

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 03.10.2025 12:59:58
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa68b206a480371b3c1a875e6f

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«МАЙКОПСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Медицинский институт
Кафедра педиатрии

СБОРНИК ТЕСТОВ ПО ПЕДИАТРИИ

**учебно-методические рекомендации
для студентов педиатрического и лечебного факультетов**

616-053.2(07)

С 23

Печатается по решению объединенного научно-методического совета специальности Медицинского института ФГБОУ ВО «МГТУ»

Р е ц е н з е н т - к.м.н., доцент Намитоков Х.А.

Составитель: Куанова И.Д, кандидат медицинских наук, доцент

Сборник тестов по педиатрии для студентов педиатрического и лечебного факультетов /Куанова И.Д. – Майкоп. 2022., 224 с.

Сборник тестов предназначен для студентов педиатрического и лечебного факультетов, ординаторов.

За стилистику и орфографию ответственность несет автор.

1. Основоположник отечественной педиатрии:

- 1) [-]С.Г.Зыбелин
- 2) [-]Г.И.Сокольский
- 3) [-]Н.А.Тольский
- 4) [+]Н.М.Максимович-Амбодик
- 5) [-]Н.П.Гундобин

2. Открытие первой детской больницы в России состоялось:

- 1) [-]в Москве в 1844 году
- 2) [+]в Петербурге в 1834 году
- 3) [-]в Москве в 1842 году
- 4) [-]в Петербурге в 1806 году,
- 5) [-]в Петербурге в 1844 году.

3. Первый русский ученый педиатр, автор первого руководства по педиатрии «Педиятрика»:

- 1) [-]А.Ф.Тур
- 2) [-]К.А.Раухфус
- 3) [+]С.Ф.Хотовицкий
- 4) [-]И.И.Радецкий
- 5) [-]М.К.Флоринский.

4. Дата рождения первой русской кафедры детских болезней:

- 1) [-]в 1798 году в Медико-хирургической академии Петербурга
- 2) [-]в 1765 году в Московском университете
- 3) [-]в 1765 году в Петербургском университете
- 4) [+]в 1865 году в Медико-хирургической академии Петербурга
- 5) [-]в 1835 году в Медико-хирургической академии Петербурга.

5. Выдающийся отечественный педиатр и общественный деятель, первый в России детский кардиолог,

отоларинголог, патологоанатом, проектант детских больниц:

- 1) [-]Н.И.Быстров
- 2) [-]В.М.Флоринский
- 3) [-]Н.П.Гундобин
- 4) [+]К.А.Раухфус
- 5) [-]М.С.Маслов.

6. Основоположник русской научной педиатрии, заведующий кафедрой детских болезней ВМА, автор

книги «Особенности детского возраста» изданной в 1906 г.:

- 1) [-]Н.И.Быстров
- 2) [-]Н.А.Тольский
- 3) [+]Н.П.Гундобин
- 4) [-]А.Н.Шкарин

5) [-]М.С.Маслов.

7. Руководитель кафедры и клиники детских болезней ВМА и кафедры факультетской педиатрии в

Ленинградском педиатрическом медицинском институте, профессор, академик АМН СССР, основатель

изучения конституции организма:

1) [-]А.Ф.Тур

2) [-]А.Н.Шкарин

3) [-]Н.П.Гундобин

4) [+]М.С.Маслов

5) [-]Г.Н.Сперанский

8. Первый в России профессор-педиатр, организатор общества детских врачей, заведующий клиникой

детских болезней МХА:

1) [-]В.М.Флоринский

2) [-]Н.П.Гундобин

3) [+]Н.И.Быстров

4) [-]А.Н.Шкарин

5) [-]М.С.Маслов.

9. Выдающийся ученый, профессор, академик АМН СССР, лауреат Ленинской премии, главный педиатр

Ленинграда в годы блокады во время ВОВ, один из основоположников детской гематологии и

эндокринологии, автор книги «Пропедевтика детских болезней»:

1) [-]М.С.Маслов

2) [-]Г.Н.Сперанский

3) [-]М.Г.Данилевич

4) [+]А.Ф.Тур

5) [-]А.Б.Воловик.

10. Выдающийся русский педиатр – «отец русской клинической педиатрии», автор монографий

«Семиотика и диагностика детских болезней» и «Клинические лекции», впервые в России применивший

противодифтерийную сыворотку:

1) [-]Н.А.Тольский

2) [+]Н.Ф.Филатов

3) [-]А.А.Кисель

4) [-]Г.Н.Сперанский

5) [-]В.И.Молчанов.

11. Выдающийся педиатр, Герой социалистического труда, академик АМН СССР и член-корр. АН СССР,

основатель и редактор журнала «Педиатрия»:

- 1) [-]В.И.Молчанов
- 2) [+]Г.Н.Сперанский
- 3) [-]Н.Ф.Филатов
- 4) [-]Ю.Ф.Домбровская
- 5) [-]А.В.Мазурин.

12. Эмбриональный период длится :

- 1) [-]до 28-й недели внутриутробного развития плода;
- 2) [+]до 75-го дня внутриутробного развития плода;
- 3) [-]до 10-го дня внутриутробного развития плода;
- 4) [-]до 20-й недели внутриутробного развития плода;
- 5) [-]до 30-го дня внутриутробного развития плода;

13. Важнейшей особенностью эмбрионального периода является:

- 1) [-]имплантация образовавшегося blastocysta в слизистую оболочку матки;
- 2) [+]закладка и органогенез внутренних органов плода;
- 3) [-]минерализация скелета плода;
- 4) [-]формирование депо железа плода;
- 5) [-]формирование депо витаминов в организме плода;

14. Болезни, возникающие в период с 76-го дня внутриутробной жизни и до рождения называются:

- 1) [+]фетопатиями;
- 2) [-]бластопатиями;
- 3) [-]эмбриопатиями;
- 4) [-]пороками развития;
- 5) [-]уродствами;

15. Проявлениями фетопатии могут быть все состояния, кроме:

- 1) [-]гипоплазии отдельных органов;
- 2) [-]задержки внутриутробного развития;
- 3) [+]рождения близнецов;
- 4) [-]нарушения депонирования многих компонентов питания;
- 5) [-]дисплазии отдельных органов и тканей;

16. Продолжительность периода новорожденности:

- 1) [-]С рождения до окончания 10-х суток;
- 2) [+]С рождения до 28-го дня;
- 3) [-]С рождения до 30-го дня;
- 4) [-]С рождения до окончания первых суток;
- 5) [-]С рождения до 15-го дня;

17. Перинатальным периодом называется период:

- 1) [-]с рождения до 7-го дня жизни;

- 2) [-]с рождения до окончания первого месяца жизни;
- 3) [+]с 23-й недели внутриутробного развития до 7-го дня жизни;
- 4) [-]с 28-й недели внутриутробного развития до момента рождения;
- 5) [-]с 30-й недели внутриутробного развития до окончания первого месяца жизни;

18. Грудной возраст продолжается с:

- 1) [-]с рождения до конца первого года жизни;
- 2) [+]с 29-го дня после рождения до конца первого года жизни;
- 3) [-]с 7-го дня после рождения до конца первого года жизни;
- 4) [-]с 10-го дня после рождения до конца первого года жизни;
- 5) [-]с 21-го дня после рождения до конца первого года жизни;

19. «Период раннего детства» – это период:

- 1) [-]с 1 года до 7 лет;
- 2) [-]с 3 до 5 лет;
- 3) [-]с 3 лет до 7 лет;
- 4) [-]с 1 года до 5 лет;
- 5) [+]с 1 года до 3 лет;

20. «Первый период детства» – это период:

- 1) [+]с 3 до 7 лет;
- 2) [-]1 года до 3 лет;
- 3) [-]С 3 до 5 лет;
- 4) [-]С 5 до 10 лет;
- 5) [-]С 5 до 7 лет;

21. «Второй период детства» – это период:

- 1) [-]девочки 10-12 лет, мальчики 11 – 13 лет;
- 2) [-]девочки 7-13 лет, мальчики 7 – 12 лет;
- 3) [-]девочки 6 -10 лет, мальчики 6 – 11 лет;
- 4) [+]девочки 7-11 лет, мальчики 7 – 12 лет;
- 5) [-]девочки 7-12 лет, мальчики 7- 11 лет;

22. Старший школьный возраст начинается:

- 1) [-]Девочки с 13 лет, мальчики с 14 лет;
- 2) [+]Девочки с 12 лет, мальчики с 13 лет;
- 3) [-]Девочки с 13 лет, мальчики с 12 лет;
- 4) [-]Девочки с 14 лет, мальчики с 15 лет;
- 5) [-]Девочки с 15 лет, мальчики с 16 лет;

23. Какие патологические состояния НЕ характерны для детей грудного возраста?

- 1) [-]Рахит
- 2) [-]Железодефицитная анемия
- 3) [-]Атопический дерматит
- 4) [+]Детские инфекционные заболевания /корь, краснуха, ветряная оспа и др./

5) [-]Желудочно-кишечные дисфункции

24. В каком возрасте у детей имеется наибольшая склонность к гиперплазии лимфоидной ткани?:

- 1) [-]В периоде новорожденности;
- 2) [-]В грудном возрасте;
- 3) [+]В периоде первого детства (дошкольном);
- 4) [-]В младшем школьном возрасте;
- 5) [-]В старшем школьном возрасте;

25. Характерными патологическими состояниями для детей в периоде новорожденности являются все

нижеперечисленные, кроме:

- 1) [-]Родовые травмы;
- 2) [-]Инфекционные заболевания пупка и пупочной ранки;
- 3) [-]Врожденные дефекты развития;
- 4) [-]Гемолитическая болезнь;
- 5) [+]Железодефицитная анемия;

26. Характерная патология для детей в старшем школьном возрасте, за исключением:

- 1) [+]проявления экссудативно-катаральной аномалии конституции;
- 2) [-]нарушения полового развития;
- 3) [-]нейроциркуляторная дисфункция;
- 4) [-]гастродуоденит;
- 5) [-]гиперплазия щитовидной железы;

27. К детям относятся индивиды в возрасте:

- 1) [-]от рождения до 14 лет;
- 2) [-]от рождения до 15 лет;
- 3) [-]от рождения до 16 лет;
- 4) [-]от рождения до 17 лет;
- 5) [+]от рождения до 18 лет;

28. Длина тела плода на 30-й неделе гестации составляет:

- 1) [-]45 см;
- 2) [-]35 см;
- 3) [-]28 см;
- 4) [+]40 см;
- 5) [-]25 см;

29. Масса тела плода на 30-й неделе гестации составляет:

- 1) [-]1000 г;
- 2) [-]2000 г;
- 3) [+]1300 г;
- 4) [-]2400 г;

5) [-]900 г;

30. Средняя прибавка в массе тела за второй год жизни составляет:

- 1) [+]2,5 кг
- 2) [-]3,5 кг
- 3) [-]4,0 кг
- 4) [-]4,5 кг
- 5) [-]5,0 кг

31. Низкой массой тела для ребенка любого срока гестации при рождении считается масса тела

- 1) [-]Менее 1000 г
- 2) [-]Менее 1500 г
- 3) [-]Менее 2000 г
- 4) [+]Менее 2500 г
- 5) [-]Менее 3000 г

32. Средняя масса тела здорового новорожденного ребенка в граммах составляет:

- 1) [-]2700-2800;
- 2) [-]3900-4000;
- 3) [-]2900-3100;
- 4) [+]3400-3800;
- 5) [-]4000-4200;

33. Длина тела /см/ здорового новорожденного ребенка в среднем составляет:

- 1) [-]40-44
- 2) [+]48-52
- 3) [-]45-47
- 4) [-]58-60
- 5) [-]61-65

34. Физиологическая убыль массы тела доношенного новорожденного ребенка составляет:

- 1) [+]5-8%
- 2) [-]10-15%
- 3) [-]15-20%
- 4) [-]20-25%
- 5) [-]Более 25%

35. К какому возрасту после рождения обычно восстанавливается масса новорожденного после

физиологической потери первоначальной массы тела?:

- 1) [-]14-15 дней;
- 2) [-]1 месяц;
- 3) [-]3-4 день;
- 4) [-]20-21 день;

5) [+]7-8 день;

36. К критериям биологического возраста у детей раннего возраста относятся все нижеперечисленные,

кроме:

- 1) [-]Показатели длины тела и массы тела;
- 2) [+]Количество постоянных зубов;
- 3) [-]Число ядер окостенения;
- 4) [-]Количество молочных зубов;
- 5) [-]Психомоторное развитие;

37. К критериям оценки биологического возраста школьников относятся все нижеперечисленные, кроме:

- 1) [+]Сроки появления молочных зубов;
- 2) [-]Физическое развитие;
- 3) [-]Вторичные половые признаки;
- 4) [-]Число ядер окостенения;
- 5) [-]Пропорции тела;

38. Окружность грудной клетки /см/ у доношенного новорожденного ребенка в среднем составляет:

- 1) [-]40-45
- 2) [+]32-34
- 3) [-]28-30
- 4) [-]20-25
- 5) [-]38-40

39. Окружность головы /см/ у доношенного новорожденного ребенка в среднем составляет:

- 1) [-]40-45
- 2) [-]28-30
- 3) [+]34-36
- 4) [-]20-25
- 5) [-]15-20

40. В каком возрасте окружности головы и грудной клетки сравниваются друг с другом:

- 1) [+]3-4 мес
- 2) [-]5-6 мес
- 3) [-]7-8 мес
- 4) [-]8-9 мес
- 5) [-]9-10 мес

41. Окружность головы в возрасте 6 месяцев у здорового ребенка в среднем составляет:

- 1) [-]52 см;
- 2) [-]60 см;

- 3) [-]39 см;
- 4) [+]43 см;
- 5) [-]28 см;

42. Окружность грудной клетки в возрасте 6 месяцев у здорового ребенка в среднем составляет:

- 1) [-]55 см;
- 2) [-]40 см;
- 3) [+]45 см;
- 4) [-]60 см;
- 5) [-]50 см;

43. Окружность головы в возрасте 1 года у здорового ребенка в среднем составляет:

- 1) [-]50 см;
- 2) [-]42 см;
- 3) [-]38 см;
- 4) [+]46 см;
- 5) [-]30 см;

44. Окружность грудной клетки в возрасте 1 года у здорового ребенка в среднем составляет:

- 1) [-]25 см;
- 2) [+]48 см;
- 3) [-]40 см;
- 4) [-]62 см;
- 5) [-]34 см;

45. Длина тела у здорового ребенка в возрасте 5 месяцев в среднем составляет:

- 1) [-]73 см;
- 2) [-]58 см;
- 3) [+]64 см;
- 4) [-]70 см;
- 5) [-]80 см;

46. Длина тела здорового ребенка в возрасте 1 года в среднем составляет:

- 1) [-]66-68 см;
- 2) [+]75-77 см;
- 3) [-]80-82 см;
- 4) [-]68-70 см;
- 5) [-]85-87 см;

47. Длина тела новорожденного удваивается к возрасту:

- 1) [-]7 лет;
- 2) [+]4 года;
- 3) [-]8 лет;

- 4) [-]1,5 года;
- 5) [-]2,5 года;

48. Длина тела новорожденного утраивается в среднем к возрасту:

- 1) [-]7 лет;
- 2) [+]12 лет;
- 3) [-]9 лет;
- 4) [-]5 лет;
- 5) [-]10 лет;

49. За второй год жизни здоровый ребенок вырастает обычно на:

- 1) [-]2-4 см;
- 2) [-]7-9 см;
- 3) [+]12-13 см;
- 4) [-]5-7 см;
- 5) [-]18-20 см;

50. За третий год жизни здоровый ребенок вырастает обычно на:

- 1) [-]16-18 см;
- 2) [+]7-8 см;
- 3) [-]12-13 см;
- 4) [-]3-5 см;
- 5) [-]20-22 см;

51. Средние показатели длины тела здорового ребенка в возрасте 3 лет:

- 1) [-]120 см;
- 2) [+]94 см;
- 3) [-]115 см;
- 4) [-]82 см;
- 5) [-]132 см;

52. Половое созревание у мальчиков в среднем начинается в возрасте:

- 1) [-]9-10 лет;
- 2) [+]11,5-12 лет;
- 3) [-]12,5-13 лет;
- 4) [-]13-14 лет;
- 5) [-]10,5-11 лет;

53. Первым признаком полового созревания у мальчиков является:

- 1) [-]Появление волос на лице;
- 2) [-]Изменение тембра голоса;
- 3) [+]Увеличение яичек;
- 4) [-]Начало роста щитовидного хряща;
- 5) [-]Появление волос в подмышечных впадинах;

54. Половое развитие мальчиков считается запаздывающим при отсутствии каких-либо признаков

созревания в возрасте:

- 1) [-]12 лет;
- 2) [-]12,5 лет;
- 3) [+]13,5 лет;
- 4) [-]13 лет;
- 5) [-]11,5 лет;

55. Половое развитие мальчиков считается преждевременным, если его признаки появляются ранее

возраста:

- 1) [-]11,5-12 лет;
- 2) [-]12-12,5 лет;
- 3) [+]10-10,5 лет;
- 4) [-]10,5-11 лет;
- 5) [-]11-11,5 лет;

56. Половое созревание у девочек в среднем начинается в возрасте:

- 1) [-]9-9,5 лет;
- 2) [+]10,0-10,5 лет;
- 3) [-]11-11,5 лет;
- 4) [-]12-13 лет;
- 5) [-]13-14 лет;

57. Первым внешним признаком полового созревания у девочек является:

- 1) [+]Рост молочных желез;
- 2) [-]Изменение пропорций тела;
- 3) [-]Повышенная сальность кожи, юношеские угри;
- 4) [-]Рост волос в подмышечных впадинах;
- 5) [-]Рост волос на лобке;

58. Половое развитие девочек считается ранним, если оно начинается в возрасте:

- 1) [-]до 10-10,5 лет;
- 2) [-]до 9-9,5 лет;
- 3) [-]до 10,10,5 лет;
- 4) [+]до 8-8,5 лет;
- 5) [-]до 11-11,5 лет;

59. Половое развитие девочек считается поздним при отсутствии каких-либо признаков полового

созревания в возрасте:

- 1) [-]12 лет и старше;
- 2) [-]10 лет и старше;
- 3) [+]13 лет и старше;

4) [-]10,5 лет и старше;

5) [-]11 лет и старше;

60. Особенности строения кожи и придатков кожи ребенка первых лет жизни по сравнению с детьми

более старшего возраста и взрослыми являются все, кроме:

1) [-]Тонкость и ранимость эпидермиса;

2) [-]Большое количество в эпидермисе и дерме клеток Лангенгарса, тучных клеток, эозинофилов, лимфоцитов;

3) [-]Непрочная связь между эпидермисом и дермой;

4) [-]Низкий уровень функционирования потовых желез;

5) [+]Недоразвитость сальных желез;

61. Функциональными особенностями кожи у новорожденного и ребенка первых лет жизни являются все,

кроме:

1) [-]низкая защитная функция кожи;

2) [+]низкая резорбционная функция кожи;

3) [-]повышенная чувствительность к повреждающему действию солнечных лучей;

4) [-]несовершенная терморегулирующая функция кожи;

5) [-]высокая ранимость кожи;

62. У новорожденного и грудных детей имеются следующие особенности жировой клетчатки, за

исключением:

1) [-]хорошее развитие бурой жировой ткани;

2) [-]высокое содержание твердых жирных кислот в подкожной клетчатке;

3) [-]малое содержание жировой клетчатки в грудной, брюшной полостях, забрюшинном пространстве;

4) [-]наличие в подкожной клетчатке участков эмбрионального характера, обладающих кровообразующей функцией;

5) [+]высокое содержание жидкой олеиновой кислоты в подкожной клетчатке;

63. Средние сроки появления улыбки у ребенка:

1) [-]2 недели

2) [+]4-5 недель

3) [-]2 месяца

4) [-]3 месяца

5) [-]6 месяцев

64. Средние сроки появления у ребенка гуления:

1) [-]2 недели

2) [-]4-5 недель

3) [+]7-8 недель

- 4) [-]3 месяца
- 5) [-]6 месяцев

65. Какой из признаков не является признаком статики у ребенка раннего возраста?

- 1) [-]удерживание головы
- 2) [-]малыш сидит
- 3) [-]Ребенок стоит
- 4) [+]Ребенок лежит
- 5) [-]Малыш ходит

66. В каком возрасте, в среднем, ребенок хорошо удерживает голову, находясь в вертикальном положении?

- 1) [-]2 недели
- 2) [-]3 недели
- 3) [-]4 недели
- 4) [+]2 месяца
- 5) [-]6 месяцев

67. Направленные движения рук у ребенка появляются, в среднем, в возрасте

- 1) [-]1 месяц
- 2) [-]2 месяца
- 3) [-]3 месяца
- 4) [+]4 месяца
- 5) [-]5 месяцев

68. В каком возрасте, в среднем, ребенок начинает хорошо переворачиваться со спины на живот?

- 1) [-]4 месяца
- 2) [+]5 месяцев
- 3) [-]6 месяца
- 4) [-]7 месяцев
- 5) [-]8 месяцев

69. В какие сроки, в среднем, ребенок начинает самостоятельно садиться?

- 1) [-]4 месяца
- 2) [-]5 месяцев
- 3) [+]6 месяцев
- 4) [-]7 месяцев
- 5) [-]8 месяцев

70. В каком возрасте /в среднем/ здоровый ребенок начинает ползать

- 1) [-]4 месяца
- 2) [-]6 месяцев
- 3) [+]8 месяцев

- 4) [-]10 месяцев
- 5) [-]12 месяцев

71. Когда обычно ребенок начинает стоять без поддержки

- 1) [-]7 месяцев
- 2) [-]8 месяцев
- 3) [-]6 месяцев
- 4) [+]10 месяцев
- 5) [-]13 месяцев

72. Первые шаги с поддержкой у ребенка, в среднем, появляются в

- 1) [-]7 месяцев
- 2) [-]8 месяцев
- 3) [+]10 месяцев
- 4) [-]13 месяцев
- 5) [-]15 месяцев

73. В какие сроки, в среднем, ребенок начинает самостоятельно ходить?

- 1) [-]7 месяцев
- 2) [-]8 месяцев
- 3) [-]9 месяцев
- 4) [-]10 месяцев
- 5) [+]12 месяцев

74. В каком возрасте ребенок начинает узнавать мать среди группы людей?

- 1) [-]Сразу после рождения
- 2) [-]1 месяц
- 3) [+]4 месяца
- 4) [-]6 месяцев
- 5) [-]8 месяцев

75. В каком возрасте ребенок начинает перекладывать предметы из руки в руку и удерживать бутылочку с питанием?

- 1) [-]1 месяц
- 2) [-]3 месяца
- 3) [+]5 месяцев
- 4) [-]8 месяцев
- 5) [-]10 месяцев

76. В каком возрасте ребенок начинает отзываться на свое имя?

- 1) [-]2 месяца
- 2) [-]4 месяца
- 3) [-]6 месяцев
- 4) [+]9 месяцев

5) [-]13 месяцев

77. В каком возрасте ребенок по просьбе родителей машет рукой, когда говорят «до свидания»

- 1) [-]3 месяца
- 2) [-]5 месяцев
- 3) [-]7 месяцев
- 4) [+]10 месяцев
- 5) [-]13 месяцев

78. Средняя суточная потребность во сне у новорожденного составляет:

- 1) [+]не менее 20 часов
- 2) [-]18 часов
- 3) [-]16 часов
- 4) [-]14 часов
- 5) [-]12 часов

79. Критериями нервно-психического развития ребенка являются следующие показатели, за

исключением:

- 1) [-]Моторика и статика
- 2) [+]Первичное запечатление
- 3) [-]Условно-рефлекторная деятельность /1 сигнальная система/
- 4) [-]Речь /2 сигнальная система/
- 5) [-]Высшая нервная деятельность

80. В каком возрасте у ребенка исчезает физиологический мышечный гипертонус конечностей?

- 1) [-]1 месяц
- 2) [-]2- 2,5 месяца
- 3) [+]в 3-4 месяца
- 4) [-]в 5 месяцев
- 5) [-]в 6-7 месяцев

81. «Комплекс оживления» у младенца 4-5 месяцев включает в себя следующие проявления, за

исключением:

- 1) [-]Выражение «радостного торжествования» на лице
- 2) [-]Выраженная улыбка на лице
- 3) [+]Громкий плач
- 4) [-]Малыш перебирает ручками
- 5) [-]Малыш перебирает ножками

82. На каком месяце жизни у младенца проверяются зрительное и слуховое сосредоточение?

- 1) [-]на 1 месяце
- 2) [+]на 2 месяце
- 3) [-]в 3-4 месяца
- 4) [-]в 5 месяцев
- 5) [-]в 6-7 месяцев

83. К транзиторным рефлексам орального автоматизма относятся следующие рефлексы, кроме

- 1) [-]сосательный рефлекс
- 2) [+]глотательный рефлекс
- 3) [-]хоботковый рефлекс
- 4) [-]поисковый рефлекс Куссмауля
- 5) [-]ладонно-рото-головной рефлекс Бабкина

84. К транзиторным рефлексам спинального автоматизма относятся следующие рефлексы, кроме

- 1) [-]защитный рефлекс
- 2) [-]рефлекс опоры
- 3) [+]сухожильные рефлексы конечностей
- 4) [-]рефлекс автоматической походки
- 5) [-]рефлекс Моро

85. Вскармливание ребенка называется естественным, когда оно осуществляется посредством:

- 1) [+]непосредственного прикладывания его к груди его биологической матери;
- 2) [-]кормления сцеженным материнским молоком;
- 3) [-]вскармливания кормилицей;
- 4) [-]вскармливания термически обработанным материнским молоком;
- 5) [-]вскармливания термически обработанным донорским молоком;

86. После родов молозиво у матери выделяется в течение:

- 1) [+]первых трех суток;
- 2) [-]первых 7-8 дней;
- 3) [-]10-12 дней;
- 4) [-]15-16 дней;
- 5) [-]первых трех недель;

87. В молозиве содержится большое количество:

- 1) [-]иммуноглобулина М;
- 2) [-]иммуноглобулина G;
- 3) [+]иммуноглобулина А;
- 4) [-]иммуноглобулина Е;
- 5) [-]иммуноглобулина D;

88. Соотношение белков, жиров и углеводов в женском молоке:

- 1) [-]1:1,2:1,4

- 2) [+]1:3:6
- 3) [-]2:3:4
- 4) [-]1:4:8
- 5) [-]3:3,5:7,00

89. Первое прикладывание ребенка к груди матери следует осуществлять после рождения в течение:

- 1) [+]первых 30 минут;
- 2) [-]первого часа;
- 3) [-]первых 12 часов;
- 4) [-]первых суток;
- 5) [-]двух часов;

90. «Зрелое» молоко начинает вырабатываться:

- 1) [+]К началу 3-й недели после родов;
- 2) [-]К концу первого месяца после родов;
- 3) [-]К концу первой недели после родов;
- 4) [-]С 4-5 дня после родов;
- 5) [-]С 7-10 дня после родов;

91. В молозиве по сравнению со зрелым молоком:

- 1) [-]Меньше белка, больше жира, больше лактозы;
- 2) [+]Больше белка, меньше жира, меньше лактозы;
- 3) [-]Больше белка, больше жира, больше лактозы;
- 4) [-]Меньше белка, меньше жира, меньше лактозы;
- 5) [-]Меньше белка, больше жира, меньше лактозы;

92. Соотношение сывороточных белков и казеина в женском молоке составляет:

- 1) [-]50:50;
- 2) [-]40:60
- 3) [-]20:80;
- 4) [-]60:40;
- 5) [+]80:20;

93. Основным компонентом жира женского молока являются:

- 1) [-]Холестерол;
- 2) [-]Фосфолипиды;
- 3) [-]Свободные жирные кислоты;
- 4) [+]Триглицериды;
- 5) [-]Насыщенные жирные кислоты;

94. Какие две незаменимые жирные кислоты, которые человеческий организм вырабатывать не может, ребенок получает с грудным молоком?:

- 1) [-]Пальмитиновую и стеариновую;

- 2) [+]Линолевую и альфа-линоленовую;
- 3) [-]Капроновую и гамма-масляную;
- 4) [-]Линолевую и стеариновую;
- 5) [-]Пальмитиновую и капроновую;

95. Желательно, чтобы длительность одного грудного кормления не превышала:

- 1) [+]20-30 минут;
- 2) [-]40-50 минут;
- 3) [-]10-15 минут;
- 4) [-]5-10 минут;
- 5) [-]1 часа;

96. Сцеженное молоко следует:

- 1) [-]хранить в термостате при температуре 37градусов С не более 3 часов;
- 2) [+]хранить в холодильнике при температуре не выше 4 градусов С не более 3-6 часов;
- 3) [-]хранить при комнатной температуре не более 1-2 часов;
- 4) [-]хранить в холодильнике при температуре не выше 10градусов С не более 5 часов;
- 5) [-]хранить в термостате при температуре 37градусов С не более 1 часа;

97. Как правило, максимальный объем одного кормления для здорового ребенка на первом году жизни составляет:

- 1) [-]300 мл;
- 2) [-]120 мл;
- 3) [+]200 мл;
- 4) [-]100 мл;
- 5) [-]350 мл;

98. Максимальный суточный объем питания, который может получать здоровый ребенок в возрасте 1

года, составляет:

- 1) [-]1400-1500 мл;
- 2) [+]1000-1100 мл;
- 3) [-]500-600 мл;
- 4) [-]1300-1400 мл;
- 5) [-]700- 800 мл;

99. При 7-разовом кормлении грудного ребенка интервалы между кормлениями составляют:

- 1) [+]3 часа;
- 2) [-]4 часа;
- 3) [-]2,5 часа;
- 4) [-]3,5 часа;
- 5) [-]4,5 часа;

100. При 6-разовом кормлении грудного ребенка интервалы между кормлениями составляют:

- 1) [-]3 часа;
- 2) [-]4 часа;
- 3) [-]2,5 часа;
- 4) [+]3,5 часа;
- 5) [-]4,5 часа;

101. При 5-разовом кормлении грудного ребенка интервалы между кормлениями составляют:

- 1) [-]3 часа;
- 2) [+]4 часа;
- 3) [-]2,5 часа;
- 4) [-]3,5 часа;
- 5) [-]4,5 часа;

102. Объем питания, который должен получать в сутки ребенок в возрасте 1 месяца и имеющий массу

тела 4000 г, при расчете «объемным» методом составляет:

- 1) [-]400 мл;
- 2) [+]800 мл;
- 3) [-]600 мл;
- 4) [-]500 мл;
- 5) [-]300 мл;

103. Объем питания, который должен получать в сутки ребенок в возрасте 3 месяцев и имеющий массу

тела 5400 г, при расчете «объемным» методом составляет:

- 1) [-]400 мл;
- 2) [-]600 мл;
- 3) [-]700 мл;
- 4) [+]900 мл;
- 5) [-]1000 мл;

104. Объем питания, который должен получать в сутки здоровый ребенок в возрасте 7 месяцев,

составляет:

- 1) [-]600 мл;
- 2) [-]700 мл;
- 3) [-]800 мл;
- 4) [-]500 мл;
- 5) [+]1000 мл; :

105. Какое из перечисленных состояний новорожденного ребенка является противопоказанием к его

раннему прикладыванию к груди матери?:

- 1) [-]низкая масса тела при рождении;
- 2) [-]короткая уздечка языка;
- 3) [+]асфиксия;
- 4) [-]субфебрилитет;
- 5) [-]ринит;

106. Какое состояние НЕ является противопоказанием к грудному вскармливанию со стороны матери?

- 1) [-]открытая форма туберкулеза с бацилловыделением;
- 2) [-]ВИЧ инфекция;
- 3) [+]высев золотистого стафилококка из грудного молока;
- 4) [-]злокачественные новообразования;
- 5) [-]острые психические заболевания;

107. Противопоказанием к естественному вскармливанию со стороны ребенка является:

- 1) [-]гиполактазия;
- 2) [-]выраженные проявления аллергического диатеза;
- 3) [-]целиакия;
- 4) [+]фенилкетонурия ;
- 5) [-]муковисцидоз;

108. Какая из нижеперечисленных ситуаций НЕ является абсолютным противопоказанием для кормления грудным молоком:

- 1) [-]мать принимает левомицетин;
- 2) [-]у матери хроническая почечная недостаточность;
- 3) [-]у матери открытая форма туберкулеза с бацилловыделением;
- 4) [-]у ребенка галактоземия;
- 5) [+]мастит у кормящей женщины;

109. Какой из следующих продуктов дают здоровому ребенку в качестве первого прикорма?:

- 1) [-]творог;
- 2) [-]мясной фарш;
- 3) [-]кефир;
- 4) [+]каша;
- 5) [-]яичный желток;

110. Первый прикорм здоровым детям, находящимся на естественном вскармливании, дают в возрасте не ранее:

- 1) [-]2-3 месяцев;
- 2) [-]3-4 месяцев;
- 3) [+]5-6 месяцев;
- 4) [-]7-8 месяцев;

5) [-]8-9 месяцев;

111. Какой из нижеперечисленных продуктов НЕ следует давать ребенку 1-го года жизни в качестве

дополнительного питания?:

- 1) [-]фруктовый сок;
- 2) [+]цельное коровье молоко;
- 3) [-]отварная рыба;
- 4) [-]часть сваренного вкрутую куриного желтка;
- 5) [-]отварная говяжья печень;

112. До какого возраста не следует давать детям для питья немодифицированное /цельное/ коровье

молоко?:

- 1) [-]до 6 месяцев;
- 2) [-]до 9 месяцев;
- 3) [+]до 1 года;
- 4) [-]до 2 лет;
- 5) [-]до 4 месяцев;

113. Какие цифры являются правильными для расчета суточного объема питания «объемным способом»

для ребенка 1 месяца:

- 1) [-]1/7;
- 2) [-]1/6;
- 3) [+]1/5;
- 4) [-]1/4;
- 5) [-]1/3;

114. Какие цифры являются правильными для расчета суточного объема питания «объемным способом»

для ребенка 3 месяца:

- 1) [-]1/7;
- 2) [+]1/6;
- 3) [-]1/5;
- 4) [-]1/4;
- 5) [-]1/3;

115. Дополнительное питание искусственными молочными смесями при дефиците материнского молока

называется:

- 1) [-]дополнительный фактор;
- 2) [-]прикорм;
- 3) [+]докорм;
- 4) [-]коррекция питания;

5) [-]дотация питания;

116. Потребность в углеводах / в граммах на 1 кг массы/ у детей первого года жизни составляет:

- 1) [-]5,0;
- 2) [-]8,5;
- 3) [+]13,0;
- 4) [-]2,5;
- 5) [-]20,0;

117. Потребность в белках /в граммах на кг массы тела/ у детей 1 месяца жизни составляет:

- 1) [-]3,2;
- 2) [-]5,0;
- 3) [+]2,2;
- 4) [-]7,5;
- 5) [-]10,5;

118. Потребность в жирах /в граммах на кг массы тела/ у детей 4-х месяцев жизни составляет:

- 1) [+]6,0;
- 2) [-]2,0;
- 3) [-]3,0;
- 4) [-]8,0;
- 5) [-]10,0;

119. Потребность ребенка в энергии /в ккал/кг/ в возрасте 7 месяцев составляет:

- 1) [-]95;
- 2) [+]110;
- 3) [-]140;
- 4) [-]200;
- 5) [-]70;

120. Начинать введение сока в рацион грудного ребенка следует не ранее:

- 1) [-]1-2 месяца;
- 2) [-]6-7 месяца;
- 3) [-]2-3 месяца;
- 4) [+]5-6 месяца;
- 5) [-]8-9 месяца;

121. Начинать введение в рацион соков предпочтительнее со следующего вида сока:

- 1) [-]клубничного;
- 2) [+]яблочного;
- 3) [-]виноградного;
- 4) [-]апельсинового;

5) [-]вишневого;

122. В качестве злакового прикорма ребенку первого года жизни рекомендуется давать следующие виды

каши:

- 1) [-]Манную, кукурузную, рисовую;
- 2) [-]Овсяную, пшеничную, рисовую кашу;
- 3) [+]Гречневую, рисовую, кукурузную кашу;
- 4) [-]Кукурузную, рисовую, ячневую кашу;
- 5) [-]Рисовую, манную, гречневую кашу;

123. Каши, содержащие различные добавки /какао, мед, орехи и т.д./ следует вводить в рацион ребенка

НЕ ранее:

- 1) [-]5-6 месяцев;
- 2) [-]7-8 месяцев;
- 3) [-]9-10 месяцев;
- 4) [+]11-12 месяцев;
- 5) [-]15-16 месяцев;

124. Мясной фарш вводят в рацион здорового ребенка в возрасте:

- 1) [-]5-5,5 месяцев;
- 2) [+]7-7,5 месяцев;
- 3) [-]8-8,5 месяцев;
- 4) [-]9-9,5 месяцев;
- 5) [-]10-10,5 месяцев;

125. Мясные фрикадельки дают здоровому ребенку первого года жизни в возрасте:

- 1) [-]7 месяцев;
- 2) [-]8 месяцев;
- 3) [-]9 месяцев;
- 4) [+]10 месяцев;
- 5) [-]Не раньше 1 года;

126. Паровую котлету дают здоровому ребенку первого года жизни в возрасте:

- 1) [-]7 месяцев;
- 2) [-]8 месяцев;
- 3) [-]10 месяцев;
- 4) [+]12 месяцев;
- 5) [-]9 месяцев;

127. Желток куриного яйца следует вводить в рацион ребенка в возрасте НЕ ранее:

- 1) [-]4 месяцев;
- 2) [-]5 месяцев;
- 3) [+]7 месяцев;

- 4) [-]10 месяцев;
- 5) [-]12 месяцев;

128. Количество сахара, добавляемого в пищу, для ребенка к возрасту 1 года, в сутки не должна превышать:

