

1. с введения жаропонижающих препаратов

2. с физических методов охлаждения

3. с введения аминазина с пипольфеном

4. с введения дроперидола

5. с введения антибиотика

255.Использование салицилатов в терапевтической дозе может привести к отравлению ребенка:

1. при гипергидратации

2. при нарушении функции печени

3. при использовании щелочного питья

4. при нарушении функции почек

5. при гипертермии

256.Спинномозговая пункция является первоочередным диагностическим мероприятием у детей:

1. при подозрении на внутричерепное кровоизлияние

2. при судорожном статусе

3. при длительно существующем отеке мозга

4. при подозрении на менингит

5. при сотрясении головного мозга

257.Наиболее часто встречающейся причиной судорожного синдрома у детей раннего возраста — это:

1. гнойный менингит

2. эпилепсия

3. острое отравление

4. энцефалитическая реакция при вирусных инфекциях

5. сотрясение головного мозга

258.Наиболее типичным осложнением при кислородотерапии является:

1. пневмония

2. легочная эмболия

3. обструкция бронхов секретом

4. ателектазы

5.РДС

259.Не следует использовать при острой почечной недостаточности у детей:

1. аминогликозиды

2. левомицетин

3. пенициллин

4. эритромицин

5. цефолоспорины

260.Наиболее важным показателем необходимости перевода ребенка на ИВЛ является:

1. повторное оперативное вмешательство ребенку 1 года

2. частота дыхания у новорожденного 90 вминуту

3.Ра0₂ — 70 мм рт. ст.

4.РаС0₂ — 60 мм рт. ст.

5. первые трое суток жизни

261.При отравлении ребенка неизвестным ядом наиболее целесообразно промыть желудок:

1. чистой водой

2. раствором марганца

3. раствором соды

4. водой с активированным углем

5. щелочным раствором

262.Наиболее эффективным методом дезинтоксикации при большинстве острых отравлений у детей является:

1. форсированный диурез

2. заменное переливание крови

3. перитонеальный диализ

4. гемосорбция

5. плазмофарез

263.Подберите соответствующее лекарственное средство для детей, отравленных гепарином

1. атропин

2. бемегрид

3. налорфин

4. протамин сульфат

5. витамин К

264.Подберите соответствующее лекарственное средство для детей, отравленных ФОС:

1. атропин

2. бемегрид

3. налорфин

4. протамин сульфат

5. налоксон

265.Продолжительность латентного периода при отравлении бледной поганкой составляет:

1.15-30 мин

2.1-2 ч

3.6-12 ч

4.12-24 ч

5.24-48 ч

266.Ведущим синдромом при отравлении бледной поганкой является:

1. судорожный синдром

2. отек легких

3. острая почечная недостаточность

4. острая печеночная недостаточность

5. гипотермический синдром

267.Промывание желудка у ребенка с отравлением в бессознательном состоянии допустимо:

1. в положении на боку с опущенной головой

2. в положении на спине

3. после идентификации яда

4. после интубации трахеи

5. после восстановления сознания

268.Подберите соответствующее лекарственное средство для ребенка при отравлении морфием:

1. атропин

2. бемегрид

3. налорфин, налоксон

4. протамин сульфат

5. магния сульфат

269.Наиболее важным признаком, указывающим на развитие недостаточности коры надпочечников во время или сразу же после операции, является:

1. стойкая тахикардия и гипертензия

2. стойкая гипертензия и брадикардия

3. стойкая гипотония и тахикардия

4. стойкая одышка

5. стойкая гипертермия

270. На фоне обычных доз инсулина развитию гипогликемии у больных диабетом способствуют:

1. устранение метаболического ацидоза бикарбонатом натрия

2. применеие эфира

3. терапия глюкокортикоидами

4. адреноганглиолитики

5. применение НПВС

271.Синхронизированная перемежающаяся мандаторная вентиляция (SlMV):

1. полезна у больных в состоянии апноэ

2. запускает вентилятор автоматически, вне связи с вдохом больного

3. используется при отлучении больного от вентилятора

4. не требует клапанов в дыхательном контуре

5. для синхронизации больного с аппаратом ИВЛ

272.Парадоксальное дыхание наиболее часто наблюдается при:

1. ларингоспазме

2. эмфиземе легких

3. пневмотораксе

4. пневмонии

5. при обструктивном бронхите

273.Глюкагон применяется как антидот при отравлениях:

1. инсулином

2. амитриптилином

3.ФОС

4. этиленгликолем, метиловым спиртом

5. все ответы верны

274. при намеренной интубации слишком тонкими трубками имеется опасность развития следующих осложнений:

1. гиповентиляции

2. гиперкапнии

3. обструкции от перегиба трубки

4. аспирации

5. все перечисленные осложнения возможны

275.Частое развитие респираторногодистресс-синдрома у недоношенных детей обусловлено главным образом:

1. меньшим диаметром альвеол, чем у взрослых

2. исходным дефицитом сурфактанта

3. меньшим числом альвеол

4. гиповолемией

5.ИВЛ

276.Кома при черепно-мозговой травме у детей характеризуется:

1. стойкостью нарушений чувствительности, двигательных функций и функций черепных нервов

2. изменением на глазном дне

3. высоким ликворным давлением

4. изменением электролитного состава крови

5. судорожным синдромом

277.Пункция центральной вены справа предпочтительнее, потому что:

1. технически выполняется легче

2. предотвращает повреждение грудного протока

3. меньше возможность повреждения легкого

4. правая рука врача доминирует

5. диаметр вены намного больше

278.Передозировка кетамина у детей чаще всего приводит:

1. к брадикардии

2. к угнетению дыхания

3. к резкому снижению артериального давления

4. к снижению давления в малом круге

5. к тахикардии

279.При хирургической стадии мононаркоза кетамином сохраняется:

1. бледность кожных покровов и слизистых

2. глоточные и гортанные рефлексы

3. реакция на болевое раздражение

4. выраженное слезотечение

5. сознание

280.Продолжительность действия основной внутримышечной дозы при наркозе кетамином с закисью азота составляет:

1. до 20 мин

2. до 30 мин

3. до 40 мин.

4. до 50 мин

5. до 60 мин

281.Основные гемодинамические эффекты при глубоком наркозе ГОМК:

1. тахикардия и повышение минутного объема кровообращения

2. брадикардия

3. снижение минутного объема кровообращения

4. экстрасистолии

5. стойкая гипотония

282.Анестезия наиболее управляема, если анестетик вводится ребенку:

1. энтеральным путем

2. ингаляционным путем

3. ректальным путем

4. внутривенно

5. внутримышечно

283.Периоперативная олигурия бывает из-за:

1. освобождения АДГ

2. стимуляции освобождения альдостерона

3. гистаминового эффекта

4. гипергликемии.

5. гипогликемии

284. Аминогликозидные антибиотики:

1. экстенсивно метаболизируются в печени

2. более ототоксичны при введении одновременно с фуросемидом

3. всасываются в кишечнике

4. проходят через гематоэнцефалический барьер

5. не вызывают осложнений

285.Следующие вещества являются антиконвульсантами:

1. мидазолам

2. суксаметониум

3. нифедипин

4. атракуриум

5. ацетилхолин

286.Тетания, как следствие низкого уровня кальция возникает в связи с удалением:

1. щитовидной железы

2. коры надпочечников

3. паращитовидных желез

4. тимуса

5. селезенки

287.При укусе змей семейства аспидов (кобра) развиваются:

1. выраженный отек тканей, лимфангоит, лимфаденит

2. гемолиз, тромбогеморрагический синдром

3. паралич мышц, нарушение дыхания

4. отек головного мозга

5. верны все ответы

288.Антидиуретический гормон:

1. образуется в задней доле гипофиза

2. образуется в передней доле гипофиза

3. высвобождение тормозится при повышении осмолярности плазмы

4. высвобождение стимулируется при увеличении объема внеклеточной жидкости

5. нежелательное высвобождение может произойти во время операции

289.Юкстагломерулярный аппарат:

1. секретирует альдостерон

2. секретирует ренин

3. поддерживает кислотно-щелочной баланс

4. секретирует ангиотензин

5. все ответы верны

290.Для дефицита магния характерны:

1. пониженная нервно-мышечная возбудимость

2. ларингоспазм

3. отсутствие судорог

4. понижение температуры тела

5. судороги

291.Основными клиническими симптомами дефицита калия являются:

1. астенизация, мышечная слабость, дыхательные нарушения

2. удлинение зубца Т и удлинения интервала PQи QRS

3. тоническое состояние скелетных мышц

4. ларингоспазм

5. судороги

292.Гипоксия сопровождается следующими признаками:

1. гипогликемией , спутанное сознание

2. тахипноэ, тахикардия, цианоз

3. полиурия

4. брадикардией

5. потеря сознания

293.Подключичные вены расположены:

1. кзади от артерии

2. над артерией

3. под артерией

4. кпереди и книзу от артерии

5.араллельно артериям

294.Бедренная артерия:

1. лежит кнаружи от бедренной вены;

2. проходит вне бедренного треугольника

3. переходит на переднюю поверхность голени

4. переходит на стопу

5. переходит на заднюю поверхность голени

295.При блокаде плечевого сплетения надключичным доступом возможны осложнения:

1. пневмоторакс

2. отсутствие паралича диафрагмы на стороне блокады

3. неврит седалищного нерва

4. понижение температуры тела

5. пункция подключичной вены

296.Какие симптомы, возникающие при блокаде звездчатого ганглия, относятся к синдрому Горнера?

1. ангидроз

2. птоз и миоз

3. экзофтальм

4. слезотечение

5. мидриаз

297.Игла, направленная в спинномозговое пространство, должна проходить через следующие:

1. кожу

2. слизистую оболочку

3. костную ткань

4. через хрящ

5. через сосуды

298.Ориентиром для пункции подключичной вены надключичным доступом являются:

1. ключица и грудинная головка кивательной мышцы

2. ключица и латеральный край грудинной головки кивательной мышцы;

3. ключица и большая грудная мышца

4. ключица и малая грудная мышца

5. все ответы правильны.

299.Потребление кислорода мозгом снижается под действием:

1. тиопентала и пропофола (дипривана)

2. нимодипина

3. закиси азота

4. морфина

5. кетамина

300.Начальными проявлениями действия в/в введенного маннитола являются:

1. повышение вязкости крови

2. повышение гематокрита

3. увеличение объема крови

4. гемолиз

5. уменьшение объема крови

*Фтизиатрия*

301. Вид микобактерий наиболее часто вызывающие ТБ у человека:

1. M. tuberculosis

2. M. bovis

3. M. avium

4. M. africanum

5. синегнойная палочка

302. Кто является основным источником заражения людей ТБ?

1. инфицированные МБТ люди

2. бактериовыделитель

3. кровососущие насекомые

4. больные туберкулезом животные

5. вылеченные люди

303. Показания к постановке внутрикожной пробы Манту:

1. дети из очагов туберкулезной инфекции

2. все дети дошкольного возраста

3. дети с глистной инвазией

4. дети с 10 до 16 лет

5. все дети, при поступлении в соматическое отделение стационара

304. Какой туберкулин используется на сегодняшний день в КР:

1. ППД-Л

2. эозинофильный антигенный сухой

3. АТК

4. сухой очищенный

5. гемо – туберкулиновая

305. Основной метод выявления туберкулеза, рекомендуемый ВОЗ:

1. рентгенография органов грудной клетки

2. туберкулинодиагностика с пробой Манту 2 ТЕ

3. простая 2-хкратная бактериоскопия мазка мокроты в учреждениях первичного звена здравоохранения

4. компьютерная томография

5. бактериологические методы

306. «Золотой стандарт» для определения МБТ:

1. 2-х кратная бактериоскопия

2. Gene-XpertMTB/RIF

3. метод флотации

4. посев на среду Левенштейна-Йенсена

5. Haintest

307. Дайте определение первичного туберкулеза:

1. заболевание ТБ у взрослых

2. заболевание туберкулезом ранее инфицированного организма

3. заболевание туберкулезом ранее неинфицированного организма

4. повторное заболевание туберкулезом

5. заболевание туберкулезом у вылеченных больных

308. Результат внутрикожной пробы Манту у здорового ребенка считается положительным:

1. меньше 10 мм

2. больше 10 мм

3. меньше 5 мм

4. больше 5 мм

5. 15 мм

309. Перечислите наиболее характерные изменения плевральной жидкости при ТБ плеврите:

1. снижение содержания сахара, снижение количества белка, единичные лимфоциты в клеточном составе жидкости

2. увеличение количества лейкоцитов, повышение содержания сахара

3. увеличение количества белка, преобладание в клеточном составе жидкости лимфоцитов, высокий удельный вес, единичное обнаружение МБТ

4. геморрагическая жидкость

5. опалесцирующая жидкость

310. При каких формах ТБ отмечается R-й синдром патологии корней легких и увеличение внутригрудных лимфатических узлов?

1. кавернозный туберкулез легких

2. первичный туберкулезный комплекс

3. инфильтративный туберкулез

4. милиарный туберкулез

5. туберкулома легких

311. R-признаками милиарного туберкулеза являются:

1. двухсторонняя симметричная диссеминация с наличием средних и крупных очагов

2. двухсторонняя симметричная диссеминация с наличием мелких очагов низкой интенсивности

3. двухсторонняя симметричная диссеминация с наличием полиморфных очагов

4. двухсторонняя нижнедолевая диссеминация с наличием средних и крупных очагов

5. двухсторонняя симметричная диссеминация с наличием мелких и крупных очагов различной интенсивности

312. R-признаки прогрессирования туберкулемы легкого:

1. появление четких контуров

2. полулунный распад в фокусе и очаговые тени вокруг

3. плотное тенеобразование с вкраплениями по центру

4. уменьшение в динамике диаметра округлой тени

5. отсутствие клинических признаков активации процесса

313. Наиболее частый путь распространения микобактерий, приводящий к развитию диссеминированного туберкулеза легких:

1. лимфогематогенный

2. гематогенный

3. лимфогенный

4. бронхогенный

5. смешанный

314. Какой наиболее информативный метод исследования помогает уточнить этиологию периферического лимфоаденита?

1. рентгенологический

2. иммунологический

3. гистологический (биопсия)

4. серологическая

5. бактериологическая

315. Вакцина БЦЖ представляет собой:

1. продукт жизнедеятельности живых туберкулезных палочек

2. особый штамм живых, ослабленных атипичных микобактерий

3. особый штамм живых, апатогенных ослабленных типичных микобактерий туберкулеза

4. продукт жизнедеятельности МБТ

5. продукт жизнедеятельности нетуберкулезных микобактерий

316. Здорового новорожденного, при выписке из роддома, на 3-й день жизни привили вакциной БЦЖ. Какой результат пробы Манту вы ожидаете к 1 году жизни?

1. отрицательный

2. положительный

3. сомнительная

4. слабо положительная

5. гиперергическая

317. У ребенка 5 лет, проживающего в интернате, при проведении пробы Манту с 2 ТЕ наблюдали реакцию в виде инфильтрата размером 7 мм в диаметре с лимфангоитом и везикулами на стороне введения. Оцените результат пробы:

1. положительный

2. отрицательный

3. сомнительная

4. гиперергическая

5. слабо положительная

318. У подростка 13 лет, страдающим СД I типа из туберкулезного очага при флюорографическом обследовании обнаружено расширение тени средостения. Какое заболевание можно подозревать?

1. туберкулез внутригрудных лимфоузлов

2. лимфогранулематоз

3. саркоидоз

4. кавернозный туберкулез

5. пневмония

319. В родильном доме родился ребенок от здоровой матери с весом 1500 гр., ваша тактика?

1. провести вакцинацию БЦЖ на 2-3 день жизни

2. провести вакцинацию БЦЖ через 2 месяца

3. провести вакцинацию через 12 месяцев

4. никогда не проводить вакцинацию БЦЖ

5. провести вакцинацию БЦЖ после прибавки в весе, при отсутствии противопоказаний, при отрицательном результате пробы Манту

320. К осложнениям легочного туберкулеза относятся:

1. пиелонефрит

2. спонтанный пневмоторакс, легочное кровотечение

3. агранулоцитоз

4. фиброзирующий альвеолит

5. амилоидоз почек

*Поликлиническая педиатрия*

321. Группа семейных врачей (ГСВ) включает всех специалистов, кроме:

1. терапевта

2. педиатра

3. акушера-гинеколога

4. семейного врача

5. хирурга общей практики.

322. Врач ГСВ наблюдает беременную женщину:

1. с момента постановки на учет

2. со срока 2 месяца

3. со срока 3 месяца

4. со срока 5 месяцев

5. со срока 7 месяцев

323. При выписке из родильного дома первичный врачебно-сестринский патронаж новорожденным из групп риска проводится:

1. в первый день

2. на второй день

3. на третий день

4. на пятый день

5. на шестой день

324. На первом году жизни, за исключением первого месяца, врач ГСВ наблюдает ребенка в условиях поликлинического приема:

1. еженедельно

2. 1 раз в 10 дней

3. 1 раз в 2 недели

4. ежемесячно

5. 1 раз в квартал

325. Прививки проводятся:

1. в кабинете врача ГСВ

2. в процедурном кабинету

3. в прививочном кабинете

4. в лаборатории ГСВ

5. на дому

326. В задачи врача ГСВ обязательным разделом входит профилактика:

1. железодефицитной анемии

2. геморрагического васкулита

3. нервно-артритического диатеза

4. неспецифического язвенного колита

5. дерматомиозита

327. История развития ребенка имеет шифр:

1. 025/у

2. 025-1/у

3. 112/у

4. 111/у

5. 063/у

328. Для учета проведенных прививок у каждого ребенка заводится:

1. тетрадь профилактических прививок

2. блокнот профилактических прививок

3. график-отчет профилактических прививок

4. карта профилактических прививок

5. файл профилактических прививок

329. Диспансеризация и оздоровление детей перед поступлением в школу проводится:

1. за 3 месяца до поступления в школу

2. за 6 месяцев до поступления в школу

3. за 9 месяцев до поступления в школу

4. за 12 месяцев до поступления в школу

5. за 18 месяцев до поступления в школу

330. Диспансеризация и оздоровление детей перед поступлением в детское дошкольное учреждение (ДДУ) проводится:

1. за 3 месяца до поступления в ДДУ

2. за 6 месяцев до поступления в ДДУ

3. за 9 месяцев до поступления в ДДУ

4. за 12 месяцев до поступления в ДДУ

5. за 18 месяцев до поступления в ДДУ

331. Основным документом ЦСМ, отражающим физическое и нервно-психическое развитие ребенка, является:

1.история развития ребенка

2.карта учета амбулаторных посещений

3. санаторно-курортная карта

4. карта профилактических прививок

5. медицинская карта амбулаторного больного

332. Показателем оценки профилактической работы врача ЦСМ с детским контингентом служит число детей:

1. с гастродуоденальной патологией

2. с преморбидными состояниями

3. с уронефрологическими заболеваниями

4.с неврологическими заболеваниями

5. с отоларингологической патологией

333. Первое посещение недоношенного новорожденного врачом и медсестрой ЦСМ осуществляется:

1. в первые сутки после выписки из родильного дома

2. на 3-й день после выписки из родильного дома

3. на 7-й день жизни

4. в течение первого месяца жизни

5. в конце 4-й недели жизни

334. К опасным признакам болезни, выявляемых при первом посещении на дому выписанного из родильного дома новорожденного ребенка, относится:

1. акроцианоз

2. желтушность лица

3. рвота после каждого кормления

4. частота дыхания 54 в минуту

5. частота сердечных сокращений 148 в минуту

335. Второй дородовой патронаж проводится врачом ГСВ в сроки (число недель):

1. 12

2. 18

3. 24

4. 30

5. 36.

336. Перечень предметов детского «приданого» включает все, кроме:

1. распашонок из белой хлопчатобумажной ткани

2. распашонок из фланели

3. распашонок из бязи

4. одеяла шерстяного

5. одеяла байкового

337. Период раннего детства включает возраст:

1. от рождения до 28 дня жизни

2. с 29 дня до конца 1-го года жизни

3. от 1 года до 3 лет

4. от 3 до 6 лет

5. с 7 до 11 лет

338. В первые три дня после выписки из роддома новорожденного ребенка должны осматривать:

1. семейный врач

2. медсестра

3. семейный врач и медсестра

4. невролог

5. ортопед.

339. При осмотре ребенка возраста 1 месяца необходимо оценить все, кроме:

1. прибавки веса

2. опасных признаков болезни

3. физиологических рефлексов

4. мочеотделения и стула

5. гемоглобина крови

340. Наблюдение за здоровыми детьми в возрасте от 2 до 3 лет проводится с частотой:

1. 2 раза в месяц

2. 1 раз в месяц

3. 1 раз в квартал

4. 1 раз в полгода

5. 1 раз в год

341. Критерием достаточного количества грудного молока при грудном вскармливании считается: 1. ежемесячная прибавка массы 250 г

2. количество мочеиспусканий 3-4 раза в сутки

3. количество дефекаций 2-3 раза в сутки

4. положительный эмоциональный статус

5. задержка психомоторного развития

342. Своевременный прикорм – это введение дополнительных пищевых продуктов в возрасте:

1. конец 5-го месяца

2. начало 6-го месяца

3. середина 6-го месяца

4. конец 6-го месяца

5. начало 7-го месяца

343. В качестве прикорма во втором полугодии жизни можно использовать все, кроме:

1. круп

2. цельного коровьего молока

3. овощей

4. фруктов

5. мяса

344. Уровень гемоглобина 112 г/л у ребенка 6 месяцев требует назначения:

1. орального препарата железа в суточной дозе элементарного железа 2 мг/кг

2. орального препарата железа в суточной дозе элементарного железа 3 мг/кг

3. обогащения домашней пищи дозой элементарного железа 12,5 мг 3-4 раза в неделю

4. фолиевой кислоты в суточной дозе 250 мкг

5. детского гематогена по 1 дольке 2 раза в день

345. Ребенок возраста от 1 до 2 лет осматривается на амбулаторном приеме в ЦСМ:

1. ежемесячно

2. 1 раз в 3 месяца

3. 1 раз в 6 месяцев

4. 1 раз в год

5. по обращаемости

346. Ребенок возраста от 2 до 3 лет осматривается на амбулаторном приеме в ЦСМ:

1. ежемесячно

2. 1 раз в 3 месяца

3. 1 раз в 6 месяцев

4. 1 раз в год

5. по обращаемости

347. Ребенок возраста от 3 до 7 лет осматривается на амбулаторном приеме в ЦСМ:

1. ежемесячно

2. 1 раз в 3 месяца

3. 1 раз в 6 месяцев

4. 1 раз в год

5. по обращаемости

348. К тревожным признакам у ребенка возраста 12 месяцев, требующих срочной консультации невропатолога, относится:

1. смотрит на движущиеся предметы

2. общается и взаимодействует со взрослыми

3.по-разному реагирует на знакомых и незнакомых людей

4.не произносит звуки или не жестикулирует

5. выполняет плясовые движения под музыку

349. Дегельминтизация ежегодная проводится специалистами ЦСМ детям в возрасте:

1. 1 года

2. 2 лет

3. 3 лет

4. 4 лет

5. старше 5 лет

350. Жалобы на быструю утомляемость при ходьбе, боли в ногах, исчезающие в покое, требуют исключения у ребенка плоскостопия в возрасте:

1. 2 года

2. 3 года

3. 4 года

4. 5 лет

5. 7 лет

351. В первые 24 часа после рождения проводится вакцинация против:

1. коклюша

2. дифтерии

3. столбняка

4. вирусного гепатита В

5. эпидемического паротита

352. В течение пребывания в роддоме проводится вакцинация против:

1. коклюша

2. дифтерии

3. столбняка

4. кори

5. туберкулеза

353. Применение пентавакцины включает вакцинацию против всего, кроме:

1. коклюша

2. дифтерии

3. полиомиелит

4. столбняка

5. гемофильной инфекции типа «b»

354. Первая вакцинация пентавакциной проводится в срок:

1. 1 месяц жизни

2. 2 месяца жизни

3. 3,5 месяцев жизни

4. 5 месяцев жизни

5. 2 года жизни

355. Вакцинация против кори, эпидемического паротита, краснухи проводится в возрасте:

1. первые сутки жизни

2. 2 месяца

3. 3 месяца

4. 5 месяцев

5. 1 год

356. Введение пентавакцины проводится:

1. перорально

2. сублингвально

3. подкожно

4. внутримышечно

5. внутривенно

357. Вакцинация против эпидемического паротита проводится:

1. перорально

2. сублингвально

3. подкожно

4. внутримышечно

5. внутривенно

358. Вакцинация против коклюша, дифтерии, столбняка, вирусного гепатита В, гемофильной инфекции тип «b» проводится:

1. в один день

2. в два дня

3. в три дня

4. в четыре дня

5. в пять дней

359. Вакцинация против туберкулеза проводится:

1. в первые 24 часа жизни

2. на 2-3 день пребывания в роддоме

3. в 2 месяца жизни

4. в 3,5 месяца жизни

5. в 5 месяцев жизни

360. Вакцинация КПК проводится:

1. в первые 24 часа жизни

2. в 2 месяца жизни

3. в 3,5 месяца жизни

4. в 5 месяцев жизни

5. в 12 месяцев жизни

361. При искусственном вскармливании первый прикорм вводится в возрасте ребенка:

1. 4 месяца

2. 5 месяцев

3. 6 месяцев

4. 7 месяцев

5. 8 месяцев

362. Докорм при смешанном вскармливании дается:

1. перед кормлением грудью

2. во время кормления грудью

3. сразу после кормления грудью

4. через час после кормления грудью

5. между кормлениями грудью

363. При проведении сортировки больных детей к неотложным признакам относится:

1.тяжелая дыхательная недостаточность

2.кашель

3. боль в горле

4. высокая температура тела

5. потеря аппетита

364. При поступлении в стационар сортировка больных детей начинается с оценки:

1.проходимости дыхательных путей и функции дыхания

2. неврологической симптоматики

3. антропометрических показателей

4.системы кровообращения

5. диареи

365. При диагностике шока удлинение времени капиллярного кровенаполнения соответствует показателю:

1. более 1 секунды

2. более 3 секунд

3. более 5 секунд

4. более 7 секунд

5. более 10 секунд

366. Препаратом выбора для лечения судорог у детей старше 2-х недель служит:

1. ГОМК (натрия оксибутират)

2. магнезии сульфат

3. диазепам

4. пирацетам

5. фенобрабитал

367. Препаратом первого выбора при лечении шока на фоне тяжелого нарушения питания предпочтительнее является:

1. раствор Рингера лактата с 5% глюкозой

2. 5% раствор глюкозы

3. раствор Рингера лактата

4. 0,9% физиологический раствор

5. 0,45% физиологический раствор

368. С противосудорожной целью 0,5% раствор диазепама вводится ректально из расчета:

1. 0,05 мл/кг

2. 0,1 мл/кг

3. 0,2 мл/кг

4. 0,5 мл/кг

5. 1,0 мл/кг

369. Мерой первой помощи детям с аспирацией инородного тела является прием Геймлиха, который применяется в возрасте:

1. до 1 года

2. старше 10 лет

3. старше 3-х лет

4. старше 1 года

5. старше 12 лет

370. При первичной сортировке больных детей пациенты с приоритетными признаками заболевания:

1.нуждаются в срочных медицинских вмешательствах по жизненным показаниям

2.нуждаются в срочном обследовании для определения необходимых лечебных мер

3. не нуждаются в медицинских вмешательствах и обследованиях

4. подлежат направлению на амбулаторное обследование и лечение

5. направляются в отделение реанимации и интенсивной терапии

371. У девочки 11 лет через 2 недели после ревакцинации АДС-М появилась боль в животе, рвота, при осмотре на голенях вокруг голеностопных суставов обнаружена геморрагическая сыпь в виде мелких пятен и узелков. Предварительный клинический диагноз:

1. корь

2. геморрагический васкулит

3. идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура

4. краснуха

5. поствакцинальная аллергическая реакция

372. Девочка 7 месяцев, от I беременности (матери 36 лет), родилась с массой тела 1800 г. При осмотре ребенок вялый, на ножки опирается слабо, зубов нет, волосы на голове редкие, тусклые. Кожа (в том числе ладони) и видимые слизистые оболочки бледные. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. Предварительный клинический диагноз:

1. наследственный микросфероцитоз

2. анемия Блекфана-Дайемонда

3. талассемия

4. железодефицитная анемия

5. белково-дефицитная анемия

373. Девочка 6 лет доставлена в ЦСМ по поводу продолжительного кровотечения из лунки удаленного зуба. В анамнезе – гематомы на месте легких ушибов с ранних лет жизни, длительные носовые кровотечения. Объективно: бледный, на коже туловища и конечностей видны кровоподтеки разной величины, наиболее выраженные в местах наибольшей травматизации. В гемограмме: Hb 104 г/л, Er 3,2 млн. в 1 мкл, ЦП 0,9, Thr 290,0 тыс. в 1 мкл, время кровотечение по Дюке 6 минут. Предварительный клинический диагноз:

1. апластическая анемия

2. гемолитическая анемия

3. тромбоцитопатия

4. геморрагический васкулит

5. лейкоз

374. Родители мальчика 6 лет обратились в ЦСМ с жалобами на отеки под глазами в утреннее время, слабость, единичный эпизод покраснения мочи. 2 недели назад перенес скарлатину. Общий анализ мочи: белок 0,6 г/л, лейкоциты 3-4-5, измененные эритроциты 4-5-6. При УЗИ: уплотнение паренхимы обеих почек. Предварительный диагноз:

1. острый пиелонефрит

2. острый гломерулонефрит

3. интерстициальный нефрит

4. острое повреждение почек

5. инфекционно-токсическая нефропатия

375. Мальчик 11 лет обратился с жалобами на боли в поясничной области с обеих сторон, болезненность при мочеотделении. Болен в течение недели, в первые три дня отмечалось повышение температуры до 38°С. В периферической крови – лейкоциты 12,0 тыс. в 1 мкл, СОЭ 21 мм/час. В общем анализе мочи – белок 0,033 г/л, переходной эпителий 10-10-12, лейкоциты в большом количестве. Для диагностики и лечения нуждается в проведении исследования:

1. анализа мочи по Аддису-Каковскому

2. пробы мочи по Зимницкому

3. подсчета скорости клубочковой фильтрации

4. микробиологического исследования мочи

5. определения солей в суточной моче

376. Девочка 13 лет обратилась в ЦСМ с жалобами на слабость, недомогание, колющие боли в области сердца. В анамнезе – через 2 недели после перенесенной ангины вновь повысилась температура тела до 39,2°, появилась боли и отечность коленных суставов. Аускультативно тоны сердца глухие, дующий систолический шум на верхушке. В периферической крови: лейкоциты 16,5 тыс. в 1 мкл, эоз.12, пал.3, сегм.49, лимф.26, мон.10, СОЗ 43 мм/час. Сывороточные тесты: СРБ ++++, АСЛ-О 1:620. Нуждается в лечении по поводу:

1. инфекционного эндокардита

2. ревматоидного артрита

3. острой ревматической лихорадки

4. тонзилогенной интоксикации

5. миокардиодистрофии

377. В ЦСМ обратилась девочка 14 лет с жалобами на появление покраснение лица, беспричинные подъемы температуры до 39° в вечернее время, суставные боли, слабость, похудание. В анамнезе: девочка вместе с родителями выезжала на Иссык-Куль. На лице возникла сыпь по типу «бабочки». Для уточнения диагноза нуждается в назначении:

1. пробы Манту

2. развернутого анализа крови

3. ревматических серологических тестов

4. реакции Хеддльсона-Райта

5. анализа крови на LE-клетки

378. В поликлинику обратились родители мальчика 5 лет с жалобами на появление в течение 2-х лет весной зуда глаз, слезотечения, светобоязни, гиперемии склер. В анамнезе – экссудативно-катаральный диатез до возраста 3 лет. У матери ребенка экзема. Предварительный диагноз:

1. экссудативно-катаральный диатез, рецидивирующее течение

2. поллиноз

3. бронхиальная астма, «красная» угроза

4. атопический дерматит

5. пищевая аллергия

379. Девочка 12 лет обратилась в ЦСМ с жалобами на жажду, похудание, повышенное мочеотделение. Указанные жалобы беспокоят в течение 1,5 месяцев после тяжелого гриппа. Девочка каретой «Скорой помощи» была доставлена в реанимационное отделение. Какой анализ в условиях ЦСМ мог послужить основой для правильной диагностики?

1. общий анализ крови

2. анализ кала на яйца глист и простейшие

3. анализ кала на копрологию

4. анализ мочи на сахар

5. анализ мочи на уробилиновые тела

380. К врачу ГСВ обратилась мать с мальчиком 3-х лет с жалобами на беспокойство, быструю утомляемость. Вскармливание с 3-х месяцев искусственное (цельное коровье молоко, манная каша). Подвержен частым бронхолегочным заболеваниям с обструктивным синдромом. Определяется увеличение всех групп лимфатических узлов III-IV размера. Рот полуоткрыт. Миндалины большие, рыхлые. Рентгенологически определены тимомегалия, «капельное» сердце. Ваш клинический диагноз:

1. рецидивирующий бронхит

2. хроническое неспецифическое заболевание легких

3. экссудативно-катаральный диатез

4. лимфатико-гипопластический диатез

5. тонзилогенная интоксикация

381. Сутулость, изменение осанки, асимметрия гребней подвздошных костей и углов лопаток требуют исключения у ребенка искривления позвоночника в возрасте:

1. 2 года

2. 3 года

3. 4 года

4. 5 лет

5. 7 лет

382. К мерам, предваряющим направление ребенка в дошкольную образовательную организацию (ДОО), относится:

1. проведение профилактических прививок в течение месяца перед поступлением в ДОО

2. направление в ДОО с рекомендацией вакцинации на месте

3. определение реакции Вассермана

4. определение гемоглобина крови

5. определение HBs-антиген

383. К мерам, предваряющим направление ребенка в школу, относится:

1. определение ВИЧ-статуса

2. определение HBs-антигена

3. определение реакции Вассермана

4. определение гемоглобина крови

5. определение реакции Хеддльсона-Райта

384. Уровень гемоглобина 125 г/л у девочки 15 лет требует назначения:

1. орального препарата железа в суточной дозе элементарного железа 2 мг/кг 3 месяца

2. орального препарата железа в суточной дозе элементарного железа 3 мг/кг 3 месяца

3. 60 мг элементарного железа 1 раз в неделю в течение 3 месяцев 2 раза в год с перерывом в 3 месяца

4. обогащения домашней пищи в дозе 12,5 мг элементарного железа 3-4 раза в неделю

5. назначение препаратов железа не показано

385. Укажите признак правильного расположения ребенка при грудном кормлении:

1. голова и тело ребенка согнуты под углом 35-45°

2. нос ребенка находится на уровне материнской ключицы

3. тело ребенка находится близко к телу матери

4. мать поддерживает только шею и плечи ребенка

5. шея ребенка повернута в сторону

386. Укажите признак правильного прикладывания ребенка при грудном кормлении:

1. подбородок ребенка не касается груди

2. губы ребенка вытянуты в трубочку

3. нижняя губа ребенка вывернута внутрь

4. больше видна верхняя часть ареолы, чем нижняя

5. во рту ребенка находится только сосок

387. Укажите признак эффективного сосания ребенка при грудном кормлении:

1. во рту ребенка находится только сосок

2. медленные глубокие сосательные движения с паузами для глотания

3. щеки втянуты

4. мать чувствует болезненность при кормлении

5. ребенок крутит головой во время сосания

388. Укажите минимальное число кормлений при грудном вскармливании для ребенка первого месяца жизни:

1. 6 раз в сутки

2. 7 раз в сутки

3. 8 раз в сутки

4. 10 раз в сутки

5. 12 раз в сутки

389. К рекомендациям для ребенка первых 6 месяцев жизни на исключительно грудном вскармливании можно отнести:

1. допаивать кипяченой водой

2. допаивать яблочным соком

3. допаивать разведенным вдвое коровьим молоком

4. допаивать адаптированной молочной смесью

5. никаких жидкостей давать не следует

390. В течение 5-7 дней объем первого прикорма на одно кормление доводится до:

1. 2 столовых ложек

2. 5 столовых ложек

3. 10 столовых ложек

4. 15 столовых ложек

5. 29 столовых ложек

391. Новорожденный должен быть направлен в стационар при определении во время первого посещения на дому температуры тела:

1. 35,5°С

2. 36,0°С

3. 36,5°С

4. 37,0°С

5. 37,5°С

392. Возраст первой вакцинации против коклюша, дифтерии, столбняка, гемофильной инфекции, вирусного гепатита В (пентавакциной), пневмококковой инфекции, полиомиелита соответствует:

1. 1 месяцу

2. 2 месяцам

3. 3,5 месяцам

4. 5 месяцам

5. 12 месяцам

393. Возраст планового определения гемоглобина периферической крови соответствует:

1. 1 месяц у

2. 3,5 месяцам

3. 5 месяцам

4. 6 месяцам

5. 7,5 месяцам

394. Ребенок первого месяца жизни нуждается в мерах ухода:

1.многослойномукутывании

2. тугом пеленании

3.ежедневном купании

4. накрывании лица тонким платком во время сна

5. проветривании комнаты ребенка после курения родителей

395. Современный показатель физического развития и состояния питания детей первых пяти лет жизни при плановом осмотре в ЦСМ исходит из соответствия:

1. нормативам массо-ростового соотношения

2. нормативам ежемесячных прибавок массы и роста

3. ориентировочным формулам для подсчета массы и роста

4. индексам, высчитываемым по таблицам стандартных отклонений

5. значениям, высчитываемым по таблицам центильных отклонений

396. Амбулаторная профилактика железодефицитной анемии препаратами железа для детей с низким весом при рождении и недоношенных новорожденных начитается с возраста:

1. 1 месяца

2. 2 месяцев

3. 3 месяцев

4. 6 месяцев

5. 7,5 месяца

397. Определение у младенца в возрасте 1 месяца крупного веса, пастозности лица, утолщенных губ, низкого голоса, задержки стула, резкого отставания в психомоторном развитии требует исключения:

1. нарушения техники грудного вскармливания

2. патологии центральной нервной системы

3. врожденного гипотиреоза

4. болезни Гиршпрунга

5. долихосигмы

398. В процессе ухода за ребенком первого полугодия важно:

1. давать для самостоятельного изучения мелкие игрушки и предметы

2. больше разговаривать с ребенком, смотреть в глаза, улыбаться

3. обязательно открывать окно при курении в комнате ребенка

4. чаще оставлять ребенка одного, на длительное время

5. чаще брать ребенка в гости и принимать гостей в целях развития

399. Ребенка 6 месяцев необходимо направить на консультацию невропатолога, если он:

1.произносит отдельные звуки

2. сидит с поддержкой

3. поворачивает голову в сторону звука

4.не опирается на ноги

5. проявляет чувство страха при виде незнакомых людей

400. При сортировке обратившихся за врачебной помощью детей в первую очередь выделяют больных с:

1. неотложными признаками

2. приоритетными признаками

3. острыми признаками

4. актуальными признаками

5. несрочными случаями

*Заболевания раннего возраста*

401. Карпопедальный спазм характерен для:

1. дефицита железа

2. гипофосфатемии

3. смазмофилии

4. фебрильных судорог

5. дефицита цинка

402. Развитию рахита при длительном применении способствует:

1. фенобарбитал

2. папаверин

3. пиридоксаль фосфат

4. пенициллин

5. гентамицин

403. Витамин Д:

1. увеличивает продукцию паратгормона

2. способствует всасыванию Са из желудочно-кишечного тракта

3. блокирует канальцевую реабсорбцию Са

4. повышает уровень щелочной фосфатазы в крови

5. на указанные биологические эффекты витамин Д не влияет

404. Краниотабес наблюдается у детей:

1. при Д-дефицитном рахите

2. при Д-зависимом рахите

3. при остеопорозе

4. у недоношенного и незрелого ребенка

5. при рахите

405. Главное значение в этиологии рахита у детей раннего возраста имеет:

1. дефицит витамина Д

2. дефицит витамина группы В

3. дефицит белка

4. дефицит микроэлементов

5. дефицит железа

406. Риск развития рахита выше у детей:

1. находящихся на грудном вскармливании

2. находящихся на искусственном вскармливании адаптированными молочными смесями

3. находящихся на искусственном вскармливании неадаптированными молочными смесями

4. находящихся на смешанном вскармливании

5. плохая прибавка массы тела

407. Риск развития рахита меньше у ребенка:

1. у доношенного

2. из двойни

3. недоношенного

4. рожденного с крупным весом

5. рожденного с малым весом

408. Под воздействием ультрафиолетовых лучей:

1. лучше усваивается витамин Д из пищи

2. образуется витамин Д в коже

3. всасывается кальций в кишечнике

4. всасывается фосфор в кишечнике

5. всасывается кальций в печени

409. При дефиците витамина Д в организме ребенка в первую очередь нарушается:

1. углеводный обмен

2. белковый обмен

3. минеральный обмен

4. жировой обмен

5. водный обмен

410. Наиболее богаты витамином Д следующие продукты:

1. овощи, фрукты

2. крупы

3. печень, яичный желток

4. молоко, творог

5. мясные продукты

411. Неспецифическая профилактика рахита предусматривает:

1. назначение масляного раствора витамина Д

2. назначение спиртового раствора витамина Д

3. назначение УФО

4. рациональное питание, правильный режим дня

5. назначение водного раствора витамина Д

412. Суточная профилактическая доза витамина Д для доношенных детей:

1. 600 МЕ

2. 800 МЕ

3. 400-500 МЕ

4. 1000 МЕ

5. 1500 МЕ

413. Специфическая профилактика рахита доношенным детям назначается в возрасте:

1. 1-2 недели

2. 3-4 недели

3. 5-6 недель

4. 2 месяца

5. 3 месяца

414. Специфическая профилактика рахита недоношенным детям назначается в возрасте:

1. 10-14 дней

2. 3-4 недель

3. 1,5 месяцев

4. 2 месяца

5. 3 месяца

415. Суточная лечебная доза витамина Д в период разгара рахита составляет:

1. 400 МЕ

2. 500-625 МЕ

3. 1000-1500 МЕ

4. 2000-5000 МЕ

5. 10 000 МЕ

416. На фоне приема витамина Д проводится реакция Сулковича с целью:

1. лечение рахита

2. профилактики рахита

3. диагностики гипервитаминоза Д

4. диагностики осложнений рахита

5. диагностики заболевания почек

417. Лечебный массаж и гимнастику детям с рахитом назначают:

1. с первых дней медикаментозного лечения

2. через 2 недели от начала приема витамина Д в лечебной дозе

3. после окончания медикаментозного лечения

4. через 1 месяц от начала медикаментозного лечения

5. через 2 месяца от начала медикаментозного лечения

418. Резко положительная реакция Сулковича (+++) или (++++) служит основаниемдля:

1. увеличения дозы витамина Д

2. уменьшения дозы витамина Д

3. для отмены витамина Д

4. для назначения УФО

5. для назначения кальция

419. Для начального периода рахита характерны симптомы:

1. размягчение костей черепа

2. лобные и теменные бугры

3. рахитические "четки"

4. беспокойство, пугливость, нарушение сна, потливость, облысение затылка

5. О-Х образная форма ног

420. Краниотабес – это:

1. размягчение костей черепа

2. уплотнение костей черепа

3. деформация грудной клетки

4. деформация головы

5. деформация ног

421. У ребенка, страдающего рахитом средней степени тяжести, в возрасте 5 месяцев маловероятен симптом:

1. деформация головы

2. мышечная гипотония

3. рахитические "четки"

4. О – образное искривление ног

5. анемия

422. Состояние ребенка, при котором кожа и слизистые обладают повышенной ранимостью, имеется склонность к затяжному течению воспалительных процессов и неустойчивый водно–солевой обмен, называется:

1. аллергический диатез

2. экссудативно–катаральный диатез

3. лимфатико–гипопластический диатез

4. нервно–артрический диатез

5. гемморагический диатез

423. Локализация гнейса при экссудативном диатезе:

1. кожа щек

2. кожа ягодиц

3. кожные складки

4. кожа волосистой части головы

5. язык

424. Температурозависимое покраснение и далее шелушение кожи щек, увеличивающиеся на улице при холодной погоде, называется:

1. молочный струп

2. гнейс

3. строфулюс

4. сухая экзема

5. эритема

425. "Географический язык" – это симптом:

1. стоматита

2. глоссита

3. гингивита

4. экссудативно – катарального диатеза

5. периостит

426. Мелкие зудящие узелки, с точечной везикулой в центре, на коже ребенка с экссудативно-катаральным диатезом- это:

1. строфулюс

2. гнейс

3. везикулопустулез

4. импетиго

5. пузырчатка

427. Диета ребенка с экссудативно – катаральным диатезом предусматривает ограничение:

1. белка

2. жира

3. сложных углеводов

4. воды и поваренной соли

5. цитрусовые

428. Ребенку, страдающему экссудативно – катаральным диатезом в качестве I прикорма следует вводить:

1. овощное пюре

2. фруктовое пюре

3. каши на молоке

4. каши на овощном отваре

5. мясной бульон

429. Детям с экссудативно – катаральным диатезом не рекомендуются:

1. солнечные ванны

2. воздушные ванны

3. массаж

4. физиотерапевтические процедуры

5. гимнастика

430. Генерализованное увеличение лимфоузлов, увеличение вилочковой железы, сниженная адаптация к факторам внешней среды характерны для:

1. экссудативно–катарального диатеза

2. аллергического диатеза

3. лимфатико–гипопластического диатеза

4. нервно–артритического диатеза

5. геморрагического диатеза

431. Нарушение обмена мочевой кислоты характерно для:

1. экссудативно–катарального диатеза

2. аллергического диатеза

3. нервно–артритического диатеза

4. лимфатико–гипопластического диатеза

5. геморрагического диатеза

432. Механическое влияние тимомегалии может дать в первую очередь:

1. беспокойство

2. боль за грудиной

3. понижение АД

4. одышку

5. тахикардию

433. Синдром внезапной смерти у детей характерен для детей с:

1. лимфатико-гипопластическим диатезом

2. нейро-артрическим диатезом

3. гипотрофией

4. анемией

5. экссудативно-катаральным диатезом

434. Функциональная неполноценность вилочковой железы проявляется снижением :

1. артериального давления

2. иммунитета

3. сахара крови

4. диуреза

5. мочевой кислоты в крови

435. Максимально яркие клинические проявления экссудативно-катарального диабета наблюдаются у детей :

1. первого месяца жизни

2. 2-12 месяцев

3. 1-2 года

4. 3-4 года

5. 5-6 лет

436. Бронхообструктивный синдром с выраженным экссудативным компонентом чаще бывает у детей:

1. с нервно-артритическим диатезом

2. с лимфатико-гипопластическим диатезом

3. с экссудативно-катаральным диатезом

4. с нормотрофией

5. с гипотрофией

437. Характерными признаками спазмофилии у детей являются:

1. отеки

2. судороги

3. запоры

4. кровоизлияния

5. жидкий стул

438. Моментальное сокращение мимической мускулатуры на соответствующей стороне при поколачивании между скуловой дугой и углом рта — это симптом:

1. Люста

2. Маслова

3. Труссо

4. Хвостека

5. Коплика-Филатова

439. Признак скрытой спазмофилии:

1. симптом Хвостека

2. симптом Бабинского

3. ларингоспазм

4. пилоростеноз

5. эклампсия

440. Карпопедальный спазм у ребенка чаще проявляется тоническими судорогами мышц:

1. кистей, стоп

2. бронхов

3. трахеи

4. мочевого пузыря

5. желудка, кишечника

441. Для легкой степени гипервитаминоза D характерно:

1. токсикоз

2. снижен аппетит, раздражительность, нарушение сна

3. снижение массы тела

4. рвота

5. судороги

442. Острое течение гипервитаминоза D продолжается:

1. до 6-и месяцев

2. до 8-и месяцев

3. до 9 - месяцев

4. до 10 месяцев

5. до 12 месяцев

443. Лабораторные исследования при гипервитаминозе D характеризуются:

1. повышением уровня в крови и в моче фосфора и кальция

2. снижением уровня кальцитонина

3. увеличением паратиреоидного гормона

4. алкалозом

5. отсутствие на рентгенограммах костей расширений и уплотнений зон препараторного обызвествления

444. Последствиями гипервитаминоза D часто являются:

1. хронические заболевания почек

2. миокардит

3. гепатит

4. стеноз легочной артерии

5. эндокардит

445. Ребенку 3 месяца. Вскармливание естественное. В последние две недели мать отмечает бледность кожных покровов, усиленную потливость головы, беспокойный сон. Какой раствор витамина D3 следует использовать для специфической постнатальной профилактики рахита?