- 1) [-]50 г;
- 2) [-]75 г;
- 3) [+]25 г;
- 4) [-]10 г;
- 5) [-]65 г;

129. Кратность дневных кормлений на момент введения первого прикорма в рацион ребенка должна составлять:

- 1) [-]6 раз;
- 2) [-]7 раз;
- 3) [+]5 раз;
- 4) [-]4 раза;
- 5) [-]8 раз;

130. Клиническими признаками гипогалактии являются все, за исключением:

- 1) [-]Жажды;
- 2) [-]Сниженных прибавок в массе тела;
- 3) [-]Редких мочеиспусканий;
- 4) [+]Вздутия живота;
- 5) [-]Редкого стула;

131. Какое из нижеперечисленных мероприятий следует провести как можно быстрее при подозрении на гипогалактию?:

- 1) [-]Перевести ребенка на более редкий режим питания;
- 2) [-]Добавить в рацион искусственные молочные смеси;
- 3) [-]Ввести в рацион ребенка каши и овощи;
- 4) [-]Сцеживать молоко «до последней капли» и давать его ребенку из рожка, используя упругую соску;
- 5) [+]Провести контрольное кормление;

132. Докорм целесообразнее давать ребенку:

- 1) [-]заменяя им отдельные кормления;
- 2) [-]в начале каждого из кормлений, перед кормлением грудью;
- 3) [+]в каждое кормление по завершении кормления грудью;
- 4) [-]только в самое первое и последнее кормления;
- 5) [-]в середине кормления, давая перед ним и после него грудное молоко;

133. В чем заключается основное различие между высокоадаптированными молочными смесями и

«последующими формулами» /смесями группы «follow up»?:

- 1) [-] в качестве углеводного компонента;
- 2) [-] в составе жирового компонента;
- 3) [-] в содержании минеральных солей;
- 4) [-] в составе витаминов;
- 5) [+] в качестве белкового компонента;

134. Жировой компонент в смесях с высокой степенью гидролиза белка в основном представлен:

- 1) [+] Среднецепочечными триглицеридами;
- 2) [-] Холестеролом;
- 3) [-] Фосфолипидами;
- 4) [-] Свободными жирными кислотами;
- 5) [-] Насыщенными жирными кислотами;

135. Углеводный компонент смесей с высокой степенью гидролиза белка может включать все, кроме:

- 1) [-] Глюкозы и модифицированного крахмала;
- 2) [+] Лактозы и сахарозы;
- 3) [-] Модифицированного крахмала и фруктозы;
- 4) [-] Фруктозы и крахмала;
- 5) [-] Декстрин-мальтозы и глюкозы;

136. Какие искусственные смеси называются «полуэлементными»?:

- 1) [-] смеси для кормления детей второго полугодия первого года жизни;
- 2) [+] смеси с высокой степенью гидролиза белка;
- 3) [-] смеси для маловесных и недоношенных детей;
- 4) [-] смеси с невысокой степенью гидролиза белка;
- 5) [-] смеси на основе изолята белка сои;

137. При необходимости перевода на искусственное вскармливание грудных детей с отягощенным

аллергологическим анамнезом целесообразно назначить:

- 1) [-] Смеси на основе изолятов белка сои;
- 2) [-] Смеси с высокой степенью гидролиза белка;
- 3) [-] Адаптированные кисломолочные смеси;
- 4) [+] Смеси с невысокой степенью гидролиза белка;
- 5) [-] Козье молоко;

138. Не рекомендуется употребление ребенком кофе до возраста:

- 1) [-] 5 лет;
- 2) [-] 1 года;
- 3) [-] 7 лет;

- 4) [+]2 лет;
- 5) [-]10 лет;

139. Сосисками и сардельками не рекомендуется кормить ребенка до возраста:

- 1) [-]7 лет;
- 2) [+]2 лет;
- 3) [-]1 года;
- 4) [-]5 лет;
- 5) [-]10 месяцев;

140. Формирование конституции организма ребенка происходит:

- 1) [-]Только во внутриутробном периоде развития
- 2) [-]Только в периоде новорожденности
- 3) [-]Только в периоде полового созревания
- 4) [-]Только в грудном периоде
- 5) [+]Во всех периодах детского онтогенеза

141. Реактивность индивида является проявлением:

- 1) [-]Только его генотипа
- 2) [+]Его конституции
- 3) [-]Только ранее перенесенных инфекций
- 4) [-]Только неблагоприятных социальных условий
- 5) [-]Только характера питания

142. Термин «диатез» означает:

- 1) [-]Предрасположенность к травме
- 2) [-]Предрасположенность к хромосомным болезням
- 3) [-]Заболевания кожи и его придатков
- 4) [+]Предрасположенность к патологии полигенной природы
- 5) [-]Болезни обмена веществ

143. В педиатрической практике не выделяют тип конституции:

- 1) [-]Астеноидный
- 2) [-]Дигестивный
- 3) [+]Гиперстенический
- 4) [-]Торакальный
- 5) [-]Мышечный

144. Термин «экссудативно-катаральная аномалия конституции» означает:

- 1) [-]Заболевания кожи и слизистых оболочек
- 2) [-]Предрасположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям
- 3) [+]Предрасположенность к заболеваниям кожи и слизистых оболочек
- 4) [-]Предрасположенность к заболеваниям ЦНС
- 5) [-]Заболевания эндокринной системы

145. Термин «аллергический диатез» является синонимом:

- 1) [-]Бронхиальной астмы
- 2) [-]Атопического дерматита
- 3) [-]Аллергического ринита
- 4) [+]Предрасположенности к формированию аллергических болезней
- 5) [-]Анафилактической реакции

146. Термин «лимфатико-гипопластическая аномалия конституции» является синонимом:

- 1) [-]Злокачественных заболеваний лимфатической системы
- 2) [-]Задержки физического развития
- 3) [-]Избыточной массы тела
- 4) [-]Гипоплазии внутренних органов
- 5) [+]Предрасположенности к гиперплазии лимфоидной ткани

147. Нейроартритический диатез НЕ характеризуется:

- 1) [+]Предрасположенностью к инфекционным заболеваниям
- 2) [-]Дефицитом массы тела
- 3) [-]Невротическими состояниями
- 4) [-]Лабильностью обменных процессов
- 5) [-]Приступами рвоты

148. Синонимом мультифакториальной патологии не является:

- 1) [-]Заболевания с наследственной предрасположенностью
- 2) [-]Болезни полигенной природы
- 3) [-]Заболевания с семейной предрасположенностью
- 4) [-]Многофакторные болезни
- 5) [+]Хромосомная патология

149. Для мультифакториальной патологии не характерно:

- 1) [+]Определенность этиологии и патогенеза
- 2) [-]Клинический полиморфизм
- 3) [-]Гетерогенность
- 4) [-]Эффективность превентивных мероприятий
- 5) [-]Несоответствие наследования законам Менделя

150. Под термином «норма реакции» понимается:

- 1) [-]Адекватное реагирование на введение медикамента
- 2) [-]«Нормальная» реактивность организма
- 3) [-]Референтные значения биохимических показателей
- 4) [+]Рамки variability фенотипического признака у индивида
- 5) [-]«Нормальные» показатели массы тела

151. Для астеноидного типа конституции не характерно:

- 1) [-]Уплощенная грудная клетка
- 2) [+]Выраженное развитие жировой ткани

- 3) [-]Слабое развитие подкожно-жирового слоя
- 4) [-]Слабое развитие костяка
- 5) [-]Слабое развитие мышечного компонента сомы

152. Для астеноидного телосложения характерно:

- 1) [-]Соответствие массы тела длине тела
- 2) [+]Дефицит массы тела по длине
- 3) [-]Избыток массы тела по длине тела
- 4) [-]Высокие показатели физического развития
- 5) [-]Низкие показатели физического развития

153. Для торакального телосложения не характерно:

- 1) [-]Цилиндрическая форма грудной клетки
- 2) [-]Умеренное развитие подкожно-жирового слоя
- 3) [+]Выраженное развитие жировой ткани
- 4) [-]Умеренное развитие костяка
- 5) [-]Умеренное развитие мышечного компонента сомы

154. Для торакального типа конституции характерно:

- 1) [-]Избыток массы тела по длине
- 2) [-]Высокорослость
- 3) [-]Низкорослость
- 4) [-]Задержка полового развития
- 5) [+]Умеренный дефицит массы тела по длине

155. Для мышечного типа конституции характерно:

- 1) [-]Уплощенная грудная клетка
- 2) [+]Выраженные мышечный и костный соматические компоненты
- 3) [-]Слабое развитие соединительнотканых структур
- 4) [-]Избыточное жиросотложение
- 5) [-]Висцеромегалия

156. Для мышечного типа конституции характерно:

- 1) [+]Несколько избыточная масса тела по длине
- 2) [-]Дефицит массы тела по длине
- 3) [-]Преждевременное половое развитие
- 4) [-]Низкорослость
- 5) [-]Высокорослость

157. Для дигестивного телосложения не характерно:

- 1) [+]Цилиндрическая грудная клетка
- 2) [-]Выраженное развитие жирового компонента сомы
- 3) [-]Массивный костяк
- 4) [-]Конусообразная форма грудной клетки
- 5) [-]Равномерное распределение подкожно-жирового слоя

158. Для дигестивного телосложения характерно:

- 1) [-]Дефицит массы тела по длине
- 2) [-]Преждевременное половое развитие
- 3) [-]Низкорослость
- 4) [-]Высокорослость
- 5) [+]Избыток массы тела по длине

159. К хроническим заболеваниям органов пищеварения наиболее предрасположены дети:

- 1) [-]Торакального типа конституции
- 2) [-]Дигестивного типа конституции
- 3) [-]Мышечного типа конституции
- 4) [+]Астеноидного типа конституции
- 5) [-]Недифференцированного типа конституции

160. В более ранние сроки половое развитие начинается у девочек:

- 1) [-]Астеноидного телосложения
- 2) [-]Торакального телосложения
- 3) [-]Мышечного телосложения
- 4) [-]Недифференцированного типа конституции
- 5) [+]Дигестивного телосложения

161. В более поздние сроки половое развитие начинается у мальчиков:

- 1) [+]Астеноидного телосложения
- 2) [-]Торакального телосложения
- 3) [-]Мышечного телосложения
- 4) [-]Недифференцированного типа конституции
- 5) [-]Дигестивного телосложения

162. В более поздние сроки половое развитие начинается у девочек:

- 1) [-]Торакального телосложения
- 2) [-]Мышечного телосложения
- 3) [+]Астеноидного телосложения
- 4) [-]Недифференцированного типа конституции
- 5) [-]Дигестивного телосложения

163. Ожирение у детей дигестивного типа конституции развивается:

- 1) [-]В 10-20% случаев
- 2) [-]В 100% случаев
- 3) [-]В 25-35% случаев
- 4) [+]В 60-70% случаев
- 5) [-]Не развивается

164. Аллергические заболевания у детей с экссудативно-катаральной аномалией конституции развиваются:

- 1) [-]Не развиваются
- 2) [-]В 5% случаев
- 3) [+]В 25% случаев
- 4) [-]В 70% случаев
- 5) [-]В 90% случаев

165. В периоде новорожденности у детей с экссудативно-катаральной аномалией конституции характерно

наличие:

- 1) [+]Опрелостей
- 2) [-]Недоразвития придатков кожи
- 3) [-]Септического состояния
- 4) [-]Гемолитической болезни
- 5) [-]Недоразвития _____ надпочечников

166. При появлении признаков экссудативно-катаральной аномалией конституции в грудном возрасте не

показано:

- 1) [-]Исключение из рациона кормящей матери нативного молока
- 2) [+]Перевод ребенка на искусственное вскармливание
- 3) [-]Исключение из рациона кормящей матери пряностей
- 4) [-]Ограничение в рационе кормящей матери сахара
- 5) [-]Исключение из рациона кормящей орехов и морепродуктов

167. У детей с лимфатико-гипопластической аномалией конституции на первом году жизни характерно

выявление:

- 1) [-]муковисцидоза
- 2) [-]язвенной болезни
- 3) [-]ревматизма
- 4) [-]лимфопролиферативных заболеваний
- 5) [+]тимомегалии

168. Для детей с нейроартритическим диатезом в семейном анамнезе не характерно наличие у

родственников:

- 1) [-]Подагры
- 2) [+]Частых бронхолегочных заболеваний
- 3) [-]Почечнокаменной болезни
- 4) [-]Мигрени
- 5) [-]Ожирения

169. При приступе ацетонемической рвоты не показано:

- 1) [-]Временный отказ от приема пищи
- 2) [-]Использование пероральных глюкозо-солевых растворов
- 3) [-]Использование щелочной минеральной воды
- 4) [+]Назначение антибактериальных средств
- 5) [-]Проведение инфузионной терапии

170. Для детей с нейроартритическим диатезом не характерно:

- 1) [-]Ускоренное нервно-психическое развитие в раннем детстве
- 2) [-]Сниженный аппетит
- 3) [-]«Лабильность» настроения
- 4) [-]Наличие дефицита массы тела по длине
- 5) [+]Наличие ожирения

171. Синдром внезапной смерти у детей, как правило, встречается:

- 1) [-]В первые минуты жизни
- 2) [-]Вне зависимости от возраста ребенка
- 3) [+]В грудном периоде
- 4) [-]У мальчиков
- 5) [-]У девочек

172. Причиной синдрома внезапной смерти у детей является:

- 1) [-]Кардиогенный шок
- 2) [-]Аспирация инородного тела
- 3) [-]Острая почечная недостаточность
- 4) [+]Причина не известна
- 5) [-]Острая дыхательная недостаточность

173. Понятие «клинико-фармакологическая характеристика препарата» не подразумевает:

- 1) [-]механизм действия лекарства
- 2) [-]взаимодействие лекарств
- 3) [+]стоимость препарата
- 4) [-]нежелательные эффекты
- 5) [-]пути введения, всасывание и биоусвояемость

174. Какие особенности детского организма влияют на фармакокинетику лекарственного средства?:

- 1) [-]уровень pH желудочного сока
- 2) [-]скорость желудочной эвакуации
- 3) [-]содержание воды в организме
- 4) [-]% содержания жира в организме
- 5) [+]все перечисленное

175. Особенностью утилизации и биотрансформации лекарственных препаратов у детей раннего возраста является:

- 1) [-]меньшая активность всасывания через кожу и слизистую оболочку желудка
- 2) [-]ускоренное всасывание в кишечнике
- 3) [-]меньшая проницаемость гематоэнцефалического барьера
- 4) [+]замедленная почечная экскреция
- 5) [-]особенностей нет

176. Какой способ введения лекарственных препаратов в организм может быть использован у детей?

- 1) [-]пероральный
- 2) [-]внутримышечный
- 3) [-]ректальный
- 4) [-]внутривенный
- 5) [+]могут быть использованы все пути введения

177. Лекарственные препараты в педиатрии дозируют в зависимости от:

- 1) [+]возраста и массы тела ребенка
- 2) [-]стоимости препарата
- 3) [-]фирмы-производителя
- 4) [-]в долях от дозы взрослого
- 5) [-]особенностей дозирования препаратов нет

178. Выбор лекарственного препарата при необходимости терапии кормящей женщины определяется:

- 1) [-]желанием пациентки
- 2) [-]стоимостью препарата
- 3) [+]проникновением препарата в грудное молоко
- 4) [-]количеством кормлений в течение суток
- 5) [-]лекарственные препараты при грудном вскармливании не назначают

179. Связывание лекарственного препарата с белками плазмы не зависит от:

- 1) [-]степени поражения печени
- 2) [-]степени поражения почек
- 3) [+]широты терапевтического диапазона
- 4) [-]уровня билирубина в крови
- 5) [-]возраста ребенка

180. Величина терапевтической дозы лекарственного препарата не зависит от:

- 1) [-]возраста ребенка
- 2) [-]пути введения
- 3) [-]тяжести заболевания
- 4) [+]стоимости курса лечения
- 5) [-]состояния элиминирующих органов

181. Выберите верное утверждение:

- 1) [-]у детей до 2 лет лекарственные вещества преимущественно всасываются в желудке
- 2) [-]в связи с более высоким рН желудочного сока, у детей лучше всасываются кислоты
- 3) [+]жирорастворимые вещества у детей раннего возраста всасываются хуже, чем у взрослых
- 4) [-]приём атропина и домперидона замедляет опорожнение желудка
- 5) [-]у грудных детей большинство введённых внутрь лекарственных веществ всасывается быстрее, чем у взрослых

182. Острый гемолиз у детей с дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы _____ эритроцитов может быть

спровоцирован приёмом:

- 1) [-]парацетамола
- 2) [-]бисептола
- 3) [-]фуразолидона
- 4) [-]левомицетина
- 5) [+]всех перечисленных препаратов

183. К этапам развития новорожденного ребенка относят:

- 1) [-]Эмбриональный период
- 2) [-]Интранатальный период
- 3) [-]Ранний фетальный период
- 4) [-]Поздний фетальный период
- 5) [+]Ранний неонатальный период

184. Ранний неонатальный период – это:

- 1) [-]1-й год жизни
- 2) [+]Первые 7 дней жизни

3) [-]2 недели жизни

4) [-]28 дней жизни

5) [-]3 месяца жизни

185. Какие состояния не относятся к состояниям адаптации новорожденногk условиям внеутробной жизни?

1) [-]Пограничные состояния

2) [-]Переходные состояния

3) [-]Физиологические состояния

4) [+]Терминальные состояния

5) [-]Транзиторные состояния

186. Какое состояние не является транзиторной реакцией адаптации у здорового доношенного новорожденного ребенка?

1) [-]Физиологическая желтуха новорожденного

2) [-]Физиологическая убыль массы тела

3) [+]Сидеропения

4) [-]Мочекислый инфаркт

5) [-]Токсическая эритема новорожденного

187. Здорового доношенного новорожденного ребенка в роддоме вакцинируют от:

1) [-]Кори

2) [-]Коклюша

3) [-]Дифтерии

4) [-]Полиомиелита

5) [+]Туберкулеза и гепатита В

188. Какое из названий внутриутробных инфекций не является расшифровкой аббревиатуры «TORCH-инфекции»?

1) [-]Цитомегаловирусная инфекция

2) [-]Краснуха

3) [+]Орнитоз

4) [-]Герпес

5) [-]Токсоплазмоз

189. Какое из состояний со стороны кожных покровов не относится к переходным состояниям ?

1) [-]Транзиторный дисбиоценоз

2) [+]Монгольские пятна

3) [-]Простая эритема

4) [-]Токсическая эритема

5) [-]Физиологическое шелушение

190. Какое из состояний пищеварительной системы новорожденного можно отнести к пограничным?

1) [-]Срыгивания новорожденного

2) [-]Пилороспазм

3) [-]Рвота

4) [+]Транзиторный катар кишечника

5) [-]Пилоростеноз

191. Физиологическая желтуха доношенного новорожденного визуализируется при уровне непрямого билирубина:

1) [-]До 34 мкмоль/л

2) [+]Выше 105-120 мкмоль/л

3) [-]От 35 до 55 мкмоль/л

4) [-]От 56 до 104 мкмоль/л

5) [-]Выше 171 мкмоль/л

192. Физиологическая желтуха, в отличие от патологической, характеризуется следующими чертами:

1) [+]Возникает на 2-3 день жизни

2) [-]Имеется при рождении

3) [-]Появляется в первые сутки жизни

4) [-]Появляется на второй неделе жизни

5) [-]Протекает волнообразно

193. Фототерапия применяется для лечения:

1) [+]Гипербилирубинемии новорожденного

2) [-]Инфекционных заболеваний кожи

3) [-]Фетального гепатита

4) [-]Атрезии желчевыводящих путей

5) [-]Гипотрофии

194. Для здорового доношенного новорожденного характерны следующие безусловные рефлексы, кроме:

1) [-]Ладонно-ротовой рефлекс Бабкина

2) [-]Верхний хватательный рефлекс /Робинсона/

3) [+]Рефлекс Россолимо

4) [-]Рефлекс рефлекторного спонтанного ползания /по Бауэру/

5) [-]Рефлекс Бабинского

195. Основными причинами физиологической потери массы тела у новорожденных являются кроме:

1) [-]Становление лактации у матери

2) [-]Потеря воды через кожу и легкие при дыхании

3) [-]Отсыхание пуповинного остатка

4) [+]Удаление сыровидной смазки

5) [-]Выделение мекония и мочи

196. У новорожденного ребенка все швы черепа открыты, кроме:

1) [-]Стреловидного

2) [+]Лобного

3) [-]Венечного

4) [-]Затылочного

5) [-]Большого родничка

197. Новорожденный, родившийся в тяжелой гипоксии, имеет оценку по шкале Апгар:

1) [-]5-7 баллов

2) [-]4-5 баллов

3) [+]3 балла и менее

4) [-]8-9 баллов

5) [-]6-8 баллов

198. Головной мозг новорожденного ребенка относительно массы тела:

1) [-]Малых размеров, крупные борозды и извилины плохо выражены, малой глубины

2) [-]Больших размеров, крупные борозды и извилины хорошо выражены, большой глубины

3) [+]Больших размеров, крупные борозды и извилины хорошо выражены, малой глубины и высоты

4) [-]Малых размеров, крупные борозды и извилины плохо выражены, большой глубины

5) [-]Больших размеров, крупные борозды и извилины плохо выражены, малой глубины

199. Головной мозг новорожденного ребенка по сравнению со взрослыми имеет следующие особенности:

1) [-]Лобные и затылочные доли относительно меньше

2) [-]Лобные доли относительно больше, а затылочные – меньше

3) [-]Лобные и затылочные доли развиты, как у взрослых

4) [+]Мозжечок развит слабо, боковые желудочки – большие

5) [-]Мозжечок развит хорошо, а боковые желудочки малы

200. Особенности кровоснабжения мозга и оттока крови у детей раннего возраста по сравнению со

взрослым:

1) [-]Кровоснабжение лучше, отток лучше

2) [+]Кровоснабжение лучше, отток хуже

3) [-]Кровоснабжение хуже, отток хуже

4) [-]Кровоснабжение хуже, отток лучше

5) [-]Магистральный тип кровоснабжения

201. Для подтверждения диагноза внутричерепного кровоизлияния необходимо провести следующие

исследования:

1) [-]Определить уровень сахара в крови

2) [-]Исследовать глазное дно

3) [+]НСГ /нейросонографию/

4) [-]Рентгенографию черепа

5) [-]Люмбальную пункцию

202. К синдромам восстановительного периода перинатального поражения ЦНС не относят:

1) [-]Гипертензионно-гидроцефальный

2) [-]Вегето-висцеральных нарушений

3) [+]Синдром аспирации мекония

4) [-]Синдром двигательных нарушений

5) [-]Задержка психомоторного развития

203. К травматическим повреждениям нервной системы не относят:

1) [-]Внутричерепная родовая травма

2) [-]Субарахноидальное кровоизлияние

- 3) [-]Сочетанные ишемические и геморрагические поражения ЦНС /гипоксические/
- 4) [-]Кровоизлияние в спинной мозг /растяжение, разрыв, надрыв/ с травмой позвоночника
- 5) [+]Повреждение диафрагмального нерва

204. Для подтверждения диагноза внутричерепного кровоизлияния необходимо провести нижеперечисленные обследования, кроме:

- 1) [+]Определить уровень сахара в крови
- 2) [-]НСГ /нейросонографию/
- 3) [-]Люмбальную пункцию
- 4) [-]Ядерно-магнитное резонансное исследование головы
- 5) [-]Исследовать глазное дно

205. При пери- и интравентрикулярных кровоизлияниях II–III степени у новорожденных в клинической

картине не выявляется:

- 1) [-]Судороги
- 2) [-]Выбухание и напряжение большого родничка
- 3) [+]Повышение двигательной активности
- 4) [-]Снижение гематокрита
- 5) [-]Мышечная гипотония

206. Синдром Дауна является результатом:

- 1) [-]Полигенных мутаций
- 2) [-]Моногенных мутаций
- 3) [+]Хромосомной аберрации
- 4) [-]Эндокринных нарушений
- 5) [-]Хронической внутриутробной гипоксии

207. У новорожденного:

- 1) [-]Преобладают процессы катаболизма
- 2) [-]Преобладают процессы анаболизма
- 3) [-]Процессы катаболизма и процессы анаболизма уравновешены
- 4) [+]Вначале преобладают процессы катаболизма, затем – процессы анаболизма
- 5) [-]Вначале преобладают процессы анаболизма, затем – процессы катаболизма

208. Воздействие химических факторов на плод в поздний фетальный период проявляется:

- 1) [+]Врожденной гипотрофией и незрелостью
- 2) [-]Пороками развития
- 3) [-]Стигмами дизэмбриогенеза
- 4) [-]Врожденным гепатитом
- 5) [-]Микроцефалией

209. Учитывая кровоток плода, при гематогенном пути инфицирования среди внутренних органов в

первую очередь поражаются

- 1) [+]Печень
- 2) [-]Селезенка
- 3) [-]Головной мозг
- 4) [-]Почки
- 5) [-]Легкие

210. Врожденный порок сердца чаще всего бывает при врожденном

- 1) [-]Листериозе
 - 2) [-]Сифилисе
 - 3) [+]Краснухе
 - 4) [-]Токсоплазмозе
 - 5) [-]Герпесе
211. Клиническими проявлениями краснушной внутриутробной инфекции являются:
- 1) [-]Пузырчатка на ладонях и стопах, ринит
 - 2) [+]Глухота, катаракта, микроцефалия, врожденный порок сердца
 - 3) [-]Гипотрофия, желтуха, гнойничковая сыпь на коже
 - 4) [-]Гнойное отделяемое из пупочной ранки, конъюнктивит, желтуха
 - 5) [-]Синдром Дауна
212. Клиническими проявлениями фетального гепатита являются следующие признаки, кроме:
- 1) [-]Желтуха
 - 2) [-]Увеличение размеров печени
 - 3) [-]Темная моча
 - 4) [+]Грубый систолический шум
 - 5) [-]Обесцвеченный стул
213. Диагноз фетального гепатита подтверждается
- 1) [-]Повышением уровня непрямого билирубина
 - 2) [+]Повышением уровня прямого билирубина и активности трансаминаз
 - 3) [-]Повышением уровня остаточного азота
 - 4) [-]Гиперкалиемией
 - 5) [-]Гипергликемией
214. Этиологическим фактором фетального гепатита не может быть
- 1) [-]Цитомегаловирус
 - 2) [-]Листерия
 - 3) [-]Вирус гепатита
 - 4) [+]Алкоголизм матери
 - 5) [-]Токсоплазма
215. К признакам гемолитической болезни новорожденных не относится:
- 1) [-]Желтуха
 - 2) [-]Анемия
 - 3) [+]Геморрагическая сыпь
 - 4) [-]Ретикулоцитоз
 - 5) [-]Повышение уровня непрямого билирубина
216. При проведении фототерапии патогенетически показано одновременное назначение:
- 1) [+]Дополнительное введение жидкости
 - 2) [-]Гидрокортизона
 - 3) [-]Кокарбоксилазы
 - 4) [-]Альбумина
 - 5) [-]Физиологического раствора
217. При гипербилирубинемии новорожденных возможно развитие ядерной желтухи, если уровень
непрямого билирубина повысился:

- 1) [-]До 56 мкмоль/л
- 2) [-]До 100 мкмоль/л
- 3) [-]До 150 мкмоль/л
- 4) [-]До 250 мкмоль/л
- 5) [+]Более 340 мкмоль/л

218. Для ускорения созревания глюкурониламинотрансферазы печени используется:

- 1) [-]Аскорбиновая __яЕ_ :ткислота
- 2) [+]Люминал
- 3) [-]Викасол
- 4) [-]Сернокислая магнезия
- 5) [-]Гормоны

219. Какие из признаков являются наиболее типичными при ГБН /гемолитической болезни

новорожденных/?

- 1) [-]Повышение уровня непрямого билирубина, активность трансаминаз не повышена, анемии нет
- 2) [-]Повышение уровня непрямого и прямого билирубина, активность трансаминаз не повышена, анемии нет
- 3) [+]Повышение уровня непрямого билирубина, анемия, ретикулоцитоз
- 4) [-]Повышение уровня прямого билирубина, активность трансаминаз не повышена, анемии нет
- 5) [-]Повышение уровня прямого билирубина, активность трансаминаз повышена

220. Гемолитическая болезнь новорожденного может быть обусловлена:

- 1) [-]Внутриутробной инфекцией
- 2) [+]Иммунологическим конфликтом
- 3) [-]Нарушением конъюгации билирубина
- 4) [-]Гемоглобинопатией
- 5) [-]Функциональной незрелостью печени

221. Гемолитическая болезнь новорожденных по системе АВ0 может развиваться, если группа крови:

- 1) [+]Матери 0 /I/, ребенка А/II/ или В /III/
- 2) [-]Матери А/II/, ребенка 0/I/
- 3) [-]Матери В /III/, ребенка 0/I/
- 4) [-]Матери 0/I/, ребенка 0/I/
- 5) [-]Матери АВ /IV/, ребенка А/II/ или В /III/

222. Характерными клиническими симптомами желтушной формы гемолитической болезни

новорожденного являются ниже перечисленные симптомы, кроме:

- 1) [+]Обесцвеченный кал
- 2) [-]Анемия
- 3) [-]Увеличение печени
- 4) [-]Увеличение селезенки
- 5) [-]Желтуха

223. Характерными клиническими признаками отечной формы гемолитической болезни новорожденного

являются ниже перечисленные, кроме:

- 1) [-]Анемия
- 2) [-]Эритробластоз
- 3) [-]Гепатоспленомегалия
- 4) [-]Отеки
- 5) [+]Геморрагическая сыпь на коже

224. Клиническими проявлениями ядерной желтухи являются следующие признаки, кроме:

- 1) [-]Желтуха
- 2) [-]Гипербилирубинемия
- 3) [-]Симптом «заходящего солнца»
- 4) [+]Мышечная гипотония
- 5) [-]Мышечная гипертония

225. Для лечения гемолитической болезни новорожденных не применяется:

- 1) [-]Инфузионная терапия
- 2) [-]Фототерапия
- 3) [+]Гормональная терапия
- 4) [-]Заменное переливание крови
- 5) [-]Антибиотикотерапия

226. Основополагающим методом диагностики при ГБН является:

- 1) [-]Исследование коагулограммы
- 2) [+]Определение группы крови и резус-фактора матери и ребенка
- 3) [-]Определение типа гемоглобина
- 4) [-]Исследование костного мозга
- 5) [-]УЗИ брюшной полости

227. Основной причиной аспирации новорожденных является:

- 1) [-]Недоношенность
- 2) [+]Гипоксия плода
- 3) [-]Инфекционные заболевания матери
- 4) [-]Гемолитическая болезнь новорожденных
- 5) [-]Врожденный порок сердца

228. Для новорожденных с массивной мекониальной аспирацией не характерно:

- 1) [-]Нарастающий цианоз кожи и слизистых
- 2) [-]Асимметрия грудной клетки
- 3) [-]Отсутствие хрипов в легких
- 4) [+]Мелкопузырчатые хрипы в легких
- 5) [-]Снижение pO_2 и повышение pCO_2

229. Этиологическим фактором при пневмонии новорожденных не является:

- 1) [-]Вирусы
- 2) [+]Гипотрофия
- 3) [-]Бактерии
- 4) [-]Микоплазма
- 5) [-]Хламидии

230. Клинические симптомы тяжелой дыхательной недостаточности при пневмонии новорожденных

проявляются следующими признаками, кроме:

- 1) [-]Выраженной одышкой
- 2) [-]Генерализованным цианозом
- 3) [-]Гипотонией
- 4) [-]Гипорефлексией
- 5) [+]Повышением АД

231. При пневмонии новорожденных применяют следующие методы диагностики, кроме:

- 1) [-]Анализ периферической крови
- 2) [+]Нейросонография
- 3) [-]Аускультация
- 4) [-]Рентгенограмма грудной клетки
- 5) [-]Мазок из зева на флору и чувствительность к антибиотикам

232. К инфекционными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки у новорожденных не относят:

- 1) [-]Везикулопустулез
- 2) [+]Токсическую эритему новорожденного
- 3) [-]Эпидемическую пузырчатку
- 4) [-]Эксфолиативный дерматит Риттера
- 5) [-]Некротическую флегмону

233. К инфекционными заболеваниями пупка и пупочной ранки у новорожденных не относятся:

- 1) [-]Мокнущий пупок
- 2) [-]Гнойный омфалит
- 3) [+]Амниотический пупок
- 4) [-]Флегмонозный омфалит
- 5) [-]Фунгус пупка

234. Диагностическими критериями пилороспазма новорожденных не являются:

- 1) [+]Срыгивания и рвота с первого дня жизни
- 2) [-]Срыгивания и рвота со второй недели жизни
- 3) [-]Симптом «песочных часов»
- 4) [-]Беспокойство
- 5) [-]Рвота створоженным молоком

235. Наиболее часто встречающимися пневмопатиями у новорожденных являются ниже следующие

виды, кроме:

- 1) [-]Аспирация мекония
- 2) [+]Транзиторное тахипноэ
- 3) [-]Первичные ателектазы
- 4) [-]Болезнь гиалиновых мембран
- 5) [-]Отечно-геморрагический синдром

236. Степень тяжести синдрома дыхательных расстройств оценивается по шкале:

- 1) [-]Апгар
- 2) [+]Сильвермана

3) [-]Дубовича

4) [-]Дементьевой

5) [-]Боларда

237. К проявлениям гормонального криза у новорожденных относят следующие состояния, кроме:

1) [-]Нагрубание молочных желез

2) [-]Десквамативный вульвовагинит

3) [+]Отечно-геморрагический синдром

4) [-]Кровотечение из влагалища

5) [-]Мириа

238. К транзиторным изменениям кожных покровов относятся следующие проявления, кроме:

1) [+]Нагрубание молочных желез

2) [-]Простая эритема

3) [-]Токсическая эритема

4) [-]Физиологическое шелушение кожи

5) [-]Мириа

239. К переходным процессам неонатального периода со стороны ЦНС относят следующие состояния,

кроме:

1) [+]Функционирование фетальных коммуникаций

2) [-]Транзиторная неврологическая дисфункция

3) [-]Родовой катарсис

4) [-]Импринтинг

5) [-]Синдром «только что родившегося ребенка»

240. К транзиторным фетальным коммуникациям относят следующие, кроме:

1) [-]Артериальный /боталлов/ проток

2) [-]Овальное окно

3) [-]Венозный /аранциев/ проток

4) [+]Нижняя полая вена

5) [-]Пупочные сосуды

241. К переходным процессам неонатального периода со стороны сердечно-сосудистой системы относят

следующие состояния, кроме:

1) [-]Функционирование фетальных коммуникаций /шунтирование/

2) [-]Транзиторные гиперволемиа и полицитемиа

3) [-]Транзиторная гиперфункция миокарда

4) [+]Отечный синдром

5) [-]Транзиторные нарушения метаболизма миокарда

242. К переходным процессам неонатального периода со стороны пищеварительной системы относят

следующие состояния, кроме:

1) [-]Переход на лактотрофное питание

2) [-]Транзиторный катар кишечника

3) [-]Транзиторная функциональная непроходимость

4) [+]Арборизация носовой слизи

5) [-]Транзиторный дисбактериоз

243. К проявлениям транзиторной неврологической дисфункции относят следующие симптомы, кроме:

1) [-]Преходящее косоглазие

2) [-]Нестойкий тремор

3) [-]Снижение выраженности рефлексов новорожденных

4) [+]Функциональная непроходимость кишечника

5) [-]Рассеянные очаговые знаки

244. В настоящее время в России неонатальный скрининг проводят на следующие заболевания, кроме:

1) [-]Муковисцидоз и фенилкетонурия

2) [+]Гипофизарный нанизм

3) [-]Адреногенитальный синдром

4) [-]Галактоземия

5) [-]Врожденный гипотиреоз

245. Миелинизация нервных путей в основном завершается:

1) [-]К 1 году

2) [-]К 2-3 годам

3) [+]К 3-5 годам

4) [-]К 5-7 годам

5) [-]К 7- 10 годам

246. Герминальный матрикс – это зародышевая ткань с высокой метаболической активностью,

расположенная:

1) [-]в коре головного мозга

2) [-]на дне третьего желудочка

3) [-]в области мозжечка

4) [+]в перивентрикулярной зоне боковых желудочков головного мозга в области головки хвостатого

ядра, вблизи отверстия Монро

5) [-]в области затылочной доли головного мозга

247. Период максимальной активности герминального матрикса отмечается:

1) [-]на 15 неделе гестации

2) [-]на 16 –18 неделе гестации

3) [-]на 19-20 неделе гестации

4) [-]на 20-23 неделе гестации

5) [+]на 24-32 неделе гестации

248. Особенности поражений головного мозга у детей раннего возраста являются следующие

признаки, кроме:

1) [-]Отсутствие корковой локализации функций

2) [+]наличие корковой локализации функций

3) [-]преобладание общих генерализованных реакций

4) [-]высокая гидрофильность тканей мозга

5) [-]легкая подверженность геморрагическим и ишемическим перинатальным повреждениям

249. К синдромам позднего восстановительного периода перинатальных поражений ЦНС у детей не относится:

- 1) [-]гипертензионно-гидроцефальный синдром
- 2) [-]синдром вегето-висцеральных нарушений
- 3) [-]синдром задержки психомоторного развития
- 4) [+]синдром Дауна
- 5) [-]синдром двигательных нарушений

250. При подозрении на резидуально-органическое поражение ЦНС используют следующие методы диагностики, кроме

- 1) [-]Нейросонография
- 2) [+]Фиброгастродуоденоскопия
- 3) [-]Допплерография сосудов головного мозга
- 4) [-]Магнитно-резонансная или компьютерная томография головного мозга
- 5) [-]Рентгенография черепа и осмотр офтальмолога

251. Какое состояние не относится к дистрофиям?

- 1) [-]Гипотрофия
- 2) [+]Эйтрофия
- 3) [-]Паратрофия
- 4) [-]Квашиоркор
- 5) [-]Маразм

252. При гипотрофии I степени подкожно-жировой слой истончен:

- 1) [-]на лице
- 2) [+]на животе
- 3) [-]на руках
- 4) [-]на бедрах
- 5) [-]на лице и всем теле

253. При гипотрофии I степени не характерно:

- 1) [-]снижение жирового слоя на туловище
- 2) [-]уплощение весовой кривой
- 3) [-]мышечная гипотония
- 4) [+]отставание длины тела на 5 см
- _____ 5) [-]беспокойство

254. При гипотрофии I степени не характерно:

- 1) [-]снижение жирового слоя на туловище
- 2) [-]уплощение весовой кривой
- 3) [+]дефицит массы тела более 30%
- 4) [-]мышечная гипотония
- 5) [-]беспокойство

255. При гипотрофии I степени индекс Чулицкой составляет:

- 1) [-]30–40
- 2) [-]20–30

3) [+]10–20

4) [-]1–10

5) [-]меньше 0

256. При гипотрофии II степени подкожно-жировой слой истончен:

1) [-]только на лице

2) [+]на туловище и конечностях

3) [-]только на животе

4) [-]только на бедрах

5) [-]на лице и всем теле

257. Толерантность к пище при гипотрофии I степени:

1) [-]существенно снижена

2) [-]нормальна

3) [+]умеренно снижена

4) [-]умеренно повышена

5) [-]значительно повышена

258. Аппетит при гипотрофии I степени

1) [-]отсутствует

2) [-]снижен

3) [+]сохранен

4) [-]повышен

5) [-]булимия

259. Какие значения дефицита массы тела в % должны быть у грудного ребенка, если у него гипотрофия

II степени?

1) [-]5–9%

2) [-]10–19%

3) [+]20–29%

4) [-]30–39%

5) [-]40% и больше

260. При гипотрофии II степени индекс Чулицкой составляет:

1) [-]30–40

2) [-]20–30

3) [-]10–20

4) [+]1–10

5) [-]меньше 0

261. Толерантность к пище при гипотрофии II степени:

1) [+]существенно /более 50%/ снижена

2) [-]не изменена

3) [-]умеренно /до 20%/ снижена

4) [-]умеренно повышена

5) [-]значительно повышена

262. Аппетит при гипотрофии II степени:

1) [-]отсутствует

2) [+]снижен

3) [-]сохранен

4) [-]повышен

5) [-]булимия

263. Психомоторное развитие при гипотрофии II степени:

1) [-]опережает сверстников

2) [-]соответствует календарному возрасту

3) [-]соответствует костному возрасту

4) [+]умеренно отстает

5) [-]регрессирует

264. При гипотрофии II степени ребенок:

1) [-]спокоен, уравновешен

2) [+]раздражителен, беспокоен

3) [-]подвижен, активен

4) [-]веселый, жизнерадостный

5) [-]вялый, апатичный

265. При гипотрофии III степени подкожно-жировой слой истончен:

1) [-]на туловище

2) [-]только на туловище и конечностях

3) [-]только на животе

4) [-]только на бедрах

5) [+]на лице, теле и конечностях

266. Толерантность к пище при гипотрофии III степени:

1) [-]существенно /до 50%/ снижена

2) [-]нормальна

3) [-]умеренно /до 20%/ снижена

4) [-]повышена

5) [+]до 80% снижена

267. Дефицит массы тела при гипотрофии III степени составляет:

1) [-]5–15%

2) [-]15–19%

3) [-]20–25%

4) [-]25–29%

5) [+]30% и больше

268. При гипотрофии III степени индекс Чулицкой составляет:

1) [-]30–40

2) [-]20–30

3) [-]10–20

4) [-]1–10

5) [+]меньше 0

269. Аппетит при гипотрофии III степени:

1) [+]отсутствует

2) [-]снижен

3) [-]сохранен

4) [-]повышен

5) [-]булимия

270. Психомоторное развитие при гипотрофии III степени:

- 1) [-]опережает сверстников
- 2) [-]соответствует календарному возрасту
- 3) [-]соответствует костному возрасту
- 4) [-]умеренно отстает
- 5) [+]регрессирует

271. При гипотрофии III степени ребенок:

- 1) [-]спокоен, уравновешен
- 2) [-]раздражителен, беспокоен
- 3) [-]подвижен, активен
- 4) [-]веселый, жизнерадостный
- 5) [+]вялый, апатичный

272. Стартовая диетотерапия при гипотрофии II степени предполагает:

- 1) [-]усиленное питание
- 2) [-]питание в соответствии с календарным возрастом
- 3) [-]водно-чайную паузу
- 4) [-]питание в соответствии с биологическим возрастом
- 5) [+]выяснение толерантности к пище

273. При стартовой диетотерапии гипотрофии ребенка 1-го года жизни на искусственном вскармливании:

- 1) [-]вводят дополнительно творог
- 2) [-]добавляют в смесь сливки
- 3) [+]исключают все прикормы
- 4) [-]добавляют мясные продукты
- 5) [-]заменяют смесь на кисломолочную

274. Расчет объема питания при стартовой диетотерапии гипотрофии ребенка 1-го года жизни

производят исходя из:

- 1) [+]фактической массы тела ребенка
- 2) [-]прибавки массы тела за последний месяц жизни
- 3) [-]дефицита массы тела на момент осмотра
- 4) [-]долженствующей массы тела
- 5) [-]фактической длины тела ребенка

275. Расчет суточного объема питания при паратрофии производят исходя из:

- 1) [-]фактической массы тела ребенка
- 2) [-]прибавки массы тела за последний месяц жизни
- 3) [-]избытка массы тела на момент осмотра
- 4) [+]долженствующей массы тела по возрасту
- 5) [-]фактической длины тела ребенка

276. Стартовый суточный объем питания при гипотрофии II степени у ребенка 1-го года составляет:

- 1) [-]120% от должного по возрасту
- 2) [-]2/3 от должного по фактической массе тела
- 3) [+]1/2 от должного по фактической массе тела
- 4) [-]1/3 от должного по фактической массе тела
- 5) [-]1/4 от должного по фактической массе тела

277. Стартовый суточный объем питания при гипотрофии III степени у ребенка 1-го года составляет:

- 1) [-]120%от должного
- 2) [-]не менее 2/3 от должного по возрасту
- 3) [-]1/2 от должного по фактической массе тела
- 4) [+]1/3 от должного по фактической массе тела
- 5) [-]1/4 от должного по фактической массе тела

278. В периоде выяснения толерантности к пище при гипотрофии недостающий объем пищи возмещают:

- 1) [-]соками
- 2) [+]регидратационными растворами
- 3) [-]кефиром
- 4) [-]фруктовым пюре
- 5) [-]раствором глюкозы

279. В периоде выяснения толерантности к пище при гипотрофии II степени у ребенка 1-го года жизни

частота кормлений составляет:

- 1) [-]3-4
- 2) [-]4-5
- 3) [-]5-6
- 4) [-]10-12
- 5) [+]7-8

280. При гипотрофии II степени у ребенка 1-го года жизни суточный объем питания распределяется следующим образом:

- 1) [-]50% объема приходится на утренние кормления
- 2) [-]50% объема питания ребенок получает в 3 и 4 кормления
- 3) [-]50% объема питания ребенок получает в вечерние кормления
- 4) [-]50% объема питания ребенок получает в ночные кормления
- 5) [+]равномерно распределяется по всем кормлениям

281. При гипотрофии I степени у ребенка 1-го года жизни период выяснения толерантности к пище

продолжается:

- 1) [-]12–18 часов
- 2) [+]1–2 суток
- 3) [-]3–7 суток
- 4) [-]15–20 суток
- 5) [-]1–2 месяца

282. При гипотрофии III степени у ребенка 1-го года жизни период выяснения толерантности к пище

продолжается:

- 1) [-]12–18 часов
- 2) [-]1–2 суток
- 3) [-]3–7 суток
- 4) [+]10–14 суток

5) [-]1–2 месяца

283. При гипотрофии II степени у ребенка 1-го года жизни в период усиленного питания максимальный

объем пищи не должен превышать:

- 1) [-]500 мл
- 2) [-]750 мл
- 3) [+]1/5 фактической массы тела
- 4) [-]1/6 фактической массы тела
- 5) [-]1/7 фактической массы тела

284. В периоде выяснения толерантности к пище при гипотрофии I степени у ребенка 1-го года жизни

частота кормлений составляет:

- 1) [-]4
- 2) [-]5
- 3) [-]6
- 4) [+]7
- 5) [-]8

285. При гипотрофии I степени у ребенка 1-го года жизни в период выяснения толерантности к пище

суточный объем питания распределяется следующим образом:

- 1) [+]равномерно распределяется по всем кормлениям
- 2) [-]10% объема приходится на утренние кормления
- 3) [-]70% объема питания ребенок получает в 3 и 4 кормления
- 4) [-]5% объема питания ребенок получает в вечерние кормления
- 5) [-]40% объема питания ребенок получает в ночные кормления

286. При гипотрофии II степени у ребенка 1-го года жизни в период усиленного питания в суточный объем

питания:

- 1) [-]5% объема приходится на утренние кормления
- 2) [-]70% объема питания ребенок получает в 3 и 4 кормления
- 3) [-]10% объема питания ребенок получает в вечерние кормления
- 4) [-]50% объема питания ребенок получает в ночные кормления
- 5) [+]равномерно распределяется по всем кормлениям

287. При гипотрофии II степени у ребенка 1-го года жизни период выяснения толерантности к пище

продолжается:

- 1) [-]12–18 часов
- 2) [-]1–2 суток
- 3) [+]3–7 суток
- 4) [-]15–20 суток
- 5) [-]1–2 месяца

288. При гипотрофии III степени у ребенка 1-го года жизни в период усиленного питания максимальный

объем пищи не должен превышать:

- 1) [-]1500 мл

- 2) [-]750 мл
- 3) [+]1/5 фактической массы тела
- 4) [-]1/6 фактической массы тела
- 5) [-]1/7 фактической массы тела

289. В периоде выяснения толерантности к пище при гипотрофии III степени у ребенка 1-го года жизни

частота кормлений в сутки составляет:

- 1) [-]5
- 2) [-]6
- 3) [-]7
- 4) [-]8
- 5) [+]10

290. Какие назначения нецелесообразны в периоде выяснения толерантности к пище?

- 1) [+]назначение панкреатических ферментов
- 2) [-]назначение регидратационных растворов
- 3) [-]назначение витаминов С, группы В
- 4) [-]проведение массажа
- 5) [-]ЛФК

291. Для гипостатуры характерно:

- 1) [-]отставание психомоторного развития при нормальном физическом развитии
- 2) [-]истощение
- 3) [-]задержка физического развития при соответствующих календарному возрасту психомоторном развитии
- 4) [+]равномерное отставание длины и массы тела
- 5) [-]избыточное питание

292. При гипостатуре биологический возраст ребенка:

- 1) [+]отстает от календарного возраста
- 2) [-]соответствует календарному возрасту
- 3) [-]умеренно опережает календарный возраст
- 4) [-]невозможно определить
- 5) [-]значительно опережает календарный возраст

293. Паратрофией не следует считать:

- 1) [-]равномерное превышение массы и длины тела с признаками нарушения метаболизма и с отставанием психомоторного развития
- 2) [-]соответствующие возрасту масса и длина тела с признаками нарушения метаболизма и с отставанием психомоторного развития
- 3) [-]равномерное превышение массы и длины тела у ребенка с отставанием психомоторного развития и частыми простудными заболеваниями
- 4) [+]равномерное превышение массы и длины тела у ребенка с нормальным психомоторном развитии и обменом веществ

5) [-]избыточная масса тела у ребенка с отставанием психомоторного развития и признаками

нарушенного метаболизма

294. При лечении ребенка с паратрофией назначают:

- 1) [-]постепенную пищевую разгрузку
- 2) [+]питание, соответствующее календарному возрасту
- 3) [-]водно-чайную диету
- 4) [-]фруктовую диету
- 5) [-]рацион с ограничением углеводов

295. Для синдрома мальабсорбции у ребенка грудного возраста характерны следующие симптомы, кроме:

- 1) [-]полифекалии
- 2) [-]гипотрофии
- 3) [+]наличие скрытой крови в кале
- 4) [-]удовлетворительного аппетита
- 5) [-]анемии

296. Развитие целиакии связано:

- 1) [-]с врожденной непереносимостью лактозы
- 2) [-]с врожденной гипоплазией поджелудочной железы
- 3) [-]с непереносимостью галактозы
- 4) [-]с непереносимостью фенилаланина
- 5) [+]с непереносимостью белка злаковых

297. Для целиакии характерны следующие симптомы, кроме:

- 1) [-]истощение
- 2) [+]рецидивирующие обструктивные бронхиты
- 3) [-]задержка роста
- 4) [-]анемия
- 5) [-]стеаторея

298. Симптомом целиакии может быть:

- 1) [+]задержка роста
- 2) [-]шейный лимфаденит
- 3) [-]фебрилитет
- 4) [-]энурез
- 5) [-]лейкоцитурия

299. Для лабораторной верификации целиакии проводят:

- 1) [-]анализ мочи на суточную экскрецию оксалатов
- 2) [-]исследование длительности кровотечения и свертываемости крови
- 3) [-]исследование белковых фракций сыворотки и трансаминаз
- 4) [+]исследование антител к тканевой трансглутаминазе и ретикулину
- 5) [-]определение хлоридов пота

300. Для инструментальной верификации целиакии проводят:

- 1) [+]морфологическое исследование биоптата слизистой оболочки тонкой кишки
- 2) [-]рентгеновское исследование желудка и двенадцатиперстной кишки
- 3) [-]ирригографию
- 4) [-]колоноскопию и биопсию толстой кишки

- 5) [-]сцинтиграфию поджелудочной железы
301. При лечении целиакии из рациона исключают:
- 1) [-]продукты, содержащие коровье молоко
 - 2) [+]продукты из ржи, пшеницы, ячменя, овса
 - 3) [-]продукты из свинины и баранины
 - 4) [-]рыбные изделия
 - 5) [-]салат, щавель, бобовые
302. Муковисцидоз — это:
- 1) [-]приобретенное заболевание
 - 2) [+]наследственное аутосомно-рецессивное заболевание
 - 3) [-]наследственное аутосомно-доминантное заболевание
 - 4) [-]наследственное заболевание, связанное с полом
 - 5) [-]наследственное хромосомное заболевание
303. Симптомами муковисцидоза могут быть следующие, кроме:
- 1) [-]«жирный» стул
 - 2) [-]выпадение прямой кишки
 - 3) [-]гипотрофия
 - 4) [+]учащенное мочеиспускание
 - 5) [-]навязчивый кашель
304. Диагноз муковисцидоза можно подтвердить следующим исследованием:
- 1) [-]рентгенографией грудной клетки
 - 2) [+]определением _____ концентрации хлоридов в поте
 - 3) [-]цитологическим исследованием костного мозга
 - 4) [-]бактериологическим анализом кала
 - 5) [-]ультразвуковым исследованием поджелудочной железы
305. При лечении кишечной формы муковисцидоза назначают:
- 1) [-]глюкокортикостероиды
 - 2) [-]анаболические средства
 - 3) [+]ферментативные препараты
 - 4) [-]антибактериальные средства
 - 5) [-]нестероидные противовоспалительные средства
306. К дефицитным состояниям у детей раннего возраста не относится:
- 1) [+]Первичный иммунодефицит
 - 2) [-]Витамин D дефицитный рахит
 - 3) [-]Алиментарная железодефицитная анемия
 - 4) [-]Гиповитаминоз
 - 5) [-]Гипотрофия алиментарного происхождения
307. Что не является общим для дефицитных состояний у детей:
- 1) [-]Этиология
 - 2) [-]Патогенетические механизмы
 - 3) [-]Возрастная предрасположенность
 - 4) [-]Терапевтические подходы
 - 5) [+]Идентичность клинических проявлений
308. К понятию «рахит» не относится:
- 1) [-]Гиповитаминоз витамина D у детей

2) [-]Зависимость от витамина D

3) [+]Ахондропатия

4) [-]«Английская» болезнь

5) [-]Дефицит витамина D

309. К рахитогенным заболеваниям относится:

1) [+]Спазмофилия

2) [-]Фебрильные судороги

3) [-]Нефрогенная остеопатия

4) [-]Тубулопатический рахит

5) [-]Эпилепсия

310. К развитию витамин D-дефицитного рахита не предрасполагает:

1) [-]Дефицит солнечного облучения

2) [-]Вегетарианское питание

3) [-]Отсутствие специфической профилактики

4) [+]Вскармливание адаптированными смесями

5) [-]Заболевание тонкой кишки

311. Источник поступления эргокальциферола в организм:

1) [-]Мясные продукты

2) [+]Продукты растительного происхождения

3) [-]Грудное молоко

4) [-]Яичный желток

5) [-]Воздействие солнечных лучей

312. Источником поступления холекальциферола в организм является:

1) [-]Рисовая крупа

2) [-]Гречневая крупа

3) [-]Сок манго

4) [+]Грудное молоко или адаптированные молочные смеси

5) [-]Хлебобулочные изделия

313. Второе гидроксирование метаболитов витамина D₃ происходит:

1) [-]В клетках головного мозга

2) [-]В интерстициальной ткани легких

3) [-]В клетках слизистой желудка

4) [+]В тубулярном эпителии

5) [-]В лимфоидной ткани

314. Первое гидроксирование провитамина D₃ происходит:

1) [+]В клетках печени

2) [-]В интерстициальной ткани легких

3) [-]В клетках слизистой желудка

4) [-]В тубулярном эпителии

5) [-]В лимфоидной ткани

315. Первичным звеном нарушения фосфорно-кальциевого гомеостаза в случае витамин D-дефицитного

рахита является:

1) [-]Гиперкальциемия

2) [-]Гипофосфатемия

- 3) [-]Фосфатурия
 - 4) [+]Гипокальциемия
 - 5) [-]Сидеропения
316. Действие дигидрохолекальциферола заключается:
- 1) [-]В торможении продукции IgA
 - 2) [-]В ускорении костного созревания
 - 3) [+]В способствовании абсорбции кальция в кишечнике
 - 4) [-]В ускорении полового развития
 - 5) [-]В ускорении абсорбции железа в кишечнике
317. Обязательным условием для развития витамин D- дефицитного рахита является:
- 1) [+]Повышение продукции паратгормона
 - 2) [-]Повышение продукции кортизола
 - 3) [-]Снижение продукции щелочной фосфатазы
 - 4) [-]Потеря организмом солей фосфора
 - 5) [-]Понижениепродукции паратгормона
318. Рахит не бывает:
- 1) [-]Дефицитным
 - 2) [-]Зависимым
 - 3) [-]Резистентным
 - 4) [+]Иммунным
 - 5) [-]Наследственным
319. Витамин D- дефицитный рахит наиболее часто встречается:
- 1) [-]У молодых взрослых
 - 2) [-]В возрасте 10-12 лет
 - 3) [+]На первом году жизни
 - 4) [-]В возрасте 3-6 лет
 - 5) [-]В возрасте 7-9 лет
320. Ранним признаком развития витамин D-дефицитного рахита является:
- 1) [-]Деформации нижних конечностей
 - 2) [-]Задержка физического развития
 - 3) [-]Изменения на электроэнцефалографии
 - 4) [-]Изменения в геноме
 - 5) [+]Вегетативные расстройства
321. Наименее специфическим для рахита является:
- 1) [-]Наличие «реберных четок»
 - 2) [+]Задержка процессов роста
 - 3) [-]Наличие лобных и теменных бугров
 - 4) [-]Рентгенологическое изменение в зонах роста трубчатых костей
 - 5) [-]Наличие гиперплазии остеоидной ткани в эпифизарных зонах
322. Для рахита в периоде разгара не характерно:
- 1) [-]Снижение аппетита
 - 2) [-]Наличие вялости и низкой активности ребенка
 - 3) [-]Повышение цифр щелочной фосфатазы
 - 4) [+]Наличие фебрильной лихорадки
 - 5) [-]Присутствие выраженной фосфатурии

323. Витамин D -зависимые формы рахита характеризуются:

- 1) [-]Доминантным наследованием
- 2) [+]Рецессивным наследованием
- 3) [-]Полигенной обусловленностью
- 4) [-]Возникновением только под воздействием факторов внешней среды
- 5) [-]Наличием внешних признаков рахита уже при рождении

324. В возникновении витамин D- резистентных форм рахита ведущую роль играет:

- 1) [-]Алиментарный фактор
- 2) [-]Мальабсорбция
- 3) [-]Лечение дефицитного рахита недостаточными дозами витамина D
- 4) [-]Плохие социальные условия
- 5) [+]Тубулопатия

325. Для диагностики дефицитного рахита не требуется определения:

- 1) [-]Уровня кальция в сыворотке крови
- 2) [-]Содержания фосфора в сыворотке крови
- 3) [+]Концентрации глюкозы крови
- 4) [-]Активности сывороточной щелочной фосфаты
- 5) [-]Рентгенологической картины трубчатых костей

326. Лечение дефицитного рахита целесообразно проводить:

- 1) [+]педиатром (семейным врачом) в амбулаторных условиях
- 2) [-]в соматическом стационаре
- 3) [-]в ортопедическом стационаре
- 4) [-]в условиях медико-генетического центра
- 5) [-]в эндокринологическом стационаре

327. Профилактическая доза витамина D в сутки составляет:

- 1) [-]100 ME
- 2) [+]400-500 ME
- 3) [-]1000 ME
- 4) [-]2000 ME
- 5) [-]4000 ME

328. Профилактическая доза витамина D в сутки составляет:

- 1) [-]100 мкг
- 2) [-]80 мкг
- 3) [-]60 мкг
- 4) [-]40 мкг
- 5) [+]10 мкг

329. Не нуждаются в дотации витамином D дети:

- 1) [-]Находящиеся на естественном вскармливании
- 2) [-]Не болеющие инфекционными заболеваниями
- 3) [+]На искусственном вскармливании адаптированными смесями
- 4) [-]Без задержки физического развития
- 5) [-]Без задержки психомоторного развития

330. Курсовая лечебная доза витамина D при дефицитном рахите составляет:

- 1) [-]1000 ME
- 2) [+]300000 ME

3) [-]2 млн. МЕ

4) [-]3 млн. МЕ

5) [-]5 млн. МЕ

331. В сочетании с дачей витамина D не рекомендуется проводить:

1) [-]Массаж

2) [-]Коррекцию питания

3) [-]Лечебную физкультуру

4) [-]Комплексную витаминотерапию

5) [+]Курс ультрафиолетового облучения

332. Для гипокальциемического варианта дефицитного рахита не характерно наличие:

1) [-]Ларингоспазма

2) [-]Судорог

3) [+]Эксикоза

4) [-]Клинических признаков рахита

5) [-]Высокой активности сывороточной щелочной фосфатазы

333. Терапия лечебными дозами витамина D требует контроля:

1) [+]Кальциурии

2) [-]Фосфатурии

3) [-]Артериального давления

4) [-]ЭКГ

5) [-]Температуры тела

334. Нехарактерным признаком интоксикации витамином D является:

1) [-]Снижение аппетита

2) [-]Рвота

3) [-]Нарушение сна

4) [-]Полиурия

5) [+]Ускорение процессов роста

335. Ведущим этиологическим фактором для возникновения дефицитных состояний у детей раннего возраста является:

1) [-]Наследственный

_____ 2) [-]Иммунный

3) [+]Алиментарный

4) [-]Климатический

5) [-]Половая принадлежность индивида

336. При гипокальциемических судорогах не показано:

1) [-]Парэнтеральное введением 0,5% раствора диазепама

2) [+]Пероральная дача фенобарбитала

3) [-]Внутривенное введение 25% раствора сульфата магния

4) [-]Внутривенное введение 10% раствора глюконата кальция

5) [-]Предупреждение западения языка

337. Ранним признаком выздоровления от дефицитного рахита не является:

1) [+]Улучшение рентгенологической картины

2) [-]Нормализация уровня сывороточного фосфора

3) [-]Нормализация уровня сывороточного кальция

- 4) [-]Снижение активности щелочной фосфатазы
 - 5) [-]Повышение активности ребенка
338. При интоксикации витамином D показано:
- 1) [-]Проведение теста толерантности к глюкозе
 - 2) [-]Назначение антибиотика
 - 3) [-]Проведение курса иммуномодулирующей терапии
 - 4) [+]Проведение дезинтоксикационных мероприятий
 - 5) [-]Консультация эндокринолога
339. К возникновению дефицита железа особенно предрасположены:
- 1) [-]Доношенные дети первых месяцев жизни
 - 2) [-]Дети в возрасте 2–3 лет
 - 3) [-]Дети в возрасте 6–8 лет
 - 4) [-]Недоношенные дети к возрасту 12 месяцев
 - 5) [+]Недоношенные дети первых месяцев жизни
340. К возникновению дефицита железа в большей степени предрасположены:
- 1) [+]Дети первого года жизни
 - 2) [-]Дети в возрасте 2–3 лет
 - 3) [-]Дети в возрасте 6–8 лет
 - 4) [-]Дети в возрасте 9–10 лет
 - 5) [-]Дети в возрасте 4–5 лет
341. К возникновению дефицита железа не предрасположены:
- 1) [-]Недоношенные дети первых месяцев жизни
 - 2) [+]Дети в возрасте 5–6 лет
 - 3) [-]Дети 10 месячного возраста, получающие только грудное молоко
 - 4) [-]Дети раннего возраста с повторными пневмониями
 - 5) [-]Дети раннего возраста с рецидивирующим течением пиелонефрита
342. К возникновению дефицита железа не предрасположены:
- 1) [-]Недоношенные дети первых месяцев жизни
 - 2) [-]Дети из многоплодной беременности
 - 3) [+]Доношенные дети первых месяцев жизни
 - 4) [-]Дети старшего возраста с синдромом мальабсорбции
 - 5) [-]Дети, страдающие муковисцидозом
343. Гиповитаминозы у детей первого года жизни обычно не развиваются:
- 1) [-]При позднем введении прикорма
 - 2) [-]При целиакии
 - 3) [-]При муковисцидозе
 - 4) [+]При своевременном введении прикормов
 - 5) [-]При вегетарианском питании
344. Гиповитаминозы у детей первого полугодия жизни обычно не развиваются:
- 1) [-]При вскармливании коровьим молоком
 - 2) [-]При вскармливании козьим молоком
 - 3) [-]При вскармливании кобыльим молоком
 - 4) [-]При вскармливании соевым молоком
 - 5) [+]При вскармливании адаптированными смесями

345. В условиях поликлиники скрининговая диагностика дефицитных состояний у детей раннего возраста

производится на основании:

- 1) [+]Регулярных осмотров
- 2) [-]Определения уровня витаминов в моче
- 3) [-]Определения уровня витаминов в сыворотке крови
- 4) [-]Определения концентрации 25-ОН-D в сыворотке крови
- 5) [-]Оценки лейкоцитарной формулы

346. Витамин D–дефицитный рахит не бывает:

- 1) [-]В периоде реконвалесценции
- 2) [+]В инкубационном периоде
- 3) [-]В периоде расцвета
- 4) [-]В периоде разгара
- 5) [-]В начальном периоде

347. Витамин D–дефицитный рахит бывает:

- 1) [-]Хроническим
- 2) [-]Аутоиммунным
- 3) [+]Рецидивирующим
- 4) [-]Иммунокомплексным
- 5) [-]Атопическим

348. Дефицитный рахит бывает:

- 1) [-]Витамин А–дефицитным
- 2) [-]Витамин В–дефицитным
- 3) [-]Витамин С–дефицитным
- 4) [+]Витамин D–дефицитным
- 5) [-]Витамин РР–дефицитным

349. Резистентные формы рахита не характеризуются:

- 1) [-]Поражением преимущественно нижних конечностей
- 2) [-]Упорным течением
- 3) [-]Задержкой физического развития
- 4) [-]Тубулопатическим происхождением
- 5) [+]Полным выздоровлением

350. Витамин D-дефицитный рахит характеризуется

- 1) [+]Сочетанием с другими дефицитными состояниями
- 2) [-]Развитием стойкой инвалидизации ребенка
- 3) [-]Развитием первичного иммунодефицита
- 4) [-]Развитием стойкой контрактуры суставов
- 5) [-]Развитием анкилоза суставов

351. Костным признаком рахита является:

- 1) [-]Полиартрит
- 2) [+]Поражение метаэпифизарных зон
- 3) [-]Синовииит
- 4) [-]Артроз
- 5) [-]Спондилоартропатия

352. Проба Сулковича используется:

- 1) [-]Для диагностики дефицитного рахита
 - 2) [-]Для констатации выздоровления от рахита
 - 3) [+]Для контроля переносимости препарата витамина D
 - 4) [-]Для диагностики зависимого рахита
 - 5) [-]Для диагностики резистентного рахита
353. Развитие судорог в периоде разгара рахита характерно:
- 1) [-]Для нейроинфекции
 - 2) [-]Для эпилепсии
 - 3) [-]Для респираторно-аффективных припадков
 - 4) [+]Для гипокальциемического варианта дефицитного рахита
 - 5) [-]Для резистентных форм рахита
354. Спазмофилия не проявляется:
- 1) [-]Симптомом Труссо
 - 2) [-]Симптомом Хвостека
 - 3) [-]Симптомом Маслова
 - 4) [-]Ларингоспазмом
 - 5) [+]Менингеальными симптомами
355. Для интоксикации витамином D не характерна
- 1) [+]Гипертермия
 - 2) [-]Астенизация
 - 3) [-]Снижение аппетита
 - 4) [-]Кишечная дисфункция
 - 5) [-]Полиурия
356. Для раннего выявления гипервитаминоза D необходимо:
- 1) [-]Еженедельно проводить клинический анализ крови
 - 2) [+]Еженедельно определять уровень кальция в моче (проба Сулковича)
 - 3) [-]Еженедельно проводить общий анализ мочи
 - 4) [-]Еженедельно проводить рентгенологический контроль
 - 5) [-]Еженедельно снимать ЭКГ
357. Для судорог у детей раннего возраста характерен:
- 1) [-]Тонический характер
 - 2) [-]Клонический характер
 - 3) [+]Клонико-тонический характер
 - 4) [-]Опистотонус
 - 5) [-]Локальный характер
358. Фебрильные судороги развиваются у детей:
- 1) [-]Только в возрасте до 1 месяца
 - 2) [-]Только в первые часы после рождения
 - 3) [-]Только в возрасте после 5 лет
 - 4) [+]В возрасте от 6 месяцев до 5 лет
 - 5) [-]Только на фоне рахита
359. Для фебрильных судорог не характерно:
- 1) [-]Появление их на фоне лихорадки
 - 2) [-]Развитие их в возрасте от 6 месяцев до 5 лет
 - 3) [-]Развитие их на фоне вирусной инфекции

4) [-]Наследственная предрасположенность к ним

5) [+]Проявление их в виде мышечной фибрилляции

360. Манифестация судорог в подростковом периоде характерна:

1) [+]Для эпилепсии

2) [-]Для фебрильного характера судорог

3) [-]Для гипокальциемии

4) [-]Для дефицита витаминов группы В

5) [-]Для фенилкетонурии

361. При судорожном синдроме на фоне гипокальциемии наряду с противосудорожной терапией

внутривенно медленно вводят:

1) [+]кальция глюконат 10% раствор – 0,2 мл/кг (20 мг/кг) после предварительного разведения 20%

раствором глюкозы в 2 раза

2) [-]глюкозу 20% раствор – 1,0 мл/кг (200 мг/кг) с последующей госпитализацией в эндокринологическое

отделение

3) [-]витамин В1 – 100 мг в/в

4) [-]витамин В6 - 1 г

5) [-]10% раствор кофеина бензоата натрия 0,1-0,75 мл подкожно в зависимости от возраста

362. Что подразумевает понятие «Острые расстройства пищеварения»?

1) [-]анорексия

2) [-]слинотечение

3) [+]диспептические расстройства верхнего и нижнего отделов ЖКТ

4) [-]абдоминальный болевой синдром

5) [-]метеоризм

363. В структуру какой патологии входит нейропатическая диспепсия?

1) [-]острый живот

2) [-]кишечная непроходимость

3) [-]протозойные инвазии

4) [+]функциональная диспепсия

5) [-]парентеральная диспепсия

364. Какие факторы предрасполагают детей раннего возраста к острым расстройствам пищеварения?

1) [-]высокий уровень секреторного иммуноглобулина А

2) [-]совершенная дезинтоксикационная функция печени

3) [+]неустойчивость микробиоценоза кишечника

4) [-]высокая секреторная активность желудка

5) [-]развитое слизиобразование в кишечнике

365. Укажите симптом желудочной диспепсии:

1) [-]метеоризм

2) [-]запор

3) [+]рвота

4) [-]гипертермия

5) [-]экзантема

366. Укажите функциональную причину рвоты у детей раннего возраста:

- 1) [+]нарушение режима кормления
- 2) [-]незавершенный поворот кишечника
- 3) [-]халазия кардии
- 4) [-]атрезия пищевода
- 5) [-]галактоземия

367. Укажите причину врожденной механической кишечной непроходимости:

- 1) [-]каловые камни
- 2) [-]некротический энтероколит
- 3) [-]тромбоз мезентериальных сосудов
- 4) [+]стеноз привратника
- 5) [-]сепсис

368. Укажите причину приобретенной механической кишечной непроходимости:

- 1) [-]аномалии сосудов кишечника
- 2) [+]каловые камни
- 3) [-]дефекты брыжейки
- 4) [-]энтерит
- 5) [-]мекониальный илеус

369. Укажите причину динамической кишечной непроходимости при у ребенка, находящегося на грудном вскармливании:

- 1) [+]употребление кормящей матерью героина
- 2) [-]инвагинация кишечника
- 3) [-]кишечные спайки
- 4) [-]заворот кишечника
- 5) [-]кольцевидная поджелудочная железа

370. Какую фазу НЕ включает акт рвоты?

- 1) [-]расслабление кардиального сфинктера
- 2) [-]расслабление дна желудка
- 3) [-]поднятие мягкого неба
- 4) [-]расширение пищевода
- 5) [+]расслабление диафрагмы

371. Укажите признак пилоростеноза:

- 1) [-]гиперпигментация кожи
- 2) [-]пальпация привратника не возможна
- 3) [+]эвакуация желудка нарушена
- 4) [-]увеличение экскреции 17-кетостероидов
- 5) [-]метаболический ацидоз

372. Укажите признак адреногенитального синдрома:

- 1) [-]отсутствие гиперпигментации кожи
- 2) [-]пальпация привратника возможна
- 3) [-]эвакуация желудка нарушена
- 4) [+]увеличение экскреции 17-кетостероидов
- _____5) [-]метаболический алкалоз

373. Какие физиологические реакции НЕ отмечаются при рвоте и тошноте?

- 1) [-]гиперсаливация
- 2) [-]тахикардия
- 3) [-]снижение желудочной секреции
- 4) [-]дефекация
- 5) [+]отеки на ногах

374. Какое нарушение НЕ является последствием повторных актов рвоты?

- 1) [-]истончение зубной эмали
- 2) [-]покраснение кожи лица и шеи
- 3) [-]истощение
- 4) [-]дегидратация
- 5) [+]синдром Золлингера-Элисона

375. Какой симптом НЕ характерен для кишечной диспепсии?

- 1) [+]слюнотечение
- 2) [-]метеоризм
- 3) [-]флатуленция
- 4) [-]урчания в животе
- 5) [-]диарея

376. Укажите причину, НЕ характерную для острой диареи:

- 1) [-]вирусный гастроэнтерит
- 2) [+]серозный менингит
- 3) [-]псевдомембранозный колит
- 4) [-]лямблиоз
- 5) [-]терминальный илеит

377. Укажите причину, НЕ характерную для хронической диареи:

- 1) [-]непереносимость лактозы
- 2) [-]синдром укороченной кишки
- 3) [-]целиакия
- 4) [-]муковисцидоз
- 5) [+]долихосигма

378. Укажите причину, НЕ характерную для хронической диареи:

- 1) [-]дефицит дисахаридаз
- 2) [+]мегаколон
- 3) [-]гипогаммаглобулинемия
- 4) [-]экссудативная энтеропатия
- 5) [-]глютеновая энтеропатия

379. Какое нарушение НЕ включено в патогенез диареи?