1. спиртовый

2. масляный

3. водный

4. карнитиновый

5. таблетированный

446. Объем начальной смеси в первые 2 дня восстановления при тяжелом нарушении питания у детей (объем/кг/порция):

1. 9 мл

2. 15 мл

3. 11 мл

4. 7-8 мл

5. 20 мл

447. Количество шагов, включающие в себя лечение тяжелого нарушения питания :

1. 7

2. 5

3. 10

4. 12

5. 9

448. Белково-энергетическая недостаточность у детей это хроническое расстройство питания:

1. с дефицитом массы тела

2. с пропорциональным отставанием массы и длины тела

3. с избыточной массой тела

4. с нормальной массой и длиной тела

5. с нормальной массой при отставании в росте

449. Внутриутробной гипотрофией новорожденного считается:

1. дефицит массы тела по отношению к сроку гестации

2. дефицит длины тела по отношению к сроку гестации

3. дефицит массы тела по отношению к длине тела

4. масса тела при рождении меньше 3000 г

5. масса тела при рождении до 2500г

450.Объем начальной смеси на 3-5 день восстановления для ребенка с тяжелым нарушением питания (объем/кг/порция):

1. 16 мл

2. 20 мл

3. 10-12 мл

4. 23 мл

5. 25 мл

451. Объем начальной смеси на 6 день восстановления при тяжелом нарушении питания у детей (объем/кг/порция):

1.20мл

2. 22 мл

3. 30 мл

4. 15-20 мл

5. 25 мл

452. Препаратом выбора для лечения лямблиоза является:

1. Празиквантел

2. Мебендзол

3. Метронидазол

4. Альбендазол

5. Пирантел

453. Длительность лечения лямблиоза:

1. 3 дня

2. 7 дней

3. 10 дней

4. 1 день, через 14 дней повторить

5. 5 дней

454. Основные признаки энтеробиоза

1. сниженный аппетит:

2. боли в животе

3. зуд и расчесы в области ануса

4. рвота

5.диарея

455. При гельминтозах в общем анализе крови отмечается:

1. эритроцитоз

2. эозинофилия

3. лейкопения

4. тромбоцитопения

5. лимфоцитоз

456. Зуд в перианальной области характерен для:

1. лямблиоза

2. аскаридоза

3. энтеробиоза

4. тениоза

5. описторхоза

457. Наиболее эффективные препаратом в лечении гименолепидоза является:

1. альбендазол

2. вермокс

3. трихопол

4. фуразолидон

5. празиквантел

458. При употреблении пациентом в пищу сырой или слабосоленой рыбы следует заподозрить:

1. токсокароз

2. лямблиоз

3. тениаринхоз

4. описторхоз

5. эхинококкоз

459.Клинические проявления острой фазы аскаридоза включают:

1. снижение температуры тела ниже 36 Со

2. повышение аппетита

3. ахоличный кал

4. лейкоцитоз

5. сухой кашель

460. Препарат выбора для лечения аскаридоза:

1. дюспаталин

2. эссенциале

3. альбендзол

4. празиквантел

5. пирантел

*Неонатология*

461. Антенатальный период включает срок:

1. с предполагаемой даты зачатия до 28-го дня жизни

2. с 22-й недели беременности до 14-го дня жизни

3. с 22-й недели беременности до 7-го дня жизни

4. с момента начала родовых схваток до 7-го дня жизни

5. с 22-й недели беременности до родов

462. Переношенным считается ребенок:

1. родившийся при сроке беременности более 37 недель

2. родившийся с массой более 3000 г

3. родившийся при сроке беременности более 40 недель

4. родившийся при сроке беременности более 42 недель

5. родившийся с массой более 4000 г

463. Недоношенным считается ребенок:

1. родившийся при сроке беременности менее 37 недель

2. родившийся с массой более 3000 г

3. родившийся при сроке беременности более 40 недель

4. родившийся при сроке беременности более 42 недель

5. родившийся с массой более 4000 г

464. Ребенокс низкой массой тела при рождении имеет:

1. массу менее 2500 г

2. массу более 3000 г

3. массу менее 1500 г

4. массу менее 1000 г

5. массу более 4000 г

465. «Малым для гестационного возраста*»*считают ребенка, имеющий массу тела:

1. ниже 20%-го центиля для его срока гестации

2. ниже 10%-го центиля для его срока гестации

3. ниже 30%-го центиля для его срока гестации

4. ниже 40%-го центиля для его срока гестации

5. ниже 50%-го центиля для его срока гестации

466. Согласно приказу МЗ КР №92 от 5.03.2009, первородная смазка:

1. удаляется сразу же после рождения

2. удаляется в течение первых 2-х часов жизни

3. удаляется на вторые сутки жизни

4. не удаляется

5. удаляется антисептиком

467. Температура в родильной палате при родах доношенным ребенком должна поддерживаться:

1. не ниже 22°С

2. не менее 25°С

3. не менее 28°С

4. не менее 30°С

5. не менее 38°С

468. Температура в родильной палате при родах недоношенным ребенком должна поддерживаться:

1. не ниже 22°С

2. не менее 25°С

3. не менее 28°С

4. не менее 30°С

5. не менее 38°С

469. Для профилактики геморрагической болезни доношенному новорожденному витамин К – менадион (конакион/ витакон) вводится внутримышечно однократно в дозе:

1. 0,5 мг

2. 1 мг

3. 10 мг

4. 100 мг

5. 1000 мг

470. Для профилактики геморрагической болезни недоношенному новорожденному витамин К – менадион (конакион/ витакон) вводится внутримышечно однократно в дозе:

1. 0,5 мг

2. 1 мг

3. 10 мг

4. 100 мг

5. 1000 мг

471. Профилактика гонобленореи новорожденных проводится с помощью:

1. 1% нистатиновой мази

2. 5% стрептоцидовой мази

3. 0,5% эритромициновой мази

4. 30% сульфацил-натриевой мази

5. 1% салициловой мази

472. Физиологическая транзиторная гипервентиляция,направлена на:

1. компенсацию ацидоза

2. увеличение функциональной остаточной емкости легких

3. удаление фетальной жидкости

4. закрытие фетальных шунтов

5. активацию дыхательного центра

473. Проявлением мочекислого инфаркта почек служит выделение мочи:

1. темно-красного цвета

2. желто-кирпичного цвета

3. светло-голубого цвета

4. черного цвета

5. зеленого цвета

474. Полицитемию диагностируют у новорожденных, имеющих венозное гематокритное число:

1. менее 0,5

2. более 0,5

3. менее 0,3

4. более 0,3

5. более 0,7

475. Десквамативный вульвовагинит является симптомом:

1. полового криза

2. мочекислого инфаркта

3. транзиторной полицитемии

4. иммунодефицита

5. транзиторного дисбактериоза

476. I фазапервичного бактериального заселения кишечникановорожденных длится:

1. 10-20 часов после рождения

2. до 3-5-го дня жизни

3. до второй недели жизни

4. до третьей недели жизни

5. до четвертой недели жизни

477. II фазапервичного бактериального заселения кишечникановорожденных длится:

1. 10-20 часов после рождения

2. до 3-5-го дня жизни

3. до второй недели жизни

4. до третьей недели жизни

5. до четвертой недели жизни

478. Характеристикой раннего («переднего») грудного молока является:

1. выделяется в конце кормления

2. густое по консистенции

3. содержит много белка

4. обогащено жирами

5. наличие бактерий

479. При оценке позиции ребенка при грудном кормлении можно выявить следующую ошибку:

1. голова и тело ребенка находятся по прямой линии

2. туловище прижато к матери

3. тело и лицо ребенка обращены к груди матери

4. мать поддерживает только головку и плечи ребенка

5. нижняя губа вывернута кнаружи

480. Раннее («переднее») молоко выделяется в большом количестве в начале кормления, имеет голубоватый оттенок и содержит много:

1. белка

2. жира

3. физиологического раствора

4. глюкозы

5. холестерина

481. Позднее («заднее») – выделяется в конце кормления, имеет белый цвет, обогащено жирами больше, чем в раннем молоке в:

1. 2 раза

2. 4-5 раз

3. в 10 раз

4. в 1,5 раза

5. в 3 раза

482. Первое прикладывание к грудиздоровых новорожденных должно осуществляться после рождения:

1. на 2-е сутки

2. через 3 часа

3. в 1-ый час

4. на 5-е сутки

5. на 7-е сутки

483. Сниженная секреторная деятельность молочных желез в период лактации, когда суточное количество выделяемого молока не удовлетворяет потребности ребенка назывется:

1. гипогалактия

2. гипергалактия

3. галакторея

4. агалактия

5. минигалактия

484. Самопроизвольное истечение молока из грудных желез матери называется:

1. гипогалактия

2. гипергалактия

3. галакторея

4. агалактия

5. минигалактия

485. Ребенок, родившийся при сроке беременности менее 37 полных недель считается:

1. доношенным

2. недоношенным

3. переношенным

4. маленьким

5. незрелым

486. Частота дыхания у недоношенного ребенка:

1. 28-32 в минуту

2. 38-42 в минуту

3. 48-52 в минуту

4. 58-62 в минуту

5. 68-72 в минуту

487. Частота сердечных сокращений у недоношенных новорожденных составляет:

1. 60-80 в минуту

2. 100-120 в минуту

3. 120-140 в минуту

4. 140-160 в минуту

5. 170-180 в минуту

488. Артериальное давление у недоношенных новорожденных составляет:

1. 35/20 мм рт. столба

2. 45/20 мм рт. столба

3. 55/20 мм рт. столба

4. 65/20 мм рт. столба

5. 75/20 мм рт. столба

489. Содержание бурого жира у недоношенных новорожденных составляет:

1. 0-1% от массы тела

2. 1-2% от массы тела

3. 2-3% от массы тела

4. 3-4% от массы тела

5. 4-5% от массы тела

490. Оптимально оценивать гестационный возраст ребенка:

1. по шкале Апгар

2. по шкале Даунса

3. по шкале Сильвермана

4. по шкале Болларда

5. по шкале Короткой

491. При преждевременных родах температура воздуха в родильной палате к моменту рождения ребенка составляет:

1. выше 20°С

2. выше 21°С

3. выше 22°С

4 выше 25°С

5. выше28°С

492. В первые дни жизни недоношенного ребенка влажность в инкубаторе составляет:

1. 90-95%

2. 70-85%

3. 60-75%

4. 50-65%

5. 40-55%

493. Прогулкис недоношенными детьми проводятся с:

1. 3-4-дневного возраста

2. 3-4-недельного возраста

3. 5-6-недельного возраста

4. 6-7-дневного возраста

5. 1 дня рождения

494. Если у ребенка, родившегося в срок, имеется лишь малая масса при рождении, то фактор, замедлявший темп его развития, действовал:

1. в первые 2-3 месяца беременности

2. на 3-5 месяце беременности

3. в последние 2-3 месяца беременности

4. в первые 5 месяцев беременности

5. на протяжении всей беременности

495. Если у ребенка, родившегося в срок, имеется лишь малая масса при рождении, то такой вариант задержки внутриутробного развития называют:

1. гипопластическим

2. апластическим

3. гипертрофическим

4. гипотрофическим

5. диспластическим

496. Если у ребенка, родившегося в срок, имеется малая масса и малая длина тела при рождении, то такой вариант задержки внутриутробного развития называют:

1. гипопластическим

2. апластическим

3. гипертрофическим

4. гипотрофическим

5. диспластическим

497. Если у ребенка, родившегося в срок, имеется малая масса и малая длина тела при рождении, то неблагоприятные условия для плода возникли:

1. в I триместре беременности

2. во II триместре беременности

3. в III триместре беременности

4. в IV триместре беременности

5. в V триместре беременности

498. Задержка внутриутробного развития может сопровождаться извращением развития плода – формированием пороков развития, 5 и более дизэмбриогенетических стигм и называется:

1. гипопластическим

2. апластическим

3. гипертрофическим

4. гипотрофическим

5. диспластическим

499. При выраженной гипотермии (температура тела ниже 32°С) используется инкубатор. Рекомендуется поднятие температуры тела на:

1. 5°С в час

2. 4°С в час

3. 3°С в час

4. 1°С в час

5. 2°С в час

500. Метод кормления маловесных новорожденных детей до 30 недель гестации рекомендуется:

1. через зонд

2. грудь матери

3. через чашечку

4. пипеткой

5. шприцом

501. Синдром, характеризующийся отсутствием дыхания или нерегулярными дыхательными движениями у ребенка при наличии других признаков живорожденности называется:

1. пневмопатией

2. асфиксией

3. кардиореспираторной депрессией

4. ацидозом

5. полицитемией

502. Типичными биохимическими проявлениями асфиксии являются:

1. гипероксия, гиперкапния и патологический ацидоз

2. гипокапния, гиперкапния и патологический алколоз

3. гипоксемия, гипокапния и патологический ацидоз

4. гипероксемия, гиперкапния и патологический алкалоз

5. гипоксемия, гиперкапния и патологический ацидоз

503. Отсутствие в крови гипоксии, гиперкапнии (цианоза нет) и патологического ацидоза называется:

1. пневмопатией

2. асфиксией

3. кардиореспираторной депрессией

4. ацидозом

5. полицитемией

504. Современная классификация асфиксии включает:

1. легкую степень и умеренную степень

2. умеренную и тяжелую степень

3. тяжелую степень и выраженную степень

4. выраженную степень и крайне тяжелую степень

5. крайне тяжелую степень и легкую степень

505. Симптом «белого пятна» при гипоксическом шоке составляет более:

1. 3 секунд

2. 1 секунды

3. 2 секунд

4. 4 секунд

5. 5 секунд

506. Вспомогательная вентиляция легких проводится мешком типа Амбу через маску с частотой в минуту:

1. 10-20

2. 20-30

3. 30-40

4. 40-60

5. 60-80

507. При наркотическом угнетении дыхательного центра новорожденного необходимо ввести в вену пуповины 0,1 мг/кг:

1. налоксона

2. гидрокортизона

3. атропина

4. седуксена

5. морфина

508. Физиологический раствор вводят при асфиксии у новорожденных детей из расчета:

1. 1 мл/кг

2. 10 мл/кг

3. 20 мл/кг

4. 30 мл/кг

5. 40 мл/кг

509. У новорожденного ребенка отмечается поднадкостничное кровоизлияние, которое ограничено швами между костями и четко ограничено краями кости:

1. синдром Керерра

2. субдуральная гематома

3. кефалогематома

4. субарахноидальное кровоизлияние

5. синдром Уотерхауса

510. Период «мнимого благополучия» присупратенториальной субдуральной гематоме составляет:

1. 2-4 дня

2. 2-4 часа

3. 12-14 дней

4. 12-14 часов

5. 1-2 дня

511. Поздний восстановительный период при родовой травме длится:

1. от 4-6 дней до 1-2 месяцев

2. от 1-2 месяцев до 1-2 лет

3. от 4-6 месяцев до 1-2 лет

4. от 3-6 месяцев до 12 месяцев

5. от 3-5 дней до 6 лет

512. Синдром общего угнетения центральной нервной системы при гипоксической энцефалопатии проявляет себя:

1. вялостью

2. выраженным тремором конечностей

3. нарушением сосания и глотания

4. увеличением размеров черепа

5. срыгиваниями

513. Всем новорожденным детям с подозрением на внутрижелудочковое кровоизлияние показано проведение:

1. ультразвуковое исследование органов брюшной полости

2. электрокардиография

3. нейросонографии

4. рентгенографии черепа в боковой проекции

5. эхокардиография

514. «Синдром сдавления мозга» чаще развивается при:

1. субдуральных кровоизлияниях

2. эпидуральных кровоизлияниях

3. супратенториальных кровоизлияниях

4. субтенториальных кровоизлияниях

5. внутримозговых кровоизлияниях

515. Кровоизлияния, возникающие при деформации черепа со смещением его пластин называют:

1. субдуральные кровоизлияния

2. эпидуральные кровоизлияния

3. супратенториальные кровоизлияния

4. субтенториальные кровоизлияния

5. внутримозговые кровоизлияния

516. Инфузионная терапия в первые 24 ч проводится из расчёта:

1. 10-20 мл/кг

2. 20-30 мл/кг

3. 30-40 мл/кг

4. 30-60 мл/кг

5. 50-70 мл/кг

517. При повреждении*верхнешейных сегментов*(СI - СIV) наблюдается картина:

1. пареза диафрагмы

2. пареза Дюшенна-Эрба

3. паралича Дежерин—Клюмпке

4. паралича Керера

5. спинального шока

518. При родовой травмепарез диафрагмы развивается:

1. при поражении спинного мозга на уровне СIII-CV

2. при поражении спинного мозга на уровне СV-CVI

3. при травме спинного мозга на уровне СVII-TI

4. при поражении спинного мозга на уровне TI-ΤXII

5. при поражении спинного мозга на уровне СI-ΤII

519. Травма плечевого сплетения (п. frenicus) спинного мозга происходит на уровне:

1. СI-CII

2. СII-CIII

3. СIII-CV

4. СV-CVI

5. СIII-CVII

520. Парезы и параличи Дюшенна-Эрба развиваются при поражении спинного мозга на уровне:

1. СI-CII

2. СII-CIII

3. СIII-CV

4. СV-CVI

5. СIII-CVII

521. В семье, где оба родителей больны хронических алкоголизмом, родился доношенный мальчик с массой тела 2200 г, ростом 48 см. У ребенка микроцефалия, лицевая дисморфия, синдром угнетения, сменившийся повышением нервно-рефлекторной возбудимости. Выберите правильный диагноз:

1. микроцефалия множественные стигмы дизэмбригенеза, внутриутробная гипоксия

2. эмбриофетопатия, внутриутробная гипотрофия

3. алкогольный синдром плода, микроцефалия, маловесный для гестационного возраста

4. множественные стигмы дизэмбриогенеза, макроцефалия, большой для срока гестации

5. эмбриопатия, микроцефалия

522. Нижний дистальный паралич Дежерин—Клюмпкевозникает при травме спинного мозга на уровне:

1. СI-CII

2. СII-CIII

3. СIII-CV

4. СVII-TI

5. СIII-CVII

523. Тотальный паралич верхней конечности(паралич Керера)наблюдается при повреждении:

1. CV-TI

2. СI-CII

3. СII-CIII

4. СIII-CVII

5. TI-ΤXII

524. Повреждение грудного отделаспинного мозга (TI-ΤXII) клинически проявляется:

1. дыхательными расстройствами

2. спастическим нижним парапарезом

3. вялым нижним парапарезом

4. парезами верхних конечностей

5. бульбарными нарушениями

525. У новорожденного ребенка нижние конечности находятся в «позе лягушки», при придании ребенку вертикального положения ноги его свисают, как плети, отсутствуют рефлексы опоры, автоматической походки и Бауэра, угнетены коленные и ахилловы рефлексы, наблюдается симптом «кукольной ножки», что соответствует повреждению на уровне:

1. шейного отдела

2. верхнегрудного отдела

3. нижнегрудного отдела

4. пояснично-крестцовой области

5. кровоизлияния в головной мозг

526. С целью снятия болевого синдрома при спинальной травме назначают 0,5% седуксен (реланиум) по:

1. 0,1 мг/кг

2. 0,2 мг/кг

3. 0,3 мг/кг

4. 0,4 мг/кг

5. 0,5 мг/кг

527. К желтухам с непрямой билирубинемией у новорожденных детей относится:

1. вирусный гепатит

2. синдром сгущения желчи

3. атрезия желчевыводящих путей

4. гемолитическая болезнь новорожденных

5. синдром Жильбера

528. Наиболеет тяжелая и прогностически неблагоприятная форма гемолитической болезни новорожденных - это:

1. отечная форма

2. желтушная форма

3. анемическая форма

4. желтушно-анемическая форма

5. синдром сгущения желчи

529. Внешним проявлением гипербилирубинемии новорожденных является:

1. цианоз кожи и слизистых оболочек

2. покраснение кожи и слизистых оболочек

3. желтушность кожи и слизистых оболочек

4. почернение мочи

5. обесцвечивание кала

530. При желтушной форме гемолитической болезни новорожденных порезус фактору билирубиновая энцефалопатия обычно развивается:

1. сразу после рождения

2. в первые 6 часов после рождения

3. в первые 12 часов после рождения

4. на 3-6 день жизни

5. на 7 день жизни

531. Анти-D-глобулин в обязательном порядке в первые 72 часа вводится всем роженицам:

1. с ВИЧ-позитивным статусом

2. с неизвестным ВИЧ-статусом

3. с положительной реакцией Вассермана

4. при Rh-отрицательном типе крови у матери

5. при ДВС-синдроме

532. Гемолитическая болезнь новорожденных по Rh-фактору развивается если:

1. у матери Rh (+); у ребенка Rh(-)

2. у матери Rh (+); у ребенка Rh(+)

3. у матери Rh (-); у ребенка Rh(+)

4. у матери Rh (-); у ребенка Rh(-)

5. у матери Rh (+); у ребенка Rh(-)

533. Гемолитическая болезнь новорожденных по системе АВО развивается если:

1. у матери АВ (IV); у ребенка О(I)

2. у матери О (I); у ребенка А(П) или В(III)

3. у матери А (П); у ребенка АВ(IV)

4. у матери В (Ш); у ребенка О (I)

5. у матери A (II); у ребенка О (I)

534. Процедура, при которой под воздействием синего или холодного белого света на глубине 2 мм кожного покрова происходят химические реакции, в результате которых свободный (непрямой) билирубин превращается в нетоксичную форму и выводится из крови через кишечник и почки называется:

1. оксигенотерапия

2. гипербарическая оксигенация

3. химиотерапия

4. фототерапия

5. гормонотерапия

535. Диагноз внутриутробной пневмонии правомочен только при появлении клинических симптомов заболевания в течение первых:

1. двух суток жизни

2. трех суток жизни

3. четырех суток жизни

4. пяти суток жизни

5. семи суток жизни

536. На коже передней брюшной стенки, бедер и в паховых складках пузыри овальной и округлой формы с вялой, морщинистой крышкой, венчиком гиперемии вокруг размером 5-15 мм, легко снимаются. Диагноз:

1. герпетическая инфекция

2. ихтиоз

3. опрелости

4. пузырчатка

5. везикулопустулез

537. Ребенок родился на 36 неделе масса 2400 г., оценка по шкале Апгар 8 баллов, пуповинный остаток сухой, состояние удовлетворительное. Ребенка нужно:

1. перевести из роддома на 2-й этап выхаживания

2. задержать в роддоме до достижения массы 3000г.

3. перевести в отделение реанимации

4. выписать домой

5. наблюдать неделю

538. У ребенка на 7 сутки появилось увеличение молочных желез без воспалительных явлений и сохранялось в течение 3 недель. О чем можно думать:

1. мастит

2. флегмона грудной клетки

3. половой криз

4. локальный отек

5. опухоль

539. Ребенку 5 дней. Настоящая масса-3600 г, вес при рождении-3800 г, от срочных родов, рост 52см, ОГ-36 см, ОГК-34 см. Потеря веса за 5 дней – 200 г. Ваша тактика:

1. лечения не требуется, т.к. потеря массы физиологическая

2. требуется инфузионная терапия

3. требуется введение дополнительного питания

4. необходимо обследование на наличие заболеваний

5. капрологическое исследование

540. Лампу для проведения фототерапии располагают на расстоянии:

1. 30-50 см над ребенком

2. 10-20 см над ребенком

3. 20-30 см над ребенком

4. 40-60 см над ребенком

5. 60-80 см над ребенком

*Детская гематология*

541. Ребенку 1 год и 3 мес. Жалобы на слабость, сонливость, снижение аппетита, частые ОРВИ. С 3-х месяцев на искусственном вскармливании. В анамнезе у матери во время беременности была анемия. Мама кормит, в основном, манной кашей, макаронами, хлебом и коровьим молоком. Отстает в весе, кожные покровы очень бледные с восковидным оттенком, сердечные тоны приглушены, тахикардия до 130 в мин. В ОАК: эритроциты 1,8×1012/л, Hb 68 г/л, ЦП-0,7, ретикулоциты 0,5% лейкоциты 7,2×109/л, тромбоциты170 тыс., СОЭ 10 мм/час. Предварительный диагноз:

1. идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура

2. железодефицитная анемия

3. гемолитическая анемия

4. апластическая анемия

5. коагулопатия

542. Ребенок 4-х лет вял, апатичен, кожа бледная, с восковидным оттенком, волосы тусклые, сосочки на языке сглажены, при аускультации – тахикардия и систолический шум на верхушке, гепатоспленомегалия. Предварительный диагноз:

1. анемия Минковского-Шоффара

2. железодефицитная анемия I степени

3. ЖДА II степени

4. ЖДА III степени

5. апластическая анемии

543. Ребенку 1 года назначена антибактериальная терапия по поводу пневмонии. В ходе обследования у ребенка выявлена также ЖДА II степени. Какова ваша тактика относительно ЖДА:

1. необходимо одновременно назначить препараты железа

2. прекратить грудное вскармливание и использовать железосодержащую адаптированную смесь

3. в пищевой рацион ребенка включить продукты, богатые калием

4. назначить препараты железа через 5-7 дней после отмены АБ-терапии

5. назначить лечебную смесь F-75

544. У всех девочек подросткового возраста измерение уровня гемоглобина проводится 1 раз между:

1. 13-14 лет

2. 11-12 лет

3. 15-17 лет

4. 12-13 лет

5. 15-16 лет

545. Дети с умеренной ЖДА (легкая и средней степени) должны получать препараты железа из расчета элементарного железа (мг/кг в сутки):

1. 0,5

2. 1,0

3. 2,0

4. 3,0

5. 6 мг

546. У мальчика 13 лет гемоглобин 60 г/л, эритроциты 2,4 × 1012/л, цветовой показатель 0,72, железо сыворотки 4,3 мкмоль/л, микроцитоз, анизоцитоз. Необходимо назначить препараты железа из расчета элементарного железа (мг/кг в сутки):

1. 1,5

2. 1,0

3. 2,0

4. 3,0

5. 5 мг

547. Проводится первичный патронаж недоношенного новорожденного ребенка. Вы говорите матери, что ребенок должен ежедневно получать саплементацию железом в объеме 2 мг/кг дополнительно к исключительному грудному вскармливанию в возрасте:

1. с рождения до 23 месяцев

2. от 6 до 23 месяцев

3. от 2 до 23 месяцев

4. от 3 до 23 месяцев

5. от 12 до 23 месяцев

548. Первый скрининг на ЖДА у доношенных детей проводится в возрасте:

1. 5 месяцев

2. 12 месяцев

3. 3 месяцев

4. 6 месяцев

5. 2 месяцев

549. Общий курс I этапа лечения препаратами железа в терапевтической дозе составляет:

1. 1 месяц

2. 2 месяца

3. 3 месяца

4. 6 месяцев

5. 1 год

550. Второй скрининг на ЖДА у доношенных детей проводится в возрасте:

1. 9 месяцев

2. 12 месяцев

3. 18 месяцев

4. 6 месяцев

5. 2 лет

551. Поддерживающее лечение – 2 мг/кг/день элементарного железа детям с тяжелой ЖДА в возрасте с 24-х до 59-ти месяцев проводится в течение:

1. 3 месяцев

2. 12 месяцев

3. 6 месяцев

4. 18 месяцев

5. 2 года

552. Поддерживающее лечение детям младшего возраста до достижения ими 23-х месячного возраста проводится из расчета элементарного железа 2 мг/кг массы тела:

1. 3-4 раза в неделю

2. 1 раз в 6 месяцев

3. 1 раз в неделю

4. ежемесячно

5. ежедневно

553. II стадия развития ЖДА называется:

1. прелатентный дефицит железа

2. преданемия

3. железодефицитная анемия

4. железодефицитный эритропоэз

5. отрицательный баланс железа

554. Третий скрининг у всех детей проводится в возрасте:

1. 24 месяцев

2. 15 месяцев

3. 18 месяцев

4. 3 лет

5. 6 лет

555. Ориентировочный показатель для оценки восполнения депо железа:

1. уровень ферритина

2. уровень гемоглобина

3. количество эритроцитов

4. количество лейкоцитов

5. уровень билирубина

556. Диагноз железодефицитной анемии подтверждает уровень сывороточного железа (ммоль/л):

1. 19,3-20,1

2. 17,3-19,3

3. 16,3-17,3

4. 6,3-11,0

5. 20,1-22,4

557. У ребенка 10 лет с умеренной ЖДА отсутствует эффект через 4 недели от начала лечения. Ваш следующий шаг:

1. увеличить дозу препарата железа

2. добавить фолиевую кислоту

3. консультировать у гематолога или госпитализировать для поиска других возможных причин анемии

4. продолжить лечение в той же дозе и проводить контроль анализа крови через 2 месяца от начала лечения

5. заменить препарат железа

558. Показатели гемоглобина 75 г/л, эритроциты 3,0 × 1012/л, цветовой показатель 0,7, пойкилоцитоз, анизоцитоз, сывороточное железо 8,5 мкмоль/л позволяют выставить диагноз:

1. прелатентный дефицит железа

2. латентный дефицит железа

3. ЖДАI степени

4. ЖДА II степени

5. ЖДА III степени

559. Мальчик 9 лет. В анализах крови уровень гемоглобина 100 г/л, эритроциты 3,4 × 1012/л, цветовой показатель 0,7, склонность к микроцитозу, анизоцитоз, сывороточное железо 9,5 мкмоль/л. Ваш диагноз:

1. прелатентный дефицит железа

2. латентный дефицит железа

3. ЖДАI степени

4. ЖДА II степени

5. ЖДА III степени

560. Показатели гемоглобина 120 г/л, эритроциты 3,6 × 1012/л, цветовой показатель 0,8, анизоцитоз, сывороточное железо 8,5 мкмоль/л позволяют определить стадию развития ЖДА:

1. прелатентный дефицит железа

2. железодефицитный эритропоэз

3. отрицательный баланс железа

4. манифестная ЖДА

5. преданемия

561. Наиболее приемлемым для лечения железодефицитной анемии у детей раннего возраста препаратом, с учетом усвоения из кишечника, является:

1. гинотардиферон

2. феррумлек

3. ферроградумет

4. тотема

5. ранферон (сироп сульфата железа)

562. При обследовании мальчика 9 лет с железодефицитной анемией III степени установлено наличие тяжелого поражения тонкого кишечника. Наиболее приемлемым препаратом для лечения анемии в данном случае является:

1. ранферон

2. сульфат железа с фолиевой кислотой

3. феррум-лек в инъекциях

4. ферроплекс

5. феррум-лек в сиропе

563. В желудочно-кишечном тракте у человека лучше всасывается железо:

1. гемовое

2. негемовое

3. трансферрин

4. ферритин

5. трехвалентное

564. В какой комбинации плохо всасывается железо из смешанной пищи:

1. мучные продукты + крупы + мясо или рыба

2. крупы + соки

3. мясо + овощи

4. чай + крупы

5. бобовые + фрукты

565. Оральную железотерапию детям с тяжелым нарушением питания следует начинать:

1. сразу с первого дня лечения

2. после коррекции обезвоживания

3. когда восстановится аппетит у ребенка и начнет набирать вес

4. после устранения гипогликемии

5. после коррекции электролитного дисбаланса

566. Симметричная пятнисто-папулезная геморрагическая сыпь на разгибательных поверхностях конечностей, в области суставов, на ягодицах у детей характерна для:

1. апластической анемии

2. гемофилии

3. тромбоцитопенической пурпуры

4. геморрагического васкулита

5. тромбоцитопатии

567. Симметричная геморрагическая сыпь с папулами и пузырьками, с тенденцией к слиянию и некротизированию, характерна у детей для типа кровоточивости:

1. гематомного

2. петехиально-пятнистого

3. васкулитно-пурпурного

4. ангиоматозного

5. экхиматозный

568. Ребенку 3 года. После ОРЗ на теле появились синячки, петехии, носовое и десневое кровотечение. В ОАК: эритроциты-4,6х1012/л, Нb -130 г/л, Ц.П-0,9, лейкоциты-7,4х109/л, тромбоциты — 50 тыс., СОЭ-5 мм/ч. Ваш предварительный диагноз:

1. ИТП

2. лейкоз

3. тромбоцитопатия

4. геморрагический васкулит

5. болезнь Виллебранда

569. Девочка 12 лет жалуется на появление синячков на теле после незначительных травм, носовые кровотечения. Со слов матери вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 2-3 лет. В ОАК: Hb 119 г/л, эр. 3,0×1012/л, ЦП-0,9, ретикулоциты-0,8%, тромбоциты-205 тыс., лейкоциты-5,8×109/л, палочки-7%, сегменты-68%, лимфоциты-25%, СОЭ-2 мм/час. Предварительный диагноз:

1. гемолитическая анемия

2. гемоглобинопатия

3. тромбоцитопатия

4. коагулопатия

5. дефицитная анемия

570. Больной 6 лет, жалобы на сыпь, боли в животе, припухлость суставов. Две недели назад перенес лакунарную ангину. На кожных покровах нижних конечностей и ягодицах симметричная пятнисто-папуллезная сыпь, не исчезает при надавливании, без зуда. Болезненность и припухлость коленных суставов, при глубокой пальпации болезненность живота, симптомов раздражения брюшины нет, печень и селезенка не увеличены. В анализе крови — умеренный лейкоцитоз с нейтрофилезом, ускорение СОЭ.

Исследование, необходимое для подтверждения диагноза:

1. коагулограмма

2. биохимический анализ крови

3. СРБ

4. миелограмма

5. LE-клетки

571. Ребенок 5 лет, жалобы на синяки после перенесенной ОРВИ и носовые кровотечения. На коже верхней половины туловища — петехии, на нижних и верхних конечностях — экхимозы, периферические лимфоузлы и паренхиматозные органы не увеличены. В общем анализе крови — изолированная тромбоцитопения (12 тыс.). Ваш предварительный диагноз:

1. тромбоцитопатия

2. ИТП

3. болезнь Шенлейн-Геноха

4. болезнь Рандю-Ослера

5. болезнь Виллебранда

572. Желтушность кожи и склер глаз может быть свидетельством:

1. дефицитной анемии

2. геморрагического васкулита

3. тромбоцитопенической пурпуры

4. гемолитической анемии

5. диареи

573. Кровоизлияния в суставы у детей характерны для:

1. дефицитной анемии

2. гемофилии

3. тромбоцитопенической пурпуры

4. геморрагического васкулита

5. ЖДА

574. Для диагностики иммунных гемолитических анемий у детей применяется проба:

1. Мак-Клюра–Олдрича

2. Шалкова

3. Кумбса

4. Сулковича

5. проба Нечипоренко

575. В диагностике апластической анемии решающее значение имеет:

1. число эритроцитов

2. уровень ретикулоцитов

3. содержание гемоглобина

4. миелограмма

5. уровень сывороточного железа

576. Симметричная геморрагическая сыпь с папулами и пузырьками, с тенденцией к слиянию и некротизированию, характерна у детей для типа кровоточивости:

1. гематомного

2. петехиально-пятнистого

3. васкулитно-пурпурного

4. ангиоматозного

5. экхиматозный

577. Удлинение времени свертывания по Ли-Уайту позволяет диагностировать нарушение:

1. сосудистого компонента свертывания крови

2. тромбоцитарного компонента свертывания крови

3. плазменного компонента свертывания крови

4. сосудисто-тромбоцитарный

5. смешанный

578. Для геморрагического васкулита характерно:

1. гепатоспленомегалия

2.симметричная пятнисто-папулезная геморрагическая сыпь

3. гемартроз

4. увеличение лимфатических узлов

5. систолический шум на верхушке сердца

579. Причиной геморрагического синдрома при апластической анемии является:

1. тромбоцитопения

2. коагулопатия

3. тромбоцитопатия

4. микротромбирование сосудов

5. атрофический ринит

580. Апластическая анемия сопровождается:

1. общей бледностью кожи и слизистых оболочек

2. увеличением лимфатических узлов

3. артериальной гипертензией

4. гепатоспленомегалией

5. анасаркой

581. Наиболее эффективным методом лечения апластических анемий является:

1. частые переливания крови

2. спленэктомия

3. плазмоферез

4.трансплантация костного мозга

5. витаминотерапия

582. При анемии Фанкони картину периферической крови характеризуют:

1. нормохромная анемия с ретикулоцитозом

2. гиперхромная анемия с тромбоцитопенией и лейкоцитозом

3. панцитопения

4. гипохромная микросфероцитарная анемия

5. ретикулоцитоз

583. При анемии Блекфана-Дайемонда характерна картина периферической крови:

1.нормо- или гиперхромная анемия

2. лейкопения

3. панцитопения

4. тромбоцитопения

5. сидеропения

584. К наследственным гемолитическим анемиям относится:

1. анемия Фанкони

2.анемия, связанная с дефицитом Г-6-ФД

3. болезнь Маркиафавы-Микели

4. анемия Блекфана-Дайемонда

5. фолиеводефицитная анемия

585. Больная 3., 13 лет, поступила в отделение гематологии с жалобами на носовое кровотечение, продолжающееся в течение 2 часов. Объективно: в обоих носовых ходах пропитанные кровью тампоны, кожные покровы бледные, многочисленные экхимозы различной давности. В ОАК анемия I степени, агрегация тромбоцитов под влиянием АДФ, адреналина, коллагена — ослаблена, ристоцетин — агрегация — нормальная. О каком заболевании вы подумали?

1. вазопатии

2. гемоглобинопатии

3. коагулопатии

4. тромбоцитопатии

5. ферментопатии

586. Мальчик Ю., 2,5 лет, поступил в отделение с жалобами на желтушность кожных покровов, повышение температуры до 37,8°С, появивщиеся после употребления фасоли. В крови: НЬ — 72 г/л, Эр — 2,0х1012/л, ЦП — 1,1, Ретик — 16%, Лейк- 10,2х109/л, п/я-2%, с-45%, э-3%, л-37%, м -13%, СОЭ -24 мм/час, билирубин: непрямой — 140,4 мкмоль/л, прямой — нет, свободный гемоглобин — отсутствует. О каком заболевании идет речь

1. ЖДА

2. витамин В12-дефицитная анемия

3. геморрагический васкулит

4. вирусный гепатит

5. дефицит Г-6-ФДГ

587. Больной П., 10 лет, поступил в отделение с носовым кровотечением. В анамнезе: 2 недели назад перенес ОРВИ, после чего на различных участках тела, без определенной локализации появилась геморрагическая сыпь. При осмотре обращает на себя внимание обильная геморрагическая сыпь в виде экхимозов различной величины и давности. В носовых ходах тампоны, пропитанные кровью. В периферической крови: НЬ — 101 г/л, Эр — 3,2х1012/л, Тромб — 12х109/л, Лейк — 6,4х 109/л, п/я — 2%, с — 59%, э — 3%, л — 28%, м — 8%, СОЭ — 5 мм/час. О каком заболевании следует думать:

1. идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура

2. гемофилия А

3. геморрагический васкулит

4. болезнь Виллебранда

5. болезнь Гланцмана

588. Мальчик П., 9 лет, жалуется на схваткообразные боли в животе, боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление симметричной мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях. В анамнезе: 2 недели назад перенес лакунарную ангину. Через неделю на коже нижних конечностей появилась мелкоточечная сыпь, непостоянные боли в левом коленном суставе. Ваш предварительный диагноз:

1. гемофилия В

2. геморрагический васкулит

3. апластическая анемия

4. острая ревматическая лихорадка

5. тромбоцитопатия

589. Больной О., 5 лет, обратился с жалобами на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда. Из анамнеза известно, что с 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, отмечаются кровотечения из носа. Кожные покровы бледные. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. О каком заболевании у данного больного можно думать?

1. идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура

2. гемофилия А

3. геморрагический васкулит

4. болезнь Виллебранда

5. болезнь Бернара-Сулье

590. Больная А., 12 лет, поступила в отделение с жалобами на носовое кровотечение. Больна в течение последних 6 месяцев: повышение температуры до фебрильных цифр, снизился аппетит, ребенок стал быстрее уставать. В общем анализе крови: НЬ — 72 г/л, Эр — 2,8х1012/л, Ретик — 0,2%, Тромб — единичные, Лейк -1, Зх109/л, п/я -1%, с — 4%, л — 95%, СОЭ — 35 мм/час. О каком заболевании может идти речь у данной больной?

1. геморрагический васкулит

2. ЖДА

3. приобретенная апластическая анемия

4. ИТП

5. болезнь Гланцмана

*Детская кардиология*

591. Какой симптом объединяет такие заболевания, как ревматический митральный порок, анемия, тиреотоксикоз, пролапс митрального клапана, разрыв папиллярных мышц?

1. диастолический шум на верхушке

2. систоло-диастолический шум

3. систолический шум на верхушке

4. шум Грехема-Стилла

5. систолический шум в III-IV межреберье слева

592. К "большим" диагностическим критериям острой ревматической лихорадки относится:

1. полисерозит

2. кардит

3. лихорадка

4. пневмонит

5. артралгии

593. Наиболее специфичное поражение сердца при острой ревматической лихорадке

1. сухой перикардит

2. экссудативный перикардит

3. вальвулит

4. бородавчатый эндокардит

5. констриктивный перикардит

594. Для малой хореи характерно:

1. повышение тонуса мышц

2. клонико-тонические судороги

3. мышечная гипотония, гиперкинезы

4. парезы, параличи

5. вегетативные кризы

595. К «малым» диагностическим критериям острой ревматической лихорадки относится:

1. артрит

2. кольцевидная эритема

3. подкожные ревматические узелки

4. лихорадка

5. повышение титра АСЛО

596. Препаратом выбора при вторичной бициллинопрофилактики является:

1. кларитромицин

2. бензатина бензилпенициллин

3. азитромицин

4. бициллин 3

5. напроксен

597. Критерий эффективности лечения острой ревматической лихорадки:

1. купирование симптомов сердечной недостаточности

2. исчезновение митральной или аортальной регургитации

3. купирование клинических симптомов и воспалительной активности крови

4. купирование симптомов ревматической хореи

5. нормализация температуры тела

598. Диагноз гипертоническая болезнь у детей устанавливается:

1. у подростков 16 лет и старше с эссенциальной АГ в течение 1 года и более

2. у детей с АГ 2 степени

3. у детей с АГ 1 степени среднего риска

4. у детей с АГ 1 степени высокого риска

5. у подростков до 16 лет без поражений органов-мишеней

599. Какой из перечисленных рентгенологических признаков является наиболее ранним признаком застоя при сердечной недостаточности?

1. перераспределение кровотока в пользу верхних долей и увеличение диаметра сосудов

2. интерстициальный отек легких с образованием линий Керли

3. альвеолярный отек в виде затемнения, распространяющегося от корней легких

4. плевральный выпот, чаще справа

5. выбухание и удлинение протяженности ствола легочной артерии

600. Какой из перечисленных симптомокомплексов типичен для инфекционного эндокардита?

1. лихорадка, анемия, спленомегалия, плеврит, альбуминурия, креатинемия

2. лихорадка, анемия, спленомегалия, протодиастолический шум у основания сердца, гематурия, креатинемия

3. лихорадка, анемия, спленомегалия, желтуха, ретикулоцитоз, микросфероцитоз

4. лихорадка, панцитопения, гепатоспленомегалия, асцит, желтуха, носовые кровотечения

5. лихорадка, артралгии, непроизвольные подергивания мышц лица, систолический шум на верхушке, ускорение СОЭ

601. Какие изменения на ЭКГ характерны для гипертрофической кардиомиопатии?

1. блокада правой ножки пучка Гиса

2. атриовентрикулярная блокада

3. мерцательная аритмия

4. глубокий Q в V5-V6

5. высокий P в V5-V6

602. При сердечной недостаточности у ребенка с перикардитом противопоказано:

1. препараты дигиталиса

2. β-aдреноблокаторы

3. ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

4. диуретики

5. препараты калия

603. С какого антибиотика начинают лечение острой ревматической лихорадки:

1. бензилпенициллина

2. цефазолина

3. эритромицина

4. доксициклина

5. гентамицина

604. Июнь. На приеме девочка 5 лет, температура тела 39 0С, жалобы на мигрирующие боли в крупных суставах в течение 2 дней. Из анамнеза известно, что весной девочка перенесла ангину. Объективно: на коже грудной клетки неяркие розовые пятна с просветлениями в центре. Правый коленный и левый голеностопные суставы отечны, кожа над ними слегка гиперемирована, движения в суставах болезненны. Вы говорите маме, что, скорее всего, это:

1. ОРЛ, артрит

2. острый бруцеллёз

3. ревматоидный артрит

4. склеродермия

5. СКВ

605. Девочка 10 лет. Перенесла стрептококковую ангину. В анамнезе частые ангины. Проведен курс АБ-терапии. Необходима ли внутримышечная инъекция бензатина бензилпенициллина?

1. да, 1 раз в 3 недели в течение 6 месяцев

2. да, 1 раз в 3 недели в течение 12 месяцев

3. да, однократно

4. нет

5. да, 1 раз в неделю в течение 6 месяцев

606. Учительница обратила внимание родителей на то, что девочка 10 лет стала обидчивой, плаксивой, испортился почерк, стала неуклюжой, гримасничает, плохо выполняет задания на уроке труда. Раньше девочка пропускала занятия из-за частых ангин. В этой ситуации следует подумать о:

1. неврозе

2. нарушении зрения

3. малой хорее

4. неврите периферических нервов

5. дефектах воспитания

607. Пациент после стационарного лечения по поводу ОРЛ поступил под наблюдение в ЦСМ. Продолжает получать нестероидные противовоспалительные средства. Подключена бициллинопрофилактика. Какие анализы необходимо контролировать:

1. ОАК, ОАМ, сахар крови

2. ОАК, ОАМ, СРБ, АСЛО

3. ОАК, анализ мочи по Зимницкому

4. ОАК, ОАМ, трансаминазы

5. ОАК, ОАМ, КФК, ЛДГ

608. Пациент закончил курс антибактериальной терапии по поводу ОРЛ. Вес 32 кг. Подберите дозу бензатина бензилпенициллина для проведения вторичной профилактики:

1. 1,2 млн. ЕД

2. 750 000 ЕД

3. 2,4 млн. ЕД

4. 1,5 млн. ЕД

5. 600 000 ЕД

609. Мальчик 5 лет поступил с жалобами на слабость, непроизвольные подергивания мимической мускулатуры, некоординированные движения рук и ног. В анамнезе – частые простудные заболевания, вышеуказанные жалобы появились после очередной ангины. Объективно выявляются нерезкие гиперкинезы мимических мышц и конечностей, симптом «вялых плеч». Границы сердечной тупости: правая на середине расстояния между правой парастернальной линией и правым краем грудины, левая – на 3 см кнаружи от левой срединоключичной линии, верхняя – по III ребру. Аускультативно тоны сердца приглушены, на верхушке и в точке Боткина короткий систолический шум. Выскажите предположение о вероятном диагнозе, учитывая клиническую картину заболевания:

1. синдром Жиля де ля Туретта

2. ОРЛ: кардит (эндомиокардит), хорея

3. синдром PANDAS

4. вирусный энцефалит

5. дисметаболическая энцефалопатия

610. Мальчик 12 лет поступил в клинику с жалобами на повышенную утомляемость, одышку при физической нагрузке. В анамнезе – частые ангины. Объективно: выбухание грудной клетки спереди над областью сердца, видимая на глаз пульсация в подложечной области. Верхушечный толчок смещен вниз и влево на 3 см от левой срединоключичной линии. При пальпации в области верхушки сердца определяется систолическое дрожание. Границы сердечной тупости: правая на середине расстояния между правой парастернальной линией и правым краем грудины, левая на 3 см кнаружи от левой срединоключичной линии, верхняя по II ребру. Аускультативно I тон на верхушке ослаблен, II тон на легочной артерии усилен, на верхушке прослушивается систолический шум. ЧСС 80 в минуту. АД 100/60 мм рт.столба. В анализах крови воспалительной активности нет. Ваш диагноз:

1. врожденный дефект митрального клапана

2. ХРБС с пороком сердца: недостаточность митрального клапана

3. ХРБС с пороком сердца: стеноз митрального клапана

4. инфекционный эндокардит: недостаточность митрального клапана

5. вирусный миокардит: относительная недостаточность митрального клапана

611. Девочка 12 лет поступила в клинику с жалобами на быструю утомляемость, одышку, боли в области сердца. В анамнезе – перенесенная ОРЛ. Объективно ребенок бледный, цианотичный. Имеется синюшный румянец щек. Пальпаторно верхушечный толчок разлитой, определяется пресистолическое дрожание («кошачье мурлыканье»). Границы сердечной тупости: правая по правому краю грудины, левая по левой срединоключичной линии, верхняя по II ребру. Аускультативно I тон хлопающий, слышен митральный щелчок, диастолический шум на верхушке. ЧСС 80 в минуту. АД 100/60 мм рт.столба. Рентгенологически отмечено увеличение левого предсердия со сглаженной «сердечной талией». О каком пороке сердца идет речь:

1. митральный стеноз

2. недостаточность трикуспидального клапана

3. аортальный стеноз

4. недостаточность митрального клапана

5. недостаточность аортального клапана

612. Больной 11 лет с подозрением на ОРЛ будет доставлен в стационар по скорой помощи. Жалобы: повышение температуры тела до 39 0С, одышка, тахикардия. Из анамнеза: 2 недели назад перенес ангину. По поводу, каких неотложных состояний возможно медикаментозное лечение на этапе скорой неотложной помощи:

1. острого повреждения почек

2. острого нарушения мозгового кровообращения

3. тромбоэмболии легочной артерии

4. острой сердечной недостаточности, гипертермии

5. коллапса

613. Больная получает стационарное лечение с диагнозом: Повторная ревматическая лихорадка. Назначена консультация кардиохирурга. В каких случаях показана консультация кардиохирурга:

1. консультируют всех больных с ОРЛ для предупреждения формирования порока сердца

2. при формировании пороков сердца для определения тактики лечения

3. при ревматической хорее для согласования лечения

4. при высокой степени активности для согласования назначения глюкокортикоидов

5. при наличии симптомов сердечной недостаточности для согласования лечения

614. Больной 7 лет поступил в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 39,3 ° С, боли в области сердца, боли в суставах, слабость, быструю утомляемость. Из анамнеза известно, что 3 недели назад перенес ангину. В клинике выставлен диагноз: Острая ревматическая лихорадка. В качестве этиотропного лечения назначена антибактериальная терапия кларитромицином, поскольку у ребенка аллергия на препараты пенициллинового ряда. Вес ребенка 25 кг. Выберите правильную суточную дозу кларитромицина:

1. 375 мг

2. 250 мг

3. 300 мг

4. 500 мг

5. 350 мг

615. Больная закончила курс антибактериальной терапии по поводу ОРЛ. Вес 27 кг. Подберите дозу бензатина бензилпенициллина для проведения вторичной профилактики:

1. 1,2 млн. ЕД

2. 750 000 ЕД

3. 2,4 млн. ЕД

4. 1,5 млн. ЕД

5. 600 000 ЕД

616.Показаниями к хирургическому лечению ДМЖП на первом году жизни являются:

1. СН

2. дисфункция почек

3. тяжелая анемия

4. тяжелое нарушение питания

5. гипертрофия левого желудочка

617. Какие изменения на рентгенограмме грудной клетки характерны для тетрады Фалло:

1. конфигурация сердца в виде 8

2. венозный застой

3. конфигурация сердца в виде башмачка

4. конфигурация сердца в виде яйца, лежащего на боку

5. отмечается узурация ребер

618. При обследовании сердечно-сосудистой системы у детей методом пальпации определяют следующий симптом:

1. кошачья мурлыканья

2. одышку

3. акроцианоза

4. «пляски каротид»

5. набухания шейных вен

619. Преждевременное закрытие функционирующего ОАП у новорожденного может быть вызвано введением:

1. ингибиторов простагландинов Е

2. антагонистов кальциевых каналов

3. сердечных гликозидов

4. кардиотрофиков

5. диуретиков

620. Систоло-диастолический шум ОАП при глубоком вдохе:

1. ослабевает

2. исчезает

3. не меняется

4. усиливается

5. становится систолическим

621. ДМПП считается большим, если его размер:

1. равен или больше диаметра аорты

2. равен или больше диаметра нижней полой вены

3. равен или больше диаметра митрального кольца

4. равен или больше диаметра верхней полой вены

5. равен или больше диаметра легочной артерии

622. Укажите характерный эхокардиографический признак острого миокардита у детей:

1. легочная гипертензия

2. снижение фракции выброса левого желудочка

3. гипертрофия миокарда правого желудочка

4. наличие выпота в полости перикарда

5. гипертрофия межжелудочковой перегородки

623. Выберите основную патофизиологическую характеристику рестриктивной кардиомиопатии:

1. систолическая дисфункция

2. легочная гипертензия

3. гипертония

4. ишемия миокарда

5. диастолическая дисфункция

624. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса у ребенка раннего возраста является:

1. вариантом возрастной нормы

2. признаком гипертрофии правого предсердия

3. признаком гипертрофии правого желудочка

4. признаком дисфункции атриовентрикулярного соединения

5. признаком симпатикотонии

625.Основным клиническим симптомом синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта является:

1. нарушение зрения

2. повышение давления

3. понижение давления

4. приступы брадикардии

5. приступы тахикардии

626. У новорожденного ребенка с ДМЖП первоначально неинтенсивный систолический шум значительно усилился ко 2 месяцу жизни. Это связано:

1. со снижением резистентности легочных сосудов

2. с прогрессирующим увеличением диаметра ДМЖП

3. с ростом ребенка

4. с развитием высокой легочной гипертензии

5. с развитием застойной сердечной недостаточности

627. Больному в возрасте 1 года проведена коррекция ДМПП. Нарушения гемодинамики отсутствуют. Длительность наблюдения данного пациента составляет:

1. не менее 1 года

2. не более 2 лет

3. не менее 3 месяцев

4. не более 6 месяцев

5. не более 5 лет

628. Больной 9 лет обратился к врачу с жалобами на головные боли. В ходе обследования на рентгенограмме органов грудной клетки обнаружены узурации ребер. В первую очередь следует подумать о:

1. высокой легочной гипертензии

2. аномальном дренаже легочных вен

3. коарктации аорты

4. системной артериальной гипертензии

5. стенозе митрального клапана

629. Ребенок 8 месяцев поступил в клинику с жалобами на одышку, цианоз и отставание в физическом развитии. На рентгенограмме органов грудной клетки форма сердца напоминает цифру "8". Ваш предварительный диагноз:

1. общий артериальный ствол

2. тотальный аномальный дренаж легочных вен

3. атрезия трехстворчатого клапана

4. ОАП

5. тетрада Фалло

630. Пациент 7 лет с некорригированным ДМЖП поступил в клинику с жалобами на лихорадку, ночную потливость, боль в суставах, похудание. Объективно: кожа бледная с серо-землистым оттенком, сухая, на коже нижних конечностей геморрагическая сыпь. Петехиальные высыпания на слизистых оболочках полости рта. Протодиастолический шум у основания сердца. Спленомегалия. В анализах крови отмечается анемия, креатинемия. В анализе мочи – гематурия. Ваш диагноз:

1. геморрагический васкулит с поражением почек

2. III стадия сердечной недостаточности

3. осложнение ВПС инфекционным эндокардитом

4. системная красная волчанка

5. апластическая анемия

*Детская ревматология*

631. Характерные изменения кожи при системной красной волчанке это:

1. желтовато-розоватые эритематозные бляшки

2. лиловая эритема параорбитальной области

3. симптом «бабочки» на лице

4. бледность с серо-землистым оттенком («кофе с молоком»)

5. симметричные эритроматоно-лиловые пятна над разгибательными поверхностями пястно-фаланговых суставов

632. Характерные изменения кожи при ювенильном дерматомиозите это:

1. алопеция

2. побеление, цианоз или гиперемия кожи

3. симптом «бабочки» на лице

4. бледность с серо-землистым оттенком («кофе с молоком»)

5.симметричные эритроматоно-лиловые пятна над разгибательными поверхностями пястно-фаланговых суставов

633. Патогномоничные изменения со стороны кожи при дерматомиозите:

1. повышенный сосудистый рисунок

2. «древовидное ливедо»

3. лиловая эритема в параорбитальной области

4. симптом «бабочки» на лице

5. эритроматозные высыпания в виде «декольте»

634. Признак Готтрона и гелиотропная сыпь относятся к диагностическим критериям:

1. ювенильного дерматомиозита

2. СКВ

3. склеродермии

4. узелкового полиартериита

5. неспецифического аортоартериита

635. Больной 13 лет, лихорадка, артрит коленных суставов, эритематозные высыпания на лице и открытых участках тела, энантема на твердом небе, явления стоматита, усиленное выпадение волос, одышка, постоянный сухой кашель. В легких - ослабленное дыхание, не звонкие влажные хрипы в нижних отделах. Тоны сердца глухие, тахикардия. ОАК: резко повышенная СОЭ, анемия, тромбоцитопения, лейкопения. Предполагаемый диагноз:

1. СКВ

2. ЮРА

3. узелковый полиартериит

4. ревматическая лихорадка

5. острая пневмония

636. Для синдрома Кавасаки характерны следующие клинические симптомы:

1. лихорадка, артрит, гелиотропная сыпь на верхних веках, миалгии и слабость в мышцах

2. лихорадка, изменения со стороны слизистых, малиновый язык, диффузная сыпь на коже, увеличение лимфоузлов

3. лихорадка, артрит, серозит, «бабочка» на лице

4. лихорадка, рецидивирующий синусит, фарингит, гнойный или геморрагический ринит, артралгии, поражение почек

5. лихорадка, похудание, сыпь на коже в виде «ливедо», глубокие некрозы

637. На приёме ребёнок 9 лет. При осмотре кожные покровы бледные, горячие на ощупь, выраженная лиловая эритема в параорбитальной области с отёком, капилляриты на ладонях, симметричные трещины у крыльев носа и в углах глаз, на разгибательных поверхностях пястно-фаланговых суставов отмечаются симметричные эритематозно-лиловые пятна. Ребёнок резко ограничен в движении из-за боли и слабости в проксимальных группах мыщц. Предварительный диагноз:

1. ревматическая лихорадка

2. реактивный артрит

3. узелковый полиартериит

4. ювенильный ревматоидный артрит

5. ювенильный дерматомиозит

638. Клинически для ювенильного ревматоидного артрита характерно:

1. перемежающая хромота

2. летучесть болей

3. деформация кисти в виде «птичьей лапы»

4. стойкий суставной синдром с развитием деформации пораженных суставов

5. бурсит

639. Для гранулематоза Вегенера характерны следующие клинические симптомы:

1. лихорадка, артрит, гелиотропная сыпь на верхних веках, миалгии и слабость в мышцах

2. лихорадка, изменения со стороны слизистых, малиновый язык, диффузная сыпь на коже, увеличение лимфоузлов

3. лихорадка, артрит, серозит, «бабочка» на лице

4.лихорадка, рецидивирующий синусит, фарингит, гнойный, геморрагический ринит, поражение почек

5. лихорадка, похудание, сыпь на коже в виде «ливедо», глубокие некрозы

640. Базисную терапию ювенильного ревматоидного артрита необходимо начинать:

1. при наличии висцеритов

2. при появлении деструкции суставов

3. сразу после установления диагноза

4. при неэффективности нестероидных противовоспалительных средств

5. через месяц после установления диагноза

641. Системная склеродермия характеризуется:

1. поражением проксимальной группы мышц конечностей, атрофией мыщц

2. склеродактилией, атрофией кожи, синдромом Рейно, поражением почек

3. поражением гепатолиенальной системы

4. поражением нервной системы и мыщц

5. поражением печени, почек и лимфатических узлов

642. Какие из перечисленных препаратов являются препаратами первой линии в терапии ревматоидного артрита:

1. кортикостероиды

2. препараты золота

3. нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)

4. плаквенил

5. кетотифен

643. Конъюнктивит чаще наблюдается:

1. при ЮРА

2. при синдроме Рейтера

3. при ревматической лихорадке

4. при склеродермии

5. при бруцеллёзном артрите

644. Какой из указанных признаков наиболее характерен для ювенильного дерматомиозита:

1. синдром Рейно

2. генерализованное поражение мышц

3. нейропатия

4. судорожный синдром

5. диффузное уплотнение кожи кистей рук

645. Применение стероидных (преднизолона) препаратов может вызвать:

1. снижение калия

2. снижения железа в сыворотке крови

3. снижение цинка

4. снижение витамина А

5. снижение натрия

646. Для синдрома Кавасаки характерны следующие клинические симптомы:

1. лихорадка, артрит, гелиотропная сыпь на верхних веках, миалгии и слабость в мышцах

2. лихорадка, изменения со стороны слизистых, малиновый язык, диффузная сыпь на коже, увеличение лимфоузлов

3. лихорадка, артрит, серозит, «бабочка» на лице

4. лихорадка, рецидивирующий синусит, фарингит, гнойный или геморрагический ринит, артралгии, поражение почек

5. лихорадка, похудание, сыпь на коже в виде «ливедо», глубокие некрозы

647. Основным средством патогенетической терапии при дерматомиозите является:

1. противовоспалительная терапия

2. витаминотерапия

3. терапия глюкокортикостероидами

4. антибактериальная терапия

5. антигистаминные терапия

648. При осмотре 12-летнего ребенка в области обоих век – лиловая эритема, на разгибательных поверхностях пястно-фаланговых суставов отмечаются симметричные эритематозно-лиловые пятна. Резкая болезненность при пальпации и тестоватая плотность мышц бёдер и плеч. Слабость, встает с постели и ходит с трудом. Предварительный диагноз:

1. ювенильный дерматомиозит

2. системная красная волчанка

3. системный склероз

4. узелковый полиартериит

5. ревматоидный артрит

649. У ребенка З., 10 лет в течение последнего года отмечается утренняя скованность в суставах, трудно вставать с постели, одеваться. При осмотре: межфаланговые суставы пальцев рук веретенообразно утолщены, болезненные при пальпации, кисть в кулак смыкает на 1/3, коленные суставы дефигурированы, массивные, движения в них ограниченно и болезненно. СОЭ в пределах 25-35 мм/час. Предварительный диагноз:

1. ревматическая лихорадка

2. реактивный артрит

3. ювенильный ревматоидный артрит

4. бруцеллез

5. дерматомиозит

650. Болезнь Рейтера характеризуется следующими симптомами:

1. уретрит, коньюктивит, артрит

2. сакроилеит, ахилоденит, уретрит

3. коньюктивит, ринит, повышение температуры тела

4. олигоартрит, увеит, сыпь на коже

5. олигоартрит, ирридоциклит, энтезопатии

651. Для ювенильного анкилозирующего спондилита характерно наличие:

1. ассиметричного олигоартрита, сакроилеита, ирридоциклита, энтезопатии

2. уретрита, коньюктивита, артрита, бурсита

3. полиартрита, высыпаний на коже, лихорадки, полиаденита

4. мигрирующего артрита, кольцевидной эритемы, кардита

5. олигоартрита, увеита

652. К препаратам класса ГИБП относятся:

1. циклоспорин А

2. сульфосалазин

3. актемра

4. Д-пенициламин

5. плаквенил

653. При артериите Такаясу поражаются:

1. сосуды микроциркуляторного русла

2. мелкие артерии и венулы

3. капилляры

4. артериолы и венулы

5. аорта и её основные ветви

654. К диагностическим критериям неспецифического аортоартериита у детей относятся:

1. синдром отсутствия пульса, разница систолического давления на правой и левой конечностях, патологические сосудистые шумы

2. изменения со стороны слизистых, малиновый язык, высокая температура

3. поражение верхних и нижних дыхательных путей

4. поражение почек и хронические рецидивирующие синуситы

5. сетчатое ливедо, кожные узелки, некрозы, гипертензия, миалгии

655. В структуру диффузных болезней соединительной ткани входит все, кроме:

1. системной красной волчанки;

2. системной склеродермии;

3. узелкового периартериита;

4. геморрагического васкулита;

5. дерматомиозита.

656. Симптом «бабочки» на лице указывает на активность системной красной волчанки:

1. I степени;

2. II степени;

3. III степени;

4. период ремиссии;

5. не является критерием активности СКВ.

657. Критерии активности системной красной волчанки включают все, кроме:

1. лихорадки;

2. количества LE-клеток на 1000 лейкоцитов;

3. утренней скованности пораженных суставов;

4. кардита;

5. нефрита.

658. Постоянная сухость слизистых оболочек полости рта является признаком:

1. синдрома Рейно;

2. синдрома Шегрена;

3. антифосфолипидного синдрома;

4. нефротического синдрома;

5. синдрома Жакку.

659. В диагностике системной красной волчанки решающее значение имеет обнаружение:

1. лейкоцитоза;

2. увеличения СОЭ;

3. анемии;

4. тромбоцитопении;

5. LE-клеток.

660. Большим диагностическим критерием системной склеродермии служит:

1. склеродактилия одного пальца;

2. проксимальная склеродерма;

3. рубцы на кончиках пальцев;

4. потеря вещества подушечек пальцев;

5. двусторонний базальный легочный фиброз.

661. Симптом «лиловых очков» характерен для:

1. системной красной волчанки;

2. системной склеродермии;

3. узелкового периартериита;

4. геморрагического васкулита;

5. дерматомиозита.

662. Симметричная слабость проксимальных мышц конечностей и туловища позволяет заподозрить:

1. системную красной волчанки;

2. системную склеродермию;

3. узелковый периартериит;

4. дерматомиозит;

5. болезнь Рейно.

663. Максимальная суточная доза преднизолона при лечении ДБСТ составляет:

1. 40-45 мг;

2. 50-55 мг;

3. 60-65 мг;

4. 70-75 мг;

5. 80-85 мг.

664. Пеницилламин служит препаратом выбора при:

1. системной красной волчанке;

2. системной склеродермии;

3. узелковом периартериите;

4. геморрагическом васкулите;

5. дерматомиозите.

665. При ювенильном анкилозирующем спондилите в анализах крови определяется:

1. HLA-B27

2. АНФ

3. РФ

4. ScI-70

5. ANCA

666. К рентгенологическим признакам 1 стадии сакроилеита при ювенильном анкилозирующем спондилите относятся:

1. субхондральный остеосклероз, неровность суставных поверхностей

2. нормальная ширина суставных щелей с обеих сторон, без деструктивных изменений

3. двусторонние деструктивные изменения, эрозии с псевдорасширением

4. выраженные признаки анкилоза в обоих крестцово-подвздошных сочленениях

5. двусторонние деструктивные изменения с сужением суставной щели

667. К препаратам класса ГИБП относятся:

1. циклоспорин А

2. сульфосалазин

3. ритуксимаб

4. Д-пенициламин

5. плаквенил

668. Для 4 рентгенологической стадии при ювенильном ревматоидном артрите характерно наличие

1. остеопороза

2. сужения суставной щели

3. расширения суставной щели

4. анкилоза

5. нарушения роста костей

669. Одним из патоморфологических признаков при узелковом полиартериите является:

1. гранулематозное воспаление аорты и её главных ветвей

2. некротизирующий васкулит мелких и средних артерий

3. повреждение сосудистых эндотелиальных клеток с замещением их гладкомышечными

4. деструктивное поражение крупных и средних артерий

5. деструктивное поражение преимущественно коронарных артерий

670. К основным клиническим критериям реактивных артритов относятся:

1. артрит, изменение ногтей в виде «напёрстка»

2. ассиметричный моно – или олигоартрит суставов нижних конечностей

3. мигрирующий артрит крупных и средних суставов

4. полиартрит с поражением мелких суставов кистей рук

5. олигоартрит, миалгии, гелиотропная сыпь

*Детская аллергология*

671. Высыпания в виде лихеноидных папул, обильное шелушение, множественные расчесы и трещины кожи характеризует форму атопического дерматита:

1. экссудативную

2. эритематозно-сквамозную

3. эритематозно-сквамозную с лихенизацией

4. лихеноидную

5. пруригинозную

672. Аллергическое поражение кожи в виде ограниченного островоспалительного отека сосочкового слоя дермы характерно для:

1. сывороточной болезни

2. синдрома Стивенса-Джонса

3. синдрома Лайела

4. отека Квинке

5. крапивницы

673. Гиперемия, инфильтрация и легкое шелушение кожи без экссудации характеризует форму атопического дерматита:

1. экссудативную

2. эритематозно-сквамозную

3. эритематозно-сквамозную с лихенизацией

4. лихеноидную

5. пруригинозную

674. Эритема, шелушение, расчесы, в том числе на фоне уплотнения кожи, характеризуют стадию атопического дерматита:

1. острую

2. подострую

3. продромальную

4. хроническую

5. ремиссии

675. Аллергическое поражение кожи в виде ограниченного отека кожи с поражением глубоких слоев кожи и подкожной клетчатки характерно для:

1. сывороточной болезни

2. синдрома Стивенса-Джонса

3. синдрома Лайела

4. отека Квинке

5. крапивницы

676. На консультативном приеме осмотрена девочка 1,5 лет. В двухмесячном возрасте мать отмечала гиперемию щек, опрелости. Родилась от 2-й беременности, протекавшей с токсикозом II половины. На грудном вскармливании девочка находилась до 2 мес. Обострение кожных проявлений мать связывает с употреблением коровьего молока. Наследственность: у матери рецидивирующая крапивница. Какой диагноз:

1. скарлатина

2. аллергический дерматит

3. корь

4. потница

5.чесотка

677. После исчезновения первичных кожных элементов при крапивнице остается:

1. некроз

2. отсутствие изменений

3. шелушение

4. гипопигментация

5. гиперпигментация

678. У новорожденного ребенка появились эритема, отечность, уртикарная сыпь, везикулы в области промежности, ягодиц, бедер. Что можно заподозрить:

1. атопический дерматит

2. розовый лишай Жибера

3. ихтиоз

4. пеленочный дерматит

5. чесотку

679. Сильнейший зуд и множественные фолликулярные папулы плотной консистенции, шаровидной формы с множественными рассеянными экскориациями на поверхности папул характеризует форму атопического дерматита:

1. экссудативную

2. эритематозно-сквамозную

3. эритематозно-сквамозную с лихенизацией

4. лихеноидную

5. пруригинозную

680. У ребенка 3 месяцев находящегося на исскуственном вскармливании появилась покраснения и сухость кожи (молочный струп) на щеках, чешуйки на волосистой части головы, бровях (гнейс). Предварительный диагноз:

1. крапивница

2. атопический дерматит

3. чесотка

4. простой лишай

5. ихтиоз

681. Наиболее часто пищевая аллергия у детей развивается на:

1. яблоки

2.коровье молоко

3. бананы

4. капусту

5. тыкву

682. Максимальная частота клинических проявлений пищевой аллергии у детей приходится на возраст:

1. до 3 лет

2. 3-6 лет

3. 6-9 лет

4. 9-12 лет

5. старше 12 лет

683. Моно или олиговалентная форма пищевой аллергии определяется при сенсибилизации к:

1. 1-3 пищевым продуктам

2. более 3-5-пищевым продуктам

3. при сочетании с непищевыми аллергенами

4. к 6-8 пищевым продуктам

5. более 10 пищевым продуктам

684. При аллергии на коровье молоко наиболее вероятна аллергическая реакция на антигены:

1. бобовых

2. пшеницы

3. лосося

4. козьего молока

5. белка куриного яйца

685. Самым частым видом сенсибилизации в детском возрасте является:

1. бытовая

2. пыльцевая

3. пищевая

4. медикаментозная

5. холодовая

686. Среди детей раннего возраста с пищевой аллергией наиболее часто выявляется гиперчувствительность к:

1. коровьему молоку

2. рыбе

3. пшенице

4. цитрусовым

5. бобовым

687. При аллергии на латекс (перчатки) возможно развитие пищевой аллергии на антигены:

1. коровьего молока

2. козьего молока

3. банана

4. бобовых

5. рыбу

688. Клинические проявления пищевой аллергии чаще встречаются:

1. в первые месяцы и годы жизни

2. в подростковом возрасте

3. в юношеском возрасте

4. в зрелом возрасте

5. в пожилом возрасте

689. К 2-3 годам возможно исчезновение гиперчувствительности к аллергенам:

1. арахиса

2. лесных орехов

3. коровьего молока

4. рыбы

5. ракообразных

690. Наиболее высоким аллергизирующим потенциалом обладает:

1. кефир

2. творог

3. цельное молоко

4. зеленое яблоко

5. укроп

691. У ребенка после употребления вареного яйца появился зуд и отечность губ, лица, высыпания на лице. Какое состояние можно предположить:

1. чесотка

2.стридор

3. пищевая аллергия

4. поллиноз

5. стоматит

692. Девочка с 5 месяцев страдает атопическим дерматитом. Заболевание началось после введения прикорма в виде манной каши на коровьем молоке. Сейчас ребенку 8 месяцев. Кормится грудным молоком, гречневой безмолочной кашей. Какие рекомендации по вскармливанию необходимо дать:

1. не кормить грудью

2.ввести в рацион другие крупы

3. исключить причинно значимый аллерген

4. ввести в рацион овощи

5. ввести в рацион соевое молоко

693. При введении в питание куриного желтка ребенку 7 месяцев возникли покраснение и отек лица, отек глаз, зуд век, кашель. Наследственность отягощена – у мамы поллиноз, у папы бронхиальная астма. Ваш предварительный диагноз:

1. корь

2.блефарит

3. пищевая аллергия

4. бронхит

5. СКВ

694. У ребенка с положительным аллергоанамнезом отмечается реакция в виде кожных высыпаний на лице, зуд губ, языка при употреблении в пищу арахиса. Какие продукты могут вызвать перекрестную реакцию:

1. морепродукты

2.крупы

3. орехи

4. мясо

5. овощи

695. У ребенка с установленной пищевой аллергией на коровье молоко к кожными проявлениям присоединились боли в эпигастрии о чем можно подумать:

1. пищевое отравление

2.гастроэзофагальный рефлююкс

3. аллергический гастрит

4. эзофагит

5. дуоденит

696. Ребенок с пищевой аллергией получает в лечении антигистаминные препараты, исключили причинно- значимые аллергены Какие еще мероприятия необходимо провести:

1. полоскать рот после еды

2.не принимать горячую пищу

3. вести пищевой дневник

4. соблюдать режим приема пищи

5. пить больше жидкости

697. У ребенка установлена непереносимость рыбы, какая перекрестная аллергия возможна у него:

1. на молоко

2.на шоколад

3. на морепродукты

4. на хлеб

5. на мясо

698. Какие лечебные мероприятия необходимо провести ребенку с пищевой аллергией, который получает антигистаминные препараты, энтеросорбенты.

1. промывание желудка

2.полоскание рта и горла

3. элиминационная диета

4. физиолечение

5. лечебная физкультура

699. После употребления в пищу пирожных и сладкого у ребенка появляются высыпания. Родители обратились к врачу и просят выявить, какие еще аллергены могут вызвать аллергию у ребенка. Какое обследование необходимо?

1. биохимичекие анализы крои

2. тест на аллергопанель

3. УЗИ

4. общий анализ крови

5. общий анализ мочи

700. У ребенка периодически возникают высыпания на коже после употребления сладостей, молока и других продуктов. Что необходимо обязательно для выявления причинно значимых аллергенов:

1. ведение пищевого дневника

2.соблюдение режим питания

3. составить меню

4. хорошо обрабатывать продукты

5. пить воду

701. Наиболее быстро анафилактический шок развивается при введении аллергена:

1. перорально

2. внутривенно

3. внутримышечно

4. внутрикожно

5. ингаляционно

702. При анафилактическом шоке у ребенка массой тела10 кг. 0,1 % раствор адреналина гидрохлорида вводится подкожно в дозе:

1.0,1 мл

2. 0,2 мл

3. 0,5 мл

4. 0,7 мл

5. 1 мл

703. Доза преднизолона при анафилактичеком шоке у детей составляет:

1. 0,5-1 мг/кг

2. 1-2 мг/кг

3.2 -3 мг/кг

4. 3-4 мг/кг

5. 5-6 мг/кг

704. Больной М., 10 лет. Ежегодно, весной и летом появляется заложенность носа, зуд в носу, водянистые выделения из носа, зуд в глотке, зуд в слуховых проходах, приступообразное чихание, зуд в глазах, слезотечение. Поставьте диагноз:

1.поллиноз

2. вазомоторный ринит

3. пневмония

4. гайморит

5. полипоз носа

705. Больной К. 11 лет жалуется на приступообразный кашель, чувство сдавления в груди, одышку при физической нагрузке, свистящее дыхание. При осмотре: бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, аускультативно: на фоне жесткого дыхания выслушиваются сухие свистящие хрипы по всем полям. Из анамнеза: в раннем возрасте проявления атопического дерматита, пищевая, лекарственная аллергия, отягощенный аллергоанамнез. О каком заболевании идет речь?

1. обструктивный бронхит

2. бронхиальная астма

3. эмфизема легких

4. пневмония

5. острый бронхит

706. Больная 9 лет, обратилась с жалобами на уртикарные высыпания по всему телу, сопровождающиеся сильным зудом. Отмечает появление высыпаний после приема сладкого. Поставьте диагноз:

1. атопический дерматит

2. псориаз

3. крапивница

4. чесотка

5. холодовая крапивница

707. У ребенка в месте введения баралгина через 15 минут появились зуд, крапивница, онемение пальцев, тошнота. При клиническом обследовании определяется частый нитевидный пульс, низкое АД, глухие тоны сердца. Диагноз:

1. отек Квинке

2.анафилактический шок

3. атопический дерматит

4. синдром Лайела

5. синдром Стивенса-Джонсона

708. У больного бронхиальной астмой развился затяжной приступ экспираторного удушья, не купирующийся симпатомиметиками. При осмотре: шумное дыхание с дистантными хрипами, выраженная одышка, тахикардия. При аускультации сухие хрипы, в нижних отделах участки "немого легкого". Диагноз:

1. отек Квинке

2. анафилактический шок

3. синдром Лайела

4.астматический статус

5. синдром Стивенса-Джонсона

709. Для первичной диагностики бронхиальной астмы используется классификация:

1. по уровню контроля

2. степени дыхательной недостаточности

3.по степени тяжести

4. по сенсибилизации

5. по периоду болезни

710. Класификация бронхиальной астмы по уровню контроля используется:

1. до начала лечения

2. через 1 неделю от начала лечения

3. через 2 недели от начала лечения

4.через 4 недели от начала лечения

5. через 3 месяца от начала лечения

*Детская пульмонология*

711. Ребенку 8 лет. Ребенок возбужден, температура – 37,8оС, ЧД – 38 в минуту, ЧСС – 130 в минуту. Умеренная гиперемия зева. При перкуссии над легкими- коробочный оттенок легочного звука. При аускультации- дыхание жесткое, выдох удлинен, выслушиваются  сухие свистящие и  единичные влажные хрипы над  всей поверхностью легких. Ваш предположительный диагноз.