- 1) [-]кишечная гиперсекреция
- 2) [-]повышение осмотического давления в полости кишки
- 3) [-]нарушение скорости транзита кишечного содержимого
- 4) [+]гипопротеинемия
- 5) [-]кишечная гиперэкссудация

380. Укажите неверный термин:

- 1) [-]гиперсекреторная диарея
- 2) [+]нормокинетическая диарея

- 3) [-]гиперосмолярная диарея
 - 4) [-]гиперкинетическая диарея
 - 5) [-]гиперэкссудативная диарея
381. Какая причина НЕ вызывает гиперэкссудативную диарею?
- 1) [-]воспалительные заболевания кишечника
 - 2) [-]дизентерия
 - 3) [+]склеродермия в сочетании с синдромом избыточного бактериального роста
 - 4) [-]туберкулез кишечника
 - 5) [-]лимфангиоэктазия тонкой кишки
382. Какая причина НЕ вызывает гиперосмолярную диарею?
- 1) [-]целиакия
 - 2) [-]лактазная недостаточность
 - 3) [+]лимфома тонкой кишки
 - 4) [-]дефицит желчных кислот
 - 5) [-]дефицит панкреатических ферментов
383. Какая причина НЕ вызывает гиперсекреторную диарею?
- 1) [-]холера
 - 2) [-]употребление слабительных средств
 - 3) [+]целиакия
 - 4) [-]пищевая стафилококковая токсикоинфекция
 - 5) [-]токсинпродуцирующие штаммы E.coli
384. Укажите причину воспалительной диареи:
- 1) [+]кампилобактер
 - 2) [-]ротавирусы
 - 3) [-]лямблии
 - 4) [-]холера
 - 5) [-]криптоспоридии
385. Укажите причины водянистой диареи:
- 1) [-]шигеллы
 - 2) [-]иерсинии
 - 3) [+]ротавирусы
 - 4) [-]инвазивные штаммы E.coli
 - 5) [-]дизентерийная амеба
386. Назовите признак, НЕ характерный для водянистой диареи:
- 1) [-]объем стула большой
 - 2) [-]есть признаки дегидратации
 - 3) [+]в копрограмме много лейкоцитов
 - 4) [-]абдоминальные боли не выражены
 - 5) [-]нет высокой лихорадки
387. Назовите признак, НЕ характерный для воспалительной диареи:
- 1) [-]высокая лихорадка
 - 2) [-]тенезмы
 - 3) [+]отсутствие лейкоцитов в копрограмме
 - 4) [-]дефекация малыми порциями
 - 5) [-]дегидратация редко

388. Укажите, какие возбудители НЕ характерны для инвазивной диареи:

- 1) [-]шигеллы
- 2) [-]сальмонеллы
- 3) [-]кампилобактеры
- 4) [+]ротавирусы
- 5) [-]клебсиеллы

389. Укажите признак, НЕ характерный для осмотической диареи:

- 1) [+]спазм сигмы
- 2) [-]отсутствие воспалительных изменений в клиническом анализе крови
- 3) [-]метеоризм
- 4) [-]обильный водянистый стул
- 5) [-]абдоминальные боли не выражены

390. Укажите критерий, НЕ характерный для секреторной диареи:

- 1) [-]выраженный токсикоз
- 2) [-]выраженный эксикоз
- 3) [+]высокая лихорадка
- 4) [-]стул жидкий, обильный, водянистый, без патологических примесей
- 5) [-]отсутствие воспалительных изменений в периферической крови и в копрограмме

391. Какие лечебные мероприятия не показаны при инвазивной диарее?

- 1) [-]антибактериальные средства
- 2) [-]энтеросорбенты
- 3) [-]жаропонижающие средства
- 4) [-]противорвотные средства
- 5) [+]мочегонные средства

392. Какие лечебные мероприятия НЕ показаны при осмотической диарее?

- 1) [+]употребление молочных продуктов
- 2) [-]ферментные препараты
- 3) [-]пеногасители
- 4) [-]регидратация
- 5) [-]энтеросорбенты

393. Какие лечебные средства НЕ показаны при секреторной диарее?

- 1) [-]энтеросорбенты
- 2) [-]регидратация
- 3) [-]антибактериальные средства, которые не всасываются или плохо всасываются из кишечника
- 4) [-]пробиотики
- 5) [+]противовирусные препараты

394. Какое осложнение не характерно для острых кишечных инфекций?

- 1) [-]менингоэнцефалитический синдром
- 2) [-]геморрагический синдром
- 3) [-]паралитический илеус
- 4) [-]инфекционно-токсический шок
- 5) [+]пароксизмальная тахикардия

395. Категория детей, которые не подлежат нахождению в доме ребенка:

- 1) [-]дети – сироты

- 2) [-]дети, родители которых лишены родительских прав;
- 3) [-]дети, родители которых находятся в местах заключения;
- 4) [-]дети, родители которых по состоянию здоровья или по уровню материального состояния временно

не могут содержать и воспитывать ребенка;

- 5) [+]дети из неполной семьи

396. В основе формирования групп в доме ребенка лежит:

- 1) [+]возраст детей;
- 2) [-]группа здоровья детей;
- 3) [-]длина тела детей;
- 4) [-]масса тела детей;
- 5) [-]данные лабораторного исследования

397. Формирование режима дня /сна и бодрствования /детей в доме ребенка зависит от:

- 1) [+]возраста детей;
- 2) [-]группы здоровья детей;
- 3) [-]длины тела детей;
- 4) [-]массы тела детей;
- 5) [-]данных лабораторных исследований

398. Основным медицинским документом в доме ребенка является:

- 1) [+]медицинская карта ребенка;
- 2) [-]свидетельство о рождении;
- 3) [-]прививочная форма;
- 4) [-]лист питания;
- 5) [-]выписка из роддома

399. Питание детям в доме ребенка назначается в зависимости от:

- 1) [+]возраста и степени упитанности ребенка
- 2) [-]группы здоровья ребенка;
- 3) [-]длины тела ребенка;
- 4) [-]массы тела ребенка;
- 5) [-]данных лабораторных исследований

400. Наиболее физиологичное питание детей первого года жизни в доме ребенка:

- 1) [+]адаптированные молочные смеси
- 2) [-]коровье молоко
- 3) [-]козье молоко
- 4) [-]соевые смеси
- 5) [-]гидролизные смеси

401. Прикорм детям в доме ребенка вводят в зависимости от:

- 1) [+]возраста и степени зрелости ребенка
- 2) [-]данных объективного осмотра ребенка
- 3) [-]массы и длины тела ребенка
- 4) [-]данных лабораторных исследований
- 5) [-]анамнеза жизни ребенка

402. В качестве первого прикорма в рацион здорового ребенка вводят:

- 1) [+]овощное пюре или кашу
- 2) [-]кефир

- 3) [-]мясной фарш
- 4) [-]мясной бульон
- 5) [-] творог

403. В качестве второго прикорма в рацион здорового ребенка вводят:

- 1) [+]овощное пюре или кашу
- 2) [-]фруктовый сок
- 3) [-]кефир
- 4) [-]мясной бульон
- 5) [-]творог

404. В качестве третьего прикорма в рацион здорового ребенка вводят:

- 1) [-]овощное пюре или кашу
- 2) [-]яичный желток
- 3) [+]мясной фарш
- 4) [-]фруктовое пюре
- 5) [-]творог

405. Адаптированные молочные смеси вместо цельного коровьего молока предпочтительнее давать

детям до

- 1) [-]до 1 года
- 2) [-]до 2 лет
- 3) [+]до 3 лет
- 4) [-]до 6 мес
- 5) [-]до 5 лет

406. Приучают детей есть самостоятельно:

- 1) [+]с 1 года
- 2) [-]с 2 лет
- 3) [-]с 3 лет
- 4) [-]с 6 мес
- 5) [-]с 5 лет

407. Чай рекомендуем давать детям с

- 1) [-]с 1 года
- 2) [+]с 2 лет
- 3) [-]с 3 лет
- 4) [-]с 6 мес
- 5) [-]с 5 лет

408. Питание детей с 1 года до 1, 5 лет включает:

- 1) [+]протертые блюда – супы, каши, мясо и рыба в виде суфле, паровых котлет, тефтелей;
- 2) [-]пища может быть более плотной: овощные, творожные запеканки, тушеные овощи, салаты из нарезанных отварных овощей;
- 3) [-]можно предложить рыбу жареную и отварную, жареную котлету,
- 4) [-]можно включать в питание сосиски и сардельки;
- 5) [-]можно включить в рацион блюда из жирного мяса, мяса гусей, уток

409. В период бодрствования ребенка в кроватке подвешивают игрушку над грудью на расстоянии

вытянутой руки

1) [+]с 3 мес

2) [-]с 6 мес

3) [-]с 9 мес

4) [-]с 1 года

5) [-]с 2 лет

410. Закаливание детей начинают в возрасте:

1) [+]1 мес

2) [-]6 мес

3) [-]1 год

4) [-]2 года

5) [-]3 года

411. При нахождении ребенка первого года жизни в помещении рекомендуемая температура:

1) [-]22 градусов С - 24 градусов С

2) [+]20 градусов С - 22 градусов С

3) [-]24 градусов С - 26 градусов С

4) [-]26 градусов С - 28градусов С

5) [-]28 градусов С - 32 градусов С

412. При купании ребенка первого года жизни рекомендуемая температура воды:

1) [+]36,5 градусов С - 37 градусов С

2) [-]37 градусов С - 39 градусов С

3) [-]24 градусов С - 26 градусов С

4) [-]26 градусов С - 28 градусов С

5) [-]28 градусов С - 30 градусов С

413. Памперсы детям первого года жизни рекомендовано использовать:

1) [+]до 6 - 8 месячного возраста

2) [-]до 3 - 6 месячного возраста

3) [-]до 1 - 3 месячного возраста

4) [-]до 10 - 12 месячного возраста

5) [-]до 12-15 месячного возраста

414. Массаж и гимнастику начинают проводить детям в возрасте

1) [+]4-6 недель

2) [-]6 мес

3) [-]1 год

4) [-]2 года

5) [-]3 года

415. Прогулки на свежем воздухе возможны при минусовой температуре до:

1) [-] 5 градусов С

2) [+] - 15 градусов С

3) [-] - 20 градусов С

4) [-] - 25 градусов С

5) [-] - 30 градусов С

416. Особенности фагоцитоза, свойственные детям первых месяцев жизни:

1) [+]незавершенный;

- 2) [-]завершенный;
 - 3) [-]отсроченный;
 - 4) [-]полный;
 - 5) [-]преждевременный;
417. Важнейшими факторами защиты новорожденного от инфекций являются:
- 1) [-]повышенный хемотаксис и высокая бактерицидность фагоцитов;
 - 2) [-]высокая способность к образованию интерферона;
 - 3) [+]материнские антитела (IgG), прошедшие трансплацентарно и секреторный IgA молозива и женского молока;
 - 4) [-]более высокие по сравнению со взрослыми уровни IgM и IgA;
 - 5) [-]материнские антитела (IgM), прошедшие трансплацентарно и секреторный IgA молозива и женского молока;
418. Трансплацентарно к плоду переходят иммуноглобулины матери класса
- 1) [-]A;
 - 2) [-]M;
 - 3) [+]G;
 - 4) [-]A и M;
 - 5) [-]G и E;
419. Уровень IgG в сыворотке у детей при рождении по сравнению с матерью
- 1) [-]такой же;
 - 2) [-]выше;
 - 3) [-]существенно ниже;
 - 4) [-]отсутствует (следы);
 - 5) [+]такой же или несколько выше;
420. Уровень IgM в сыворотке у детей при рождении по сравнению с матерью
- 1) [-]такой же;
 - 2) [-]выше;
 - 3) [-]ниже;
 - 4) [+]очень низкий (следы);
 - 5) [-]такой же или выше;
421. Уровень IgA в сыворотке у детей при рождении по сравнению с матерью
- 1) [-]такой же;
 - 2) [-]выше;
 - 3) [-]ниже;
 - 4) [+]очень низкий (следы);
 - 5) [-]такой же или выше;
422. Уровень IgM в сыворотке крови у детей приближается к уровню взрослых
- 1) [+]к 6-8 годам
 - 2) [-]к 2-3 годам;
 - 3) [-]к 4-5 годам;
 - 4) [-]к 8-9 годам;
 - 5) [-]к 10-12 годам;
423. Уровень IgA в сыворотке крови у детей приближается к уровню взрослых

1) [-]к 1 году;

2) [-]к 2-3 годам;

3) [-]к 5-6 годам;

4) [-]к 8-9 годам;

5) [+]к 10-12 годам;

424. Критическим периодом становления иммунитета в связи с катаболизмом материнских антител

является возраст:

1) [-]1-2 лет;

2) [-]3-5 лет;

3) [-]первого месяца жизни;

4) [+]3-6 месяцев;

5) [-]10-12 месяцев;

425. Система местного иммунитета у большинства детей завершает развитие к возрасту:

1) [-]10-12 месяцев;

2) [-]1-2 лет;

3) [-]2-3 лет;

4) [+]4-6 лет;

5) [-]7-8 лет;

426. Для какого вида иммунодефицита наиболее характерны гнойные инфекции кожи и подкожной клетчатки?

1) [-]Недостаточность системы комплемента;

2) [-]Т-клеточные дефекты;

3) [+]Недостаточность системы фагоцитоза;

4) [-]Недостаточность системы В-лимфоцитов;

5) [-]Транзиторная иммунная недостаточность новорожденных и детей раннего возраста;

427. Синдром Луи-Бар это:

1) [-]Синдром «гипоплазии хрящей и волос»;

2) [-]Х-сцепленная гипогаммаглобулинемия с дефицитом гормона роста;

3) [+]Синдром атаксии-телеангиоэктазии;

4) [-]Нарушение адгезивных свойств фагоцитов;

5) [-]Циклическая нейтропения;

428. Поражение кожи, как при красной волчанке /СКВ-подобный синдром/, характерно для:

1) [+]Недостаточности системы комплемента;

2) [-]Т-клеточных дефектах;

3) [-]Недостаточности _____ системы фагоцитоза;

4) [-]Недостаточности системы В-лимфоцитов;

5) [-]Комбинированных Т- и В-клеточных иммунодефицитов;

429. Тест восстановления нитросинего тетразолия /НСТ-тест/ проводят для подтверждения:

1) [-]Недостаточности системы комплемента;

2) [-]Т-клеточного дефекта;

3) [+]Нарушений системы фагоцитоза;

4) [-]Недостаточности системы В-лимфоцитов;

5) [-]Комбинированных Т-и В-клеточных иммунодефицитов;

430. Ребенка 1-го года жизни следует считать частоболеющим, если частота ОРЗ /эпизодов в год/

составляет:

- 1) [-]2 и более раз;
- 2) [-]7 и более раз;
- 3) [-]6 и более раз;
- 4) [+]4 и более раз;
- 5) [-]3 и более раз;

431. При какой частоте ОРЗ в год следует считать часто болеющим ребенка 4-5 лет?

- 1) [-]2 и более раз в год;
- 2) [-]7-8 и более раз в год;
- 3) [-]4 и более раз в год;
- 4) [+]5 и более раз в год;
- 5) [-]3 и более раз в год;

432. При «красной», «розовой», «теплой» или «доброкачественной» лихорадке кожные покровы:

- 1) [+]умеренно гиперемированы, кожа может быть влажная за счет усиленного потоотделения;
- 2) [-]кожа бледная с «мраморным» рисунком, конечности холодные;
- 3) [-]характерные высыпания располагаются по всему телу,
- 4) [-]характерно появление пятнисто-папулезной сыпи;
- 5) [-]появляется экзантема;

433. При «белой», «бледной», «холодной» или «злокачественной» лихорадки кожные покровы:

- 1) [-]умеренно гиперемированы, может быть влажная за счет усиленного потоотделения;
- 2) [+]кожа бледная с «мраморным» рисунком, конечности холодные;
- 3) [-]характерные высыпания располагаются по всему телу;
- 4) [-]характерно появление пятнисто-папулезной сыпи;
- 5) [-]появляется экзантема;

434. Лечение «бледной» лихорадки начинают с:

- 1) [-]физического охлаждения – обтирания водой комнатной температуры 30-32°C.
- 2) [-]ингаляции бета2-агонистов короткого действия.
- 3) [-]введения преднизолона парентерально в дозе 2мг/кг;
- 4) [+]введения сосудорасширяющих препаратов: папаверин, но-шпа, платифиллин, никотиновая кислота.
- 5) [-]приема парацетамола в дозе 10 мг/кг через рот, в свечах

435. Лечение «розовой» лихорадки включает в себя мероприятия:

- 1) [-]ингаляции 0,025% р-ра нафтизина через небулайзер;
- 2) [-]назначение курса антибиотикотерапии;
- 3) [-]с введения сосудорасширяющих препаратов: папаверин, но-шпа, платифиллин, никотиновая кислота.
- 4) [+]прием парацетамола в дозе 10 мг/кг через рот или в свечах и физическое охлаждение
- 5) [-]введение преднизолона парентерально в дозе 2мг/кг;

436. Аспирин в педиатрической практике с целью снижения температуры тела при вирусных инфекциях

не применяют ввиду возможного развития:

- 1) [+] синдрома Рея;
- 2) [-] синдрома «отмены»;
- 3) [-] из-за опасности развития агранулоцитоза;
- 4) [-] частого развития острых аллергических реакций;
- 5) [-] синдрома Кушинга

437. Синдром Рея:

- 1) [+] тяжелая, часто смертельная гепато-энцефалопатия с гипераммониемией, развивающейся после использования аспирина при лихорадке, обусловленной ветряной оспой или гриппом
- 2) [-] инфекционное заболевание, вызываемое грамотрицательной палочкой *Haemophilus pertussis* /Борде-Жангу/;
- 3) [-] определяется развитием в организме аллергических реакций немедленного типа;
- 4) [-] является начальной стадией танатогенеза;
- 5) [-] характерна уртикарная или макулопапулезная сыпь;

438. Метамизол натрия /анальгин/ применяют только для оказания неотложной помощи из-за опасности

развития:

- 1) [-] синдрома Рея;
- 2) [-] синдрома «отмены»;
- 3) [+] агранулоцитоза;
- 4) [-] аллергических реакций;
- 5) [-] синдрома Кушинга

439. При неэффективности лечения «розовой» лихорадки парацетамолом per os проводят мероприятия:

- 1) [+] жаропонижающие препараты вводят внутримышечно;
- 2) [-] для купирования используют бета2 – агонисты короткого действия;
- 3) [-] необходимо введение 2,4% раствора эуфиллина в дозе 5 мг/кг;
- 4) [-] внутривенно ввести 0,1% раствор адреналина в дозе 0,1 мл/год;
- 5) [-] вводят 10% раствор кофеина бензоата натрия

440. При неэффективности лечения «белой» лихорадки проводят мероприятия:

- 1) [-] жаропонижающие препараты вводят внутримышечно;
- 2) [-] для купирования используют бета2 – агонисты короткого действия;
- 3) [-] необходимо введение 2,4% раствора эуфиллина в дозе 5 мг/кг;
- 4) [-] внутривенно ввести 0,1% раствор адреналина в дозе 0,1 мл/год;
- 5) [+] внутримышечное введение 50% раствора анальгина, 2% раствора папаверина или раствора но-шпы в сочетании с 2,5% раствором пипольфена,

441. При «розовой» лихорадке эффективным считают снижение аксиллярной температуры тела:

- 1) [-] на 0,5 градусов С за 10 мин.
- 2) [+] на 0,5 градусов С за 30 мин.

3) [-]на 0,5 градусов С за 60 мин.

4) [-]на 0,5 градусов С за 90 мин.

5) [-]на 0,5 градусов С за 120 мин.

442. Медикаментозная терапия при фебрильных судорогах у детей:

1) [+]вводят препараты группы диазепинов /седуксен, валиум, реланиум, сибазон/ из расчета 0,1 мг/кг

0,5% раствора внутривенно или внутримышечно;.

2) [-]используют бета2 – агонисты короткого действия;

3) [-]необходимо введение 2,4% раствора эуфиллина в дозе 5 мг/кг;

4) [-]внутривенно ввести 0,1% раствор адреналина в дозе 0,1мл/год;

5) [-]вводят 10% раствор кофеина бензоата натрия 0,1-0,75 мл;

443. При судорожном синдроме на фоне лихорадки /фебрильные судороги/ наряду с противосудорожной

терапией вводят:

1) [-]кальция глюконат 10% раствор – 0,2 мл/кг 20 мг/кг после предварительного разведения 20%

раствором глюкозы в 2 раза

2) [-]глюкозу 20% раствор – 1,0 мл/кг 200 мг/кг с последующей госпитализацией в эндокринологическое

отделение

3) [-]витамин В1 – 100 мг в/в

4) [+]внутримышечно: 50% раствор анальгина /метамизола натрия 0,1 мл/год жизни с 2,5% раствором

пипольфена /возможно использовать растворы тавегила или супрастина/

5) [-]10% раствор кофеина бензоата натрия 0,1-0,75 мл подкожно в зависимости от возраста

444. Особенно интенсивно железо накапливается в организме плода:

1) [-]равномерно в течение беременности

2) [-]в I триместре беременности

3) [-]во II триместре беременности

4) [+]в III триместре беременности

5) [-]не накапливается

445. Железодефицитная анемия по степени насыщения эритроцитов гемоглобином является:

1) [-]нормохромной

2) [+]гипохромной

3) [-]гиперхромной

4) [-]полихромной

5) [-]монохромной

446. При железодефицитной анемии выявляется повышение:

1) [-]процента насыщения трансферрина

2) [-]уровня сывороточного железа

3) [-]уровня ферритина в сыворотке

4) [-]концентрации гемоглобина в эритроците

5) [+]железосвязывающей способности сыворотки крови

447. Причинами развития железодефицитных анемий у детей являются все, кроме:

- 1) [-]алиментарная
- 2) [-]синдром мальабсорбции
- 3) [-]инфекционные заболевания
- 4) [+]аплазия костного мозга
- 5) [-]ювенильные маточные кровотечения у девочек

448. Депо железа в организме является:

- 1) [+]костный мозг
- 2) [-]мышцы
- 3) [-]сердце
- 4) [-]почки
- 5) [-]лимфатические узлы

449. Клиническим симптомом железодефицитной анемии не является:

- 1) [-]нарастающая бледность кожных покровов
- 2) [+]лимфаденопатия
- 3) [-]утомляемость, раздражительность
- 4) [-]трофические нарушения кожи, волос, ногтей
- 5) [-]систолический шум с пунктум максимум на верхушке

450. Основным принципом лечения железодефицитных анемий является:

- 1) [-]витаминотерапия витамином В1
- 2) [-]витаминотерапия витамином С
- 3) [-]витаминотерапия витамином К
- 4) [-]использование в диетотерапии продуктов, богатых белками
- 5) [+]назначение препаратов железа

451. Железодефицитной анемии свойственны симптомы, характеризующиеся

- 1) [+]трофическими изменениями кожи, ногтей, волос
- 2) [-]увеличением печени
- 3) [-]повышенной кровоточивостью
- 4) [-]судорожными подергиваниями конечностей
- 5) [-]увеличением селезенки

452. При микроскопии эритроцитов при железодефицитной анемии выявляют:

- 1) [-]шизоцитоз
- 2) [+]анизоцитоз с наклонностью к микроцитозу
- 3) [-]сфероцитоз
- 4) [-]макроцитоз
- 5) [-]мишеневидные эритроциты

453. Анемии, возникающие в результате недостаточного поступления в организм или нарушенного

всасывания продуктов, необходимых для построения молекулы гемоглобина, называются:

- 1) [-]гемолитическими
- 2) [+]дефицитными
- 3) [-]гипо- и апластическими
- 4) [-]постгеморрагическими
- 5) [-]фибропластическими

454. Большая часть железа в желудочно-кишечном тракте всасывается:

- 1) [-]в полости рта
- 2) [+]в 12-перстной кишке
- 3) [-]в толстой кишке
- 4) [-]в желудке
- 5) [-]в подвздошной кишке

455. При железодефицитной анемии цветовой показатель:

- 1) [-]не изменяется
- 2) [-]повышен
- 3) [-]нормальный или повышен
- 4) [+]снижен
- 5) [-]колеблется

456. В основе наследственного микросфероцитоза лежит дефект:

- 1) [+]белковой части мембран эритроцитов
- 2) [-]липидной части мембран эритроцитов
- 3) [-]молекулы гемоглобина
- 4) [-]всасывания железа
- 5) [-]утилизации гемоглобина

457. Признаками гемолиза являются:

- 1) [-]анемия + ретикулопения
- 2) [+]ретикулоцитоз + повышение непрямого билирубина + анемия
- 3) [-]повышение уровня непрямого билирубина + геморрагии
- 4) [-]бледность + спленомегалия
- 5) [-]боли в животе

458. Для железодефицитной анемии специфично:

- 1) [-]лейкоцитоз
- 2) [+]снижение цветового показателя
- 3) [-]снижение гематокрита
- 4) [-]снижение количества лейкоцитов
- 5) [-]снижение количества ретикулоцитов

459. Среди клинических симптомов при железодефицитной анемии не встречается:

- 1) [-]глоссит
- 2) [-]бледность
- 3) [+]желтуха
- 4) [-]анорексия
- 5) [-]истончение и выпадение волос

460. Наиболее частой причиной железодефицитной анемии у девочек пубертатного возраста является

- 1) [-]глистная инвазия
- 2) [-]нарушение всасывания железа
- 3) [+]хроническая кровопотеря
- 4) [-]авитаминоз
- 5) [-]недостаточное поступление железа с пищей

461. Для диагностики железодефицитной анемии наиболее важно:

- 1) [-]снижение гемоглобина
- 2) [-]наличие источника кровопотери

3) [+]снижение сывороточного железа

4) [-]снижение железосвязывающей способности

5) [-]ретикулоцитоз

462. Анемия при дефиците фолиевой кислоты:

1) [-]гипохромная

2) [-]нормохромная

3) [+]макроцитарная

4) [-]полихромная

5) [-]монохромная

463. Для В12-дефицитной анемии характерна:

1) [-]микроцитарная анемия

2) [-]повышение числа ретикулоцитов

3) [-]снижение числа ретикулоцитов

4) [+]макроцитарная анемия

5) [-]повышение уровня сывороточного железа

464. Причиной снижения уровня гемоглобина и количества эритроцитов в период новорожденности

является:

1) [+]укороченная длительность жизни эритроцитов

2) [-]гемоконцентрация

3) [-]аплазия костного мозга

4) [-]низкий уровень АТФ в мембране эритроцитов

5) [-]дефицит печеночной глюкуронилтрансферазы

465. Депонированное железо представлено в организме в виде:

1) [-]двуокиси железа

2) [+]гемосидерина

3) [-]закиси железа

4) [-]гемоглобина

5) [-]сывороточного железа

466. Наиболее распространенной причиной развития железодефицитной анемии у детей раннего

возраста является:

1) [+]алиментарная

2) [-]инфекции у ребенка

3) [-]недоношенность

4) [-]внутриутробные инфекции

5) [-]кровопотери

467. Уровень гемоглобина в г/л у новорожденных:

1) [-]90-110

2) [-]100-140

3) [-]110-130

4) [-]120-140

5) [+]180-220

468. Количество лейкоцитов 10 в 9-ой степени/л у новорожденных

1) [-]3-4

- 2) [-]6-10
- 3) [-]8-12
- 4) [-]10-12
- 5) [+]16-30

469. Количество лимфоцитов в процентах на 4-5 день жизни

- 1) [-]10-15
- 2) [-]20-30
- 3) [-]30-40
- 4) [+]40-45
- 5) [-]50-60

470. Количество лимфоцитов в процентах в возрасте от 1 месяца до 1 года

- 1) [-]10-15
- 2) [-]20-30
- 3) [-]30-40
- 4) [+]50-60
- 5) [-]40-45

471. Количество лимфоцитов в процентах в возрасте 4-5 лет

- 1) [-]10-15
- 2) [-]20-30
- 3) [-]30-40
- 4) [-]40-45
- 5) [+]50-60

472. Количество нейтрофилов в процентах на 4-5 день жизни

- 1) [-]10-15
- 2) [-]25-30
- 3) [-]30-35
- 4) [+]40-45
- 5) [-]60-65

473. Количество нейтрофилов в процентах в возрасте от 1 месяца до 1 года

- 1) [-]10-15
- 2) [+]25-30
- 3) [-]35-45
- 4) [-]45-65
- 5) [-]50-60

474. Количество нейтрофилов в процентах в возрасте 4-5 лет

- 1) [-]10-15
- 2) [-]25-30
- 3) [-]30-40
- 4) [-]40-45
- 5) [+]50-60

475. Диагноз тромбоцитопатии основывается на наличии:

- 1) [-]тромбоцитопении
- 2) [-]геморрагического синдрома по гематомному типу
- 3) [+]функциональной неполноценности тромбоцитов
- 4) [-]изменений в миелограмме

5) [-]изменений в коагулограмме

476. Для лечения идиопатической пурпуры используются:

- 1) [-]нестероидные противовоспалительные препараты
- 2) [-]антибиотики
- 3) [+]глюкокортикостероидные препараты
- 4) [-]препараты витамина К
- 5) [-]антикоагулянты

477. Атопия - это:

- 1) [+]состояние гиперчувствительности, которое протекает по I типу иммунопатологических реакций
- 2) [-]состояние гиперчувствительности, которое протекает по II типу иммунопатологических реакций
- 3) [-]состояние гиперчувствительности, которое протекает по III типу иммунопатологических реакций
- 4) [-]состояние гиперчувствительности, которое протекает по IV типу иммунопатологических реакций
- 5) [-]атипично протекающий инфекционный процесс

478. Для иммунной стадии аллергической реакции характерно:

- 1) [-]повреждение тканей
- 2) [-]потеря калия
- 3) [-]накопление белка
- 4) [-]высвобождение медиаторов аллергии
- 5) [+]взаимодействие аллергена с антителом

479. Для патохимической стадии аллергической реакции характерно:

- 1) [-]повреждение тканей
- 2) [-]потеря калия
- 3) [-]накопление белка
- 4) [+]высвобождение медиаторов аллергии
- 5) [-]взаимодействие аллергена с антителом

480. Для патофизиологической стадии аллергической реакции характерно:

- 1) [+]повреждение тканей
- 2) [-]потеря калия
- 3) [-]накопление белка
- 4) [-]высвобождение медиаторов аллергии
- 5) [-]взаимодействие аллергена с антителом

481. При отсутствии первичной профилактики у детей с аллергическим диатезом возможно развитие:

- 1) [-]мочекаменной болезни
- 2) [+]атопической бронхиальной астмы
- 3) [-]синдрома мальабсорбции
- 4) [-]синдрома внезапной смерти
- 5) [-]подагры

482. При атопических заболеваниях у пациента имеется генетически детерминированная склонность к:

- 1) [+]гиперпродукции специфических IgE

- 2) [-]гиперпродукции специфических IgM
- 3) [-]гиперпродукции специфических IgD
- 4) [-]гиперпродукции IFNгамма
- 5) [-]гиперпродукции IL2

483. Клетками-мишенями при атопической реакции являются:

- 1) [-]лимфоциты
- 2) [-]моноциты
- 3) [-]эозинофилы
- 4) [-]ретикулоциты
- 5) [+]тучные клетки

484. К методам аллергологической диагностики НЕ относится:

- 1) [-]сбор аллергологического анамнеза
- 2) [-]определение общего IgE
- 3) [-]определение специфических IgE в сыворотке крови
- 4) [-]проведение кожных скарификационных проб
- 5) [+]определение активности воспалительного процесса по биохимическим показателям крови

485. Элиминация аллергена это:

- 1) [-]медикаментозная терапия аллергических заболеваний
- 2) [-]проведение аллергенспецифической иммунотерапии
- 3) [+]мероприятия по снижению контакта с причиннозначимыми экзогенными аллергенами
- 4) [-]иммуномодулирующая терапия
- 5) [-]определение концентрации аллергенов клещей домашней пыли в жилище

486. У детей раннего возраста наиболее часто встречается:

- 1) [-]аллергия на химические и биологические вещества
- 2) [+]пищевая аллергия
- 3) [-]лекарственная аллергия
- 4) [-]бытовая аллергия
- 5) [-]пыльцевая аллергия

487. К аллергическим заболеваниям НЕ относится:

- 1) [-]атопический дерматит
- 2) [-]аллергический ринит
- 3) [-]бронхиальная астма
- 4) [+]острый обструктивный бронхит
- 5) [-]крапивница

488. Поллиноз - это:

- 1) [-]инфекционный конъюнктивит
- 2) [+]аллергический рино-конъюнктивит с сенсibilизацией к пыльце растений
- 3) [-]аллергический рино-конъюнктивит с сенсibilизацией к бытовым аллергенам
- 4) [-]паразитоз кишечника
- 5) [-]кожная реакция при пищевой аллергии

489. При сенсibilизации к пыльце березы имеется перекрестная аллергическая реакция на:

- 1) [+]яблоки, морковь, орехи, сельдерей

- 2) [-]подсолнечное семя, масло
- 3) [-]дыню, бананы
- 4) [-]домашнюю пыль
- 5) [-]эпидерму домашних животных

490. Длительность назначения антигистаминных препаратов I поколения НЕ должна превышать:

- 1) [-]1 месяц
- 2) [-]3 месяца
- 3) [+]5-7 дней
- 4) [-]20 дней
- 5) [-]1 год

491. К антигистаминным препаратам I поколения относится

- 1) [-]Фексофенадин /Телфаст/
- 2) [+]Клемастин /Тавегил/
- 3) [-]Дезлоратадин /Эриус/
- 4) [-]Цетиризин /Зиртек/
- 5) [-]Лоратадин /Кларитин/

492. К антигистаминным препаратам II поколения относится

- 1) [-]Дифенгидрамин /Димедрол/
- 2) [-]Мебгидролин /Диазолин/
- 3) [+]Цетиризин _____ /Зиртек/
- 4) [-]Клемастин /Тавегил/
- 5) [-]Хлорпирамин /Супрастин/

493. Для диагностики пищевой аллергии НЕ используют:

- 1) [+]УЗИ органов брюшной полости
- 2) [-]определение специфических IgE к пищевым продуктам
- 3) [-]сбор аллергологического анамнеза
- 4) [-]ведение пищевого дневника
- 5) [-]двойной слепой провокационный тест с использованием плацебо

494. Атопический дерматит - это:

- 1) [-]острое аллергическое воспаление кожных покровов
- 2) [-]острое инфекционное заболевание кожи и подкожной клетчатки
- 3) [-]аллергическая реакция на контакт с химическими веществами
- 4) [+]хроническое аллергическое заболевание с поражением кожных покровов
- 5) [-]эпизодические уртикарные высыпания на коже

495. У детей первого года жизни с атопическим дерматитом наиболее частым сенсibiliзирующим

фактором являются аллергены:

- 1) [-]клещей домашней пыли
- 2) [-]злаков
- 3) [+]коровьего молока
- 4) [-]домашней пыли
- 5) [-]животных

496. К наружным противовоспалительным средствам неинфицированного атопического дерматита НЕ

относится:

- 1) [-]Элидел
- 2) [-]Адвантан
- 3) [-]Элоком
- 4) [+]Синтомициновая эмульсия
- 5) [-]Локоид

497. К клинико-anamnestическим признакам атопического дерматита НЕ относится:

- 1) [-]наличие аллергических заболеваний у родственников
- 2) [-]зуд кожных покровов
- 3) [-]типичная морфология и локализация кожных высыпаний
- 4) [+]изменения в анализе периферической крови, указывающие на активность бактериального воспаления
- 5) [-]высокий уровень общего и аллерген-специфических IgE в сыворотке крови

498. Крапивница - это:

- 1) [-]острое инфекционное воспаления кожи и подлежащих тканей
- 2) [-]гиперемия и мокнутие в области щек у детей раннего возраста
- 3) [-]лихенификация в области локтевых и подколенных ямок у детей старшего возраста
- 4) [+]уртикарные зудящие элементы, усиливающиеся при расчесывании кожи
- 5) [-]папулезные парные сильно зудящие элементы на кистях рук, в области живота

499. При оказании неотложной помощи при крапивнице и ангионевротическом отеке /отеке Квинке/ НЕ

используют:

- 1) [+]антибактериальные препараты
- 2) [-]антигистаминные препараты I поколения
- 3) [-]антигистаминные препараты II поколения
- 4) [-]антилейкотриеновые препараты
- 5) [-]системные глюкокортикостероиды

500. При оказании неотложной помощи при анафилактическом шоке используют все перечисленные

препараты, КРОМЕ:

- 1) [-]0,1% раствор адреналина
- 2) [-]раствор кофеина
- 3) [-]коллоидные /не белковые!/ кровезаменители
- 4) [-]3% раствор преднизолона
- 5) [+]мочегонные препараты

501. Предрасполагающим фактором к развитию лекарственной аллергии является:

- 1) [-]экссудативно-катаральная аномалия конституции
- 2) [+]аллергический диатез
- 3) [-]лимфатико-гипопластическая аномалия конституции
- 4) [-]нейроартритический диатез
- 5) [-]частые респираторные заболевания

502. Многоформная экссудативная эритема является клиническим проявлением:

- 1) [-]системного заболевания соединительной ткани
- 2) [-]фазой развития атопического дерматита

3) [+]проявлением лекарственной непереносимости

4) [-]инфекционного заболевания кожи

5) [-]грибковым поражением кожи

503. К «малым» формам респираторных аллергозов /аллергических заболеваний верхних дыхательных

путей/ НЕ относится:

1) [-]аллергический ринит

2) [-]рецидивирующий аллергический ларинготрахеит

3) [-]аллергический фарингит

4) [-]аллергический рино-конъюнктивит

5) [+]бронхиальная астма

504. Клещ домашней пыли:

1) [+]вызывает сенсибилизацию у предрасположенных к аллергии лиц, что приводит к развитию

аллергических респираторных заболеваний

2) [-]является переносчиком инфекционных заболеваний

3) [-]размножается при влажности ниже 30%

4) [-]устойчив к высоким температурам

5) [-]устойчив к низким температурами

505. Для аллергических заболеваний верхних дыхательных путей дыхательных путей НЕ характерна:

1) [-]наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям

2) [-]упорно рецидивирующий характер заболевания

3) [-]эффект элиминации

4) [-]эозинофилия в анализе периферической крови

5) [+]хороший эффект от проведения антибактериальной терапии

506. Выявление эозинофилов при цитологическом исследовании мазков-перепечатков со слизистой

оболочки носа свидетельствует о наличии:

1) [-]острого инфекционного респираторного заболевания

2) [-]паразитоza кишечника

3) [-]инородного тела полости носа

4) [+]аллергического ринита

5) [-]нормального состояния слизистой оболочки полости носа

507. Аллергический ринит это:

1) [+]хроническое аллергическое воспаление слизистой оболочки носа у пациентов с сенсибилизацией к

экзогенным неинфекционным аллергенам

2) [-]хроническое воспалительное заболевания на основе аномалии развития полости носа

3) [-]хронический инфекционный процесс

4) [-]симптом системного заболевания соединительной ткани

5) [-]острый инфекционный процесс

508. К клиническим проявлениям аллергического ринита НЕ относится:

1) [-]пароксизмальное чихание

2) [-]ринорея

- 3) [-]ощущение зуда в носу
- 4) [-]заложенность носа
- 5) [+]гнойное отделяемое из носа

509. К базисной противовоспалительной терапии аллергического ринита относятся следующие

препараты, КРОМЕ:

- 1) [-]антигистаминные препараты
- 2) [-]антилейкотриеновые препараты
- 3) [-]интраназальные кромоны
- 4) [+]интраназальные антибактериальные препараты
- 5) [-]топические интраназальные глюкокортикостероиды

510. Аллергенспецифическая иммунотерапия показана при:

- 1) [+]атопических заболеваниях респираторного тракта с доказанной сенсibilизацией к экзогенным неинфекционным аллергенам
- 2) [-]при частых респираторных заболеваниях
- 3) [-]при атопическом дерматите
- 4) [-]при отсутствии эффективности противоаллергической фармакологической терапии
- 5) [-]при аллергических заболеваниях ЖКТ

511. К элиминационным мероприятиям при бытовой сенсibilизации относятся следующие КРОМЕ:

- 1) [-]замена перьевых подушек на синтетические
- 2) [-]ограничение мягкой мебели, ковров, портьер в доме
- 3) [-]содержание книг на закрытых стеклом полках
- 4) [-]стирка постельного белья в горячей /не ниже 70 градусов C/ воде не реже 2 раз в неделю
- 5) [+]поддержание в квартире влажности менее 30%

512. К анатомо-физиологическим особенностям органов дыхания у детей НЕ относится:

- 1) [-]узкие и короткие носовые ходы
- 2) [-]«экспираторное» строение грудной клетки
- 3) [-]незавершенность развития придаточных пазух
- 4) [+]широкие, относительно взрослых, бронхи и бронхиолы
- 5) [-]меньшая, чем у взрослых, выраженность дыхательной мускулатуры

513. «Лающий» кашель характерен для больных:

- 1) [-]острым простыми бронхитом
- 2) [-]острым обструктивным бронхитом
- 3) [-]ринофарингитом
- 4) [-]пневмонией
- 5) [+]ларинготрахеитом

514. Спастический навязчивый кашель со свистящим обертонном характерен для больных:

- 1) [-]коклюшем
- 2) [-]острым простым бронхитом
- 3) [+]бронхиальной астмой
- 4) [-]бронхоэктатической болезнью
- 5) [-]острым трахеитом

515. Коклюшоподобный кашель без реприз характерен для больных:

- 1) [+]муковисцидозом
- 2) [-]острым ринитом
- 3) [-]острой пневмонией
- 4) [-]острым простым бронхитом
- 5) [-]аденоидитом

516. Битональный кашель характерен для:

- 1) [-]муковисцидоза
- 2) [-]острого обструктивного бронхита
- 3) [+]аспирации инородного тела, увеличения внутригрудных лимфатических узлов
- 4) [-]острого простого бронхита
- 5) [-]ларинготрахеита

517. Приступообразный кашель с репризами характерен для:

- 1) [+]судорожного периода коклюша
- 2) [-]острого простого бронхита
- 3) [-]приступа бронхиальной астмы
- 4) [-]бронхоэктатической болезни
- 5) [-]острого трахеита

518. Кашель и чувство затруднения дыхания при физической нагрузке возникает у детей, больных:

- 1) [-]острой пневмонией
- 2) [-]ринофарингитом
- 3) [-]коклюшем
- 4) [+]бронхиальной астмой
- 5) [-]острым простым бронхитом

519. Коробочный оттенок перкуторного звука определяется у больных:

- 1) [-]бронхоэктатической болезнью
- 2) [-]острым простым бронхитом
- 3) [+]острым обструктивным бронхитом
- 4) [-]острым ларинготрахеитом
- 5) [-]острой пневмонией

520. Локальное ослабление дыхания характерно для:

- 1) [+]начального периода острой пневмонии
- 2) [-]приступного периода бронхиальной астмы
- 3) [-]острого ларинготрахеита
- 4) [-]острого простого бронхита
- 5) [-]острого обструктивного бронхита

521. Диффузное ослабление дыхания характерно для:

- 1) [-]острой пневмонии
- 2) [-]острого простого бронхита
- 3) [-]острого ринофарингита
- 4) [+]приступного периода бронхиальной астмы
- 5) [-]коклюша

522. Влажные мелкопузырчатые хрипы над всей поверхностью легких выслушиваются при:

- 1) [-]острой пневмонии
- 2) [-]остром простом бронхите
- 3) [-]bronхоэктатической болезни
- 4) [+]остром бронхиолите
- 5) [-]хроническом бронхиолите с облитерацией

523. Во время кормления грудью матери, ребенок, сделав 2-3 сосательных движения, прерывает сосание,

запрокидывает голову и начинает плакать. Это состояние характерно для:

- 1) [-]пневмонии
- 2) [+]среднего катарального или гнойного отита
- 3) [-]бронхита
- _____ 4) [-]ринита

5) [-]фарингита

524. Возникновению отита у детей раннего возраста способствует анатомо-физиологическая особенность евстахиевой трубы:

- 1) [-]длинная, узкая
- 2) [-]длинная, широкая
- 3) [-]короткая, узкая
- 4) [+]короткая, широкая
- 5) [-]извитая, узкая

525. Характер кашля при ларинготрахеите:

- 1) [-]приступообразный без реприз
- 2) [-]продуктивный, влажный
- 3) [-]сухой, навязчивый
- 4) [+]грубый, “лающий”
- 5) [-]приступообразный с репризами

526. Характерный кашель при наличии инородного тела в крупном бронхе:

- 1) [-]приступообразный
- 2) [+]битональный
- 3) [-]сухой, навязчивый;
- 4) [-]грубый, “лающий”
- 5) [-]приступообразный с репризами

527. Характер дыхания при обструкции верхних дыхательных путей:

- 1) [-]экспираторное затруднение дыхания
- 2) [+]инспираторное затруднение дыхания
- 3) [-]затруднение вдоха и выдоха
- 4) [-]тахипноэ
- 5) [-]нормальное дыхание

528. Характер дыхания при обструкции бронхов:

- 1) [+]экспираторное затруднение дыхания
- 2) [-]инспираторное затруднение дыхания
- 3) [-]затруднение вдоха и выдоха
- 4) [-]нормальное дыхание
- 5) [-]тахипноэ

529. Подозрение на синусит бактериальной этиологии должно возникнуть при жалобах на:

- 1) [+]боль или чувство давления в области пазух, головную боль, слизисто-гнойное отделяемое из носа
- 2) [-]ринит с серозным отделяемым из полости носа
- 3) [-]заложенность носа без нарушения общего состояния
- 4) [-]головную боль
- 5) [-]пароксизмы чихания.

530. Для острого стрептококкового тонзиллита /ангины/ характерно:

- 1) [+]острое начало заболевания, боль в горле, выраженные симптомы интоксикации
- 2) [-]постепенное начало, незначительные симптомы интоксикации
- 3) [-]вялое течение, незначительный катаральный синдром
- 4) [-]бессимптомное течение
- 5) [-]грубый кашель, боль за грудиной

531. Возможные осложнения при остром стрептококковом тонзиллите /ангине/:

- 1) [-]менингит, энцефалит
- 2) [+]ревматизм, гломерулонефрит, паратонзиллярный абсцесс
- 3) [-]пневмония, бронхит
- 4) [-]пиелонефрит
- 5) [-]пиодермии

532. Для I степени стенозирующего ларинготрахеита характерно:

- 1) [+]осиплость голоса вплоть до афонии, лающий кашель, стридор, слышимый на расстоянии, инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры при нагрузке
- 2) [-]сухой приступообразный кашель
- 3) [-]стридор, слышимый на расстоянии, инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры в покое
- 4) [-]боль при глотании, дисфагия, выраженная интоксикация, темно-вишневая инфильтрация надгортанника
- 5) [-]аритмичное или парадоксальное дыхание, брадикардия, снижение артериального кровяного давления, остановка дыхания или сердечной деятельности

533. Для II степени стенозирующего ларинготрахеита характерно:

- 1) [-]только осиплость голоса вплоть до афонии, лающий кашель
- 2) [+]стридор, слышимый на расстоянии, инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры в покое
- 3) [-]боль при глотании, дисфагия, выраженная интоксикация, темно-вишневая инфильтрация надгортанника
- 4) [-]аритмичное или парадоксальное дыхание, брадикардия, снижение артериального кровяного давления, остановка дыхания или сердечной деятельности

5) [-]периоды беспокойства сменяются периодами адинамии, резкая бледность кожных покровов, холодный пот, периоральный и акроцианоз в покое, переходящий в генерализованный при беспокойстве

ребенка, затруднение вдоха и выдоха

534. Для стенозирующего ларинготрахеита вирусной этиологии характерно:

- 1) [+]отечно-инфильтративные изменения слизистой оболочки
- 2) [-]спазм гладкой мускулатуры бронхов
- 3) [-]плотные пленки серого цвета, спаянные со слизистой оболочкой
- 4) [-]фибринозные и фибринозно-гнойные изменения слизистой оболочки
- 5) [-]язвенно-некротические изменения слизистой оболочки

535. Дифференциальную диагностику острого ларинготрахеита со стенозом следует проводить со

следующими заболеваниями, КРОМЕ:

- 1) [-]ларингоспазм
- 2) [-]острый эпиглоттит
- 3) [-]инородное тело дыхательных путей
- 4) [-]истинный /дифтерийного/ круп
- 5) [+]ринофарингит

536. Отвлекающая терапия при стенозирующем ларинготрахеите включает в себя мероприятия, КРОМЕ:

- 1) [-]теплые ножные и ручные ванночки – температура воды от 37,0 градусов С с постепенным повышением до 40 градусов С
- 2) [-]общие ванны той же температуры
- 3) [+]сухой теплый воздух в помещении
- 4) [-]теплое дробное питье
- 5) [-]горячие компрессы на икроножные мышцы

537. Для эпиглоттита характерны следующие клинические проявления:

- 1) [-]осиплость голоса вплоть до афонии, лающий кашель
- 2) [-]стридор, слышимый на расстоянии, инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры
- 3) [+]боль при глотании, дисфагия, саливация, выраженная интоксикация, темно-вишневая

инфильтрация надгортанника

- 4) [-]сухой кашель, боль за грудиной
- 5) [-]влажный кашель

538. Какова тактика врача поликлиники при остром эпиглоттите?

- 1) [-]Назначить жаропонижающие и обезболивающие препараты, оставить ребенка на дому под наблюдением участкового педиатра.
- 2) [-]Назначить антибиотики и продолжать лечение в амбулаторных условиях.
- 3) [-]Назначить лечение и порекомендовать обратиться к ЛОР-врачу поликлиники.
- 4) [+]Срочно госпитализировать в ЛОР-отделение.

5) [-]Обеспечить лечение и врачебное наблюдение на дому, при ухудшении состояния – ребенка

госпитализировать в отделение респираторных инфекций.

539. Основными симптомами острого простого бронхита является:

- 1) [+]сухой кашель, переходящий во влажный на фоне умеренной инфекционной интоксикации
- 2) [-]«клающий» кашель
- 3) [-]приступообразный кашель с репризами
- 4) [-]выраженная интоксикация с повышением температуры тела без кашля
- 5) [-]спастический кашель и свистящие хрипы

540. С целью улучшения мукоцилиарного клиренса НЕ применяют:

- 1) [-]муколитические препараты
- 2) [-]мукокорректоры
- 3) [-]ингаляции физиологического раствора
- 4) [-]настои отхаркивающих трав
- 5) [+]противокашлевые препараты

541. При трахеобронхите дети предъявляют жалобы на боли:

- 1) [+]за грудиной
- 2) [-]в горле
- 3) [-]в боку
- 4) [-]в ухе
- 5) [-]в спине

542. При аускультации детей с острым простым бронхитом выявляется:

- 1) [+]жесткое дыхание и рассеянные сухие и/или среднепузырчатые хрипы
- 2) [-]диффузные мелкопузырчатые хрипы
- 3) [-]локальные мелкопузырчатые хрипы
- 4) [-]локальное ослабление дыхания
- 5) [-]диффузное ослабление дыхания

543. Для острого обструктивного бронхита характерны:

- 1) [-]инспираторная одышка
- 2) [+]экспираторная одышка
- 3) [-]влажные мелкопузырчатые хрипы
- 4) [-]притупление перкуторного звука
- 5) [-]увеличение размеров сердечной тени на рентгенограмме

544. Этиологическими факторами острого обструктивного бронхита наиболее часто являются:

- 1) [-]пневмотропные бактериальные возбудители
- 2) [-]грамотрицательная флора
- 3) [-]холодный воздух
- 4) [-]аллергены
- 5) [+]респираторные вирусы

545. Для острого обструктивного бронхита характерна:

- 1) [-]инспираторная одышка
- 2) [+]экспираторная одышка
- 3) [-]влажные мелкопузырчатые хрипы

- 4) [-]притупление перкуторного звука
 - 5) [-]очаговые тени на рентгенограмме
546. Препаратами выбора при остром обструктивном бронхите являются:
- 1) [-]антибиотики
 - 2) [-]мукокорректоры
 - 3) [+]бета2-адреномиметики
 - 4) [-]седативные средства
 - 5) [-]антигистаминные препараты I поколения
547. При аускультации детей с острым бронхолитом выслушиваются:
- 1) [-]локальные мелкопузырчатые хрипы;
 - 2) [-]локальное ослабление дыхания;
 - 3) [-]жесткое дыхание
 - 4) [-]диффузные сухие хрипы
 - 5) [+]диффузные мелкопузырчатые хрипы
548. Острой считается пневмония, разрешающаяся в сроки до:
- 1) [-]2 недель
 - 2) [+]6 до 8 недель
 - 3) [-]3 месяцев
 - 4) [-]4 месяцев
 - 5) [-]6 месяцев.
549. Основными симптомами пневмонии в первые дни заболевания являются:
- 1) [-]экспираторная одышка
 - 2) [-]ринит
 - 3) [-]коробочный оттенок перкуторного звука
 - 4) [-]сухие хрипы
 - 5) [+]признаки инфекционной интоксикации, локальное ослабление дыхания
550. Для крупозной пневмонии характерны следующие признаки кроме:
- 1) [-]острое начало без предшествующих катаральных проявлений со стороны ВДП
 - 2) [-]румянец на щеке с одной стороны
 - 3) [-]боль в боку
 - 4) [-]озноб
 - 5) [+]сухие хрипы с обеих сторон
551. Рецидивирующий бронхит – заболевание, протекающее с:
- 1) [+]рецидивами острого простого бронхита 3 и более раз в году
 - 2) [-]рецидивами острого обструктивного бронхита
 - 3) [-]частотой рецидивов 1-2 раза в год
 - 4) [-]длительностью заболевания 1-2 недели
 - 5) [-]локальной аускультативной картиной
552. К препаратам, обладающим иммуностропным действием и показанным при рецидивирующем бронхите относятся:
- 1) [-]ацикловир
 - 2) [-]амоксиклав
 - 3) [+]рибомунил и бронхо-мунал
 - 4) [-]пиридоксин

5) [-]сингуляр

553. Профилактика респираторных инфекций НЕ включает в себя:

- 1) [+]ограничение физической активности
- 2) [-]ограничение контактов с больными
- 3) [-]закаливание
- 4) [-]специфическую вакцинацию
- 5) [-]неспецифическую иммуномодуляцию

554. Часто болеющие дети - это:

- 1) [-]дети с повторными инфекционными заболеваниями различных органов и систем
- 2) [-]дети малыми формами респираторной аллергии
- 3) [-]дети, больные муковисцидозом
- 4) [-]дети, инфицированные микобактериями туберкулеза
- 5) [+]дети с повторными респираторными инфекциями, болеющие чаще, чем их сверстники

555. Причиной рецидивирующей обструкции бронхов в раннем детстве НЕ является:

- 1) [-]бронхолегочная дисплазия
- 2) [-]муковисцидоз
- 3) [-]бронхиальная астма
- 4) [-]острые респираторные инфекции у детей с гиперреактивностью бронхов
- 5) [+]перенесенная острая пневмония бактериальной этиологии

556. В основе формирования хронического бронхолита с облитерацией лежит:

- 1) [-]рецидивирующая обструкция бронхов
- 2) [+]облитерация бронхиол
- 3) [-]хронический инфекционно- воспалительный процесс
- 4) [-]необратимая обструкция бронхов
- 5) [-]персистирующая вирусная инфекция.

557. К клиническим типичным проявлениям бронхоэктатической болезни НЕ относятся:

- 1) [-]признаки хронической гипоксии
- 2) [-]продуктивный кашель больше в утренние часы с отделением гнойной мокроты
- 3) [-]локальная аускультативная симптоматика
- 4) [+]наличие сухих свистящих хрипов на выдохе
- 5) [-]повышенная утомляемость и отставание в физическом развитии

558. Оперативное лечение при бронхоэктатической болезни НЕ показано в случае:

- 1) [-]формирования бронхоэктазов в результате неблагоприятного исхода острой пневмонии
- 2) [+]подтверждения синдрома Зиверта-Картагенера
- 3) [-]наличия локальных бронхоэктазов, не поддающихся консервативной терапии
- 4) [-]формирования бронхоэктазов в результате аспирации инородного тела
- 5) [-]формирования бронхоэктазов в результате осложненного течения ателектаза

559. Поражение легких при муковисцидозе является следствием:

- 1) [-]снижением подвижности ресничек
- 2) [-]снижения концентрации альфа1-антитрипсина
- 3) [+]повышение вязкости мокроты и, как следствие, нарушение мукоцилиарного клиренса
- 4) [-]нарушения механики дыхания

5) [-]иммунодефицитного состояния

560. Бронхиальная астма - это:

1) [-]хроническое инфекционное воспаление слизистой оболочки бронхов

2) [-]хроническое обструктивное заболевание с необратимой обструкцией бронхов и нарастающей

дыхательной недостаточность

3) [-]хроническое обструктивное заболевание с нарушением реологических свойств мокроты и

задержкой физического развития

4) [-]хроническое заболевание дыхательной системой с локальным фиброзом легочной ткани

5) [+]заболевание дыхательной системы, в основе которого лежит хроническое аллергическое

воспаление слизистой оболочки бронхов и бронхиальная гиперреактивность

561. Для острого приступа атопической бронхиальной астмы НЕ характерно

1) [+]повышение температуры тела и признаки инфекционной интоксикации

2) [-]спастический малопродуктивный кашель

3) [-]экспираторное удушье

4) [-]свистящие хрипы на выдохе

5) [-]коробочный оттенок перкуторного звука

562. Триггеры – это:

1) [-]сенсibiliзирующие аллергены

2) [-]препараты для купирования острого приступа удушья

3) [-]приборы для ингаляционной терапии

4) [-]факторы, предрасполагающие к развитию бронхиальной астмы

5) [+]факторы, провоцирующие обострение бронхиальной астмы

563. Гиперреактивность бронхов - это:

1) [+]неадекватно сильная бронхоконстрикторная реакция на специфические и неспецифические триггеры

2) [-]повышенная восприимчивость нижних дыхательных путей к инфекционным возбудителям

3) [-]склонность к неадекватному образованию слизи бокаловидными клетками слизистой оболочки бронхов

4) [-]рецидивирующие заболевания нижних дыхательных путей

5) [-]изменение реологических свойств мокроты

564. Особенностью бронхиальной астмы у детей раннего возраста является:

1) [-]экспираторный характер удушья

2) [-]вздутие грудной клетки

3) [+]выявление влажных хрипов при аускультации и более продуктивный кашель

4) [-]коробочный оттенок перкуторного звука

5) [-]участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания

565. Функциональными показателями, подтверждающими наличие обструкции бронхов у детей старше 5

лет, является:

- 1) [-]показатель ОФВ1 от 80 до 100% от должных величин
- 2) [+]показатель ОФВ1 менее 80% от должных величин
- 3) [-]снижение жизненной емкости легких
- 4) [-]отрицательная проба с бета2-агонистом
- 5) [-]суточная лабильность бронхов менее 20%

566. Признаком атопической формы бронхиальной астмы НЕ является:

- 1) [-]отягощенный семейный анамнез по аллергическим заболеваниям
- 2) [-]отягощенный личный аллергологический анамнез
- 3) [-]повышение уровня общего IgE
- 4) [+]признаки активности инфекционного процесса в анализе периферической крови и при биохимическом исследовании
- 5) [-]положительные результаты кожных скарификационных проб с неинфекционными экзогенными аллергенами

567. Пикфлоуметр – это:

- 1) [-]Прибор для мониторинга частоты сердечных сокращений
- 2) [-]Прибор для проведения ингаляций
- 3) [-]Прибор для определения газового состава крови
- 4) [+]Прибор для определения пиковой скорости выдоха
- 5) [-]Прибор для мониторинга частоты дыхания у маленьких детей

568. Спейсер - это:

- 1) [-]устройство для ингаляции растворов лекарственных препаратов
- 2) [-]прибор для определения пиковой объемной скорости выдоха
- 3) [-]название лекарственного препарата для оказания неотложной помощи при приступе удушья
- 4) [+]приспособление для облегчения использования и повышения эффективности действия лекарственных препаратов в форме дозирующих аэрозольных ингаляторов
- 5) [-]ультразвуковой ингалятор

569. В периоде ремиссии бронхиальной астмы и при проведении эффективно базисной терапии суточная

лабильность бронхов не должна превышать:

- 1) [+]20%
- 2) [-]30%
- 3) [-]40%
- 4) [-]50%
- 5) [-]53%

570. Препаратами первого выбора для купирования острого приступа удушья при бронхиальной астме

являются:

- 1) [+]бета2-адреномиметики короткого действия
- 2) [-]ингаляционные глюкокортикостероиды
- 3) [-]м-холинолитик;

4) [-]антибиотики

5) [-]метилксантины замедленного высвобождения

571. К препаратам базисной терапии бронхиальной астмы НЕ относятся:

1) [-]Интал и Тайлед;

2) [+]бета2-адреномиметики короткого действия;

3) [-]ингаляционный глюкокортикостероиды;

4) [-]фиксированные комбинации бета2-адреномиметиков длительного действия и ингаляционных глюкокортикостероидов;

5) [-]блокаторы лейкотриеновых рецепторов.

572. К противовоспалительным негормональным ингаляционным препаратам, используемым в базисной терапии бронхиальной астмы относятся:

1) [-]серетид

2) [-]симбикорт

3) [-]пульмикорт

4) [+]интал и тайлед

5) [-]фликсотид

573. Для повышения эффективности действия лекарственных препаратов, содержащихся в дозирующем

индивидуальном ингаляторе используют:

1) [-]компрессорный небулайзер

2) [-]ультразвуковой небулайзер

3) [-]пикфлоуметр

4) [-]паровой ингалятор

5) [+]спейсер

574. К препаратам, уменьшающим обструкцию бронхов НЕ относится:

1) [-]сальбутамол

2) [-]фенотерол

3) [-]формотерол

4) [-]сальметерол

5) [+]аколат

575. К комбинированной терапии бронхиальной астмы фиксированными комбинациями относится

использование:

1) [-]ингаляционных глюкокортикостероидов

2) [-]кромонов

3) [-]бета2-агонистов короткого действия

4) [-]бета2-агонистов длительного действия

5) [+]серетида и симбикорта

576. Исследование функции внешнего дыхания с помощью спирографа возможно детям:

1) [-]первого года жизни

2) [-]в любом возрасте

3) [-]с 3-х лет

4) [+]с 6-ти лет

5) [-]с 10-ти лет

577. Основным преимуществом ингаляционных глюкокортикостероидов по сравнению с системными

глюкокортикостероидами в лечение бронхиальной астмы у детей является:

- 1) [-]удобство применения
- 2) [+]меньший риск развития осложнений, характерных для системной стероидной терапии
- 3) [-]более высокая эффективность
- 4) [-]более высокий комплайнс
- 5) [-]меньшая стоимость лечения

578. Небулайзер - это:

- 1) [-]прибор для исследования функции внешнего дыхания
- 2) [-]прибор для определения газов крови
- 3) [-]устройство для повышения эффективности применения дозированных ингаляторов
- 4) [-]прибор для кислородотерапии
- 5) [+]прибор для ингалирования жидких лекарственных форм лекарственных препаратов

579. Экзогенный аллергический альвеолит - это:

- 1) [+]аллергическое воспаление легочного интерстиция
- 2) [-]инфекционно-воспалительное заболевание легких
- 3) [-]хроническая обструктивная болезнь
- 4) [-]острое вирусное заболевание с вовлечением респираторного отдела дыхательной системы
- 5) [-]заболевание с эпизодами обратимой обструкции бронхов

580. Из всех перечисленных видов патологии гепатобилиарной системы наиболее часто у детей

встречается:

- 1) [-]хронический гепатит
- 2) [-]аномалии желчного пузыря
- 3) [+]дисфункциональные расстройства билиарного тракта
- 4) [-]хронический холецистит
- 5) [-]желчнокаменная болезнь

581. Основой патогенеза дисфункциональных нарушений билиарного тракта у детей являются:

- 1) [-]воспалительные изменения желчного пузыря и желчных протоков
- 2) [-]нарушение коллоидного состояния желчи
- 3) [+]дискоординация моторики желчного пузыря и тонуса сфинктерного аппарата вследствие

нарушения нейрогуморальной регуляции или патологической висцеро-висцеральной рефлексии

- 4) [-]острые кишечные инфекции
- 5) [-]хронический гепатит

582. Провоцирующими факторами формирования дисфункциональных нарушений билиарного тракта у детей могут быть:

- 1) [-]кишечные паразитозы

- 2) [-]пищевая аллергия
- 3) [-]хронический заболевания гастродуоденальной зоны и кишечника
- 4) [-]неадекватный уровень физических и психоэмоциональных нагрузок, хронический стресс
- 5) [+]все перечисленное

583. Для патологии желчевыделительной системы не патогномоничен симптом:

- 1) [-]Мерфи
- 2) [-]Кера
- 3) [+]Пастернацкого
- 4) [-]Грекова-Ортнера
- 5) [-]Георгиевского-Мюсси

584. Какой признак не обусловлен дисфункциональными нарушениями билиарного тракта?

- 1) [-]боль в правом подреберье
- 2) [-]тошнота
- 3) [-]привкус горечи во рту
- 4) [+]телеангиоэктазии на коже
- 5) [-]желтоватый налет на языке

585. Основной метод диагностики дисфункциональных нарушений билиарного тракта у детей:

- 1) [+]УЗИ желчного пузыря
- 2) [-]общий анализ крови
- 3) [-]фиброэзофагогастродуоденоскопия
- 4) [-]анализ мочи на уробилин
- 5) [-]копрограмма

586. Какой признак не характерен для холецистита?

- 1) [-]воспалительные изменения в гемограмме
- 2) [-]связь обострения с погрешностью в диете
- 3) [-]утолщение стенки желчного пузыря при УЗИ
- 4) [+]эритроциты при микроскопии осадка желчи, полученной при дуоденальном зондировании
- 5) [-]субфебрилитет

587. В терапии дисфункциональных нарушений билиарного тракта у детей используют:

- 1) [-]желчегонные препараты в зависимости от типа дискинезии
- 2) [-]спазмолитики
- 3) [-]диетические рекомендации
- 4) [-]нейротропные препараты
- 5) [+]все перечисленное

588. Основным скрининговым методом диагностики желчнокаменной болезни у детей является:

- 1) [+]ультрасонография органов брюшной полости
- 2) [-]фиброэзофагогастродуоденоскопия
- 3) [-]дуоденальное зондирование
- 4) [-]оценка клинических проявлений
- 5) [-]биохимическое исследование крови

589. Лямблии паразитируют:

- 1) [-]в печени
- 2) [-]в желчном пузыре
- 3) [-]в толстой кишке
- 4) [+]в проксимальных отделах тонкой кишки
- 5) [-]в желудке

590. Аутоинвазия возможна при:

- 1) [-]аскаридозе
- 2) [-]трихоцефалезе
- 3) [-]дифиллоботриозе
- 4) [+]энтеробиозе
- 5) [-]тениозе

591. При дифиллоботриозе инвазия происходит вследствие:

- 1) [-]нарушения правил личной гигиены
- 2) [-]употребления в пищу загрязненных земель фруктов и овощей
- 3) [+]использования в пищу недостаточно термически обработанной пресноводной рыбы
- 4) [-]употребления в пищу сырого мяса
- 5) [-]укусов насекомых

592. Хронический вирусный гепатит целесообразно дифференцировать:

- 1) [-]с наследственными пигментными гепатозами
- 2) [-]с обменными заболеваниями печени
- 3) [-]с врожденными аномалиями развития печени и желчных протоков
- 4) [-]с токсическим /медикаментозным/ гепатитом
- 5) [+]со всем перечисленным

593. Наиболее достоверным методом диагностики хронического гепатита является:

- 1) [-]клинико-биохимический
- 2) [-]вирусологический
- 3) [+]морфологический
- 4) [-]иммунологический
- 5) [-]все перечисленные

594. Какой синдром не типичен для хронического гепатита?

- 1) [-]желтухи
- 2) [-]холестаза
- 3) [-]гепатоцитолита
- 4) [+]колитический
- 5) [-]печеночно-клеточной недостаточности

595. Наличие изжоги свидетельствует:

- 1) [-]о наличии язвенного колита
- 2) [-]о наличии дисфункции желчного пузыря
- 3) [-]о гельминтозе
- 4) [+]о забросе содержимого желудка в пищевод
- 5) [-]о наличии пупочной грыжи

596. Для проведения эрадикации *H. pylori* не используется:

- 1) [-]Де-нол
- 2) [-]Амоксициллин

3) [+]Фламин

4) [-]Ингибиторы протонной помпы

5) [-]H₂-гистаминоблокаторы

597. Для диагностики хронического гастродуоденита необходимо проведение:

1) [-]ультрасонографии брюшной полости

2) [+]фиброгастродуоденоскопии

3) [-]рН-метрии пищевода

4) [-]фиброколоноскопии

5) [-]копрологического исследования

598. Синдром раздраженной кишки:

1) [+]является функциональной патологией

2) [-]может протекать без болевого синдрома

3) [-]характерен для детей грудного возраста

4) [-]не требует консультации психолога и психофармакотерапии

5) [-]всегда проявляется диареей

599. Для функциональной диспепсии не характерно наличие:

1) [-]тошноты

2) [-]отрыжки

3) [+]изжоги

4) [-]тяжести в эпигастрии

5) [-]ощущения переполнения желудка

600. К биохимическим маркерам холестаза относятся:

1) [-]повышение уровня печеночных трансаминаз

2) [-]снижение уровня белка

3) [-]повышение уровня сывороточного железа

4) [+]повышение билирубина /прямого и общего/, ГГТ, щелочной фосфатазы, холестерина

5) [-]все перечисленное

601. Ведущую роль в лечении функциональных запоров у детей раннего возраста играет:

1) [-]лекарственная терапия

2) [-]физиотерапия

3) [+]нормализация режима и коррекция диеты

4) [-]лечебная физкультура

5) [-]фитотерапия

602. Для диагностики неспецифического язвенного колита необходимо проведение:

1) [-]ультразвукового исследования брюшной полости

2) [-]ирригографии

3) [-]пальцевого ректального исследования

4) [+]фиброколоноскопии с биопсией слизистой оболочки

5) [-]компьютерной томографии

603. При целиакии необходимо исключить из диеты:

1) [-]коровье молоко

2) [+]продукты из пшеничной муки

3) [-]овощи и фрукты

4) [-]говядину

5) [-]бобовые

604. Основой терапии функциональных заболеваний пищеварительного тракта у детей школьного

возраста является:

- 1) [-]назначение биопрепаратов
- 2) [-]назначение прокинетиков
- 3) [+]психотерапевтическая коррекция, нормализация режима труда и отдыха, диеты
- 4) [-]массаж, лечебная физкультура
- 5) [-]все перечисленное

605. Для болезни Крона не характерно:

- 1) [-]поражение любого отдела желудочно-кишечного тракта
- 2) [-]прерывистость поражения слизистой оболочки по типу «прыжков кенгуру»
- 3) [+]непрерывное сливное поражение слизистой оболочки только толстой кишки с образованием язв и

эрозий

- 4) [-]терминальный илеит
- 5) [-]формирование гранулем

606. Неспецифический язвенный колит характеризуется:

- 1) [+]повторным появлением разжиженного стула с примесью крови и слизи
- 2) [-]выраженным абдоминальным болевым синдромом
- 3) [-]повторной рвотой
- 4) [-]иррадиацией болей в поясничную область
- 5) [-]развитием синдрома мальабсорбции

607. Причиной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей может быть:

- 1) [-]Инфекционно-воспалительная патология мочевыделительной системы
- 2) [-]Рахит
- 3) [+]Недостаточность нижнего пищеводного сфинктера
- 4) [-]Неревматический кардит
- 5) [-]Иммунодефицитное состояние

608. Медикаментозная терапия гастроэзофагеальной болезни у детей предусматривает использование:

- 1) [-]антибиотиков широкого спектра действия
- 2) [-]внутривенных иммуноглобулинов
- 3) [+]антисекреторных средств и прокинетиков
- 4) [-]нестероидных противовоспалительных средств
- 5) [-]витамина D

609. Клиническая картина функциональной диспепсии у детей включает:

- 1) [-]судороги;
- 2) [-]длительный субфебрилитет;
- 3) [-]артралгии;
- 4) [-]экзантему;
- 5) [+]отсутствие признаков органического поражения желудка на макроструктурном и гистологическом уровнях.

610. Показаниями к проведению медикаментозной антихеликобактерной терапии у детей являются:

- 1) [-]очаговые поверхностные изменения слизистой оболочки желудка;
 - 2) [-]наличие в семье больных желчнокаменной болезнью;
 - 3) [-]гемолитическая анемия;
 - 4) [+]эрозивные поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки;
 - 5) [-]сахарный диабет.
611. В патогенезе язвенной болезни у детей имеют значение:
- 1) [-]повышенная интенсивность муцинообразования слизистой оболочки;
 - 2) [+]повышение кислотности-пептической агрессии;
 - 3) [-]инфицирование *Campylobacter*;
 - 4) [-]пониженное количество гастрин-гистаминопродуцирующих клеток;
 - 5) [-]повышение секреции бикарбонатов в антральном отделе желудка.
612. Выявление инфицированности *Helicobacter pylori* включает:
- 1) [-]рентгенографию желудка;
 - 2) [-]электрогастрографию;
 - 3) [+]уреазный тест;
 - 4) [-]копрологическое исследование;
 - 5) [-]бактериологическое исследование кала.
613. Медикаментозная терапия язвенной болезни у детей предусматривает использование:
- 1) [-]препаратов 5-аминосалициловой кислоты;
 - 2) [-]препаратов урсодеоксихолевой кислоты;
 - 3) [-]празиквантела;
 - 4) [+]ингибиторов протонной помпы;
 - 5) [-]регидрона.
614. Провоцирующими факторами формирования дисфункциональных расстройств билиарного тракта у детей являются:
- 1) [-]вегетарианство;
 - 2) [-]врожденные пороки сердца;
 - 3) [+]кишечные паразитозы /лямблиоз, аскаридоз/;
 - 4) [-]инфекционный мононуклеоз;
 - 5) [-]тромбоцитопатии.
615. Диагностика дисфункциональных расстройств билиарного тракта включает:
- 1) [-]определение уровня кальция и фосфора в сыворотке крови;
 - 2) [-]определение количества эластазы в кале;
 - 3) [-]проведение дыхательного хелик-теста;
 - 4) [+]УЗИ с функциональной пробой;
 - 5) [-]ирригографию.
616. Лечение _____ гипотонически-гипокинетического типа дисфункциональных расстройств билиарного тракта предусматривает:
- 1) [-]ограничение физических нагрузок;
 - 2) [-]назначение миотропных спазмолитиков;
 - 3) [+]электрофорез с сернокислой магнезией на область правого подреберья;
 - 4) [-]прием внутрь гидрокарбонатно-хлоридно-натриевых вод низкой минерализации;
 - 5) [-]прием внутрь отвара ромашки.

617. Лечение приступа желчной колики включает использование:

- 1) [-]витамина Д внутрь;
- 2) [+]спазмолитиков парентерально;
- 3) [-]препаратов кальция внутрь;
- 4) [-]бициллина-3 внутримышечно;
- 5) [-]препаратов железа парентерально.

618. Диагностика хронического гепатита включает:

- 1) [-]копрологическое исследование;
- 2) [-]определение уровня щелочной фосфатазы в сыворотке крови;
- 3) [+]определение серологических маркеров вирусов гепатита;
- 4) [-]оценку уровня артериального давления;
- 5) [-]тест с Д-ксилозой.

619. Терапия хронического вирусного гепатита у детей предусматривает назначение:

- 1) [+]препаратов интерферона;
- 2) [-]тетрациклина;
- 3) [-]блокаторов H1-гистаминорецепторов;
- 4) [-]вермокса;
- 5) [-]безглютеновой диеты.

620. Клиническая картина гипертонического типа дискинезии толстой кишки включает:

- 1) [-]упорные прогрессирующие запоры;
- 2) [+]схваткообразный характер абдоминальной боли с локализацией в нижних и нижнебоковых отделах живота;
- 3) [-]энкопрез в виде каломазания;
- 4) [-]по данным ирригографии толстая кишка расширена, опорожнение замедленно;
- 5) [-]по данным колодинамического исследования объем дистального отдела толстой кишки увеличен.

621. Лечение гипотонической дискинезии толстой кишки у детей предусматривает:

- 1) [-]исключение грубой клетчатки, прием пищи в теплом виде;
- 2) [+]антихолинэстеразные препараты;
- 3) [-]электрофорез с платифиллином;
- 4) [-]антациды;
- 5) [-]упражнения на расслабление.

622. В основе патогенеза целиакии у детей имеет место :

- 1) [-]Врожденная дисахаридазная недостаточность
- 2) [+]Стойкая непереносимость белков злаковых культур
- 3) [-]Кистозный панкреатит
- 4) [-]Аллергия к белку коровьего молока
- 5) [-]Кишечная инфекция

623. Важным диагностическим критерием неспецифического язвенного колита у детей является:

- 1) [-]синдром рвот и срыгиваний;
- 2) [-]синдром холестаза;
- 3) [+]синдром гемоколита;
- 4) [-]экзантема;

5) [-]мерцательная аритмия.