1.острый ларинготрахеит.

2. острый обструктивный бронхит.

3. острая пневмония.

4. приступ бронхиальной астмы.

5. инородное тело дыхательных путей

712. Ребенку 3 года, возбужден, температура – 37,9оС, ЧД – 41 в минуту, РS – 138 в минуту. Затрудненный удлиненный выдох, участие вспомогательных мыщц в акте дыхания. При перкуссии над легкими коробочный оттенок легочного звука. При аускультации дыхание жесткое, выдох удлинен, выслушиваются  сухие свистящие и  единичные влажные хрипы над  всей поверхностью легких. Тактика ведения:

1. назначить антибиотики

2. снять обструктивный синдром

3. назначить кортикостероиды

4. назначить оксигенотерапию

5. провести лечебную бронхоскопию

713. Ребенку 8 месяцев. Выраженный обструктивный синдром. Окажите неотложную помощь.

1. сальбутамол3дозы через спейсер

2. ампициллин 50мг/кг в/в

3. преднизолон 15 мг в/м

4. адреналин 0,15 мл в/м

5. эфедрин 0,5 мл в/м

714. Ребенку 6 месяцев. Ему провели эффективный алгоритм лечения бронхиальной обструкции. Ваша дальнейшая тактика.

1. ингаляция ацетилцистеином 33 раза в сутки

2. ампициллин в/м

3. сальбутамол 3 раза в сутки через спейсер

4. пульс-терапия метилпреднизолоном

5. сироп от кашля

715. Ребенку провели лечение бронхиальной обструкции сальбутамолом с недостаточным эффектом. Какую терапию Вы назначите?

1. санационную бронхоскопию

2. повторную ингаляцию сальбутамолом плюс дексаметазон в/м

3. седациюгомком

4. эфедрин внутримышечно

5. искусственную вентиляцию легких

716. Ведущую роль в этиологии рецидивирующего бронхита играют:

1. хламидии

2. аденовирусы

3. вирусы + бактерии

4. ЦМВ

5. бактерии

717. Диагноз «Рецидивирующий бронхит» устанавливается при повторении эпизодов бронхита ( в течении 1-2 последовательных лет):

1. 1-2 раза

2. 7-8 раз

3. 5-6 раз

4. 3-4 раза

5. ежемесячно

718. Один из признаков, подтверждающих возможность муковисцидоза:

1. снижение уровня Са и Р в крови

2. повышение уровня Са и Р в крови

3. токсикоз с эксикозом

4. повышение NaCl в потовой жидкости (выше 60ммоль/л)

5. понижение NaCl в потовой жидкости (ниже 60ммоль/л)

719. Первый шаг в алгоритме лечения обструктивного бронхита:

1. в/в введение эуфиллина

2. сальбутамол через спейсер

3. преднизолон в/в

4. беклометазон

5. интал через спейсер

720. Доминирующим возбудителем госпитальной пневмонии являются:

1. пневмококки

2. полирезистентные стафилококки

3. стрептококки

4. ЦМВ

5. герпес

721. Одним из ведущих признаков тяжелой пневмонии по ВОЗ является:

1. центральный цианоз

2. втяжение уступчивых мест грудной клетки

3. кашель

4. одышка менее 40 в мин

5. подъем температуры до 38⁰ С

722. Очагово-сливная пневмония имеет склонность к:

1. затяжному течению

2. деструкции легочной паренхимы

3. развитию эмфиземы

4. фиброзной трансформации легочной ткани

5. развитию ателектазов

723. Первичный рецидивирующий бронхит у детей дошкольного возраста является следствием:

1. инородного тела бронхов

2. дефицита альфа-1-антитрипсина

3. аспирации пищи

4. инфицирования в ДДУ

5. аномалии развития бронхов и сосудов

724. Вторичный рецидивирующий бронхит у детей является следствием:

1. хронических очагов инфекций ЛОР-органов

2. пассивного курения

3. экссудативно-катарального и лимфатико-гипопластического диатезов

4. гиперреактивности бронхов

5. инородного тела бронхов

725. Ребенок 5 лет. Жалобы на постоянный насморк, кашель, головную боль, снижение аппетита, храп во сне, нарушение носового дыхания. Из анамнеза: болен с 3-летнего возраста, обострения, как минимум 4-5 раз в год. Выявлены «аденоидный» тип лица, увеличение шейных лимфоузлов, одышка. В легких: жесткое дыхание, удлинен выдох, непостоянные сухие и влажные хрипы. Вы предполагаете:

1. обструктивный бронхит

2. рецидивирующий бронхит

3. острую пневмонию

4. острый бронхит

5. острый бронхиолит

726. Один из факторов, способствующих развитию бронхо-легочной дисплазии:

1. гестационный возраст (более 38 недель)

2. лечение сурфактантом

3. длительная ИВЛ новорожденного

4. лечение антибиотиками

5. оценка по шкале Апгар 6-7 баллов

727. Обструктивным бронхитом чаще всего болеют дети в возрасте:

1. новорожденные

2. 4-7 лет

3. 8-14 лет

4. старше 14 лет

5. 1-3 года

728. В генезе нарушения бронхиальной проходимости при аллергическом обструктивном бронхите ведущая роль отводится:

1. отеку слизистой

2. гипосекркции слизи

3. гиперсекреции слизи

4. бронхоспазму

5. воспалительной инфильтрации

729. Ребенку 3 года. В клинической симптоматике диагностированной ему острой пневмонии ведущее место занимают:

1. рассеянные влажные хрипы

2. локальное укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания

3. ослабленное дыхание над всей поверхностью легких

4. рассеянные сухие хрипы

5. жесткое дыхание с удлиненным выдохом

730.Ребенку 4 года. Диагностирован острый обструктивный бронхит , первоочередное назначение:

1. антибиотики пенициллинового ряда

2. фторхинолоны

3. бронходилятаторы короткого действия

4. ноотропы

5. антигистаминные препараты

731. У детей до 6 месяцев с неотягощенным преморбидным фоном этиологическим фактором домашних пневмоний чаще является:

1. пневмококки

2. грамотрицательная микрофлора

3. бета-гемолитический стрептококк

4. хеликобактерпилори

5. пневмоциста

732. У детей старше 6 месяцев с неотягощенным преморбидным фоном этиологическим фактором внебольничных пневмоний чаще являются:

1. пневмококки

2. вирусы

3. пневмоцисты

4. грамотрицательная микрофлора

5. легионелла

733. У ребенка внезапный приступ затрудненного дыхания при нормальной температуре (стенотическое дыхание, измененный голос, грубый кашель). Ранее не болел. Вы предполагаете:

1. ложный круп

2. дифтерийный круп

3. острый бронхиолит

4. инородное тело гортани

5. пневмонию

734. Основные рентгенологические признаки острой очаговой пневмонии:

1. вздутие легочных полей

2. очаги инфильтрации менее 5 мм в диаметре

3. очаги инфильтрации более 5 мм в диаметре с нечеткими контурами

4. массивная инфильтрация с четкими границами

5. усиление легочного рисунка

735. На рентгенограмме органов грудной клетки при сегментарной пневмонии:

1. очаги инфильтрации размером до 5 мм с нечеткими контурами

2. очаги инфильтрации размером более 5 мм с нечеткими контурами

3. очаг массивной инфильтрации с нечетким контуром

4. картина «ватного легкого»

5. очаг инфильтрации с четким контуром и признаками ателектаза

736. Один из внелегочных осложнений острой пневмонии:

1. респираторныйдистресс-синдром взрослого типа

2. пиелонефрит

3. эмпиема плевры

4. пневмоторакс

5. абсцесс легкого

737. Стартовый антибиотик при лечении пневмонии, вызванной атипичным возбудителем:

1. ампициллин

2. азитромицин

3. цефтриаксон

4. амоксициллин

5. ципрофлоксацин

738. Острой пневмонии присущи:

1. рассеянные сухие хрипы

2. рассеянные влажные хрипы

3. локальное укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания

4. ослабление дыхания над всей поверхностью легких

5. шум трения плевры

739. Один из признаков классического синдрома Картагенера:

1. острый ринит

2. бронхоэктазы

3. ателектазы

4. эмфизема

5. эмпиема плевры

740. Ребенку 10 лет. Доставлен в поликлинику с жалобами на затрудненное дыхание, приступообразный непродуктивный кашель, свистящее дыхание, чувство страха удушья, чувство сдавления в груди. Купирование приступа начинаете с:

1. адреналина

2. сальбутамола

3. но-шпы

4. преднизолона

5. интала

741. «Сотовое легкое» на рентгенограмме органов грудной клетки свидетельствует о:

1. острой пневмонии, осложненной деструкцией легочной паренхимы

2. бронхиальной астме

3. синдромеХаммена-Рича

4. синдромеГудпасчера

5. идиопатическом легочном гемосидерозе

742. Синдром «цилиарной дискинезии» характерен для:

1. муковисцидоза

2. затяжного течения пневмонии

3. синдрома Картагенера

4. поликистоза легких

5. гемосидероза легких

743. Наиболее характерным этиологическим возбудителем пневмонии приВИЧ-инфекции у детей являются:

1. менингококки

2. пневмоцисты

3. грибы рода Candida

4. кишечная палочка

5. стрептококки

744. Исследование, необходимое для подтверждения диагноза пневмонии:

1. спирография

2. бронхография

3. рентгенография легких

4. пикфлоуметрия

5. сцинтиграфия легких

745. Пневмонию можно заподозрить у ребенка в возрасте до 2 месяцев без признаков бронхиальной обструкции при наличии частоты дыхания:

1. 60 в минуту и более

2. 50 в минуту

3. 40 в минуту

4. 30 в минуту

5. 20 в минуту

746. Пневмонию можно заподозрить у ребенка в возрасте от 2 месяцев до 1 года без признаков бронхиальной обструкции можно заподозрить при наличии частоты дыхания:

1. 60 в минуту и более

2. 50 в минуту и более

3. 40 в минуту и более

4. 30 в минуту и более

5. 20 в минуту и более

747. Пневмонию можно заподозрить у ребенка в возрасте от 1 года до 5 лет без признаков бронхиальной обструкции при наличии частоты дыхания:

1. 60 в минуту и более

2. 50 в минуту и более

3. 40 в минуту и более

4. 30 в минуту и более

5. 20 в минуту и более

748. Пневмонию можно заподозрить у ребенка в возрасте старше 5 лет без признаков бронхиальной обструкции при наличии частоты дыхания:

1. 60 в минуту и более

2. 50 в минуту и более

3. 40 в минуту и более

4. 30 в минуту и более

5. 20 в минуту и более

749. Ребенок 2 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на температуру 37,0, насморк, сухой приступообразный кашель, одышку, хрипы, слышные на расстоянии. Со слов матери, ребенок болеет около суток. Объективно – состояние тяжелое за счет бронхообструктивного синдрома. Выраженная экспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры, выдох удлинен, отмечаются дистантные хрипы. Поставьте диагноз.

1. острыйобструктивныйбронхит

2. остраятипичнаяпневмония

3. бронхиальнаяастма

4. остраяатипичнаяпневмония

5. врожденныйпорокразвитиялегких

750. Ребенок 2-х лет с температурой 39,5ºС, в течение 3-х дней, одышкой 55 дыханий в минуту без признаков бронхиальной обструкции 2 недели назад прооперирован по поводу ущемленной паховой грыжи. Предварительный диагноз.

1. ОРВИ

2. остраядомашняяпневмония

3. госпитальнаяпневмония

4. вентилятор-ассоциированнаяпневмония

5. атипичнаяпневмония

751. Ребенку 4 года диагностирована острая домашняя пневмония. Назначьте стартовый антибиотик.

1. цефтриаксон

2. амоксиклав

3. гентамицин

4. амоксициллин

5. кларитромицин

752. На приеме ребенок 12 лет с температурой 37,5ºС, сухим кашлем, скудными катаральными явлениями в носоглотке, асимметрий влажных хрипов в легких. Учится в лицее с круглосуточным пребыванием. Поставьте предварительный диагноз.

1. крупознаяпневмония

2. орви

3. атипичнаяпневмония

4. острыйбронхиолит

5. госпитальнаяпневмония

753.Ребенку 6 лет, посещающему детский сад, диагностирована атипичная пневмония. Назначьте стартовый антибиотик.

1. цефтриаксон

2. амоксициллин

3. амоксиклав

4. гентамицин

5. кларитромицин

754. Клинические признаки экссудативного плеврита:

1. обструктивный кашель

2. жесткое дыхание

3. отставание соответствующей половины грудной клетки в акте дыхания

4. влажные крупнопузырчатые хрипы

5. бочкообразная грудная клетка

755. Инспираторная одышка характерна для:

1. бронхиолита

2. крупа

3. бронхопневмонии

4. бронхита

5. бронхиальной астмы

756. Основные показания для диагностической бронхоскопии у детей:

1. бронхиальная астма

2. острый бронхит

3. ларинготрахеит

4. персистирующий кашель неясного генеза

5. подозрение на острую пневмонию

757. Дыхательнуюнедостаточность ставят на основании (из перечисленного):

1. подсчета частоты сокращений сердца

2. участия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания

3. рентгенологического исследования грудной клетки

4. УЗИ грудной клетки

5. биохимических анализов крови

758. Клинические признаки, характерные для экссудативного плеврита:

1. смещение органов средостения в здоровую сторону

2. смещение органов средостения в больную сторону

3. коробочный звук при перкуссии

4. везикулярное дыхание при аускультации

5. жесткое дыхание при аускультации

759. В качестве жаропонижающего средства при лечении пневмонии у детей может быть использован:

1. анальгин;

2. ацетилсалициловая кислота;

3. диклофенак-натрий;

4. ибупрофен;

5. амидопирин.

760. Типичной жалобой при хронических неспецифических заболеваниях легких служит:

1. першение в горле;

2. слизистые выделения из носовых ходов;

3. утренний кашель с мокротой;

4. головная боль;

5. сонливость.

761. Возникновение симптомов удушья 3-4 раза в неделю служит характеристикой следующей формы бронхиальной астмы:

1. легкой интермиттирующей;

2. легкой персиститующей;

3. среднетяжелой;

4. тяжелой;

5. астматического статуса.

762. Для контролируемой бронхиальной астмы характерно:

1. наличие менее двух эпизодов удушья в неделю;

2. ограничение активности;

3. наличие кашля во время сна;

4. пробуждение от кашля во время сна;

5. потребность в препаратах неотложной помощи 1-2 дня в неделю.

763. Ключевыми симптомами бронхиальной астмы являются все, кроме:

1. частых эпизодов одышки;

2. ночного кашля, не связанного с ОРВИ;

3. кашля или одышки после физической нагрузки;

4. исчезновения симптомов после 3-хлетнего возраста;

5. исчезновения симптомов после назначения бронходилататоров.

764. Пикфлоуметрия – это:

1. определение пиковой скорости вдоха;

2. определение пиковой скорости выдоха;

3. бронходилятационная проба;

4. определение бронхиального дыхания;

5. определение показателя экскурсии грудной клетки.

765. Препаратами первой линии при лечении обострения астмы являются:

1. оральные глюкокортикоиды,

2. ингаляционные глюкокортикоиды;

3. ингаляционные β2-агонисты короткого действия;

4.антилейкотриеновые препараты;

5. теофиллины пролонгированного действия.

766. При лечении острой пневмонии повторная рентгенография органовгрудной клетки проводится вслучае:

1. отсутствия эффекта отлечения

2. положительного эффекта отлечения

3. отсутствия локальнойсимптоматики

4. быстрой нормализациитемпературы

5. снижения симптомовинтоксикации

767. При лечении неосложненной пневмонии ребенку назначают ампициллин из расчета(мг/кг/сутки)

1. 30

2. 50

3. 100

4. 150

5. 200

768. Для лечения пневмококковой пневмонии высокоэффективным препаратом являются:

1. макролиды

2. аминогликозиды

3. пенициллины

4. тетрациклины

5. цефалоспорины

769. Для рентген картины бронхитов у детейхарактерно:

1. локальноезатемнение

2. ослабление прикорневогорисунка

3. прикорневоезатемнение

4. усиление прикорневого рисунка

5. деформация легочногорисунка

770. Наиболее характерная для муковисцидоза форма:

1. отечная

2. легочно-кишечная

3. печеночно-кишечная

4. абдоминальная

5. нефротическая

*Детская нефрология*

771. Длительность стероидотерапии дебюта нефротического синдрома должен быть не менее:

1. 1 мес

2. 1,5 мес

3. 2,5 мес

4. 0,5 мес

5. 3 мес

772.Расчетная доза преднизолона при лечении дебюта нефротического синдрома:

1. 1 мг/кг

2. 1,5 мг/кг

3. 2,5 мг/кг

4. 2 мг/кг

5. 3мг/кг

773.Показания для терапии цитостатиками без проведения пункционной биопсии:

1. вторичный нефритический синдром

2. вторичный нефротический синдром

3. стероидзависимый нефротический синдром

4. стероидрезистентный нефротический синдром

5. стероидчувствительный нефротический синдром

774.Показания для пульса терапии метилпреднизолоном:

1. вторичный нефритический синдром

2. вторичный нефротический синдром

3. нефротический криз

4. стероидчувствительный нефротический синдром

5. нефритический синдром

775.Доза метилпреднизолона в качестве пульс терапии:

1. 10 мг/кг

2. 20 мг/кг

3. 100 мг/кг

4. 15 мг/кг

5. 25мг/кг

776. Препараты, требующие мониторирования в сыворотке крови при терапии стероидзависимого нефротического синдрома:

1. ингибиторы кальцийнерина

2. мофетило-мекофеноловая кислота

3. алкилирующие средства (хлорамбуцил)

4. преднизолон

5. Циклофосфан

777.Пиелонефрит чаще вызывается:

1. стафилококком

2. энтерококком

3. вульгарным протеем

4. кишечной палочкой

5. синегнойная палочка

778.Пиелонефрит относится к инфекциям:

1. верхних мочевых путей

2. нижних мочевых путей

3. верхних и нижних мочевых путей

4. средних мочевых путей

5. верхних, средних, нижних мочевых путей

779.Необъяснимая лихорадка является патогмоничным симптомом:

1. средних мочевых путей

2. нижних мочевых путей

3. верхних и нижних мочевых путей

4. верхних мочевых путей

5. верхних, средних, нижних мочевых путей

780.Синдром дизурических расстройств проявляется:

1. недержанием мочи

2. урежением мочеиспусканий

3. учащением мочеиспусканий

4. болезненность при мочеиспусканий

5. сочетанием всех перечисленных симптомов

781.Никтурией называется:

1. частое болезненное мочеиспускание

2. недержание мочи

3. выделение мочи более 1,5 л

4. преобладание ночного диуреза над дневным

5. болезненность при мочеиспусканий

782.Нормативы диуреза у новорожденных:

1. 0,5 мл/кг/час

2. 0,8 мл/кг/час

3. 1,5 мл/кг/час

4. 2,0-3,0 мл/кг/час

5. 1,5-2,0 мл/кг/час

783.Нормативы диуреза у детей старше 1 года:

1. до 0,5 мл/кг/час

2. до 2,0 мл/кг/час

3. до 1,5 мл/кг/час

4. до 2,5 мл/кг/час

5. до 3,0 мл/кг/час

784. Больной 10 лет жалуется на боли в пояснице. Длительное время страдал синуситом. Отеков нет, АД-120/80 мм рт.ст. Имеется микроальбуминурия, гематурия, холестерин 5,6 ммоль/л. Наиболее вероятно, что у больного:

1. острый цистит

2. болезнь Берже

3. камень мочевого пузыря

4. камень почек

5. острый пиелонефрит

785.Больная, женщина 16 лет с мягкой артериальной гипертензией. Имеется выраженная протеинурия (до 18-20 г/сут), повышенная концентрация белка в плазме крови (85 г/л). Вероятный диагноз:

1. поражение почек при артериальной гипертензии

2. миеломная болезнь

3. амилоидоз

4. хронический пиелонефрит

5. хронический гломерулонефрит

786.У ребенка 12 лет при объективном обследовании в обоих подреберьях пальпируются болезненные, бугристые плотноэластические образования. Имеются лабораторные признаки хронической почечной недостаточности. В первую очередь следует подумать:

1. об удвоении почек

2. о поликистозе почек

3. о раке почки

4. о хроническом пиелонефрите

5. о хроническом гломерулонефрите

787. У 16-летнего больного, 4 года страдающего остеомиелитом костей таза, появились отеки, асцит, гидроторакс. При обследовании обнаружены нефротический синдром, гепатоспленомегалия. В крови тромбоцитоз 868000, резко повышен уровень фибриногена. Наиболее вероятен диагноз:

1. постинфекционный гломерулонефрит

2. декомпенсированный цирроз печени

3. гепаторенальный синдром

4. вторичный амилоидоз с поражением почек

5. вторичный гломерулонефрит

788. Какие заболевания наиболее часто осложняются амилоидозом?

1. системная красная волчанка

2. болезнь Бехтерева

3. микроскопический полиангиит

4. синдром Чарджа-Стросса

5. подагра

789.Какие положения, касающиеся нефротического криза, не правильные?

1. развивается при нефротическом синдроме с критически низким уровнем альбумина крови

2. сопровождается резким повышением АД

3. характеризуется появлением рожеподобной эритемы

4. сопровождается перитонитоподобными симптомами

5. сопровождается снижением АД

790. У 22-летнего больного, страдающего ХГН нефротического типа, на коже левого бокового отдела живота появился четко отграниченный участок яркой эритемы с плотным отеком кожи, подкожной клетчатки, валиком по периметру. Температура тела повышена до фебрильных цифр. Титры антистрептолизина и антигиалуронидазы повышены. Уровень альбуминов сыворотки 28 г/л. Наиболее вероятная причина описанных изменений кожи:

1. рожеподобная эритема

2. рожистое воспаление кожи

3. тромбофлебит подкожных вен

4. опоясывающий лишай

5. герпес

791. У 45 – летнего больного обнаружены гипертрофия околоушных слюнных желез, контрактура Дюпюитрена, протеинурия 2,5 г/л, гематурия (50-60 эритроцитов в поле зрения). Уровень IgА в крови повышен. Наиболее вероятный диагноз:

1. болезнь Берже

2. гломерулонефрит при геморрагическом васкулите

3. гломерулонефрит алкогольной этиологии

4. волчаночный нефрит

5. нефротический синдром

792.У 19-летнего больного после гриппа появилась стойкая макрогематурия, одышка, кровохарканье. На рентгенограммах грудной клетки - признаки двустороннего симметричного диссеминированного поражения. В течение 2 недель состояние пациента ухудшилось, уровень креатинина крови повысился до 3,7мг%. Наиболее вероятный диагноз:

1. постинфекционный гломерулонефрит

2. гранулематоз Вегенера

3. синдром Гудпасчера

4. гломерулонефрит при геморрагическом васкулите

5. болезнь Берже

793. 50-летняя больная жалуется на упадок сил и боли в позвоночнике. Уровень гемоглобина крови 65 г/л, протеинурия 22 г в сутки, уровень альбумина сыворотки 43 г/л. Наиболее вероятен диагноз:

1. ХГН в стадии уремии

2. миеломная болезнь

3. вторичный амилоидоз с поражением почек

4. хронический пиелонефрит

5. хронический гломерулонефрит НС

794. Мочевой синдром при нефротическом синдроме характеризуется:

1. гематурией

2. минимальной протеинурией

3. протеинурией более 3,0 гр/сут

4. лейкоцитурией

5. Протеинурия до 2гр/сут

795. Показания для нефробиопсии при нефротическом синдроме:

1. стероидчувствительный нефротический синдром

2. стероидзависимый нефротический синдром

3. стероидрезистентный нефротический синдром

4. вторичный нефротический синдром

5. хронический нефротический синдром

796. Длительность стероидотерапии дебюта нефротического синдрома должен быть не менее:

1. 1 мес

2. 1,5 мес

3. 2,5 мес

4. 0,5 мес

5. 3 мес

797. Расчетная доза преднизолона при лечении дебюта нефротического синдрома:

1. 1 мг/кг

2. 1,5 мг/кг

3. 2,5 мг/кг

4. 2 мг/кг

5. 3 мг/кг

798.Показания для терапии цитостатиками без проведения пункционной биопсии:

1. вторичный нефритический синдром

2. вторичный нефротический синдром

3. стероидзависимый нефротический синдром

4. стероидрезистентный нефротический синдром

5. стероидчувствительный нефротический синдром.