624. Эндоскопические и гистологические признаки неспецифического язвенного колита у детей

включают:

- 1) [-]стриктуры кишки;
- 2) [+]язвы слизистой оболочки поверхностные, неправильной формы;
- 3) [-]воспаление затрагивает все слои слизистой оболочки кишки;
- 4) [-]гранулемы;
- 5) [-]воспалительный процесс ограниченный, сегментарный, очаговый.

625. Лечение неспецифического язвенного колита у детей предусматривает:

- 1) [-]молочную диету;
- 2) [+]сульфасалазин;
- 3) [-]фенобарбитал;
- 4) [-]ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента;
- 5) [-]инсулин.

626. Методы диагностики дисбактериоза кишечника включают:

- 1) [-]желудочное зондирование;
- 2) [-]ирригографию;
- 3) [+]бактериологическое исследование состава фекалий;
- 4) [-]определение уровня сывороточного железа;
- 5) [-]реакцию Грегерсена /кал на скрытую кровь/.

627. К пробиотическим препаратам на основе лактобактерий относится:

- 1) [-]пробифор;
- 2) [-]биофлор;
- 3) [+]витафлор;
- 4) [-]биоспорин;
- 5) [-]энтерол.

628. К антацидным препаратам относится:

- 1) [-]гастрофарм
- 2) [-]дюспаталин
- 3) [-]мебеверин
- 4) [+]маалокс
- 5) [-]омепразол

629. К антисекреторным препаратам из группы блокаторов вторых гистаминовых рецепторов относятся:

- 1) [-]фосфалугель
- 2) [-]рабепразол
- 3) [-]амоксициллин
- 4) [+]квамател
- 5) [-]одестон

630. К антисекреторным препаратам из группы блокаторов протонной помпы относятся:

- 1) [-]фамотидин
- 2) [-]денол
- 3) [-]венгер
- 4) [+]омепразол

5) [-]трибимол

631. К пленкообразующим препаратам /репарантам/ относятся:

1) [+]денол

2) [-]вермокс

3) [-]альбендазол

4) [-]трихопол

5) [-]аллохол

632. К системным антацидным препаратам относятся:

1) [+]гидрокарбонат натрия

2) [-]маалокс

3) [-]фосфалугель

4) [-]магалфил

5) [-]альмагель

633. Какова оптимальная длительность курса эрадикации хеликобактерной инфекции у детей?

1) [-]3 недели

2) [-]5 дней

3) [-]7 дней

4) [+]10 дней

5) [-]20 дней

634. Какие методы не применяются для диагностики хеликобактерной инфекции?

1) [-]серологические

2) [-]ПЦР кала

3) [-]уреазный тест

4) [-]гистоморфологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка

5) [+]рентгеновские

635. Какие препараты используют в схемах эрадикации хеликобактерной инфекции?

1) [-]билтрицид

2) [-]вермокс

_____3) [-]адвантан

4) [+]амоксциллин

5) [-]беродуал

636. Укажите факторы, незначимые в патогенезе язвенной болезни:

1) [-]гиперхлоргидрия

2) [+]гиперхолестеринемия

3) [-]нарушение регенерации слизистой оболочки

4) [-]нарушения микроциркуляции

5) [-]гиперпепсиногенемия

637. Назовите симптом, характерный для типичной формы ГЭРБ:

1) [-]рецидивирующий синусит

2) [-]кардиалгии

3) [+]изжога

4) [-]кариес

5) [-]рецидивирующая бронхолегочная патология

638. Какой препарат относят к прокинетикам?

1) [-]амоксициллин

2) [-]макмирор

3) [+]мотилиум

4) [-]альбендазол

5) [-]рифаксимин

639. Какой метод не используют для диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни?

1) [-]ФЭГДС

2) [-]суточный мониторинг рН в пищеводе

3) [+]проба Сулковича

4) [-]пищеводная манометрия

5) [-]импедансометрия пищевода

640. Какой метод не используют для диагностики аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы?

1) [-]рентгенография пищевода и желудка в позе Тренделенбурга

2) [-]ФЭГДС

3) [+]гистоморфологическое исследование биоптатов слизистой оболочки пищевода

4) [-]импедансометрия пищевода

5) [-]пищеводная манометрия

641. Какой метод не используют для диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни?

1) [-]ФЭГДС

2) [-]гистоморфологическое исследование биоптатов слизистой оболочки пищевода

3) [+]кал на реакцию Греггерсена

4) [-]рентгенография пищевода и желудка в позе Тренделенбурга

5) [-]суточный мониторинг рН в пищеводе

642. Чем опасно развитие метаплазии слизистой оболочки пищевода при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни?

1) [+]Малигнизацией

2) [-]Развитием атрофии

3) [-]Вирусным поражением пищевода

4) [-]Развитием гипотонии пищевода

5) [-]Развитием гипотрофии

643. Какое осложнение НЕ характерно для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни?

1) [+]Атрезия пищевода

2) [-]Аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

3) [-]Кишечная метаплазия слизистой оболочки пищевода

4) [-]Пептическая язва пищевода

5) [-]Халазия кардии

644. Какие побочные явления характерны для препаратов из группы блокаторов H₂ гистаминовых рецепторов

1) [-]анемия

2) [+]синдром отмены с развитием гиперхлоргидрии

- 3) [-]запоры
- 4) [-]боли в правом подреберье
- 5) [-]боли в левом подреберье
645. Какие существуют показания для назначения месалазина?
- 1) [+]Неспецифический язвенный колит
- 2) [-]Функциональный запор
- 3) [-]Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- 4) [-]Хронический гастрит
- 5) [-]Язвенная болезнь желудка
646. Частота мочеиспусканий в сутки у детей в возрасте одного года составляет:
- 1) [-]более 25 раз
- 2) [-]20 - 25 раз
- 3) [+]15 - 16 раз
- 4) [-]20 -30 раз
- 5) [-]5 - 6 раз
647. Относительная плотность мочи у детей первого полугодия жизни составляет:
- 1) [+]1,002 - 1,010
- 2) [-]1,010 - 1,015
- 3) [-]1,015 – 1,020
- 4) [-]1,011 – 1,022
- 5) [-]1,012 – 1,025
648. Для детей какого возраста свойственно внепочечное положение лоханок:
- 1) [+]для детей грудного возраста
- 2) [-]для детей раннего детства
- 3) [-]для детей старшего школьного возраста
- 4) [-]для детей 1 – го периода детства /дошкольного возраста/
- 5) [-]для детей младшего школьного возраста
649. В каком возрасте у детей емкость мочевого пузыря составляет 200-250 мл?
- 1) [-]у новорожденных
- 2) [-]у детей первого года жизни
- 3) [-]у детей раннего возраста
- 4) [-]у детей дошкольного возраста
- 5) [+]у детей школьного возраста
650. Размеры клубочков и их фильтрационная способность продолжают увеличиваться у детей
- 1) [-]первого года жизни
- 2) [-]до 5 лет
- 3) [-]до 10 лет
- 4) [-]до 15 лет
- 5) [+]до 18 – 19 лет
651. Суточный диурез у ребёнка в возрасте одного года составляет:
- 1) [-]250 мл.
- 2) [+]400 мл.
- 3) [-]700 мл.
- 4) [-]1000 мл.

5) [-]более 1000 мл.

652. Основным выделительным органом во внутриутробном периоде жизни ребёнка является:

- 1) [-]кожа
- 2) [-]слизистые оболочки дыхательных путей
- 3) [+]плацента
- 4) [-]почки
- 5) [-]желудочно – кишечный тракт

653. При умеренно выраженной протеинурии выделение белка в сутки с мочой составляет:

- 1) [-]0,02 – 0,05 г/сутки
- 2) [-]0,05 – 0,10 г/сутки
- 3) [-]0,15 – 0,50 г/сутки
- 4) [+]0,5 – 1,0 г/сутки
- 5) [-]2,0 – 3,0 г/сутки

654. При каком из нижеперечисленных заболеваний можно думать о клубочковой протеинурии:

- 1) [+]Болезнь Альпорта
- 2) [-]хронический пиелонефрит
- 3) [-]интерстициальный нефрит
- 4) [-]инфекция мочевыводящих путей
- 5) [-]острый пиелонефрит

655. Минимальный диурез, свидетельствующий об олигурии у ребёнка 7 лет составляет менее:

- 1) [-]20 мл/сутки
- 2) [+]250 мл/сутки
- 3) [-]400 мл/сутки
- 4) [-]500 мл/сутки
- 5) [-]1000 мл/сутки

656. Среди заболеваний мочевыделительной системы у детей наиболее часто встречаются:

- 1) [-]острый постстрептококковый гломерулонефрит
- 2) [-]липидный нефроз
- 3) [-]хронический гломерулонефрит
- 4) [+]инфекции мочевыделительной системы и пиелонефрит
- 5) [-]тубулопатии

657. Наиболее частым возбудителем пиелонефрита являются:

- 1) [-]клебсиелла
- 2) [+]кишечная палочка
- 3) [-]микоплазма
- 4) [-]эпидермальный стафилококк
- 5) [-]гемолитический стрептококк

658. Хроническим пиелонефрит можно считать в случаях, когда клинические и лабораторные признаки его наблюдаются:

- 1) [-]в течение 3 – 4 месяцев

- 2) [-]в течение 6 месяцев
- 3) [-]в течение 6 – 8 месяцев
- 4) [-]в течение 8 – 10 месяцев
- 5) [+]более 12 месяцев

659. В анализах мочи при инфицировании мочевыделительной системы характерны изменения в виде:

- 1) [-]гематурии
- 2) [-]протеинурии
- 3) [+]лейкоцитурии
- 4) [-]цилиндрурии
- 5) [-]оксалурии

660. Дифференциальный диагноз острого пиелонефрита следует в первую очередь проводить с:

- 1) [-]острым постстрептококковым гломерулонефритом
- 2) [+]инфекцией мочевыводящих путей
- 3) [-]интерстициальным нефритом
- 4) [-]обострением хронического гломерулонефрита
- 5) [-]рефлюкс – нефропатией

661. Какой из ниже перечисленных признаков Вы считаете наиболее важным для дифференциального диагноза между пиелонефритом и инфекцией нижних отделов мочевых путей?

- 1) [-]наличие лейкоцитурии и бактериурии
- 2) [-]боли в животе
- 3) [-]частые мочеиспускания
- 4) [-]появление ночного энуреза
- 5) [+]снижение относительной плотности мочи

662. Какой из диагностических методов является наиболее информативным для диагноза пузырно –

мочеточникового рефлюкса:

- 1) [-]УЗИ – диагностика
- 2) [-]посев мочи на микробное число и флору
- 3) [-]изотопная ренография
- 4) [-]в/венная урография
- 5) [+]восходящая цистография

663. К факторам, которые могут непосредственно участвовать в формировании нейрогенных дисфункций мочевого пузыря, НЕ относится:

- 1) [-]недостаточность супраспинального торможения спинальных центров регуляции мочеиспускания
- 2) [-]несинхронное развитие /созревание/ систем регуляции акта мочеиспускания
- 3) [-]нарушение чувствительности рецепторов мочевого пузыря
- 4) [-]нарушение биоэнергетики детрузора
- 5) [+]дизэмбриогенез почечной ткани

664. Стартовой медикаментозной терапией пиелонефрита в остром периоде является назначение:

- 1) [-]нитрофурановых препаратов
- 2) [-]нитроксилина /5-НОК/
- 3) [+]антибиотиков широкого спектра действия
- 4) [-]препаратов _____ налидиксовой кислоты
- 5) [-]препаратов растительного происхождения

665. Диспансерное наблюдение за детьми, перенёсших острый пиелонефрит, продолжается:

- 1) [-]в течение одного года
- 2) [+]в течение трёх лет
- 3) [-]в течение пяти лет
- 4) [-]сразу после выздоровления снимается с учёта
- 5) [-]до перевода во взрослую сеть здравоохранения

666. Острый гломерулонефрит чаще встречается в возрасте:

- 1) [-]От 1 года до 3-х лет
- 2) [-]4 – 5-ти лет жизни
- 3) [-]6 – 7 лет жизни
- 4) [-]8–9 лет жизни
- 5) [+]старше 10 - 12 лет

667. Развитию острого гломерулонефрита может предшествовать:

- 1) [+]импетиго
- 2) [-]дизентерия
- 3) [-]острая пневмония
- 4) [-]острый или хронический пиелонефрит
- 5) [-]острая менингококковая инфекция

668. Острый гломерулонефрит может развиваться через:

- 1) [-]3 – 4 дня после острого стрептококкового заболевания носоглотки /ангины, скарлатины/
- 2) [+]10 -14 дней после острого стрептококкового заболевания носоглотки /ангины, скарлатины/
- 3) [-]3 недели после острого стрептококкового заболевания носоглотки /ангины, скарлатины/
- 4) [-]1 –2 дня после острого стрептококкового заболевания носоглотки /ангины, скарлатины/
- 5) [-]1 месяц после острого стрептококкового заболевания носоглотки /ангины, скарлатины/

669. Какой из нижеперечисленных симптомов при остром гломерулонефрите не являются экстраренальным:

- 1) [-]симптомы интоксикации
- 2) [-]отёчный синдром
- 3) [+]изменения цвета мочи – покраснение её
- 4) [-]гипертензионный синдром
- 5) [-]изменение глазного дна

670. Какой из нижеперечисленных ренальных симптомов является обязательным в клинике острого гломерулонефрита:

1) [-]боли в животе

2) [-]олигурия

3) [+]гематурия

4) [-]боли в области поясницы

5) [-]выраженная протеинурия

671. У детей раннего и дошкольного возраста острый гломерулонефрит чаще протекает:

1) [-]с гипертензионным синдромом

2) [-]с нарушением зрения

3) [-]с изменениями на глазном дне

4) [+]с нефротическим синдромом

5) [-]с выраженной изолированной гематурией

672. С каким из ниже перечисленных заболеваний можно не дифференцировать острый гломерулонефрит?:

1) [-]с быстро прогрессирующим гломерулонефритом

2) [-]с дисметаболическими нефропатиями

3) [+]с ночным недержанием мочи

4) [-]с интерстициальным нефритом

5) [-]с тромбоцитопатиями

673. Стартовая терапия острого гломерулонефрита включает обязательно:

1) [-]ЛФК

2) [-]массаж

3) [-]диуретики

4) [+]антибактериальную терапию

5) [-]консервативную санацию очагов инфекции

674. Для какого заболевания почек характерно обнаружение в крови (моче, слюне) повышенного уровня

Ig A?:

1) [-]острый гломерулонефрит

2) [-]хронический гломерулонефрит /гематурический вариант/

3) [+]Болезнь Берже

4) [-]Синдром Альпорта

5) [-]транзиторная микроскопическая гематурии

675. Противопоказанием для назначения глюкокортикоидов является:

1) [-]выраженный отёчный синдром

2) [-]выраженная протеинурия

3) [-]признаки почечной недостаточности

4) [-]стойкий гипертензионный синдром

5) [+]опухоли почек

676. Какое содержание белка в крови можно считать средней степени тяжёлым при гипоальбуминемии у детей с нефротическим синдромом ?:

1) [-]уровень альбумина в пределах 30 г/л

2) [+]уровень альбумина в пределах 20 - 25 г/л

3) [-]уровень альбумина в пределах 20 - 15 г/л

4) [-]уровень альбумина в пределах 15 - 10 г/л

5) [-]уровень альбумина в пределах

677. Какой из нижеперечисленных факторов можно исключить как наиболее вероятную причину

развития идиопатического нефротического синдрома у детей ?:

- 1) [-]наследственная предрасположенность, в том числе, к развитию аллергических заболеваний
- 2) [+]рахит
- 3) [-]профилактические прививки
- 4) [-]латентно протекающие вирусные, стрептококковые инфекции, токсоплазмоз
- 5) [-]длительный приём противосудорожных препаратов

678. Гиповолемический шок у детей с нефротическим синдромом возможен при уровне белка в крови:

- 1) [-]25 г/л
- 2) [-]20 г/л
- 3) [-]15 г/л
- 4) [-]10 г/л
- 5) [+]

679. Какой из нижеперечисленных признаков заболеваний можно считать не характерным для течения

генуинного нефротического синдрома у детей раннего возраста ?:

- 1) [-]олигурия
- 2) [-]протеинурия
- 3) [-]отёки
- 4) [-]быстрый эффект от применения глюкокортикоидов
- 5) [+]гипертензионный синдром

680. Какой из нижеперечисленных признаков не является обязательным показанием к биопсии почек при

нефротическом синдроме у детей:

- 1) [-]неэффективный курс преднизолонотерапии в течение двух месяцев
- 2) [-]наличие у больного стойких признаков нефритического синдрома /гематурии, гипертензии, азотемии/
- 3) [+]выраженная протеинурия /более 1 г/кв.м поверхности тела в сутки/ и отёки у ребёнка в возрасте от 1 года до 7 лет
- 4) [-]снижение уровня С3 – компонента в сыворотке крови
- 5) [-]наличие в семье ребёнка нескольких больных с нефропатиями

681. Основной патогенетической терапией при нефротическом синдроме у детей является использование:

- 1) [-]бессолевой диеты с ограничением жидкости
- 2) [-]в/венное введение реополиглюкина или раствора альбумина
- 3) [+]назначение глюкокортикоидов
- 4) [-]назначение диуретиков
- 5) [-]назначение антибиотиков

682. Диспансерное наблюдение за детьми, перенёвшими генуинный идиопатический синдром,

проводится:

- 1) [-] в течение одного года
- 2) [-] в течение 3-х лет
- 3) [-] в течение 5-и лет
- 4) [-] в течение 8 – 10 лет
- 5) [+] до перевода ребёнка под наблюдение взрослой поликлиники

683. При диспансерном наблюдении детей, перенёвших идиопатический нефротический синдром, НЕ

рекомендуется:

- 1) [-] анализы мочи и измерения АД – реже 1 раза в квартал в последующие 2 года после выписки из стационара
- 2) [-] консультации стоматолога и отоларинголога реже двух раз в год
- 3) [-] анализы мочи при интеркуррентных заболеваниях
- 4) [+] введение иммуноглобулина
- 5) [-] проведение профилактических прививок по эпидемиологическим показаниям

684. При хронической почечной патологии наследственные и врождённые заболевания почек

диагностируются:

- 1) [-] в 1% - 5% случаях
- 2) [-] в 5% - 10% случаях
- 3) [-] в 10% - 20% случаях
- 4) [+] в 20% - 35% случаях
- 5) [-] в более чем 35% случаях

685. Гидронефроз можно считать первичным, если он обусловлен:

- 1) [-] развитием опухолевого процесса в области почек
- 2) [-] наличием конкрементов в мочевыводящих путях
- 3) [-] развитием воспалительного процесса в области почек
- 4) [+] наличием гипоплазии мочеточника
- 5) [-] развитием везикулоуретрального рефлюкса

686. Отставание в физическом развитии ребенка характерно для:

- 1) [+] Хронической почечной недостаточности
- 2) [-] Острого пиелонефрита
- 3) [-] Пузырно-мочеточникового рефлюкса
- 4) [-] Одностороннего гидронефроза
- 5) [-] Инфекции мочевыводящих путей

687. Наиболее распространённой формой врождённой аномалии развития почек является:

- 1) [-] односторонняя агенезия почки
- 2) [-] гипоплазия почек
- 3) [+] удвоение _____ почки
- 4) [-] нефроптоз – односторонний или двусторонний
- 5) [-] кистозная болезнь почек

688. Какое из ниже перечисленных заболеваний нельзя считать тубулопатией?:

- 1) [-] глюкозурия почечная
- 2) [-] фосфат – диабет

3) [+]гипоталамический несахарный диабет

4) [-]синдром Фанкони – Дебре – де Тони

5) [-]почечный тубулярный ацидоз

689. Какой из ниже перечисленных признаков не является характерным для острой почечной

недостаточности:

1) [-]олигурия или анурия

2) [-]нарастающая азотемия

3) [-]электролитный дисбаланс

4) [-]декомпенсированный метаболический ацидоз

5) [+]задержка процессов роста тела ребёнка

690. Какая причина не является доминирующей в развитии острой почечной недостаточности у детей

дошкольного и школьного возраста?:

1) [-]интерстициальный нефрит

2) [-]бактериальные поражения почек

3) [+]тяжёлая асфиксия и синдром дыхательных расстройств

4) [-]ожоговый или травматический шок

5) [-]ДВС – синдром

691. Какой из ниже перечисленных признаков не является характерным для олигоанурической стадии

острой почечной недостаточности?:

1) [-]резкое снижение диуреза

2) [-]нарушение ритма и проводимости сердца

3) [+]высокая относительная плотность мочи

4) [-]тошнота, рвота

5) [-]судорожный синдром

692. Какой из ниже перечисленных признаков не характерен в начальной стадии выздоровления при

острой почечной недостаточности?::

1) [+]полиурия

2) [-]гипо-изостенурия

3) [-]анемия

4) [-]никтурия

5) [-]мышечная слабость

693. Какой из ниже перечисленных признаков биохимических исследований не является характерным

для диагноза острой почечной недостаточности?:

1) [-]азотемия

2) [-]гиперкалиемия

3) [+]гиперкальциемия

4) [-]гипохлоремия

5) [-]метаболический ацидоз

694. В олигурической стадии острой почечной недостаточности альтернативным методом терапии

является:

- 1) [-]внутривенное введение альбумина
 - 2) [-]переливание компонентов крови
 - 3) [-]плазмаферез
 - 4) [+]гемодиализ
 - 5) [-]внутривенное введение изотонического раствора натрия хлорида
695. Для детей до 5 лет наиболее частой причиной хронической почечной недостаточности является:

- 1) [+]врождённые аномалии почек
- 2) [-]хронический гломерулонефрит
- 3) [-]гемолитико-уремический синдром
- 4) [-]хронический цистит
- 5) [-]фокальный сегментарный гломерулосклероз

696. Проведение гемодиализа при хронической почечной недостаточности показано при уровне

креатинина в сыворотке крови:

- 1) [-]не больше 0,250 ммоль/л
- 2) [-]не больше 0,320 ммоль/л
- 3) [-]не больше 0,528 ммоль/л
- 4) [+]больше 0,528 ммоль/л
- 5) [-]не больше 0,480 ммоль/л

697. Диагноз энурез можно ставить детям

- 1) [-]в возрасте одного года жизни
- 2) [-]в возрасте двух лет
- 3) [-]в течение второго полугодия жизни
- 4) [+]начиная с 5 – 6-го года жизни
- 5) [-]в возрасте 3 – 4-х лет

698. С какими болезнями сердечно-сосудистой системы наиболее часто сталкивается педиатр:

- 1) [-]опухолями сердца
- 2) [-]ревматической лихорадкой
- 3) [-]ишемической болезнью сердца
- 4) [+]функциональными заболеваниями сердца
- 5) [-]поражениями сердца при наследственных болезнях и синдромах

699. «Основным вопросом» детской кардиологии следует считать:

- 1) [+]выявление врожденных пороков сердца
- 2) [-]физиотерапевтическое лечение
- 3) [-]социологические исследования
- 4) [-]фундаментальные исследования в области атеросклероза
- 5) [-]медико-генетическое консультирование

700. Для выявления функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы у детей, прежде всего,

необходимо провести:

- 1) [-]биохимический анализ крови
- 2) [-]рентгенографию органов грудной клетки

3) [+]электрокардиографию

4) [-]электрофизиологическое исследование сердца

5) [-]магнитно-резонансную томографию сердца

701. Какое количество дополнительных коммуникаций для кровотока существует в норме при фетальном кровообращении:

1) [-]три

2) [-]четыре

3) [-]пять

4) [+]шесть

5) [-]восемь

702. Боли в области сердца у детей чаще обусловлены:

1) [-]заболеваниями сердца

2) [-]артериальной гипертензией

3) [+]нейрогенными факторами

4) [-]наследственными заболеваниями

5) [-]онкологическими заболеваниями

703. Частота сердечных сокращений у здорового ребенка 5-ти лет составляет:

1) [-]140 уд./мин

2) [-]120 уд./мин

3) [+]100 уд./мин

4) [-]80 уд./мин

5) [-]60 уд./мин

704. Соотношение частоты дыхания и частоты сердечных сокращений у здорового ребенка раннего возраста составляет:

1) [-]1 / 2,5

2) [+]1 / 3

3) [-]1 / 4

4) [-]1 / 5

5) [-]1 / 6

705. Для органического шума сердца характерно:

1) [-]интенсивность 1–2-й степени

2) [-]изменчивость при физической нагрузке

3) [-]непостоянность

4) [-]локализация _____ в пределах границ сердца

5) [+]возникновение в период диастолы сердца

706. При измерении артериального давления данную процедуру необходимо провести:

1) [-]один раз

2) [-]два раза

3) [+]три раза

4) [-]четыре раза

5) [-]пять раз

707. К формированию врожденных аномалий сердца приводит воздействие тератогенных факторов на

следующем сроке внутриутробного развития:

- 1) [+]до 10 недель
- 2) [-]20–25 недель
- 3) [-]25–30 недель
- 4) [-]30–35 недель
- 5) [-]35–40 недель

708. Какой термин соответствует понятию «врожденный порок сердца»:

- 1) [-]кардиомиопатия
- 2) [-]бластопатия
- 3) [+]эмбриопатия
- 4) [-]фетопатия
- 5) [-]гистопатология

709. Резкое увеличение пульсового давления является одним из симптомов:

- 1) [-]артериальной гипертензии
- 2) [-]артериальной гипотензии
- 3) [+]недостаточности аортального клапана
- 4) [-]стеноза аортального клапана
- 5) [-]коарктации аорты

710. Необходимое исследование при подозрении на врожденный порок сердца, проводимое на догоспитальном этапе:

- 1) [-]кардиоинтервалография
- 2) [-]холтеровское мониторирование ЭКГ
- 3) [+]эхокардиография
- 4) [-]электрофизиологическое исследование
- 5) [-]биопсия эндокарда

711. При болезни Толочинова-Роже оперативная коррекция:

- 1) [+]не показана
- 2) [-]показана срочная операция
- 3) [-]проводится в возрасте 5 лет
- 4) [-]проводится в возрасте 10 лет
- 5) [-]проводится во взрослом возрасте

712. При дефекте межжелудочковой перегородки органический шум сердца наиболее выражен:

- 1) [-]на верхушке сердца
- 2) [-]во втором межреберье справа у грудины
- 3) [+]в третьем-четвертом межреберье слева у грудины
- 4) [-]на крупных сосудах шеи
- 5) [-]в эпигастральной области

713. При дефекте межпредсердной перегородки систолический шум обусловлен:

- 1) [-]сбросом крови через дефект межпредсердной перегородки
- 2) [-]относительной недостаточностью митрального клапана
- 3) [-]относительной недостаточностью трехстворчатого клапана
- 4) [+]относительным стенозом легочной артерии
- 5) [-]относительным стенозом устья аорты

714. Незаращение овального отверстия является:

- 1) [+]вариантом индивидуальной нормы
- 2) [-]врожденным пороком сердца
- 3) [-]приобретенным заболеванием
- 4) [-]осложнением нейроциркуляторной дисфункции
- 5) [-]следствием отставания в физическом развитии

715. При открытом артериальном протоке наиболее типичен шум:

- 1) [-]систолический во втором межреберье слева у грудины
- 2) [-]систолический на верхушке сердца
- 3) [-]систолический в левой аксиллярной области
- 4) [+]систо-диастолический во втором межреберье слева у грудины
- 5) [-]диастолический во втором межреберье справа у грудины

716. Симптомом изолированного стеноза легочной артерии является:

- 1) [-]выраженная брадикардия
- 2) [+]одышка
- 3) [-]цианоз
- 4) [-]повышение пульсового давления
- 5) [-]систолический шум на верхушке сердца

717. Для тетрады Фалло наиболее характерным клиническим признаком является:

- 1) [-]в анамнезе частые бронхиты и пневмонии
- 2) [+]цианоз
- 3) [-]расщепление второго тона на легочной артерии
- 4) [-]артериальная гипертензия
- 5) [-]сглаженная талия сердца на рентгенограмме

718. Комплекс Эйзенменгера включает в себя:

- 1) [-]дефект межпредсердной перегородки
- 2) [-]стеноз легочной артерии
- 3) [-]гипертрофию левого желудочка
- 4) [+]легочную гипертензию
- 5) [-]артериальную гипотензию

719. При каком врожденном пороке сердца не наблюдается легочная гипертензия:

- 1) [+]изолированном стенозе легочной артерии
- 2) [-]открытом артериальном протоке
- 3) [-]дефекте межжелудочковой перегородки
- 4) [-]дефекте межпредсердной перегородки
- 5) [-]транспозиции магистральных сосудов

720. При стенозе устья аорты выслушивают:

- 1) [-]мягкий систолический шум во 2-м межреберье слева от грудины
- 2) [-]грубый систоло-диастолический шум на основании сердца
- 3) [+]грубый систолический шум во 2-м межреберье справа от грудины
- 4) [-]грубый систолический шум на верхушке сердца
- 5) [-]диастолический шум во 2-ом межреберье справа от грудины

721. Артериальная гипертензия характерна для следующего врожденного порока сердца:

- 1) [-]стеноза аорты
- 2) [+]коарктации аорты

- 3) [-]стеноза легочной артерии
- 4) [-]дефекта межжелудочковой перегородки
- 5) [-]открытого артериального протока

722. При изолированной коарктации аорты в типичном месте одной из жалоб ребенка является:

- 1) [-]боли в грудной клетке при глубоком вдохе
- 2) [-]боли в области левой лопатки, иррадиирующие в левую верхнюю конечность
- 3) [-]боли в животе после еды
- 4) [-]боли в пояснице при наклонах туловища
- 5) [+]боли и слабость в ногах при ходьбе

723. При выявлении врожденного порока сердца, ребенка обязательно должен проконсультировать:

- 1) [-]педиатр
- 2) [-]терапевт
- 3) [-]хирург
- 4) [+]кардиохирург
- 5) [-]патологоанатом

724. В какую фазу течения врожденного порока сердца показано плановое оперативное лечение:

- 1) [-]в фазу первичной адаптации
- 2) [+]в фазу относительной компенсации
- 3) [-]в фазу декомпенсации
- 4) [-]при комплексе Эйзенменгера
- 5) [-]сразу, при выявлении врожденного порока сердца

725. Наиболее грозным осложнением врожденных пороков сердца с гемодинамически значимым

обогащением малого круга кровообращения является:

- 1) [-]нарушение ритма сердца
- 2) [-]артериальная гипертензия
- 3) [+]легочная гипертензия
- 4) [-]инсульт
- 5) [-]ишемия миокарда

726. Выраженность клинической симптоматики при тетраде Фалло в большей степени зависит от:

- 1) [-]площади дефекта межжелудочковой перегородки
- 2) [-]площади дефекта межпредсердной перегородки
- 3) [-]степени гипертрофии правого желудочка
- 4) [-]степени декстропозиции аорты
- 5) [+]степени стеноза легочной артерии

727. Диагностически значимым симптомом миокардита у детей является:

- 1) [-]повышение артериального давления
- 2) [-]свистящие хрипы в легких
- 3) [+]появление систолического шума в области верхушки сердца
- 4) [-]увеличение звучности тонов сердца
- 5) [-]фебрильная лихорадка с ознобами

728. Для инфекционно-токсической фазы инфекционного эндокардита характерен шум:

- 1) [+]«дующего» характера
- 2) [-]«грохочущего» характера
- 3) [-]«жужжащего» характера
- 4) [-]«машинного» характера
- 5) [-]«опоясывающего» характера

729. Признаком гиподиастолы при перикардите у детей является:

- 1) [-]легочная гипертензия
- 2) [-]артериальная гипотензия
- 3) [+]повышение венозного давления в системе верхней полой вены
- 4) [-]брадикардия
- 5) [-]брадикардия

730. Для функциональных нарушений ритма и проводимости сердца характерно:

- 1) [-]прогрессирующее течение
- 2) [-]наличие жалоб и клинической симптоматики
- 3) [-]нарушение гемодинамики
- 4) [+]транзиторный характер
- 5) [-]признаки поражения сердца

731. Для органических нарушений ритма и проводимости сердца характерно:

- 1) [+]постоянный характер
- 2) [-]отсутствие признаков поражения сердца
- 3) [-]отсутствие жалоб
- 4) [-]отсутствие клинической симптоматики
- 5) [-]частые боли в животе

732. Основной причиной тахикардии у детей является:

- 1) [-]ваготония
- 2) [+]симпатикотония
- 3) [-]гипотиреоз
- 4) [-]внутричерепная гипертензия
- 5) [-]активное занятие спортом

733. Брадикардию чаще встречают при:

- 1) [-]лихорадке
- 2) [-]дегидратации
- 3) [-]тиреотоксикозе
- 4) [+]повышении внутричерепного давления
- 5) [-]лечении глюкокортикостероидами

734. У детей наиболее часто встречаются следующие экстрасистолы:

- 1) [+]предсердные с неполной компенсаторной паузой
- 2) [-]атриовентрикулярные с неполной компенсаторной паузой
- 3) [-]желудочковые с полной компенсаторной паузой
- 4) [-]вставочные без компенсаторной паузы
- 5) [-]формирующие аллоритмию

735. Причиной атриовентрикулярной блокады сердца чаще является:

- 1) [-]симпатикотония
- 2) [+]перенесенный ранее кардит

3) [-] незарращение овального отверстия

4) [-] артериальная гипертензия

5) [-] синусовая брадикардия

736. 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

737. Основным методом лечения блокад сердца в стадии декомпенсации является:

1) [-] кардиотрофическая терапия

2) [-] терапия сердечными гликозидами

3) [-] терапия диуретическими средствами

4) [+] электрокардиостимуляция

5) [-] хирургическое лечение

738. Основным симптомом синдрома укороченного интервала PQ является:

1) [-] головные боли

2) [+] приступы тахикардии

3) [-] энурез

4) [-] эпизоды брадикардии

5) [-] боли в животе

739. Основным симптомом синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта является:

1) [-] нарушение зрения

2) [-] антимонголоидный разрез глаз

3) [-] монголоидный разрез глаз

4) [-] отставание в психомоторном развитии

5) [+] приступы тахикардии

740. Инфекционным этиологическим фактором ревматической лихорадки является:

1) [-] золотистый стафилококк

2) [-] зеленающий стрептококк

3) [-] альфа-гемолитический стрептококк

4) [+] бета-гемолитический стрептококк

5) [-] энтерококк

741. Характерной особенностью современного течения ревматической лихорадки у детей является:

1) [-] выраженная клиническая манифестация

2) [-] яркая _____ неврологическая симптоматика

3) [-] быстрое формирование приобретенных пороков сердца

4) [-] системность поражения

5) [+] латентное течение

742. Осложнением ревматической лихорадки чаще является следующий приобретенный порок сердца:

1) [+] недостаточность аортального клапана

2) [-] недостаточность клапана легочной артерии

3) [-] недостаточность трехстворчатого клапана

4) [-]дефект межжелудочковой перегородки

5) [-]дефект межпредсердной перегородки

743. Антибактериальным препаратом выбора при ревматической лихорадке является:

1) [-]гентамицин

2) [-]цефазолин

3) [-]ципрофлоксацин

4) [+]пенициллин

5) [-]доксциклин

744. Наиболее часто встречающейся у детей иммунопатологической болезнью соединительной ткани

является:

1) [-]системная красная волчанка

2) [+]ювенильный ревматоидный (идиопатический) артрит

3) [-]дерматомиозит

4) [-]склеродермия

5) [-]системный васкулит

745. Суставной синдром при ювенильном ревматоидном /идиопатическом/ артрите не включает в себя:

1) [-]артралгию при движении и пальпации

2) [-]припухлость и повышение температуры кожи в области сустава

3) [-]утреннюю скованность

4) [+]отсутствие стойкой деформации сустава

5) [-]стойкую деформацию сустава

746. Клинические критерии «системности» ювенильного ревматоидного /идиопатического/ артрита не

включают в себя:

1) [-]лихорадку

2) [-]сыпь

3) [-]лимфаденопатию

4) [-]артралгию / артрит

5) [+]синусит

747. Наличие полисерозита свидетельствует в пользу следующего варианта ювенильного ревматоидного

/идиопатического/ артрита:

1) [+]суставно-висцерального

2) [-]олигоартикулярного I типа

3) [-]олигоартикулярного II типа

4) [-]полиартикулярного серонегативного

5) [-]полиартикулярного серопозитивного

748. Препаратом выбора для проведения «пульс-терапии» ювенильного ревматоидного /идиопатического/

артрита является:

1) [-]преднизолон

2) [-]дексаметазон

3) [-]циклоспорин

4) [+]метилпреднизолон

5) [-]плаквенил

749. Основным препаратом для базисной терапии ювенильного ревматоидного /идиопатического/ артрита

является:

1) [-]вольтарен

2) [-]супрастин

3) [+]метотрексат

4) [-]пенициллин

5) [-]гепарин

750. Клиническая триада симптомов системной красной волчанки включает:

1) [-]пневмонию, пиелонефрит, эндокардит

2) [+]дерматит, артрит, полисерозит

3) [-]лихорадку, геморрагии, лимфаденит

4) [-]гепатоспленомегалию, кашель, потерю сознания

5) [-]артрит, боли в животе, поражение кишечника

751. В структуре дисплазий соединительной ткани у детей чаще диагностируют:

1) [-]хромосомные болезни

2) [-]генные болезни

3) [-]болезни с наследственной предрасположенностью /мультифакториальные/

4) [-]ненаследственные варианты

5) [+]недифференцированные синдромы дисплазии соединительной ткани

752. Для синдрома Марфана не характерен следующий признак:

1) [-]деформации скелета

2) [-]гипоплазия мускулатуры

3) [-]пролапс митрального клапана

4) [+]дигестивный тип конституции

5) [-]миопия

753. Изменения кожи при дисплазии соединительной ткани не включают в себя:

1) [-]повышенную растяжимость

2) [-]множественность пигментных пятен

3) [+]иктеричность

4) [-]очаги депигментации

5) [-]гипертрихоз

754. Изменения костей при дисплазии соединительной ткани не включают в себя:

1) [-]повышенную ломкость костей

2) [+]признаки остеомиелита

3) [-]деформации грудной клетки

4) [-]сколиоз

5) [-]ювенильный остеохондроз

755. В моче у больных с синдромом дисплазии соединительной ткани выявляют повышенное содержание:

1) [-]уратов

2) [-]креатинина

3) [-]лигнина

4) [+]оксипролина

5) [-]ацетилцистеина

756. Признаком сердечной недостаточности не является:

1) [-]холодные конечности

2) [-]тахикардия

3) [-]тахипноэ

4) [-]гепатомегалия

5) [+]краниотабес

757. Одной из основных причин миокардиальной сердечной недостаточности у новорожденных является:

1) [-]стеноз устья аорты

2) [+]асфиксия во время родов

3) [-]трехпредсердное сердце

4) [-]коарктация аорты

5) [-]аорто-легочное соединение

758. Одной из основных причин гемодинамической сердечной недостаточности у новорожденных

является:

1) [-]кардиомиопатия

2) [-]аномальное отхождение левой коронарной артерии от легочной артерии

3) [-]миокардит

4) [+]крупный дефект межжелудочковой перегородки

5) [-]послеоперационная дисфункция сердечной мышцы

759. Симптомом нарушения сердечной деятельности при сердечной недостаточности не является:

1) [-]задержка физического развития

2) [-]потливость

3) [-]мраморность кожи

4) [-]холодные конечности

5) [+]акромегалия

760. Препаратом выбора для увеличения сократительной способности миокарда при застойной

сердечной недостаточности у детей является:

1) [-]коргликон

2) [+]дигоксин

3) [-]строфантин

4) [-]фуросемид

5) [-]рибоксин

761. Препаратом выбора для увеличения сократительной способности миокарда при острой сердечной

недостаточности у детей является:

1) [-]нитроглицерин

2) [-]гидралазин

3) [+]добутамин

4) [-]каптоприл

5) [-]солкосерил

762. Препаратом выбора для уменьшения пред- и постнагрузки при длительном лечении сердечной

недостаточности у детей является:

- 1) [+]каптоприл
- 2) [-]фосфокреатин
- 3) [-]триметазидин
- 4) [-]цитохром С
- 5) [-]адреналин

763. К признакам врожденного гипотиреоза не относятся:

- 1) [-]затянувшаяся желтуха новорожденного
- 2) [-]большая масса при рождении
- 3) [-]макроглоссия
- 4) [+]тахикардия, гипертермия
- 5) [-]снижение Т4 и повышение ТТГ

764. Высокорослость у детей диагностируют при превышении длины тела на:

- 1) [-]1 стандартное отклонение SD
- 2) [+]2 и более стандартных отклонения SD
- 3) [-]до 2 стандартных отклонений SD
- 4) [-]от 1 до 2 стандартных отклонений SD
- 5) [-]от 3 стандартных отклонений SD

765. Какое исследование необходимо обязательно провести для исключения или подтверждения

хромосомного заболевания у детей:

- 1) [-]клинический анализ крови
- 2) [-]определение щелочной фосфатазы в крови
- 3) [+]кариотипирование
- 4) [-]определение уровня тиреотропных гормонов в крови
- 5) [-]определение уровня соматотропного гормона в крови

766. Задержкой полового развития у девочек считается отсутствие менструаций в:

- 1) [-]11 лет
- 2) [-]12 лет
- 3) [-]13 лет
- 4) [-]14 лет
- 5) [+]15 лет и старше

767. Клиническое обследование ребенку показано, если показатели длины тела находятся:

- 1) [-]от 10 до 25 центиля
- 2) [-]от 75 до 90 центиля
- 3) [+]ниже 3 центиля или выше 97 центиля
- 4) [-]от 3 до 10 центиля
- 5) [-]от 25 до 75 центиля

768. Для дифференциальной диагностики форм задержки роста у детей необходимо учитывать:

- 1) [-]рост родителей
- 2) [-]пропорции тела

3) [-]костный возраст

4) [-]скорость роста

5) [+]все перечисленное выше

769. Медикаментозная терапия у подростков с конституциональной задержкой физического развития

проводится:

1) [-]во всех случаях обязательно

2) [-]не проводится

3) [-]с обязательного разрешения родителей подростка

4) [+]только по согласованию с подростком, в том случае, если он болезненно воспринимает свое состояние

5) [-]по единоличному решению врача

770. При врожденном гипотиреозе в первую очередь нарушаются функции:

1) [-]сердечно – сосудистой системы

2) [+]центральной нервной системы

3) [-]легочной системы

4) [-]иммунной системы

5) [-]мочевыделительной системы

771. Диагноз врожденного гипотиреоза подтверждается:

1) [-]снижением уровня Т4

2) [-]снижением уровня ТТГ

3) [-]повышением уровней Т4 и ТТГ

4) [+]снижением уровня Т4 и повышением ТТГ

5) [-]повышением уровня Т4 и снижением ТТГ

772. Диагноз ожирения устанавливают, если избыток массы тела от должной по длине тела составляет

более:

1) [-]30 процентов

2) [-]20 процентов

3) [-]25 процентов

4) [+]15 процентов

5) [-]10 процентов

773. Наиболее часто встречаемая форма ожирения у детей:

1) [-]при пубертатном гипоталамическом синдроме

2) [-]при синдроме Иценко – Кушинга

3) [+]конституционально- экзогенная

4) [-]при опухолях надпочечников

5) [-]при генетических синдромах

774. Клиническими признаками врожденного гипотиреоза у детей являются все, кроме:

1) [-]брадикардия

2) [+]тахикардия

3) [-]замедление роста

4) [-]запоры

5) [-]задержка психомоторного развития

775. Лечение врожденного гипотиреоза левотироксином проводят:

- 1) [-]только на первом году жизни
- 2) [-]в течение первых 2-3 лет жизни
- 3) [-]до 5 лет
- 4) [+]пожизненно
- 5) [-]до 12 лет

776. При выявлении какого уровня глюкозы крови при проведении глюкозотолерантного теста

диагностируют инсулинзависимый сахарный диабет?:

- 1) [+]11,1 ммоль/л
- 2) [-]10,1 ммоль/л
- 3) [-]9,1 ммоль/л
- 4) [-]8,1 ммоль/л
- 5) [-]7,1 ммоль/л

777. Какому заболеванию соответствуют следующие клинические признаки у девочек: при рождении

гипертрофия клитора и больших половых губ, ускорение роста, раннее половое развитие по мужскому типу.

- 1) [-]синдром Дауна
- 2) [+]адреногенитальный синдром
- 3) [-]синдром Шерешевского – Тернера
- 4) [-]гипофизарный нанизм
- 5) [-]ни одному из перечисленных заболеваний

778. Для синдрома Дауна характерны:

- 1) [-]только задержка физического развития
- 2) [-]только задержка психомоторного развития
- 3) [+]задержка физического и психомоторного развития
- 4) [-]только врожденные пороки сердца
- 5) [-]только нарушения иммунитета

779. Для какого синдрома характерен кариотип 47, XXY ?:

- 1) [-]синдром Дауна
- 2) [-]синдром Шерешевского – Тернера
- 3) [+]синдром Клайнфельтера
- 4) [-]синдром Дауна и синдром Шерешевского – Тернера
- 5) [-]ни для одного из перечисленных синдромов

780. Первые фенотипические признаки синдрома Клайнфельтера появляются:

- 1) [-]в грудном возрасте
- 2) [-]в периоде раннего детства
- 3) [+]в пре- и пубертатном периоде
- 4) [-]в периоде новорожденности
- 5) [-]в дошкольном возрасте

781. При фенилкетонурии поражается в первую очередь:

- 1) [-]мышечная система
- 2) [+]центральная нервная система
- 3) [-]лимфатическая система

4) [-]сердечно-сосудистая

5) [-]ни одна из перечисленных систем

782. Для какого синдрома характерен кариотип 45XO ?

1) [-]синдром Дауна

2) [+]синдром Шерешевского – Тернера

3) [-]синдром Клайнфельтера

4) [-]синдром Дауна и синдром Шерешевского – Тернера

5) [-]ни для одного из перечисленных синдромов

783. В грудном периоде и периоде раннего возраста важнейшими гормонами, обеспечивающими

полноценное развитие ребенка /физическое и умственное/ являются:

1) [-]инсулин и паратгормон

2) [-]андрогены

3) [-]эстрогены

4) [+]гомоны щитовидной железы

5) [-]все выше перечисленные гормоны

784. Гипофизарный нанизм /гипопитуитаризм/ – это заболевание, связанное с:

1) [-]недостатком соматотропного гормона

2) [-]недостатком тиреотропного гормона

3) [+]недостатком соматотропного гормона или его тканевых посредников – соматомединов

4) [-]недостатком гонадотропных гормонов

5) [-]недостатком адренкортикотропного гормона

785. Задержка роста при гипофизарном нанизме отмечается у детей:

1) [-]с дошкольного возраста

2) [-]с младшего школьного

3) [-]со старшего школьного

4) [+]с 6-месячного возраста

5) [-]с периода новорожденности

786. Какие признаки должны заставить врача заподозрить диабетический кетоацидоз?:

1) [-]недомогание

2) [-]существенное похудание за последние недели

3) [-]никтурия, энурез

4) [-]полидипсия, полиурия

5) [+]все выше перечисленные признаки

787. Какие факторы влияют на нарушение процессов роста в длину?

1) [-]нарушение генотипа

2) [-]эндокринные нарушения

3) [-]нарушения центральной нервной системы

4) [-]нарушения питания

5) [+]все выше перечисленные факторы

788. Какое заболевания НЕ сопровождается нарушениями роста у детей?

1) [-]целиакия

2) [-]врожденные пороки сердца

3) [-]болезнь Крона

4) [+]функциональная диспепсия

5) [-]гидроцефалия III желудочка

789. Методика обследования больных с нарушением роста детей включает:

1) [-]оценку роста и скорости роста, пропорции тела

2) [-]определение биологического («костного») возраста

3) [-]подробный анамнез, включая семейный

4) [-]проведение функциональных проб

5) [+]все выше вышперечисленные обследования

790. При первой степени ожирения избыток массы тела составляет:

1) [+]15-24процентов

2) [-]25-49процентов

3) [-]50-99процентов

4) [-]более 100процентов

5) [-]до 15процентов

791. Трисомия по 21-й паре хромосом характерна для:

1) [-]синдрома Шерешевского – Тернера

2) [-]синдрома Клайнфельтера

3) [+]синдрома Дауна

4) [-]адреногенитального синдрома

5) [-]синдрома Патау

792. Для адреногенитального синдрома у мальчиков НЕ характерно:

1) [-]ускорение роста

2) [-]ускорение созревания скелета

3) [+]низкие темпы роста

4) [-]преждевременное половое созревание

5) [-]раннее завершение процессов роста

793. Для адреногенитального синдрома у девочек НЕ характерно:

1) [+]низкие темпы роста

2) [-]гипертрофия клитора и больших половых губ

3) [-]ускорение роста

4) [-]раннее половое созревание

5) [-]гирсутизм

794. Аденогипофиз не выделяет следующий гормон:

1) [-]соматотропный гормон

2) [-]адренокортикотропный гормон

3) [+]паратгормон

4) [-]фолликулостимулирующий гормон

5) [-]гонадотропные гормоны

795. Нейроциркуляторная дисфункция у детей – это:

1) [-]функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы

2) [-]функциональные нарушения нервной системы

3) [-]функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта

4) [-]функциональные нарушения мочевыделительной системы

5) [+]комплекс функциональных нарушений различных систем организма

796. Для нейроциркуляторной дисфункции характерен следующий синдром:

- 1) [-]синдром интоксикации
- 2) [-]синдром дегидратации
- 3) [-]синдром мальабсорбции
- 4) [+]синдром дизадаптации
- 5) [-]синдром декомпенсации

797. Вторичная нейроциркуляторная дисфункция часто сочетается:

- 1) [-]с отсутствием соматической патологии
- 2) [-]с острым соматическим заболеванием
- 3) [-]с острым инфекционным заболеванием
- 4) [-]с острым хирургическим заболеванием
- 5) [+]с хроническим соматическим заболеванием

798. Для определения исходного вегетативного тонуса используют:

- 1) [-]соматометрию
- 2) [-]велозергометрию
- 3) [-]эхокардиографию
- 4) [+]кардиоинтервалографию
- 5) [-]рентгенографию

799. Для синдрома ваготонии характерно:

- 1) [+]ипохондрия
- 2) [-]бледность кожи
- 3) [-]гиперактивность
- 4) [-]тахикардия
- 5) [-]повышенный аппетит

800. Для синдрома ваготонии характерно:

- 1) [-]белый дермографизм
- 2) [+]брадикардия
- 3) [-]повышенный аппетит
- 4) [-]артериальная гипертензия
- 5) [-]высокая температура при инфекциях

801. Для синдрома ваготонии характерно:

- 1) [-]пониженное слюноотделение
- 2) [-]атонические запоры
- 3) [+]энурез
- 4) [-]увеличенный диаметр зрачка
- 5) [-]беспокойный короткий сон

802. Для синдрома симпатикотонии характерно:

- 1) [-]жалобы на тошноту и боли в животе
- 2) [+]вспыльчивость
- 3) [-]синкопальные состояния
- 4) [-]аллергические реакции
- 5) [-]зябкость

803. Для синдрома симпатикотонии характерно:

- 1) [-]дыхательная аритмия
- 2) [-]склонность к покраснению кожи
- 3) [-]повышенная сальность кожи

4) [+]ощущение сердцебиения

5) [-]одышка

804. Для синдрома симпатикотонии характерно:

1) [-]локальный гипергидроз

2) [-]мраморность кожи

3) [+]увеличение частоты сердечных сокращений

4) [-]длительный субфебрилитет

5) [-]склонность к отекам

805. Следствием нейроциркуляторной дисфункции является следующее изменение:

1) [-]стеноз митрального клапана

2) [+]функциональное нарушение ритма и проводимости сердца

3) [-]серозный менингит

4) [-]синдром Дауна

5) [-]дивертикул кишечника

806. Следствием нейроциркуляторной дисфункции не является следующее изменение:

1) [-]функциональная диспепсия

2) [-]никтурия

3) [-]экхимозы

4) [+]дисплазия шейного отдела позвоночника

5) [-]эпизоды бронхиальной обструкции

807. Нейроциркуляторная дисфункция чаще встречается у детей в следующем периоде развития:

1) [-]в периоде новорожденности

2) [-]в грудном периоде

3) [-]в периоде раннего возраста

4) [-]в дошкольном периоде

5) [+]в школьном периоде

808. Каким специалистом, кроме педиатра, должен наблюдаться ребенок с нейроциркуляторной дисфункцией:

1) [-]хирургом

2) [-]инфекционистом

3) [+]неврологом

4) [-]диетологом

5) [-]фтизиатром

809. Каким специалистом, кроме педиатра, должен наблюдаться ребенок с нейроциркуляторной дисфункцией:

1) [-]урологом

2) [+]психоневрологом

3) [-]ортопедом

4) [-]эпидемиологом

5) [-]онкологом

810. Какой вариант обследования показан детям с нейроциркуляторной дисфункцией:

1) [-]соматическое обследование

- 2) [-]неврологическое обследование
- 3) [-]психологическое обследование
- 4) [+]комплексное обследование
- 5) [-]хирургическое обследование

811. Основным принципом лечения нейроциркуляторной дисфункции является:

- 1) [-]активная комплексная медикаментозная терапия
- 2) [+]преимущественно немедикаментозная терапия
- 3) [-]симптоматическая терапия
- 4) [-]эпизодическая терапия
- 5) [-]отсутствие терапии

812. Какой режим назначают ребенку с нейроциркуляторной дисфункцией:

- 1) [-]постельный
- 2) [-]полупостельный
- 3) [-]домашний
- 4) [+]охранительный (с ограничениями)
- 5) [-]общий

813. Какое лечение редко применяется при первичной нейроциркуляторной дисфункции:

- 1) [-]психотерапия
- 2) [-]физиотерапия
- 3) [-]рефлексотерапия
- 4) [+]хирургическая операция
- 5) [-]лечебная физкультура

814. Препаратом выбора коррекции выраженной ваготонии у детей с нейроциркуляторной дисфункцией является:

- 1) [-]амоксциллин
- 2) [+]белладонна
- 3) [-]эуфиллин
- 4) [-]циклоспорин
- 5) [-]сульфасалазин

815. Препаратом выбора коррекции выраженной симпатикотонии у детей с нейроциркуляторной дисфункцией является:

- 1) [-]тавегил
- 2) [-]аскорутин
- 3) [-]метронидазол
- 4) [+]фенибут
- 5) [-]мальтофер

816. Каков прогноз для жизни нейроциркуляторной дисфункции у детей:

- 1) [-]фатальный
- 2) [-]неблагоприятный
- 3) [-]сомнительный
- 4) [+]благоприятный
- 5) [-]невозможно определить

817. В обязанности участкового педиатра не входит:

- 1) [-]Оказание врачебной помощи ребенку на дому
- 2) [-]Проведение профилактики дефицитных состояний у детей раннего возраста
- 3) [-]Поддержка грудного вскармливания
- 4) [-]Ведение амбулаторных приемов
- 5) [+]Оказание специализированной врачебной помощи

818. Неспецифическая профилактика инфекционных болезней не включает:

- 1) [-]Поддержку грудного кормления
- 2) [-]Адекватное возрасту питание ребенка
- 3) [-]Физические и закаливающие мероприятия
- 4) [+]Вакцинацию
- 5) [-]Профилактику дефицитных заболеваний

819. С целью вакцинопрофилактики у детей не используют:

- 1) [-]Живые вакцины
- 2) [+]Иммуноглобулины
- 3) [-]Убитые вакцины
- 4) [-]Анатоксины
- 5) [-]Химические вакцины

820. На первом году жизни детей вакцинируют:

- 1) [-]От инфекционного мононуклеоза
- 2) [-]От ветряной оспы
- 3) [-]От цитомегаловирусной инфекции
- 4) [+]От гепатита В
- 5) [-]От вирусной инфекции Эпштейна – Барр

821. Общая реакция на вакцинацию АКДС обычно ограничивается:

- 1) [-]Лихорадкой через 7 дней
- 2) [-]Появлением легких судорожных подергиваний конечностей
- 3) [+]Кратковременной лихорадкой в первые 2-3-ое суток
- 4) [-]Появлением катаральных явлений
- 5) [-]Появлением диареи

822. Какая вакцина вводится перорально:

- 1) [-]АКДС
- 2) [-]Против гепатита В
- 3) [-]Против эпидемического паротита
- 4) [-]Против кори
- 5) [+]Против полиомиелита

823. Противопоказанием к любой вакцинации является:

- 1) [-]Атопический дерматит в стадии стойкой ремиссии
- 2) [-]Наличие аутоиммунных заболеваний в семье
- 3) [-]Бронхиальная астма в стадии стойкой ремиссии
- 4) [+]Генерализованная реакция на предыдущую вакцинацию
- 5) [-]Дисбактериоз кишечника

824. Профилактику и лечение железодефицитной анемии проводят:

- 1) [-]диетой
- 2) [-]парацетамолом
- 3) [-]панкреатином

4) [+]мальтофером

5) [-]фесталом

825. Инкубационный период при краснухе составляет:

1) [-]Не менее 7 дней

2) [-]От нескольких часов до нескольких дней

3) [-]7– 9 дней

4) [+]11 – 21 дней

5) [-]Более 21 дня

826. Инкубационный период при скарлатине составляет:

1) [+]1 – 7 дней

2) [-]Несколько часов

3) [-]11 – 21 дней

4) [-]15 – 45 дней

5) [-]Не известно

827. Сроки изоляции больного на дому при ОРЗ составляют:

1) [-]До 3 дней

2) [+]7 – 10 дней

3) [-]Не менее 21 дня

4) [-]Не менее 30 дней

5) [-]Изоляции не требуется

828. Сроки изоляции больного на дому при ветряной оспе составляют:

1) [-]До 3 дней

2) [-]Не менее 21 дня

3) [-]Не менее 30 дней

4) [+]Не менее 10 дней

5) [-]Изоляции не требуется

829. Беременных женщин регистрируют при контакте:

1) [+]С больным краснухой

2) [-]С больным острой респираторной инфекцией

3) [-]С больным ангиной

4) [-]С больным инфекционным мононуклеозом

5) [-]С больным скарлатиной

830. Неболевших школьников изолируют на дому при контакте:

1) [-]С больным краснухой

2) [+]С больным скарлатиной

3) [-]С больным острой респираторной инфекцией

4) [-]С больным ангиной

5) [-]С больным инфекционным мононуклеозом

831. Показанием для госпитализации инфекционного больного прежде всего является:

1) [+]Выраженность синдрома интоксикации

2) [-]Обильная экзантема

3) [-]Наличие выраженных катаральных симптомов

4) [-]Наличие лихорадки

5) [-]Увеличение шейных лимфатических узлов

832. Синдром интоксикации обычно менее выражен:

- 1) [-]При скарлатине
 - 2) [-]При ангине
 - 3) [-]При гриппе
 - 4) [-]При инфекционном мононуклеозе
 - 5) [+]При краснухе
833. При диагностике ангины НЕ требуется обязательно:
- 1) [-]исключить дифтерию
 - 2) [-]исключить скарлатину
 - 3) [-]назначить антибактериальную терапию
 - 4) [+]провести консультацию ЛОР-врача
 - 5) [-]исключить инфекционный мононуклеоз
834. При лечении на дому ОРЗ обычно НЕ назначают:
- 1) [-]Обильное питье
 - 2) [-]Постельный режим
 - 3) [-]Сосудосуживающие местные средства
 - 4) [-]Жаропонижающее средство
 - 5) [+]Антибиотикотерапию
835. Специфическая профилактика инфекционных болезней включает:
- 1) [-]Поддержку грудного кормления
 - 2) [-]Адекватное возрасту питание ребенка
 - 3) [+]Вакцинацию
 - 4) [-]Физические и закаливающие мероприятия
 - 5) [-]Профилактику дефицитных заболеваний
836. Основным направлением деятельности участкового педиатра НЕ является:
- 1) [-]Профилактическая работа
 - 2) [-]Лечебно-диагностическая работа
 - 3) [-]Медицинское образование населения
 - 4) [-]Научная работа
 - 5) [+]Юридически-консультативная работа
837. Подразделением детской поликлиники НЕ является:
- 1) [-]Регистратура
 - 2) [-]Прививочный кабинет
 - 3) [-]Кабинет здорового ребенка
 - 4) [+]Столовая для диетического питания детей
 - 5) [-]Квартирная помощь
838. Подразделением детской поликлиники НЕ является:
- 1) [-]Боксы для приема первичных больных
 - 2) [-]Кабинет физических методов лечения
 - 3) [+]Фтизиатрическое отделение
 - 4) [-]Рентгенологический кабинет
 - 5) [-]Регистратура
839. Обязательным документом в детской поликлинике является:
- 1) [-]История болезни
 - 2) [+]Карта индивидуального развития ребенка
 - 3) [-]Карта родословной ребенка

4) [-]Справка об успеваемости школьника

5) [-]Карта выбывшего из стационара

840. В функции детской поликлиники НЕ входит:

1) [+]Организация медицинской помощи в специализированных домах ребенка

2) [-]Проведение диспансерного наблюдения за детьми грудного возраста

3) [-]Организация _____ и проведение врачебной помощи на дому

4) [-]Профилактическая работа

5) [-]Проведение санитарно-просветительной работы

841. В обязанности участкового педиатра НЕ входит:

1) [-]Оказание врачебной помощи ребенку на дому

2) [-]Проведение профилактики дефицитных состояний у детей раннего возраста

3) [-]Поддержка грудного вскармливания

4) [-]Ведение амбулаторных приемов

5) [+]Оказание специализированной врачебной помощи

842. В обязанности участкового педиатра НЕ входит:

1) [-]Проведение патронажа новорожденного на дому

2) [-]Проведение дородового патронажа

3) [-]Оформление направления на госпитализацию

4) [+]Проведение дезинфекции в инфекционном очаге

5) [-]Регистрация контактных по скарлатине

843. Для острых инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей характерно:

1) [-]Повышение температуры тела выше 40 градусов

2) [-]Продолжительность периода лихорадки более 7-10 дней

3) [+]Лихорадка на протяжении не более 3-5 дней

4) [-]Длительный субфебрилитет

5) [-]Как правило, температура тела не повышается

844. Для острых респираторных заболеваний верхних дыхательных путей НЕ характерно наличие:

1) [-]Ринофарингита

2) [+]Экспираторной одышки

3) [-]Лихорадки неправильного типа

4) [-]Снижения аппетита в лихорадочном периоде

5) [-]Кашля

845. Острые респираторные заболевания реже возникают:

1) [+]У детей в периоде новорожденности

2) [-]У детей раннего возраста

3) [-]У детей, посещающих детский сад

4) [-]У детей, посещающих ясли

5) [-]У детей, вакцинированных АКДС

846. Показанием для назначения антибиотика при ОРЗ является:

1) [-]Наличие заложенности носа

2) [-]Продолжительность ринита более 3 дней

3) [-]Продолжительность кашля более 3 дней

4) [-]Наличие влажного кашля

5) [+]Длительность лихорадки более 3 дней

847. Показанием для госпитализации по поводу ОРЗ НЕ является

- 1) [-] Длительный фебрилитет у ребенка грудного возраста
- 2) [-] Наличие неукротимой рвоты
- 3) [-] Полный отказ от еды и питья ребенка грудного возраста
- 4) [+] Однократный жидкий стул у ребенка грудного возраста
- 5) [-] Наличие одышки у ребенка грудного возраста

848. Наличие везикулезной сыпи характерно:

- 1) [-] Для острой респираторной инфекции
- 2) [-] Для лакунарной ангины
- 3) [+] Для ветряной оспы
- 4) [-] Для скарлатины
- 5) [-] Для краснухи

849. Наличие экзантемы НЕ характерно:

- 1) [-] Для скарлатины
- 2) [+] Для коклюша
- 3) [-] Для краснухи
- 4) [-] Для инфекционного мононуклеоза
- 5) [-] Для ветряной оспы

850. Наличие налетов на миндалинах НЕ характерно:

- 1) [+] Для ветряной оспы
- 2) [-] Лакунарной ангины
- 3) [-] Скарлатины
- 4) [-] Инфекционного мононуклеоза
- 5) [-] Фолликулярной ангины

851. Назначение антибиотика пенициллинового ряда НЕ показано:

- 1) [-] При фолликулярной ангине
- 2) [-] При лакунарной ангине
- 3) [-] При скарлатине
- 4) [-] При длительной фебрильной лихорадке
- 5) [+] При краснухе

852. Наименее специфическим симптомом для ангины является:

- 1) [+] Общее недомогание
- 2) [-] Боли в горле при глотании
- 3) [-] Высокая лихорадка
- 4) [-] Увеличение региональных лимфатических узлов
- 5) [-] Наличие налетов на миндалинах

853. Бактериологическое исследование зева проводится в обязательном порядке при всех состояниях, за

исключением:

- 1) [-] фолликулярная ангина
- 2) [+] острая респираторная инфекция
- 3) [-] лакунарная ангина
- 4) [-] дифтерия
- 5) [-] скарлатина

854. Вызов врача на дом считается первичным:

- 1) [-]При проведении патронажа новорожденного
- 2) [-]При первом обращении к данному врачу
- 3) [+]При вызове врача по поводу вновь возникшего заболевания
- 4) [-]При проведении дородового патронажа
- 5) [-]При проведении противоэпидемических мероприятий

855. Вызов врача на дом считается повторным:

- 1) [-]При 2-ом обращении к данному врачу
- 2) [-]При повторном обращении в течение календарного года
- 3) [-]При повторном обращении в данном возрастном периоде ребенка
- 4) [+]При повторном обращении по поводу данного заболевания
- 5) [-]При проведении дезинфекции в инфекционном очаге

856. Посещение ребенка на дому считается активным:

- 1) [-]Если он выполнен по инициативе ребенка
- 2) [-]Если он выполнен по инициативе родителей
- 3) [-]Если он выполнен с использованием автотранспорта
- 4) [-]Если он выполнен по инициативе соседей
- 5) [+]Если он выполнен по инициативе самого врача

857. Активные посещения на дому необязательны при наличии у ребенка:

- 1) [+]Острой респираторной инфекции
- 2) [-]Фолликулярной ангины
- 3) [-]Лакунарной ангины
- 4) [-]Скарлатины
- 5) [-]Инфекционного мононуклеоза

858. Инкубационный период при острой респираторной инфекции составляет:

- 1) [+]От нескольких часов до нескольких дней
- 2) [-]Не менее 7 дней
- 3) [-]11 – 21 дней
- 4) [-]7– 9 дней
- 5) [-]Более 21 дня

859. Инкубационный период при ветряной оспе составляет:

- 1) [-]От нескольких часов до нескольких дней
- 2) [+]11 – 21 дней
- 3) [-]Не более 7 дней
- 4) [-]7– 9 дней
- 5) [-]Более 21 дня

860. Сроки изоляции больного на дому при ангине составляют:

- 1) [-]До 3 дней
- 2) [+]Не менее 10 дней
- 3) [-]Не менее 21 дня
- 4) [-]Не менее 30 дней
- 5) [-]Изоляции не требуется

861. Сроки изоляции больного на дому при краснухе составляют:

- 1) [-]До 3 дней
- 2) [-]Не менее 21 дня
- 3) [+]10 дней

4) [-] Не менее 30 дней

5) [-] Изоляции не требуется

862. Сроки изоляции больного на дому при скарлатине составляют:

1) [-] До 3 дней

2) [-] Не более 6 дня

3) [-] Не менее 30 дней

4) [-] Изоляции не требуется

5) [+] Не менее 10 дней

863. При какой болезни, безусловно, показана госпитализация больного:

1) [-] Острое респираторное заболевание

2) [-] Ангина

3) [-] Корь

4) [+] Коклюш у детей первых 6 месяцев жизни

5) [-] Ветряная оспа

864. При какой болезни всегда показана госпитализация больного:

1) [-] Острое респираторное заболевание

2) [-] Ангина

3) [-] Корь

4) [-] Коклюш у детей - школьников

5) [+] Менингококковая инфекция

865. Наличие мелкопятнистой сыпи характерно:

1) [-] Для ангины

2) [-] Для гриппа

3) [+] Для скарлатины

4) [-] Для ветряной оспы

5) [-] Для коклюша

866. Ребенка с ОРЗ целесообразно проконсультировать:

1) [+] Консультации обычно не требуется

2) [-] С иммунологом

3) [-] С инфекционистом

4) [-] С пульмонологом

5) [-] С аллергологом

867. Основанием для консультации ребенка с ОРЗ у ЛОР-врача является:

1) [-] Наличие слизистого отделяемого из носа

2) [+] Беспокойство ребенка 1-го года жизни во время сосания груди матери

3) [-] Наличие кишечной дисфункции у ребенка 1-го года жизни

4) [-] Снижение аппетита

5) [-] Наличие лихорадки

868. Антенатальная профилактика дефицитных состояний НЕ включает:

1) [-] Полноценное питание беременной

2) [-] Рациональный образ жизни будущей мамы

3) [-] Прием беременной поливитаминных комплексов с микроэлементами

4) [-] Прием препарата витамина D

5) [+] Динамический контроль тонуса матки

869. В первые 6 месяцев жизни ребенка не проводят вакцинацию:

- 1) [+]От эпидемического паротита
 - 2) [-]От туберкулеза
 - 3) [-]От полиомиелита
 - 4) [-]От коклюша
 - 5) [-]От дифтерии
870. На первом году жизни детей вакцинируют:
- 1) [-]От приобретенного иммунодефицита
 - 2) [-]От дизентерии
 - 3) [-]От холеры
 - 4) [-]От сальмонеллеза
 - 5) [+]От столбняка
871. На первом году жизни детей не вакцинируют:
- 1) [-]От коклюша
 - 2) [-]От дифтерии
 - 3) [+]От скарлатины
 - 4) [-]От столбняка
 - 5) [-]От туберкулеза
872. От какого заболевания календарем не предусмотрена вакцинация:
- 1) [-]От коклюша
 - 2) [+]От скарлатины
 - 3) [-]От дифтерии
 - 4) [-]От столбняка
 - 5) [-]От туберкулеза
873. Вакцина АКДС расшифровывается как:
- 1) [+]Адсорбированная коклюшная, дифтерийная, столбнячная
 - 2) [-]Адсорбированная колиэнтеритная, дизентерийная, сальмонеллезная
 - 3) [-]Ассимилированная коклюшная, дифтерийная, столбнячная
 - 4) [-]Анатоксин коклюшный, дифтерийный, столбнячный
 - 5) [-]Адсорбированная краснушная, дифтерийная, столбнячная
874. Местная реакция на введение АКДС обычно проявляется
- 1) [-]Образованием участка склеродермии
 - 2) [+]Незначительной болезненностью и легкой припухлостью в месте инъекции
 - 3) [-]Формированием микроабсцесса
 - 4) [-]Некротизированием участка кожи
 - 5) [-]Образование волдыря в месте введения
875. После какой вакцинации образуется рубчик:
- 1) [+]БЦЖ
 - 2) [-]АКДС
 - 3) [-]АДС
 - 4) [-]Против гепатита
 - 5) [-]Против кори
876. Образование инфильтрата и некроза после БЦЖ происходит:
- 1) [-]Через 10 дней
 - 2) [+]Через 1 – 3 месяца
 - 3) [-]Через 2 недели

- 4) [-]Через 6 месяцев
- 5) [-]Через 12 месяцев
877. Вакцинацию имеет право проводить:
- 1) [-]Любая медсестра
 - 2) [-]Только процедурная медсестра
 - 3) [+]Только сертифицированный специалист
 - 4) [-]Любой социальный работник
 - 5) [-]Только педиатр
878. К местным поствакцинальным осложнениям НЕ относят:
- 1) [-]Образование абсцесса
 - 2) [-]Возникновение пиодермии
 - 3) [-]Возникновение регионарного лимфаденита
 - 4) [+]Легкая припухлость и болезненность в месте инъекции
 - 5) [-]Образование келоидного рубца
879. К общим поствакцинальным осложнениям НЕ относят:
- 1) [-]Судорожный синдром
 - 2) [-]Поствакцинальный энцефалит
 - 3) [-]Генерализованный вакцинальный процесс
 - 4) [-]Выраженная интоксикация
 - 5) [+]Кратковременное повышение температуры тела в первые 2-ое суток
880. Временным противопоказанием для вакцинации НЕ является:
- 1) [+]Пониженный аппетит при нормальном развитии ребенка
 - 2) [-]ОРЗ
 - 3) [-]Острая пневмония
 - 4) [-]Ветряная оспа
 - 5) [-]Острый энтероколит
881. Какое состояние является противопоказанием к любой вакцинации:
- 1) [-]Атопический дерматит в стадии стойкой ремиссии
 - 2) [+]Генерализованная реакция на предыдущую вакцинацию
 - 3) [-]Наличие аутоиммунных заболеваний в семье
 - 4) [-]Бронхиальная астма в стадии стойкой ремиссии
 - 5) [-]Дисбактериоз кишечника
882. Что является противопоказанием для применения живых вакцин?:
- 1) [-]Частые простудные заболевания
 - 2) [-]Дисбактериоз кишечника
 - 3) [+]Иммунодефицитные состояния
 - 4) [-]Судороги в анамнезе
 - 5) [-]Синдром внезапной смерти в семье
883. У ребенка 7 лет отсутствует рубчик после вакцинации БЦЖ. Ваша тактика:
- 1) [-]Провести обязательную ревакцинацию
 - 2) [+]Провести ревакцинацию только в случае отрицательной реакции Манту
 - 3) [-]Ребенок ревакцинации не подлежит
 - 4) [-]Провести ревакцинацию только в случае положительной реакции Манту
 - 5) [-]Ревакцинировать в случае сомнительной реакции Манту
884. Сколько групп здоровья устанавливают у детей?

- 1) [-]2
- 2) [-]3
- 3) [-]4
- 4) [+]5
- 5) [-]6

885. К какой группе здоровья относятся дети: здоровые, с нормальным развитием и нормальным уровнем функций?

- 1) [+]1
- 2) [-]2
- 3) [-]3
- 4) [-]4
- 5) [-]5

886. К какой группе здоровья относятся дети: здоровые, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям?

- 1) [-]1
- 2) [+]2
- 3) [-]3
- 4) [-]4
- 5) [-]5

887. К какой группе здоровья относятся дети: больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма?

- 1) [-]1
- 2) [-]2
- 3) [+]3
- 4) [-]4
- 5) [-]5

888. К какой группе здоровья относятся дети: больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями организма?

- 1) [-]1
- 2) [-]2
- 3) [-]3
- 4) [+]4
- 5) [-]5

889. К какой группе здоровья относятся дети: больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма?

- 1) [-]1
- 2) [-]2
- 3) [-]3

4) [-]4

5) [+]5

890. К каким группам здоровья относятся больные с хронической патологией?