799. Показания для пульса терапии метилпреднизолоном:

1. вторичный нефритический синдром

2. вторичный нефротический синдром

3. нефротический криз

4. стероидчувствительный нефротический синдром

5. нефритический синдром

800. Доза метилпреднизолона в качестве пульс терапии:

1. 10 мг/кг

2. 20 мг/кг

3. 100 мг/кг

4. 15 мг/кг

5. 50 мг/кг

801. Препараты, требующие мониторирования в сыворотке крови при терапии стероидзависимого нефротического синдрома:

1. ингибиторы кальцийнерина

2. мофетило-мекофеноловая кислота

3. алкилирующие средства (хлорамбуцил)

4. преднизолон

5. метилпреднизолон

802. Критерии диагностики острого повреждения почек у детей проводят по:

1. RIFLE

2. pRIFLE

3. AKIN

4. по классификации Наумовой В.

5. AKI

803. Критерии диагностики РИСКА по pRIFLE при остром повреждении почек:

1. диурез менее 0,3 мл/кг/24 часов+снижение СКФ на 75%

2. анурия 12 часов+снижение СКФ на 75%

3. диурез менее 0,5 мл/кг/8 часов+снижение СКФ на 25%

4. диурез 0,5 мл/кг/12 часов+снижение СКФ на 50%

5. диурез 0,8 мл/кг/12 часов+снижение СКФ на 50%

804. Критерии диагностики ПОВРЕЖДЕНИЕ по pRIFLE при остром повреждении почек:

1. диурез менее 0,3 мл/кг/24 часов+снижение СКФ на 75%

2. анурия 12 часов+снижение СКФ на 75%

3. диурез менее 0,5 мл/кг/8 часов+снижение СКФ на 25%

4. диурез 0,5 мл/кг/12 часов+снижение СКФ на 50%

5. диурез 0,8 мл/кг/12 часов+снижение СКФ на 50%

805.Критерии диагностики НЕДОСТАТОЧНОСТЬ по pRIFLE при остром повреждении почек:

1. диурез менее 0,6 мл/кг/12 часов+снижение СКФ на 35%

2. анурия 12 часов+снижение СКФ на 75%

3. диурез менее 0,5 мл/кг/8 часов+снижение СКФ на 25%

4. диурез 0,5 мл/кг/12 часов+снижение СКФ на 50%

5. диурез 0,8 мл/кг/12 часов+снижение СКФ на 50%

806. Критерии диагностики ПОТЕРЯ по pRIFLE при остром повреждении почек:

1. сохранение симптоматики острого повреждения почек более 2 недель

2. сохранение симптоматики острого повреждения почек более 6 недель

3. сохранение симптоматики острого повреждения почек более 4 недель

4. сохранение симптоматики острого повреждения почек в течении 7 недель

5. сохранение симптоматики острого повреждения почек в течении 8 недель

807.Критерии диагностики ТЕРМИНАЛЬНАЯ СТАДИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ по pRIFLE при остром повреждении почек:

1. сохранение симптоматики острого повреждения почек более 12 недель

2. сохранение симптоматики острого повреждения почек более 16 недель

3. сохранение симптоматики острого повреждения почек более 4 недель

4. сохранение симптоматики острого повреждения почек в течении 17 недель

5. сохранение симптоматики острого повреждения почек в течении 10 недель

808. Согласно классификации pRIFLE, существует:

1. 1 степень тяжести, 4 исхода

2. 2 степени тяжести, 3 исхода

3. 3 степени тяжести, 2 исхода

4. 4 степени тяжести, 1 исход

5. нет степени тяжести

809. ХБП I, диагностируется при:

1. СКФ более 90 мл/мин

2. СКФ менее 90 мл/мин

3. СКФ менее 60 мл/мин

4. СКФ менее 30 мл/мин

5. СКФ менее 15 мл/мин

810.ХБП II, диагностируется при:

1. СКФ более 90 мл/мин

2. СКФ менее 90 мл/мин

3. СКФ менее 60 мл/мин

4. СКФ менее 30 мл/мин

5. СКФ менее 15 мл/мин

811. ХБП III, диагностируется при:

1. СКФ более 90 мл/мин

2. СКФ менее 90 мл/мин

3. СКФ менее 60 мл/мин

4. СКФ менее 30 мл/мин

5. СКФ менее 15 мл/мин

812. ХБП IV, диагностируется при:

1. СКФ более 90 мл/мин

2. СКФ менее 90 мл/мин

3. СКФ менее 60 мл/мин

4. СКФ менее 30 мл/мин

5. СКФ менее 15 мл/мин

813. ХБП V, диагностируется при:

1. СКФ более 90 мл/мин

2. СКФ менее 90 мл/мин

3. СКФ менее 60 мл/мин

4. СКФ менее 15 мл/мин

5. СКФ менее 30 мл/мин

814. Мочевой синдром ОГН с нефротическим вариантом характеризуется:

1. протеинурией

2. макрогематурия

3. бактериурией

4. лейкоцитурией

5. микрогематурия

815. Мочевой синдром ОГН с нефритическим вариантом характеризуется:

1. протеиурией

2. бактериурией

3. гематурией

4. относительной плотности мочи равно 1023 и больше

5. относительной плотности мочи равно 1005 и меньше

816. Азотемия при ОГН объясняется

1. снижением относительной плотности

2. протеинурией

3. гиперхолестеринемией

4. снижением клубочковой фильтрации

5. протеинемией

817. Концентрационную функцию почек характеризует проба:

1. Зимницкого

2. Аддис- Каковского

3. Нечипоренко

4. на разведение

5. ОАМ

818. Наличие выраженных отеков при ОГН характерно для синдрома:

1. нефротического

2. нефритического

3. изолированного мочевого

4. гематурической формы

5. гипертонической формы

819. Выраженная протеинурия при ОГН характерна для синдрома

1. нефритического

2. нефротического

3. изолированного мочевого синдрома

4. нефритического с гипертонией

5. гипертоническая форма

820. Осложнением ОГН является недостаточность

1. острая дыхательная

2. острая надпочечниковая

3. острая почечная

4. острая печеночная

5. острая сердечная

*Детская эндокринология*

821. Мальчика 5 лет с правосторонним паховым крипторхизмом беспокоят боли в области задержанного яичка. Определите вариант лечения на данный момент?

1. немедленная хирургическая операция

2. терапия препаратами человеческого хорионического гонадотропина

3. терапия препаратами андрогенов

4. терапия преднизолоном

5. терапия анаболическими стероидами

822. Мальчик 14 лет с висцеральным ожирением, артериальной гипертензией. Сахарный диабет 2 типа у матери. Пероральный тест толерантности к глюкозе: гликемия натощак - 5,5 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки - 7,9 ммоль/л. Какое нарушение углеводного обмена имеется у больного?

1. нарушение гликемии натощак

2. сахарный диабет 2 типа

3. сахарный диабет 1 типа

4. несахарный диабет

5. нарушение толерантности к глюкозе

823. Нарушенная гликемия натощак выставляется при гликемии:

1. натощак >6,1. через 2 часа после нагрузки < 7,8 ммоль/л

2. натощак 5,5-6,0. через 2 часа после нагрузки < 11,1 ммоль/л

3. натощак >5,5. через 2 часа после нагрузки > 7,8 ммоль/л

4. натощак 5,5-6,0. через 2 часа после нагрузки < 7,8 ммоль/л

5. натощак 6,5-7,0. через 3 часа после нагрузки < 7,8 ммоль/л

824. Какая из приведенных схем правильная?

1. грелин - соматолиберин - соматотропин - соматомедины - хондроциты

2. соматолиберин - грелин - соматомедины – хондроциты

3. хондроциты - грелин - соматолиберин – соматомедины

4. соматомедины - хондроциты - грелин - соматолиберин – соматостатин

5. соматомедины - соматолиберин – соматостатин-грелин

825. Укажите гормон, являющийся антагонистом инсулина:

1. тестостерон

2. эстрадиол

3. тирокальцитонин

4. альдостерон

5. глюкагон

826. Наибольшее значение для диагностики первичного гипогонадизма имеет определение:

1. содержания Т3 и Т4 в крови

2. содержания холестерина в крови

3. уровня ЛГ в крови

4. основного обмена

5. уровня пролактина в крови

827. Профилактическая доза йодида калия для ребенка 15 лет:

1. 50 мкг/сутки

2. 100 мкг/сутки

3. 150 мкг/сутки

4. 200 мкг/сутки

5. 300 мкг/сутки

828. Мальчик 12 лет. Ожирение. Артериальная гипертензия. Гликемия натощак в пределах 9,9-10,7 ммоль/л, после еды 9,2-12,4 ммоль/л. Эндокринологом диагностирован сахарный диабет 2 типа. Какой из перечисленных ниже сахароснижающих препаратов показан ребенку?

1. манинил

2. дианорм

3. диабетон

4. актропид

5. сиофор

829. У ребенка 5 лет обнаружен эндемический зоб 1 степени. Состояние эутиреоидное. подберите приемлемый вариант лечения?

1. пожизненный прием препаратов йода по 200 мкг/день

2. пожизненный прием препаратов йода по 100 мкг/день

3. прием препаратов йода в течение 6 месяцев по 100мкг/день с последующим решением вопроса о дальнейшей тактике

4. терапия препаратами левотироксина

5. прием препаратов йода в течение 12 месяцев по 50 мкг/день

830. У ребенка 7 лет с рождения определяется единственное правое яичко. Левое не удалось обнаружить никакими визуализирующими методами. Ваш диагноз?

1. левосторонний крипторхизм

2. крипторхизм

3. анорхизм

4. гипогонадизм

5. монорхизм

831. Девочка 6 лет с истинным преждевременным половым развитием. Ваша тактика?

1. хорионический гонадотропин по1000 МЕ х 2 раза в неделю

2. хорионический гонадотропин по 500МЕ х 2 раза в неделю

3. мастэктомия

4. агонисты дофамина

5. диферелин 3,75мг х 1 раз в 28 дней

832. Для сольтеряющей формы врожденной гиперплазии коры надпочечников характерны:

1. гипонатриемия и гиперкалиемия

2. гипернатриемия и гипокалиемия

3. гиперкалиемия и гиперхлоремия щелочных резервов крови

4. гипохлоремия и гипокалиемия

5. ничего из вышеперечисленного

833. Гиперпролактинемию подавляет:

1. бромкриптин

2. инсулин

3. преднизолон

4. глюкагон

5. хорионический гонадотропин

834. Гипогонадизм при гиперпролактинемии обусловлен:

1. подавлением секреции гонадолиберина

2. повышением секреции андрогенов

3. повышением секреции СТГ

4. снижением секреции соматотропина

5. усилением секреции гонадолиберина

835. Препаратом выбора при лечении первичного гипогонадизма у мальчиков является:

1. синестрол

2. микрофолин

3. метилтестостерон

4. преднизолон

5. антиандроген

836 Для синдрома Клайнфельтера характерен кариотип:

1. 46 XY

2. 46 XX

3. 45 XO

4. 45XXY

6. 47 XXY

837. Пониженный уровень ТТГ и свободных фракций T4, T3 в крови является характерным признаком:

1. первичного гипотиреоза

2. вторичного гипотиреоза

3. тиреотоксикоза

4. эутиреоза

5. гипогонадизма

838. Наиболее характерные проявления диабетической фетопатии:

1. большая масса и склонность новорожденного к гипогликемиям в первые дни жизни

2. множественные пороки развития и склонность к гипокальциемии

3. нормальные показатели длины и массы тела новорожденного

4. частые внутриутробные пневмонии

5. частые внутриутробные энцефалопатии и гепатит

839. Половые стероиды вырабатываются в:

1. клубочковой зоне надпочечников

2. сетчатой зоне надпочечников

3. пучковой зоне надпочечников

4. мозговом слое надпочечников

5. корковом слое надпочечников

840. При каком содержании общего кальция в крови возникает

 опасность развития гиперкальциемического криза?

1. 2,5 - 3,0 ммоль/л

2. 3,0 - 3,5 ммоль/л

3. 3,5 - 4,0 ммоль/л

4. более 4,0 ммоль/л

5. 1,0-2,0 ммоль/л

841. Мальчик 14 лет через 2 недели после перенесенного ОРЗ похудел, появилась жажда, учащенное мочеиспускание. Гликемия натощак 8,7 и 9,6 ммоль/л. Удельный вес мочи 1025. Кожа и язык суховатые, печень +1см. Вы предполагаете?

1. нарушение гликемии натощак

2. сахарный диабет тип 2

3. сахарный диабет тип 1, впервые выявленный

4. нарушение толерантности к глюкозе

5. транзиторная гипергликемия

842. Ребенок в диабетическом кетоацидозе. Определите наиболее эффективный способ инсулинотерапии?

1. по 0,1 ед/кг быстродействующего инсулина ежечасно подкожно

2. 20 ед быстродействующего инсулина подкожно однократно

3. по 0,1 ед/кг быстродействующего инсулина ежечасно внутривенно капельно под ежечасным контролем гликемии

4. по 0,1 ед/кг быстродействующего инсулина ежечасно внутримышечно

5. 0,2 ед/кг быстродействующего инсулина ежечасно внутримышечно

843. У мальчика 8 лет отмечена потеря сознания 1 час назад. При осмотре: бессознательное состояние; дыхание Куссмауля; гиперемия щек. От больного исходит отчетливый запах ацетона. Ваш предварительный диагноз:

1. несахарный диабет

2. диабетическая кетоацидотическая кома

3. нарушенная толерантность к углеводам

4. гипогликемическая кома

5. лактоацетодическая кома

844. У больной Д., 12 лет, находившейся в стационаре по поводу сахарного диабета 1 типа, в 2 часа ночи появились дрожь в теле, потливость. В 22 часа медсестра вводила Протафан HM 12 ЕД по назначению врача. Выделите ведущий синдром.

1. синдром гипогликемии

2. синдром тиреотоксикоза

3. синдром гипергликемии

4. синдром хронической надпочечниковой недостаточности

5. синдром острой надпочечниковой недостаточности

845. Если у больного сахарным диабетом 1-го типа возникает заболевание, сопровождающееся подъемом температуры, то следует

1. отменить инсулин

2. уменьшить суточную дозу инсулина

3. уменьшить содержание углеводов в пище

4. увеличить получаемую суточную дозу инсулина

5. уменьшить получаемую суточную дозу инсулина

846. Какой показатель является наиболее надежным критерием степени компенсации сахарного диабета при динамическом обследовании?

1. С-пептид

2. гликолизированный гемоглобин

3. средняя амплитуда гликемических колебаний

4. уровень контринсулярных гормонов в крови

5. антитела к бета-клеткам поджелудочной железы

847. Укажите ориентировочную дозу инсулина (ед/кг/сут) при сахарном диабете 1 типа в период «медового месяца»:

1. 0,6-0,8

2. < 0,5

3. 1,0-2,0

4. 0,6-1,0

5. 1,5-2,5

848. Какой препарат из перечисленных ниже необходимо использовать при выведении из кетоацидотической комы:

1. актрапид

2. протафан

3. левемир

4. хумулин

5. лантус

849. У больного с сахарным диабетом 1 типа на фоне острой вирусной инфекции появился запах ацетона изо рта, по кетотесту - положительная реакция мочи на ацетон. Какую доврачебную помощь нужно оказать больному?

1. увеличить дозу инсулина за счет введения дополнительных подколок инсулина короткого действия и дать щелочное питье

2. перевести больного на одну инъекцию инсулина в день

3. дать дополнительно сливочное масло

4. перевести на таблетированные сахароснижающие препараты

5. уменьшить дозу инсулина

850. У больного СД 1 типа после физической нагрузки возникла дрожь, сердцебиение, сильный голод, слабость, беспокойство. Ваша тактика:

1. подождать самостоятельного прекращения симптомов

2. дать больному легкоусвояемые углеводы в количестве 1,5 – 2 хе

3. в/в ввести 40% раствор глюкозы 100 мл

4. в/в ввести 5% раствор глюкозы 60 мл

5. ввести 2 ед инсулина

851. У больного сахарным диабетом 1 типа, принимающего инсулинотерапию, появились постинъекционные липодистрофии. Ваша дальнейшая тактика:

1. продолжать инъекции инсулина в прежние места

2. увеличить дозу инсулина

3. назначить массаж, физиотерапию на места липодистрофий и часто менять места инъекций

4. отменить инсулинотерапию, назначить перороральные сахароснижающие препараты

5. уменьшить дозу инсулина

852. Результатом действия паратгормона является:

1. увеличение концентрации натрия в крови

2. снижение содержания белка в крови

3. увеличение концентрации неорганического фосфора в крови

4. снижение содержания кальция в крови

5. повышение содержания кальция в крови

853. Какие синдромы обнаруживаются при пангипопитуитаризме (Шиена Симмондса) в типичном случае?

1. аменорея, старообразность, кукольное лицо, микропенис, гипергликемия

2. аменорея, агалактия, потеря аксиллярного оволосения, депигментация ареол, алебастровая бледность и гипотрофия кожи, апатия, адинамия.

3. гирсутизм, кушингоидное ожирение, повышение либидо.

4. снижение памяти, депигментация кожных покровов, снижение либидо, бесплодие, ановуляция, гиперкалиемия, гипотония.

5. агалактия, апатия, адинамия, ановуляция, гипотония, акромегалия, анорексия.

854. У больного диффузный токсический зоб средней тяжести. Начато лечение мерказолилом по 10 мг 3 раза в день, обзиданом по 20 мг 3 раза в день, фенозепамом по 1 мг 2 раза в сутки. На фоне терапии состояние значительно улучшилось, однако развилась выраженная лейкопения. Назовите причину лейкопении:

1. прием фенозепама

2. высокая доза обзидана

3. применение мерказолила

4. дальнейшее прогрессирование заболевания

5. ни одна из указанных причин.

855. У мальчика 7 лет отмечается жажда, полиурия, потеря массы тела, общая слабость, сниженный аппетит. При обследовании: гликемия натощак — 3.5 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой — 4.5 ммоль/л. Ацетон в моче отсутствует. Суточный диурез — 3000 мл. Удельный вес мочи в пробе по Зимницкому — 1000-1002. Ваш предполагаемый диагноз.

1. почечная глюкозурия

2. сахарный диабет 1типа

3. несахарный диабет

4. нарушенная толерантность к углеводам

5. нарушение гликемии натощак

856. Офтальмологом при осмотре глазного дна пациента с сахарным диабетом выявил следующие изменения: мягкие экссудативные очаги, неравномерный калибр сосудов, интраретинальные микрососудистые аномалии. Какая стадия ретинопатии у пациента?

1. Непролиферативная

2. Препролиферативная

3. Пролиферативная

4. У пациента нет ретинопатии

5. Невозможно установит стадию ретинопатии

857. У юноши 18 лет после простудного заболевания появились жажда, полиурия, общая слабость. Уровень сахара в крови 16 ммоль/л, мочи 5%, ацетон в моче положителен. Тип диабета у больного:

1. сахарный диабет 1-го типа

2. сахарный диабет 2-го типа

3. сахарный диабет 2-го типа, инсулинопотребный

4. гестационный диабет

5. стероидный диабет

858. У больного СД 1 типа после физической нагрузки возникла дрожь, сердцебиение, сильный голод, слабость, беспокойство. Ваша тактика:

1. подождать самостоятельного прекращения симптомов

2. дать больному легкоусвояемые углеводы в количестве1,5 – 2 ХЕ

3. в/в ввести 40% раствор глюкозы 100 мл

4. срочно госпитализировать больного

5. в/в ввести 5% раствор глюкозы 60 мл

859. У девочки 14 лет, имеющей избыток массы и не предъявляющей никаких жалоб, дважды обнаружено повышение уровня гликемии натощак до 7,2 и 6,9 ммоль/л соответственно.Ваше заключение?

1. нарушение гликемии натощак

2. сахарный диабет, тип 1

3. сахарный диабет, тип 2

4 .нарушенная толерантность к глюкозе

5. транзиторная гипергликемия

860. Мальчик 16 лет с объемом талии 98 см, с глюкозой крови натощак 6,0 ммоль/л, после проведения ОГТТ – 9,8 ммоль/л и артериальным давлением 145/90 ммртст имеет диагноз?

1. метаболический синдром

2. гипертоническая болезнь I степени очень высокого риска осложнений

3. сахарный диабет 2 типа

4. сахарный диабет 1 типа

5. нет правильного ответа

*Детская гастроэнтерология*

861. Основной причиной хронических гастритов является:

1. пищевая аллергия

2. вирусные респираторные инфекции

3. недостаток витаминов и белка в рационе

4. хронические нервно-психические стрессы

5. хеликобактер пилори (Hp)

862. К эндогенным причинам хронического гастрита относится:

1. дуодено-гастральный рефлюкс

2. хеликобакгер пилори Hp

3. недостаточность витаминов и белков в пище

4. злоупотребление острой пищей

5. хронические нервно-психические стрессы

863. Мойнигановский ритм болей это:

1. голод - боль - прием пищи - успокоение

2. боль после приема пищи

3. боль не связана с едой

4. прием пищи - боль - голод - успокоение

5. прием пищи - боль- рвота приносящая облегчение

864. При эзофагогастродуоденоскопии выявлена покрытая фибрином язва с воспалительным валом на фоне гиперемии и отека слизистой оболочки. Оцените стадию заболевания:

1. стадия свежей язвы

2. период обратного развития язвы

3. стадия рубцевания

4. стадия ремиссии

5. стадия заживления

865. При наличии жалоб на длительные боли в эпигастральной области необходимо думать о заболевании:

1. желудка

2. желчного пузыря

3. поджелудочной железы

4. 12-перстной кишки

5. толстого кишечника

866. Наиболее часто язва у детей располагается в:

1. теле желудка

2. антральном отделе

3. луковице 12-перстной кишки

4. околопривратниковой зоне

5. постбульбарном отделе

867. При гипермоторной дискинезии желчевыводящих путей боли в правом подреберье:

1. приступообразные

2. тупые

3. схваткообразные

4. ноющие

5. голодные

868. У ребенка 13 лет, боли в правом подреберье, субфебрильная температура, положительные пузырные симптомы, увеличение печени, умеренный лейкоцитоз, ускоренная СОЭ. Ваш предварительный диагноз:

1. гастрит

2. острый холецистит

3. язвенная болезнь

4. панкреатит

5. колит

869. При обострении хронического холецистита необходимы:

1. ультразвуковое исследование желчного пузыря

2. желудочное зондирование

3. эзофагогастродуоденоскопия

4. ЭКГ

5. анализ крови на белок и белковые фракции

870. Для лечения хронического панкреатита у детей в фазе неполной ремиссии применяются:

1. кортикостероиды

2. трасилол

3. полиферментные препараты

4. антибиотики

5. НПВС

871. На УЗИ: уплотнение и утолщение стенок желчного пузыря, наличие дополнительных эхосигналов вокруг желчного пузыря, большое количество хлопьев желчи в проекции желчного пузыря. Ваш предполагаемый диагноз:

1. хронический холецистит

2. хронический панкреатит

3. хронический гастрит

4. язвенная болезнь

5. хронический гепатит

872. В лечении хронического холецистита в стадии обострения первоочередным является:

1. блокаторы протонной помпы

2. физиотерапия

3. витаминотерапия

4. антибактериальная терапия

5. ферменты

873. Болевая точка в области проекции хвоста поджелудочной железы называется симптомом:

1. Ортнера

2. Мейо-Робсона

3. Кера

4. Шоффара

5. Дежардена

874. При остром панкреатите в первые два дня болезни в диете рекомендуется:

1. молочные продукты

2. растительная пища

3. голод

4. слизистые супы

5. бессолевая диета

875. Препаратами выбора в остром периоде панкреатита является:

1. строфантин, дигоксин

2. трасилол, контрикал

3. панкреатин

4. фитотерапия

5. антибиотики

876. Основным симптомом непереносимости дисахаридов является:

1. запоры

2. гипергликемия

3. диарея

4. кишечная непроходимость

5. гемоколит

878. Клинические проявления целиакии связаны с введением:

1. грудного кормления

2. коровьего молока

3. адаптированных смесей

4. соков

5. прикорма из зерновых злаков

879. В основе комплексного лечения целиакии лежит исключение блюд из:

1. пшеницы

2. риса

3. гречки

4. кукурузы

5. молока

880. Стул у детей больных муковисцидозом:

1. плотный

2. полифекалия

3. жидкий с кровью

4. запоры

5. скудный со слизью

881. Для диагностики хронического энтероколита используется:

1. ирригография

2. ЭГДФС

3. электрогастрография

4. УЗИ

5. биохимический анализ крови

882. Наиболее характерный клинический симптом неспецифического язвенного колита:

1. гемоколит

2. субфебрилитет

3. боль в животе

4. тошнота и рвота

5. потеря массы тела

883. Для постановки диагноза неспецифического язвенного колита наиболее информативным является:

1. общий анализ крови

2. биохимический анализ крови

3. колонофиброскопия

4. копрологическое исследование

5. УЗИ органов малого таза

884. Девочка 14 лет. Через 4 часа после приема жирной пищи появились схваткообразные боли в левом подреберье, тошнота, многократная рвота, не приносящая облегчения. При пальпации выявлена резкая болезненность в точке Мейо-Робсона. Для подтверждения панкреатита необходимо определение:

1. АСТ, АЛТ

2. амилазы

3. общего белка, СРБ

4. сахара

5. креатинина

885. Мальчик 2 г.5 мес. Болен в течение недели: появились боли в животе, стул до 3 раз в сутки. В последние два дня боль в животе стала схваткообразной, возникает перед актом дефекации. Стул участился до 4 раз в сутки, кашицеобразный с прожилками крови. Температура в пределах нормы. Ваш предварительный диагноз:

1. острая кишечная инфекция

2. неспецифический язвенный колит

3. дисбактериоз

4. дизентерия

5. аппендицит

886. Мальчик 2 г.5 мес. Болен в течение недели: появились боли в животе, стул до 3 раз в сутки. В последние два дня боль в животе стала схваткообразной, возникает перед актом дефекации. Стул участился до 4 раз в сутки, кашицеобразный с прожилками крови. Температура в пределах нормы. Укажите препарат базисной терапии при этом заболевании:

1. салофальк

2. азатиоприн

3. сандимун

4. преднизолон

5. альфа-интерферон

887. Мальчик 13 лет. По поводу полиартрита два месяца принимает внутрь индометацин. Внезапно появились боли в эпигастрии, неоднократная рвота темными массами, слабость. При осмотре кожные покровы бледные, холодные. Пульс - 120 в минуту. АД 90/70 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, мышечного напряжения нет. Ваш предварительный диагноз:

1. острый эрозивный гастрит

2. хронический гастрит

3. пищевая токсикоинфекция

4. острый холецистит

5. острый панкреатит

888. Девочка 4 месяца. На грудном вскармливании. Отстает в физическом развитии. С 2-х месяцев, когда родители ввели в рацион фруктовые соки, отмечается учащение стула, рвота, метеоризм. Вы предполагаете:

1. первичную дисахаридазную недостаточность

2. муковисцидоз, кишечная форма

3. целиакию

4. первичную экссудативную энтеропатию

5. лактазную недостаточность

889. Мальчик 5 дней. С момента прикладывания к груди появились: жидкий, водянистый, кислый, пенистый стул; метеоризм, колики в животе. Вы предполагаете:

1. глютеновую энтеропатию

2. лактазную недостаточность

3. муковисцидоз

4. болезнь Гиршпрунга

5. неспецифический язвенный колит

890. Иммуносупрессивная терапия при аутоиммунном гепатите включает назначение следующего препарата:

1. преднизолон

2. интерферон

3. левамизол

4. альбендазол

5. кларитромицин

891. Ведущим симптомом при синдроме раздраженной толстой кишки является

1. боли в животе

2. поносы в ночное время

3. ректальные кровотечения

4. вздутие живота

5. поносы в дневное время

892. Для синдрома раздраженной толстой кишки характерно

1. гипохромная анемия

2. лейкоцитоз

3. общее состояние больного не страдает

4. головные боли

5. повышение температуры тела

893. Мальчик 16 лет в течение 2-х месяцев страдает диареей. Он жалуется на частый кровянисто-слизистый стул с императивным позывом и тенезмами. Физикальное исследование без особенностей. Наиболее информативным методом исследования будет:

1. эзофагогастродуоденоскопия

2. холецистография

3. ультразвуковое исследование

4. колонофиброскопия

5. дуоденальное зондирование

894. При неспецифическом язвенном колите медикаментозным средством выбора является:

1. кортикостероиды

2. фталазол

3. левомицетин

4. сульфасалазин, месалазин

5. ампициллин

895. Синдром гепатоцитолиза характеризуется следующими признаками:

1. повышение АЛТ и АСТ

2. высокий уровень общего белка

3. гипохромная анемия

4. снижение уровня кальция и магния

5. повышение уровня липопротеидов

896. Лабораторные признаки холестаза при хроническом гепатите характеризуется следующими маркерами:

1. повышение активности протромбинового времени

2. повышение АЛТ, АСТ

3. повышение уровня щелочной фосфатазы

4. повышение общего биллирубина в крови за счет прямой фракции

5. повышение в крови холестерина

897. Гормон, усиливающий сократительную способность желчного пузыря:

1. холецистокинин

2. глюкагон

3. кальциотонин

4. панкреозимин

5. секретин

898. Симптомокомплекс: приступообразная боль в области правого подреберья, иррадиирующая в правое плечо, правую лопатку, характерен для:

1. гиперкинезии желчного пузыря и гипертонии сфинктеров

2. гиперкинезии желчного пузыря и гипотонии сфинктеров

3. гипокинезии желчного пузыря и гипотонии сфинктеров

4. гипокинезии желчного пузыря и гипертонии сфинктеров

5. хронический холецистит, период ремиссии

899. Постоянная неинтенсивная, ноющего характера боль в области правого подреберья, периодическое чувство тяжести, распирания в этой области. Из перечисленного наиболее характерным данный болевой синдром является для:

1. гиперкинезии желчного пузыря и гипертонии сфинктеров

2. гиперкинезии желчного пузыря и гипотонии сфинктеров

3. гипокинезии желчного пузыря и гипотонии сфинктеров

4. гипокинезии желчного пузыря и гипертонии сфинктеров

5. хронический панкреатит

900. При проведении УЗИ площадь желчного пузыря через 1 час после желчегонного завтрака сократилась более чем на 2/3. Оцените характер двигательной функции желчного пузыря:

1. нормальная

2. смешанная

3. гипотония

4. гиперкинезия

5. гипокинезия

901. При проведении УЗИ площадь желчного пузыря через 1 час после желчегонного завтрака сократилась менее чем на 1/3. Оцените характер двигательной функции желчного пузыря:

1. гипокинезия

2. гиперкинезия

3. гипертония

4. смешанная

5. нормальная

902. Наиболее опасными проявлениями цирроза являются:

1. спленомегалия

2. лейкопения

3. землисто-желтый цвет кожи

4. пищеводно-желудочные кровотечения

5. кардиопатия

903. Наиболее постоянные при циррозе печени симптомы:

1. гепатоспленомегалия

2. плеврит

3. перикардит

4. артрит

5. колит

904. Противопоказанием для фиброэндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта является

1. варикозное расширение вен пищевода

2. кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта

3. дивертикул пищевода

4. астматическое состояние

5. язвенная болезнь желудка

905. Наиболее частой аномалией развития желчного пузыря является:

1. аномалия количества

2. аномалия формы

3. аномалия положения

4. аномалия величины

5. аномалии строения

906. Основным методом диагностики хронического эзофагита является

1. рН-метрия

2. эзофагоскопия

3. рентгенография

4. эзофаготонокимография

5. цитология

907. Субъективные проявления хронического гепатита включают

1. астению

2. запоры

3. геморрагии

4. лихорадку

5. поносы

908. У девочки 16 лет, после приема аспирина через 12 часов появилась рвота свежей кровью, боли в животе, пульс 84 в минуту, жизненно важные функции стабильные, сознание ясное, желтуха, увеличенная печень, селезенка. Вашим первым диагностическим шагом должно быть:

1. сканирование печени

2. рентгеновское исследование верхних отделов пищеварительного тракта

3. бариевая клизма

4. селективная артериография

5. эндоскопия

909. Наиболее частой жалобой при циррозе является

1. слабость

2. отеки ног

3. кровавая рвота

4. абдоминальные боли

5. миалгии

910.Во время приступа желчной колики необходимо назначить:

1. баралгин

2. фестал

3. аллохол

4. настой из кукурузных рыльцев

5. холензим

*Детская неврология*

911. Как вызвать Ладонно – ротовой рефлекс:

1.быстрым легким ударом пальцем по губам

2.поглаживание пальцем в области угла рта

3.надавливание на область ладони

4. никак нельзя вызвать

5. при приближении молоточка к губам

912. Окружность головы у 5 летнего ребенка:

1. 48 см

2. 52 см

3. 50 см

4. 47 см

5. 34 см

913. 8 месячный ребенок должен уметь:

1. различать предметы по форме: кубики, кирпичики

2. гулить

3.произнсить 8 – 10 слов

4. сидеть без поддержки и держать голову прямо

5. ходить

914. Большой родничок полностью закрывается в возрасте:

1. 5-6 мес

2. 6-9 мес

3.9-18 мес

4. 8-24 мес

5. 3 мес

915. В норме ребенок должен держать голову:

1. 5 мес

2. 1 мес

3. 7 мес

4. 2 мес

5. 9 мес

916. В норме ребенок должен сидеть:

1. 3 мес

2. 6 мес

3. 1 году

4. 9 мес

5. 10 мес

917. Окружность головы при рождении доношенного ребенка:

1. 40 – 42 см

2. 34 – 36 см

3. 30 – 32 см

4. 38 – 40 см

5. 33-34 см

918. Рефлекс опоры и автоматической походки угасает:

1. 5 мес

2. 3 мес

3. 12 мес

4. 18 мес

5. 1 мес

919. Поисковый рефлекс считается нормой в:

1. 1 – 3 мес

2. 2 – 4 мес

3. 3 – 5 мес

4. 4 – 6 мес

5. 6-9 мес

920. Нервная система плода начинает развиваться:

1. к 3-му месяцу внутриутробного развития

2. на ранних этапах эмбриональной жизни

3. на 3-й недели зародышевого развития

4. к 5-му месяцу внутриутробной жизни

5. к 9 месяцу внутриутробной жизни

921. Ребенок в возрасте от 4 до 6 месяцев. Должен уметь:

1. переступать в манеже

2. вставать из положения сидя

3. тянется к подтянутым к нему рукам

4. выполняет инструкции

5. уверенно сидеть

922. Фебрильные судороги чаще встречаются в возрасте:

1. до 1 мес

2. 1-3 мес

3. 6мес- 5 лет

4. 6-12 лет

5. 10 лет

923. Основными симптомами теплового удара у ребенка является:

1. потеря сознания

2. коллапс

3. повышение температуры тела

4. сыпь

5. жидкий стул

924. Прививка против Кори проводится в возрасте:

1. 8 мес

2. 1 году

3. 1,5 года

4. 3 года

5. 3.5 мес

925. Новорожденный (доношенный и здоровый) фиксирует взгляд и следит за предметами:

1. уже в первые часы жизни

2. с 3-х суток

3. с 10 – го дня

4. с конца первого месяца жизни

5. к 6 месяцем

926. В каком возрасте ребенок начинает приподнимать голову и грудь в положении лежа на животе:

1. 2 мес

2. 3 мес

3. 4 мес

4. 5 мес

5. 6 мес

927. К ликворопроводящим путям относятся следующие образования:

1. внутренняя капсула

2. внутренний слуховой проход

3. синусы твердой мозговой оболочки

4. водопровод мозга

5. передние столбы спинного мозга

928. Термин белково-клеточная диссоциация подразумевает:

1. повышениие количества белка при нормальном количестве клеток

2. увеличение количества белка и клеток

3. снижение количества белка при нормальном количестве клеток.

4. нормальное количество белка и увеличение-клеток

5. снижение белка в организме

929. Признаки внутричерепной гипертензии:

1. общемозговые симптомы

2. гемипарез

3. вечерние головные боли

4. понижение ликворного давления

5. нижний спастический парапарез

930. Какие из перечисленных ветвей являются ветвями внутренней сонной артерии:

1. задняя мозговая артерия

2. задняя соединительная

3. верхняя мозжечковая

4. наружная сонная артерия

5. ветвь наружной сонной артерии

931. При каких заболеваниях возможен нейтрофильный плеоцитоз в ликворе:

1. бактериальный менингит

2. миастения

3. рассеянный склероз

4. бруцеллезный менингит

5. детский церебральный паралич

932. Менингеальный синдром включает все группы симптомов,кроме

1. общей гиперестезии

2. обшеинфекционные

3. мышечно-тонические

4. патологические рефлексы

5. расстройство зрительного анализатора

933. Спинномозговая жидкость прозрачная, бесцветная,давление 190 мм. вод. ст., реакция Панди +++,белок 1,67 г\л, цитоз 179 млн в 1л, преобладаютлимфоциты, РВ +++. Каков характер поражения?

1. нейробруцеллез

2. нейросифилис

3. вирусный менингит

4. ишемический инсульт

5. туберкулезный менингит

934. Спинномозговая жидкость прозрачная, бесцветная,давление 360 мм. вод. ст., реакция Панди ++++,белок 2,75 г\л , цитоз 3 млн\л.Для какого синдрома это характерно?

1. клеточно-белковой диссоциации

2. белково-клеточной диссоциации

3. норма

4. внутричерепной гипертензии

5. гнойного ликвора

935. Через гематоэнцефалитический барьер не проникает:

1.тетрациклин

2. рифампицин

3. эритромицин

4. стрептомицин

5. цефтриаксон

936. Какие исследования необходимы при выявлении менингеального синдрома:

1. люмбальная пункция и общий анализ ликвора

2. общий анализ крови

3. ЭХО

4. КТ, МРТ головного мозга

5. УЗИ внутренних органов

937. В каком отделе ствола мозга происходит частичный перекрест пирамидного пути:

1. в среднем мозге

2. в ворольевом мосту

3. в верхнем отделе продолговатого мозга

4. в нижнем отделе продолговатого мозга

5. в коре головного мозга

938. Какими сегментами иннервируется шея:

1. С1-С2

2. С3-С4

3. С1-С5

4. С1-С4

5. С2-Th1

939. Для бульбарного синдрома характерно:

1. гемипарез

2. симтом натяжения

3. гиперрефлексия

4. дизартрия

5. насильственный смех и плач

940. Птоз развивается при поражении:

1. 4 пары ЧМН

2. 6 пары ЧМН

3. 7 пары ЧМН

4. 3 пары ЧМН

5. 9 пары ЧМН

941. При поражении каких ЧМН возникает дисфагия:

1. 1 пары ЧМН

2. 11 пары ЧМН

3. 9 пары ЧМН

4. 5 пары ЧМН

5. 7 пары ЧМН

942. Для поражения плечевого сплетения характерно:

1. тетрапарез

2. гипотрофия руки

3. центральные парезы руки

4. патологические рефлексы

5. периферический парез для рук и ног

943. Какие из перечисленных патологических рефлексов относятся к сгибательной группе:

1. Бабинского

2. Оппенгейма

3. Жуковского

4. Галанта

5. Маринеско-Родовича

944. Какие из перечисленных патологических рефлексов относятся к разгибательной группе:

1. Моро

2. Бауэра

3. Гордона

4. Галанта

5. Жуковского

945. Какие из перечисленных рефлексов определяютсяпри центральном параличе:

1. Оппенгейма

2. Ахилов

3. Коленный

4. Брюшной

5. сДвуглавой мышце плеча

946. Самый значимый метод диагностики эпилепсии:

1. компьютерная томография

2. эхо-энцефалоскопия

3. ангиография

4. электроэнцефалография

5. УЗИ головного мозга

947. К менингеальным симптомам не относятся:

1. симптом Брудзинского

2. ригидность затылочных мышц

3. симптом Мацкевича

4. симптом Лассега

5. симптом Бабинского

948. Перечислите мышцы, иннервируемые лицевым нервом:

1. мышцы глотки

2. мышцы гортани

3. мимические мышцы

4. жевательные мышцы

5. двуглавые мышцы

949. Какие симптомы характерны для поражения 3 пары ЧМН?

1. сходящееся косоглазие

2. расходящееся косоглазие

3. сужение зрачка

4. миоз

5.птоз века

950. Лицевой нерв иннервирует?

1. трапецевидную

2. мимическую мускулатуру

3. жевательные мышцы

4. мышцы языка

5. мышцы шеи

951. С участием каких ЧМН протекают различные формы головных болей и парестезии в области лица?

1. лицевого

2. обонятельного

3. блокового

4. тройничного

5. предверно-улиткового

952. Для поражения передних корешков спинного мозгахарактерно:

1. спастическая нижняя параплегия

2. центральная тетраплегия

3. периферические параличи

4. смешанные параличи

5. птоз, миоз, энофтальм

953. Перечислите методы исследований вегетативнойнервной системы:

1. проба Баре

2. ортостатическая проба

3. проба Вебера

4. проба Стукея

5. проба Роумберга

954. Какие симптомы характерны для поражения затылочной доли?

1. астереогнозия

2. апраксия

3. гемианопсия

4. слуховая агнозия

5. алалия

955. Какая из перечисленных систем не относится к периферической?

1. локтевой нерв

2. задний корешок

3. передние рога

4. передний корешок

5. лимбическая система

956. Для переферического паралича не характерно?

1. гемипарез, гемигипестезия

2. арефлексия

3. атрофия мышц

4. гипорефлексия

5. атония мышц

957. К стопным патологическим рефлексам относятся:

1. хоботковый

2. Маринеско-родовича

3. Оппенгейма

4. Ахилов

5. Ладонно-ротовой

958. Для центрального паралича не характерно:

1. мышечная атония

2. наличие патологических рефлексов

3. гиперрефлексия

4. гипертонус мышц

5. клонусы

959. К патологическим рефлексам сгибательной группы не относятся:

1. Гордона

2. Россолимо

3. Жуковского

4. Ахилов

5. коленный

960. К патологическим рефлексам разгибательной группыне относятся:

1. Шмидта

2. Бехтерева-Менделя

3. Бабинского

4. Оппенгейма

5. Шоффера

961. Какие физиологические функции имеют значение длядиагностики и оценки тяжести комы:

1. состояние сознания

2. характер дыхания

3. состояние зрачков

4.все ответы верны

5. реакция зрачков

962. Назовите симптомы поражения лобной доли:

1.атаксия

2. акалькулия

3. алексия

4. сенсорная афазия

5. гипорефлексия

963. Что поражается при хореическом гиперкинезе?

1. таламус

2. кора полушарий

3. черная субстанция

4.хвостатое ядро

5. полушарие мозга

964. Функция мозжечка заключается в:

1. координации движений

2. регуляции мышечного тонуса

3. сохранение равновесия тела

4.все ответы верны

5. устойчивость в позе Роумберга

965. Шейный отдел спинного мозга образуют:

1 7 сегментов

2. 5 сегментов

3.8 сегментов

4. 6 сегментов

5. 12 сегментов

966. Проприорецепторы-это:

1. рецепторы болевой чувствительности

2. рецепторы тактильной чувствительности

3. рецепторы температурной чувствительности

4. рецепторы глубокой чувствительности

5. верхние слои кожи

967. К сухожильным рефлексам относятся:

1. брюшной

2.коленный

3. глоточный

4. подошвенный

5. роговичный

968. Отсутствие движений в обеих нижних конечностях называется:

1. тетраплегией

2. гемиплегией

3. моноплегией

4.параплегией

5. тетрапарез

969. Ощущение ползания мурашек, покалывания, онеменияназывают:

1. гипестезией

2. анестезией

3.парестезией

4. гиперестезией

5. гипотремия

970. Клиника малой хореи складывается из следующих симптомов:

1. гиперкинезы

2. мышечная гипотония

3. субфебрилитет

4.все ответы верны

5. частые перенесенные ангины

971. При каких неврологических заболеваниях могут бытьположительные ревмотесты:

1. малая хорея

2. преходящие нарушения мозгового кровообращения

3. полиомиелит

4. постэнцефалитический паркинсонизм

5. бактериальный менингит

972. Спинномозговая жидкость прозрачная, бесцветная,давление 360 мм. вод. ст., реакция Панди ++++,белок 2,75 г\л , цитоз 3 млн\л.

Для какого синдрома это характерно?

1. клеточно-белковой диссоциации

2.белково-клеточной диссоциации

3. норма

4. внутричерепной гипертензии

5. детский церебральный паралич

973. Ожирение туловища, шеи и лица, гипофункция половых желез и изменение вторичных половых признаков, изменение типа оволосения, декальцинация костей, артериальная гипертония, вазомоторные и трофические нарушения кожи- это:

1. опухоль лобной доли

2. синдром Клод Бернара-Горнера

3. болезнь Рейно

4. синдром Иценго-Кушинга

5. Синдром Вебера

974. Припадок, проявляющийся парестезиями и подергиваниями в какой-либо части тела без утраты сознания получил название:

1. сенсомоторного или джексоновского припадка

2. кожевниковской эпилепсии

3. малого эпилептического припадка

4. развернутого эпилептического припадка

5. малая хорея

975. При поражении каких ЧМН возникает дисфагия:

1.10 пары ЧМН

2. 11 пары ЧМН

3. 7 пары ЧМН

4. 5 пары ЧМН

5. 3 пары ЧМН

976. Для переферического паралича не характерно?

1.гемипарез, гемигипестезия

2. арефлексия, атония мышц

3. атрофия мышц

4. гипорефлексия

5. патологические рефлексы

977. К стопным патологическим рефлексам не относятся:

1. рефлекс Бехтерева-Менделя

2. Бабинского

3. Оппенгейма

4. Пуссепа

5. роговичный

978. Для центрального паралича не характерно:

1. мышечная гипертония

2. наличие патологических рефлексов

3. арефлексия

4. клонусы стоп

5. гиперрефлексия

979. Признаки центрального паралича лицевого нерва справа?

1.сглажена носогубная складка справа

2. сглажена носогубная складка слева

3. симптом "паруса" слева

4. миоз справа

5. симптом «рокетки» слева

980. Функция мозжечка заключается в:

1. координации движений.

2. регуляции мышечного тонуса

3. сохранение равновесия тела

4.все ответы верны

5. устойчивости в позе Роумберга

981. К сухожильным рефлексам относятся:

1. брюшной.

2. коленный

3. глоточный.

4. корнеальный

5. роговичный

*Детская гинекология*

981. Продолжительность нормального менструального цикла:

1. 28-29 дней

2. 28-40 дней

3. 3-7 дней

4. 21-35 дней

5. 14-28 дней

982. Продолжительность нормальной менструации:

1. 1-3 дня

2. 3-7 дней

3. 7-8 дней

4. 8-10 дней

5. 10-12 дней

983. Средняя кровопотеря во время нормальной менструации:

1. 200-250 мл

2. 150-200 мл

3. 100-150 мл

4. 50-80 мл

5. 20-30 мл

984. Десквамация функционального эндометрия происходит вследствие:

1. «Пикового» выброса ЛГ

2. снижения уровня эстрогенов и прогестерона в крови

3. снижения уровня пролактина в крови

4. «Пикового» выброса ФСГ

5. повышения уровня андрогенов в крови

985. Тест измерения базальной температуры основан на гипертермическом эффекте:

1. эстрадиола

2. простагландинов

3. прогестерона

4. ЛГ

5. ФСГ

986. «Пик» ЛГ в середине менструального цикла является следствием:

1. значительного повышения уровня пролактина в крови

2. уменьшения выработки ФСГ

3. уменьшения выработки ГнРГ

4. снижения уровня эстрогенов и прогестерона

5. значительного повышения уровня эстрадиола.

987. Синтез гонадотропинов осуществляется в:

1. передней доле гипофиза

2. задней доле гипофиза

3. ядрах гипоталамуса

4. нейронах коры большого мозга

5. нейронах мозжечка

988. О наличии овуляции можно судить по результатам всех перечисленных ниже исследований, кроме:

1. анализа графика базальной температуры

2. ультразвукового мониторинга развития доминантного фолликула

3. гистологического исследования соскоба эндометрия

4. лапароскопии (обнаружение стигм на поверхности яичника)

5. определения концентрации половых стероидных гормонов в крови на 12-14-й дни менструального цикла

989. Какие тесты функциональной диагностики отражают эстрогенную насыщенность организма?

1. симптом «зрачка»

2. карио-пикнотический индекс

3. симптом «кристаллизации» шеечной слизи

4. симптом натяжения цервикальной слизи

5. все перечисленные

990. В фолликулярную фазу менструального цикла наблюдается:

1. секреторная трансформация эндометрия

2. повышение секреции аденогипофизом пролактина

3. регресс желтого тела

4. рост и созревание фолликулов

5. все перечисленное

991. Тесты функциональной диагностики (ТФД) позволяют определить:

1. двухфазность менструального цикла

2. уровень эстрогенной насыщенности организма

3. наличие овуляции

4. полноценность лютеиновой фазы цикла

5. все перечисленное

992.Скрининг-методом для выявления патологии шейки матки является:

1. визуальный осмотр

2. кольпоскопия

3. радионуклидный метод

4. цитологическое исследование мазков

5. биопсия шейки матки

993.Гипоменструальный синдром – это нарушение менструального цикла, характеризующееся:

1. гиперполименореей

2. олигоменореей

3. гипер- и олигоменореей

4. гипо- и олигоменореей

5. опсоменореей .

994.Истинная первичная маточная аменорея обусловлена:

1. аплазией матки

2. гинатрезией

3. синдромом Ашермана

4. СПКЯ

5. андрогенпродуцирующей опухолью надпочечников

995. Характерные особенности кист яичников:

1. это – ретенционные образования

2. увеличиваются в размере вследствие пролиферации клеток

3. не имеют капсулы

4. могут малигнизироваться

5. все перечисленное выше верно

996. Лечение доброкачественных опухолей яичника в детском и пубертатном возрасте заключается:

1. в проведение курса химиотерапии

2. в назначении гормонотерапии

3. в двухстороннем удалении придатков

4. в резекции пораженного яичника

5. в надвлагалищной ампутации матки с придатками

997. Каким типом эпителия выстлан цервикальный канал?

1. цилиндрическим

2. многослойным плоским ороговевающим

3. многослойным плоским неороговевающим

4. мерцательным

5. железистым

998. Атрезия девственной плевы может проявляться

1. задержкой мочи

2. гематокольпосом

3. затруднением дефекации

4. циклически возникающими болями внизу живота

5. бессимптомно

999. Задняя стенка влагалища в средней ее части соприкасается, как правило,

1. с прямой кишкой

2. с сигмовидной кишкой

3. с прямокишечно-маточным углублением (дугласовым карманом)

4. с тканями промежности

5. с петлями тонкого кишечника

1000. При неполном слиянии парамезонефрических протоков развивается

1. атрезия девственной плевы

2. двурогая матка

3. атрезия влагалища

4. дисгенезия гонад

5. атрезия ануса