1) [-]1, 2, 3

2) [-]2, 3, 4

3) [+]3, 4, 5

4) [-]1, 3, 4

5) [-]2, 3, 5

891. Какие дети относятся к первой группе здоровья?:

1) [+]здоровые, с нормальным развитием и нормальным уровнем функций

2) [-]здоровые, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также

сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям

3) [-]больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными

возможностями организма

4) [-]больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями организма

5) [-]больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными

функциональными возможностями организма

892. Какие дети относятся к пятой группе здоровья?:

1) [-]здоровые, с нормальным развитием и нормальным уровнем функций

2) [-]здоровые, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также

сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям

3) [-]больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными

возможностями организма

4) [-]больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями организма

5) [+]больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными

функциональными возможностями организма

893. Какие дети относятся к второй группе здоровья? :

1) [-]здоровые, с нормальным развитием и нормальным уровнем функций

2) [+]здоровые, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также

сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям

3) [-]больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными

возможностями организма

4) [-]больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями организма

5) [-]больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными

функциональными возможностями организма

894. Какие дети относятся к третьей группе здоровья?:

1) [+]больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма

2) [-]здоровые, с нормальным развитием и нормальным уровнем функций

3) [-]здоровые, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также

сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям

4) [-]больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями организма

5) [-]больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными

функциональными возможностями организма

895. Какие дети относятся к четвертой группе здоровья?:

1) [-]больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными

возможностями организма

2) [-]здоровые, с нормальным развитием и нормальным уровнем функций

3) [-]здоровые, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также

сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям

4) [+]больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями организма

5) [-]больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными

функциональными возможностями организма

896. Дети, страдающие хроническими заболеваниями, наблюдаются:

1) [-]педиатром

2) [-]врачем-специалистом

3) [+]педиатром и врачом-специалистом

4) [-]главным врачом

5) [-]регистратором

897. Сколько лет наблюдают детей, страдающих ревматизмом, после активной фазы заболевания и при

отсутствии порока сердца?

1) [-]1 год

2) [-]3 года

3) [-]6 лет

4) [-]10 лет

5) [+]5 лет

898. В какое медицинское учреждение переводят ребенка после стационарного лечения по поводу

ревматизма?

- 1) [-]туберкулезный диспансер
- 2) [-]поликлинику
- 3) [+]санаторий
- 4) [-]диагностический центр
- 5) [-]СЭС

899. Сколько лет наблюдают детей, страдающие диффузными /иммунопатологическими/ заболеваниями соединительной ткани?

- 1) [-]3 года
- 2) [-]5 лет
- 3) [-]4 года
- 4) [+]До передачи во взрослую поликлинику
- 5) [-]10 лет

900. Сколько лет наблюдаются дети, страдающие НЦД, после исчезновения жалоб?

- 1) [-]1 год
- 2) [+]2-3 года
- 3) [-]4-5 лет
- 4) [-]9-10 лет
- 5) [-]До передачи во взрослую поликлинику

901. Сколько лет наблюдают детей с рецидивирующим бронхитом после последнего обострения?

- 1) [+]2,5 -3 года
- 2) [-]1-2 года
- 3) [-]4-5 лет
- 4) [-]7 лет
- 5) [-]До передачи во взрослую поликлинику

902. По заключению какого специалиста снимают с учета детей с рецидивирующим бронхитом?

- 1) [-]аллерголога
- 2) [+]пульмонолога
- 3) [-]педиатра
- 4) [-]ЛОР-врача
- 5) [-]хирурга

903. Какие контрольные исследования проводятся детям с бронхиальной астмой в межприступном периоде?

- 1) [-]ЭКГ
- 2) [-]ФВД
- 3) [-]клинический анализ крови
- 4) [-]ЭКГ, ФВД, клинический анализ крови
- 5) [+]ФВД, клинический анализ крови

904. С какой частотой проводят общие анализы мочи детям, страдающих хроническим пиелонефритом в периоде ремиссии?

- 1) [-]ежегодно

- 2) [+]ежемесячно
- 3) [-]ежеквартально
- 4) [-]еженедельно
- 5) [-]ежедневно

905. Зачем и на каком сроке беременности проводится второй дородовой патронаж?

- 1) [-]до 10-й недели
- 2) [-]на 1-й неделе
- 3) [-]на 2-ом месяце
- 4) [+]после 32-й недели
- 5) [-]на 3-м месяце

906. Какие перинатальные факторы риска выясняются при проведении дородового патронажа?

- 1) [-]отягощенная наследственность, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез
- 2) [-]состояние здоровья матери и отца
- 3) [-]осложнения в состоянии внутриутробного развития плода
- 4) [-]социально-бытовые факторы
- 5) [+]отягощенная наследственность, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, состояние

здоровья матери и отца, осложнения в состоянии внутриутробного развития плода, социально-бытовые факторы

907. Кто проводит первичный патронаж новорожденного?

- 1) [-]педиатр
- 2) [-]медицинская сестра
- 3) [+]педиатр и медицинская сестра
- 4) [-]педиатром и терапевтом
- 5) [-]педиатр и детский невропатолог

908. Когда проводят первичный патронаж новорожденного?

- 1) [+]В первые 3 дня после выписки из родильного дома
- 2) [-]На 10-й день жизни
- 3) [-]В возрасте 6 месяцев
- 4) [-]В возрасте одного месяца
- 5) [-]В возрасте 2-х месяцев

909. Сколько групп риска выделяют по результатам первичного патронажа новорожденного?

- 1) [-]две
- 2) [-]три
- 3) [-]четыре
- 4) [+]пять
- 5) [-]десять

910. Какие разделы включает сбор анамнеза при первичном патронаже новорожденного?

- 1) [-]генеалогический
- 2) [-]акушерско-гинекологический
- 3) [-]социальный
- 4) [+]генеалогический, акушерско-гинекологический, социальный

- 5) [-]генеалогический, акушерско-гинекологический
911. Возраст матери старше 30 лет является фактором риска развития:
- 1) [+]патологии ЦНС, врожденных пороков и наследственно обусловленных заболеваний
 - 2) [-]внутриутробного инфицирования
 - 3) [-]трофических нарушений
 - 4) [-]внутриутробного инфицирования, трофических нарушений
 - 5) [-]патологии ЦНС, внутриутробного инфицирования, трофических нарушений
912. Инфекция у матери ребенка, возникшая в родах и послеродовом периоде является фактором риска для развития у ребенка
- 1) [-]патологии ЦНС
 - 2) [-]врожденных пороков и наследственно обусловленных заболеваний
 - 3) [+]внутриутробного инфицирования
 - 4) [-]трофических нарушений
 - 5) [-]внутриутробного инфицирования, трофических нарушений
913. Инфекция, перенесенная матерью ребенка во время беременности, может быть фактором риска
- 1) [+]патологии ЦНС, врожденных пороков, внутриутробного инфицирования, трофических нарушений
 - 2) [-]внутриутробного инфицирования
 - 3) [-]трофических нарушений
 - 4) [-]внутриутробного инфицирования, трофических нарушений
 - 5) [-]патологии ЦНС, внутриутробного инфицирования, трофических нарушений
914. В родильном доме проводят скрининг на
- 1) [-]фенилкетонурию, гипотиреоз
 - 2) [-]гипотиреоз, муковисцидоз
 - 3) [-]муковисцидоз, галактоземию
 - 4) [-]галактоземию, адреногенитальный синдром
 - 5) [+]фенилкетонурию, гипотиреоз, муковисцидоз, галактоземию, адреногенитальный синдром
915. Какие анализы нужно сделать ребенку в возрасте 3 месяцев?
- 1) [-]клинический анализ крови
 - 2) [-]общий анализ мочи
 - 3) [+]клинический анализ крови и общий анализ мочи
 - 4) [-]холестерин сыворотки крови
 - 5) [-]глюкоза сыворотки крови
916. С какой частотой нужно проводить антропометрию ребенку на 1-ом году жизни?
- 1) [-]1 раз в 6 месяцев
 - 2) [+]1 раз в месяц
 - 3) [-]1 раз в неделю
 - 4) [-]1 раз в 3 месяца
 - 5) [-]1 раз в год
917. С какой частотой нужно проводить оценку физического развития ребенку на 1-м году жизни?
- 1) [-]1 раз в 6 месяцев

- 2) [-]1 раз в неделю
 - 3) [-]1 раз в 3 месяца
 - 4) [-]1 раз в год
 - 5) [+]1 раз в месяц
918. Детей второго года жизни педиатр осматривает
- 1) [+]1 раз в квартал
 - 2) [-]1 раз в месяц
 - 3) [-]1 раз в год
 - 4) [-]1 раз в 6 месяцев
 - 5) [-]1 раз в 2 месяца
919. С какой частотой нужно проводить оценку психомоторного развития ребенку на 1-м году жизни?
- 1) [-]1 раз в 6 месяцев
 - 2) [-]1 раз в неделю
 - 3) [-]1 раз в 3 месяца
 - 4) [-]1 раз в год
 - 5) [+]1 раз в месяц
920. На первом году жизни ребенка должны осмотреть
- 1) [+]невропатолог, ортопед, офтальмолог _____, оториноларинголог, стоматолог
 - 2) [-]невропатолог, ортопед
 - 3) [-]офтальмолог, оториноларинголог
 - 4) [-]оториноларинголог, стоматолог
 - 5) [-]невропатолог, стоматолог
921. Большой родничок можно пропальпировать у ребенка в возрасте
- 1) [-]до 7 лет
 - 2) [-]до 18 лет
 - 3) [+]до 12-18 месяцев
 - 4) [-]до 5 лет
 - 5) [-]до 3-х лет
922. Частота сердечных сокращений у новорожденного составляет в среднем:
- 1) [+]110-140 уд/мин
 - 2) [-]60-80 уд/мин
 - 3) [-]80- 100 уд/мин
 - 4) [-]160- 180 уд/мин
 - 5) [-]180- 200 уд/мин
923. Средняя частота дыхания у новорожденного составляет:
- 1) [-]20 – 30 в минуту
 - 2) [-]30 - 40 в минуту
 - 3) [+]40 - 50 в минуту
 - 4) [-]60 - 70 в минуту
 - 5) [-]70 – 80 в минуту
924. Печень у новорожденного может выступать из-под края реберной дуги
- 1) [-]более чем на 3 см
 - 2) [-]не более чем на 4 см
 - 3) [-]не более чем на 5 см

- 4) [+]не более чем на 2 см
5) [-]не более чем на 6 см
925. Верхушечный толчок пальпируется у новорожденного
- 1) [-]на 0,5-1 см кнутри от левой среднеключичной линии
 - 2) [+]на 1,5-2 см кнаружи от левой среднеключичной линии
 - 3) [-]по левой среднеключичной линии
 - 4) [-]по краю грудины
 - 5) [-]по второму ребру
926. Частота сердечных сокращений у ребенка 1 года жизни составляет в среднем
- 1) [+]120 уд/мин
 - 2) [-]60 уд/мин
 - 3) [-]80 уд/мин
 - 4) [-]160 уд/мин
 - 5) [-]180 уд/мин
927. Профилактика и лечение железодефицитной анемии проводится
- 1) [+]мальтофером
 - 2) [-]диетой
 - 3) [-]парацетамолом
 - 4) [-]панкреатином
 - 5) [-]фесталом
928. В какой дозе назначается витамин D женщине в последние три месяца беременности?
- 1) [-]100-200 МЕ в сутки
 - 2) [+]250-500 МЕ в сутки
 - 3) [-]500- 1000 МЕ в сутки
 - 4) [-]1000-1500 МЕ в сутки
 - 5) [-]2000-3000 МЕ в сутки
929. Специфическая антенатальная профилактика витамином D не проводится беременным женщинам старше 35 лет с заболеваниями:
- 1) [+]сердечно-сосудистой системы
 - 2) [-]дыхательной системы
 - 3) [-]нервной системы
 - 4) [-]мочевыделительной системы
 - 5) [-]эндокринной системы
930. Какое вскармливание на 1-м году жизни является наиболее адекватным для ребенка?
- 1) [-]искусственное
 - 2) [-]смешанное
 - 3) [+]естественное
 - 4) [-]смешанное ближе к естественному
 - 5) [-]смешанное ближе к искусственному
931. Специфическую профилактику рахита проводят на 1-м году жизни
- 1) [+]с 1 месяца до года
 - 2) [-]с 2-х месяцев до года
 - 3) [-]с 3-х месяцев до года
 - 4) [-]с 4-х месяцев до года

5) [-]с 5 месяцев до года

932. Профилактическая доза витамина D на 1-ом году жизни составляет

- 1) [-]10 МЕ в сутки
- 2) [-]100 МЕ в сутки
- 3) [+]400 МЕ в сутки
- 4) [-]1000 МЕ в сутки
- 5) [-]2000 МЕ в сутки

933. В каких случаях можно не назначать профилактику рахита витамином D?

- 1) [-]естественное вскармливание
- 2) [-]искусственное вскармливание простой смесью
- 3) [+]искусственное вскармливание адаптированной смесью
- 4) [-]искусственное вскармливание кефиром
- 5) [-]смешанное вскармливание с использованием простой смеси

934. Первый прикорм на естественном вскармливании вводят:

- 1) [+]в 5-6 месяцев
- 2) [-]в 6-7 месяцев
- 3) [-]в 7-8 месяцев
- 4) [-]в 8-9 месяцев
- 5) [-]в 9-10 месяцев

935. Второй прикорм на естественном вскармливании вводят:

- 1) [-]в 5-6 месяцев
- 2) [+]в 6-7 месяцев
- 3) [-]в 7-8 месяцев
- 4) [-]в 8-9 месяцев
- 5) [-]в 9-10 месяцев

936. В качестве блюда третьего прикорма используют

- 1) [-]кашу
- 2) [-]молоко
- 3) [-]кефир
- 4) [+]мясной фарш
- 5) [-]творог

937. Масса тела ребенка к одному году увеличивается:

- 1) [-]в 2 раза
- 2) [+]в 3 раза
- 3) [-]в 4 раза
- 4) [-]в 5 раз
- 5) [-]в 6 раз

938. За первый год жизни ребенок вырастает на:

- 1) [+]25 см
- 2) [-]10 см
- 3) [-]15 см
- 4) [-]30 см
- 5) [-]40 см

939. Обхват головы за первый год жизни увеличивается в среднем

- 1) [-]на 3 см

- 2) [-]на 5 см
- 3) [+]на 10 см
- 4) [-]на 15 см
- 5) [-]на 20 см

940. Систолическое артериальное давление у ребенка в возрасте одного года

- 1) [+]90 мм рт.ст.
- 2) [-]100 мм рт.ст.
- 3) [-]110 мм рт.ст.
- 4) [-]120 мм рт.ст.
- 5) [-]130 мм рт.ст.

941. Пуэрильное дыхание выслушивается у детей

- 1) [+]раннего возраста
- 2) [-]школьного возраста
- 3) [-]подросткового возраста
- 4) [-]2-го периода детства
- 5) [-]юношеского возраста

942. Индекс Чулицкой на 1-м году жизни составляет

- 1) [-]5-10 см
- 2) [-]10-15 см
- 3) [-]15-20 см
- 4) [+]20-25 см
- 5) [-]30-40 см

943. Дети на 1-м году жизни в среднем начинают сидеть в

- 1) [-]2 месяца
- 2) [-]3 месяца
- 3) [-]4 месяца
- 4) [-]5 месяцев
- 5) [+]6 месяцев

944. Зубы на первом году жизни в среднем появляются:

- 1) [-]с 10 дней
- 2) [-]с 1 месяца
- 3) [-]с 1,5 месяцев
- 4) [-]с 2 месяцев
- 5) [+]с 6 месяцев

945. Какое количество зубов в среднем у ребенка в возрасте одного года?

- 1) [-]3 зуба
- 2) [-]4 зуба
- 3) [-]5 зубов
- 4) [+]8 зубов
- 5) [-]10 зубов__

946. Укажите основные морфологические предпосылки для оптимального функционирования мозга ребенка

- миелинизация нервного волокна
- увеличение микроглии
- + рост нервного волокна

947. Укажите возраст, для которого характерна в норме частота пульса 110-115 ударов в минуту
- новорожденный
 - 1 год
 - + 2 года
 - 5 лет
948. Укажите возраст, для которого характерна в норме частота пульса 135-140 ударов в минуту
- + :новорожденный
 - 1 год
 - 2 года
 - 5 лет
949. Выберите средневозрастную норму частоты дыхания ребенка 3 мес
- 30-35 в минуту
 - + 40-60 в минуту
 - 18-20 в минуту
950. По каким показателям определяется уровень резистентности организма ребенка + кратностью острых заболеваний, перенесенных ребенком в течение года жизни, предшествующего осмотру
- кратностью острых респираторных заболеваний, перенесенных ребенком в течение года жизни, предшествующего осмотру
 - тяжестью острых заболеваний
 - длительностью и тяжестью заболеваний
951. Ребенок 1 года 7 месяцев. Детское учреждение не посещает, анамнез благополучный; физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрастной норме; 3 раза за последний год болел ОРЗ; уровень основных функций нормальный; при осмотре соматически здоров. К какой группе здоровья можно отнести этого ребенка
- + к первой
 - ко второй
 - ко второй А
952. В каком случае ребенка в возрасте 2 лет можно считать часто болеющим
- + острые заболевания в течение года отмечались 7 раз
 - обострения бронхиальной астмы наблюдались 2 раза в год и острые респираторные заболевания также 2 раза в год
 - на фоне рахита в стадии реконвалесценции отмечались острые заболевания 3 раза в течение года
 - у ребенка хронический отит с частыми обострениями
953. Укажите безусловные рефлексы, при наличии которых ребенку 3 месяцев можно назначить возрастной комплекс гимнастики и массажа
- рефлекс Бабинского
 - рефлекс Галанта
 - рефлекс Моро
 - :рефлекс Ландау
954. Выберите показатель, свидетельствующий о нормальном развитии зрительных функций ребенка в возрасте 1 месяца

- длительное зрительное сосредоточение на неподвижном предмете
- зрительное сосредоточение на игрушке в вертикальном положении на руках у взрослого
- + плавное слежение за движущимся предметом
- ступенчатое слежение

955. Выберите показатель, свидетельствующий о нормальном развитии слуховых функций ребенка в возрасте 1 месяца

- вздрагивает и мигает при резком звуке
- + прислушивается к голосу взрослого
- находит глазами невидимый источник звука
- узнает голос матери

966. Выберите показатели нормального развития ребенка 1 месяца (исключите один ответ)

- слежение взглядом за движущимся предметом
- + зрительное сосредоточение
- слуховое сосредоточение
- появление улыбки в ответ на общение
- приподнимание головы, лежа на животе

977. У мальчика 5 лет утомляемость, усиление пульсации левого желудочка, дрожание во 2-м межреберье слева, на ЭКГ перегрузка левого желудочка, на рентгенограмме - гипертрофия левого желудочка, увеличение левого желудочка. Ваш предварительный диагноз

- : стеноз легочной артерии
- : дефект межжелудочковой перегородки
- : субаортальный стеноз
- + : открытый артериальный проток

978. Укажите возрастной период, в котором преобладают процессы накопления массы тела

- + : грудной возраст
- : преддошкольный возраст
- : дошкольный возраст
- : школьный возраст

979. Абсолютные противопоказания со стороны ребенка к кормлению грудью, кроме

- : тяжелых нарушений мозгового кровообращения с угрозой внутримозгового кровоизлияния
- : глубокой недоношенности
- : тяжелых форм респираторных расстройств
- + : отита

980. У мальчика 10 лет боль и припухлость коленных и голеностопных суставов, температура 38⁰С. Левая граница сердца увеличена на 2 см. Тоны сердца приглушены. Неделю назад перенес ангину. Ваш предварительный диагноз

- : постинфекционный миокардит
- + : ревматизм
- : ревматоидный артрит
- : септический артрит

981. Причинами возникновения вторичной гипогалактии являются все, кроме

- : несоблюдения режима кормления грудью ребенка
- + : сцеживания молока после каждого прикладывания к груди

- : нерационального режима дня и питания женщины
 - : отсутствия сцеживания грудного молока после кормления
982. К правилам естественного вскармливания относятся все, кроме
- : режим питания до введения прикорма - 6 раз в сутки, после введения прикорма - 5 раз в сутки
 - +: режим питания до введения прикорма - 7 раз в сутки, после введения прикорма - 6 раз в сутки
 - : введения пищевых добавок с 3-недельного возраста
 - : введения прикорма с 4.5-5-месячного возраста
983. В молозиве по сравнению с переходным женским молоком больше содержится
- +: белка
 - : углеводов
 - : фосфора
 - : насыщенных жирных кислот
984. В молозиве по сравнению со зрелым женским молоком больше содержится перечисленных компонентов, кроме
- : белка
 - +: углеводов
 - : минеральных веществ
 - : иммуноглобулинов
985. Расчет суточного объема пищи для новорожденных по формуле Тура составляет при массе тела при рождении 3000 г
- +: 70 мл + число дней при массе тела при рождении менее 3200 г
 - : 70 мл + число дней при массе тела при рождении более 3200 г
 - : 80 мл + число дней при массе тела при рождении менее 3200 г
 - : 80 мл + число дней при массе тела при рождении более 3200 г
986. Здоровых новорожденных можно прикладывать к груди матери при отсутствии противопоказаний с ее стороны
- : через сутки
 - +: не позднее 2 часов после рождения
 - : через 6 часов
 - : через 12 часов
987. Кратность питания здорового новорожденного с 10-го до 29-го дня жизни при достаточной лактации составляет
- +: 7 раз
 - : 6 раз
 - : 5 раз
 - : 4 раза
988. Питание недоношенных I степени назначается из расчета
- : белков и углеводов на фактическую массу тела
 - +: белков и углеводов на должную массу тела
 - : жиров на должную массу тела
 - : всех пищевых компонентов на фактическую массу тела

989. Масса тела недоношенных детей, при которой их можно перевести на 6-разовое кормление, составляет

- :3 кг
- :3.5 кг
- :4 кг
- +:3.5-4 кг

990. Суточный объем пищи для детей с 10-го по 29-й день жизни составляет

- :1/4 от массы тела
- +:1/5 от массы тела
- :1/6 от массы тела
- :1/7 от массы тела

991. Объемный метод расчета питания детей в возрасте от 2 до 4 месяцев составляет

- :1/5 от массы тела
- +:1/6 от массы тела
- :1/7 от массы тела
- :1/8 от массы тела

992. Суточный объем пищи для детей от 4 до 6 месяцев

- :1/5 от массы тела
- :1/6 от массы тела
- +:1/7 от массы тела
- :1/8 от массы тела

993. Число кормлений детей возрасте от 1 до 3 месяцев составляет

- :7 раз в сутки
- +:6 раз в сутки
- :4 раза в сутки
- :5 раз в сутки

994. Суточная потребность в жидкости для детей первого года

- :250-200 мл/кг
- :200-150 мл/кг
- +:150-100 мл/кг
- :100-50 мл/кг

995 Суточная потребность в углеводах у детей первого года жизни при всех видах вскармливания составляет

- :10-11 в г/кг
- :11-12 в г/кг
- +:12-14 в г/кг
- :14-15 в г/кг

996. Суточная потребность в белке у детей 1-4 месяцев жизни при естественном вскармливании составляет

+:2.2 г/кг

-:3.5 г/кг

-:4 г/кг

-:3 г/кг

997. Суточная потребность в белке у детей 1-4 месяцев жизни при искусственном вскармливании составляет

+:2.2 г/кг

-:3.5 г/кг

-:4 г/кг

-:3 г/кг

998. Суточная потребность в жире у детей первых 4 месяцев жизни при любом виде вскармливания составляет

-:7 г/кг

+:6.5 г/кг

-:5 г/кг

-:5.5 г/кг

999. У детей в возрасте 4-6 месяцев при любом виде вскармливания суточная потребность в жире равна

-:7 г/кг

-:6.5 г/кг

+:6 г/кг

-:5.5 г/кг

1000. Суточная потребность в жирах при любом виде вскармливания у детей в возрасте 7-12 месяцев составляет

-:7 г/кг

-:6.5 г/кг

-:6 г/кг

+:5.5 г/кг

1001. Сроки введения соков

-: с 1 месяца

-: с 1.5-2 месяцев

-: с 3-3.5 месяцев

+: с 4 месяцев

1002. Пюре фруктовое рекомендуется вводить в питание ребенка

-:1 месяца

+:4.5-5 месяцев

-:3-3.5 месяцев

-:3 месяцев

37. Желток рекомендуется вводить ребенку в возрасте

-:7 месяцев

- :3-3.5 месяцев
- +:6 месяцев
- :4.5-5 месяцев

1003. Сроки введения кефира ребенку, находящемуся на грудном вскармливании

- :4.5 месяцев
- :5 месяцев
- :6 месяцев
- +:7 месяцев

1004. Сроки введения прикорма кашей

- :3 месяца
- +:5 месяцев
- :7 месяцев
- :8 месяцев

1005. Алиментарная белковая недостаточность не проявляется

- +: в увеличении альбумино-глобулинового коэффициента
- : в гипопроteinемии
- : в снижении антителообразования
- : в отставании массы тела

1006. Причиной возникновения сальмонеллеза чаще может явиться отравление

- : супом молочным
- +: котлетой мясной
- : овощным рагу
- : соком персиковым

1007. Причиной стафилококковой интоксикации чаще других могут явиться

- : мясные изделия
- : изделия из рыб
- : изделия из крупы
- +: молочные смеси

1008. Чаще встречаются наследственные заболевания

- : хромосомные
- : генные
- +: болезни с наследственным предрасположением

1009. Наименее точное прогнозирование заболевания в семье возможно при типе наследования

- : доминантном
- : рецессивном
- : сцепленным с полом
- +: полигенном

1010. Какое заболевание не относится к группе хромосомных

- : болезнь Дауна
- +: синдром Альпорта
- : синдром Шерешевского - Тернера

-: синдром Пату

1011. Для синдрома "кошачьего крика" характерно

- + : делеция плечика 5-й пары хромосом
- : транслокация 21-й хромосомы
- : кольцевидная хромосома 18-й пары
- : отсутствие X-хромосомы

1012. Витамин B6-зависимая бронхиальная астма обусловлена нарушением метаболизма

- : тирозина
- : фенилаланина
- + : триптофана
- : метионина

1013. К наследственным нарушениям обмена билирубина не относится

- : болезнь Криглера - Найяра
- : болезнь Жильбера
- : болезнь Ротера
- + : прегнановая желтуха

1014. Какой признак не характерен для гипотиреоза

- : макроглоссия
- : затяжная желтуха
- : склонность к гипотермии
- + : преждевременное закрытие родничка
- : запор

1015. При фенилкетонурии доминирует

- : поражение кишечника и нарастающая гипотрофия
- : депрессия гемопоэза
- + : неврологическая симптоматика
- : экзема и альбинизм

1016. Для синдрома Шершевского - Тернера не характерно

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

1017. Для аденогенитального синдрома у мальчиков на 1-м году жизни характерно

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

1018. Для вирильной формы аденогенитального синдрома у девочек не характерно

- : увеличение клитора и половых губ
- : костный мозг опережает паспортный
- : в моче увеличено содержание 17-кетостероидов
- +: гепатоспленомегалия

1019. Что не характерно для факоматозов

- : поражение нервной системы
- : нейрофиброматоз
- : пороки развития костной системы
- : пигментные пятна на коже
- +: иммунодефицитное состояние

1020. Каков механизм псевдоаллергической реакции

- : выработка антител к аллергену
- : повышенная выработка иммуноглобулина Е
- : сенсibilизация лимфоцитов
- +: усиленная выработка (либерация) гистамина без выработки антител

1021. Что наиболее значимо в диагностике аллергической реакции I типа

- : эозинофилия
- : повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК)
- : повышенное содержание гистамина в моче
- +: высокая концентрация иммуноглобулина Е в сыворотке крови

1022. Что характерно для псевдоаллергической реакции

- : высокая концентрация иммуноглобулина Е в крови
- +: повышенное содержание гистамина в крови и в моче
- : эозинофилия
- : ложноположительные кожные аллергоподобные

1023К предрасполагающим факторам развития пищевой аллергии относятся

- +: наследственная предрасположенность
- +: снижение уровня секреторного иммуноглобулина А
- +: патология органов желудочно-кишечного тракта
- : кариес зубов

1024. Укажите клинические формы пищевой аллергии (кроме одной)

- : гастроинтестинальная форма
- : алергодерматозы
- : респираторная форма
- +: нефротический синдром

1025. Назовите наиболее часто встречающиеся кожные формы пищевой аллергии (кроме одной)

- +: себорейный дерматит
- : крапивница

- : токсидермия
- : атопический дерматит

1026. Какой тип аллергической реакции наиболее характерен для пищевой аллергии

- +: 1 тип - реактивный
- : 2 тип - цитотоксический
- : 3 тип - иммунокомплексный
- : 4 тип - реакция замедленного типа

1027. Укажите наиболее характерные симптомы атопического дерматита

- +: зуд кожи
- +: полиморфизм высыпаний
- +: возрастная стадийность клинических симптомов
- : атрофия кожи

1028. Укажите характерные симптомы токсидермии (кроме одного)

- : пятнисто-папулезные высыпания с легким шелушением на поверхности
- : симптомы интоксикации (лихорадка, артралгии)
- : гепатоцитоз
- +: поражение слизистых оболочек

1029. Укажите наиболее часто встречающиеся клинические формы аллергодерматозов при лекарственной аллергии (кроме одной)

- : многоформная экссудативная эритема
- : синдром Стивенса - Джонсона, синдром Лайелла
- +: себорейный дерматит
- : крапивница
- : токсидермия

1030. Какие характерные симптомы имеет многоформная экссудативная эритема у детей

- +: высыпания в виде отечных эритематозных пятен
- +: симптомы интоксикации
- +: поражения слизистых оболочек
- : пурпура

1031. Укажите наиболее характерные симптомы крапивницы у детей (кроме одного)

- : зуд кожи
- +: наличие экзематозного и лихеноидного синдромов
- : высыпания в виде пятен и волдырей
- : артралгии

1032. Какие клинические формы аллергических заболеваний кожи (аллергодерматозов) встречаются у детей (кроме одной)

- +: себорейный дерматит
- : токсидермия
- : атопический дерматит
- : крапивница

1033. Какие клинические формы относятся к наиболее тяжелым формам аллергодерматозов (кроме одной)

- : синдром Стивенса - Джонсона
- : синдром Лайелла
- : многоформная экссудативная эритема
- +: дерматит Дюринга

1034. Какие формы бронхиальной астмы наиболее часто встречаются у детей (кроме одной)

- : атопическая
- : инфекционно-аллергическая
- : астма напряжения
- +: аспириновая астма

1035. Какие аллергены являются частой причиной атопической бронхиальной астмы (кроме одного)

- : пыльцевые
- : пищевые
- +: бактериальные
- : эпидермальные

1036. Какие аллергены являются причиной инфекционно-аллергической формы бронхиальной астмы (кроме одного)

- : бактериальные
- : респираторные вирусы
- : грибковые
- +: пищевые

1037. Какие признаки относятся к аспириновой бронхиальной астме

- +: полипозный риносинусит
- +: непереносимость аспирина и других нестероидных противовоспалительных препаратов
- +: бронхоспазм
- : сезонность обострений

1038. Какие аллергены являются причиной поллинозов

- +: пыльцевые
- : белковые
- : пищевые
- : эпидермальные

1039. Назовите основные клинические формы поллинозов (кроме одной)

- +: аллергический альвеолит
- : риноконъюнктивальные формы
- : бронхоспазм

-: крапивница

1040. Назовите висцеральные формы полинозов

+: арахноэнцефалит

+: аллергический цистит, уретрит

+: гепатит

-: миокардит

1041. Для атопической формы бронхиальной астмы характерны следующие изменения показателей в сыворотке крови

-: увеличение содержания общего IgE

+: повышение уровня общего IgE и специфических IgE

-: увеличенное содержание гистамина

-: повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов

1042. К факторам риска развития бронхиальной астмы относятся все перечисленные, за исключением

-: искривления носовой перегородки

-: селективного иммунодефицита IgA

-: наследственной предрасположенности

+: гиперхолестеринемии

1043. Какое осложнение характерно для врожденной краснухи

-: хориоретинит

+: катаракта

-: миокардит

-: геморрагический синдром

1044. Какое осложнение характерно для энтеровирусной инфекции, вызванной вирусом Коксаки В

-: хориоретинит

-: катаракта

+: миокардит

-: геморрагический синдром

1045. При какой внутриутробной инфекции чаще всего наблюдается конъюнктивит

-: при токсоплазмозе

-: при микоплазмозе

+: при хламидиозе

-: при цитомегалии

1046. Как влияет заболевание сахарным диабетом матери на состояние инсулярного аппарата у плода

-: тормозит функцию клеток инсулярного аппарата плода

+: активизирует клетки инсулярного аппарата

-: приводит к атрофии инсулярного аппарата

-: не оказывает никакого влияния

1047. Потребность плода в железе значительно возрастает

-: с 12 недель

-: с 20 недель

+: с 28 недель

-: с 36 недель

1048. Какие особенности характеризуют систему гемостаза у новорожденных детей

+: повышенная проницаемость капилляров

+: сниженная функциональная активность тромбоцитов

+: низкая активность факторов свертывания крови

-: повышенная активность факторов свертывания крови

1049. Когда происходит первый "перекрест крови" у недоношенных детей

-: на 4-й день жизни

-: на 5-й день жизни

-: на 6-й день жизни

+: после 7-10 дня жизни

1050. В каком возрасте полностью эпителизируется пупочная ранка в норме

-: к концу 1-й недели жизни

+: к концу 2-й недели жизни

-: к концу 1-го месяца жизни

-: на 2-м месяце жизни

1051. Иммуноглобулины какого класса не может вырабатывать в достаточном количестве организм новорожденного ребенка

-: IgA

-: IgM

+: IgG

-: IgE

1052. Какова потребность в белке доношенного новорожденного, находящегося на естественном вскармливании

-: 1.5-2 г/кг в сутки

+: 2.25-3.5 г/кг в сутки

-: 3.6-4 г/кг в сутки

-: 4.5-5 г/кг в сутки

1053. Какова потребность в углеводах доношенного новорожденного, находящегося на естественном вскармливании

-: 4-6 г/кг в сутки

-: 7-9 г/кг в сутки

-: 10-12 г/кг в сутки

+: 13-15 г/кг в сутки

1054. Какова нормальная частота дыхания у здорового новорожденного

-: 10-15 в минуту

-: 20-30 в минуту

+: 40-60 в минуту

-: 70-80 в минуту

1055. В желудочно-кишечном тракте новорожденного ребенка железо всасывается на уровне

- : желудка
- +: верхних отделов тонкой кишки
- : тощей кишки
- : толстой кишки

1056. Какое осложнение является самым тяжелым при желтушной форме гемолитической болезни новорожденных

- : анемия
- : поражение печени
- +: поражение ЦНС
- : сердечная недостаточность

1057. Какая причина анемии при рождении встречается чаще других

- +: кровопотеря или гемолиз
- : наследственный микросфероцитоз
- : дефицит эритроцитных ферментов
- : наследственная гипопластическая анемия

1058. К наиболее частым причинам миокардита у новорожденных детей относятся инфекции, вызванные

- +: вирусом Коксаки
- : стафилококком
- : стрептококком
- : клебсиеллой

1059. Назовите основной признак кишечной инфекции при проведении дифференциального диагноза с неинфекционной диареей

- : кратность и характер стула
- : эксикоз и дистрофия
- +: острое начало, инфекционный токсикоз, симптомы энтероколита
- : зависимость кишечного синдрома от вскармливания

1060. Назовите характерные признаки ферментопатий

- +: связь дисфункции кишечника с характером питания
- +: специфический характер стула и отсутствие признаков воспаления в копрограмме
- +: удовлетворительный аппетит и недостаточная прибавка массы тела
- : повышение температуры тела

1061. Какой из перечисленных врожденных пороков сердца проявляется выраженным цианозом сразу после рождения

- : дефект межжелудочковой перегородки
- : тетрада Фалло
- +: транспозиция магистральных сосудов
- : открытый артериальный проток

1062. Чем объясняется развитие кожных геморрагических проявлений при сепсисе

- : сенсбилизацией организма ребенка
- +: развитием ангиитов и тромбоваскулитов
- : нерациональной антибактериальной терапией
- : повышенной ломкостью сосудов

1063. Назовите основной дифференциально-диагностический признак сепсиса

- : множественные, последовательно возникающие очаги инфекции
- +: нарушения иммунитета и глубокие изменения гемостаза
- : тяжелое поражение ЦНС
- : выраженный кишечный синдром

1064. Какая локализация очага остеомиелита наиболее характерна для грам-отрицательной флоры

- : эпифизы трубчатых костей
- +: метафизы трубчатых костей
- : нижняя челюсть

1065. Какое течение свойственно остеомиелиту грам-отрицательной этиологии

- : острое, с отчетливо выраженным артритом
- : молниеносное
- +: вялотекущее, без отчетливо выраженного артрита и с неяркими рентгенологическими признаками

1066. Назовите клинические симптомы сепсиса у новорожденных детей

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

1067. Назовите основное отличие поражения ЦНС при наследственных нарушениях обмена от поражений ЦНС гипоксического генеза

- : симптомы поражения с возрастом уменьшаются
- +: симптомы поражения с возрастом нарастают
- : симптомы поражения ярко выражены сразу после рождения
- : симптомы поражения носят неспецифический характер

1068. Какой отдел сердца чаще всего поражается при фиброэластозе

- +: левый желудочек
- : левое предсердие
- : правый желудочек
- : правое предсердие

1069. Какой симптом является патогномоничным для адреногенитального синдрома у новорожденной девочки

- : рвота с рождения

- : гинекомастия
 - +: вирильные наружные гениталии с пигментацией
 - : мраморный рисунок кожи
1070. Какое заболевание чаще всего вызывает рино-синцитиальная инфекция
- : острый ринит
 - +: бронхиолит
 - : пневмонию
 - : вирусную диарею

1071.

Какое респираторное вирусное заболевание сопровождается экзантемой

- : грипп
- +: аденовирусная инфекция
- : энтеровирусная инфекция
- : РС-инфекция

1072. Какие осложнения чаще вызывает энтеровирусная инфекция

- +: серозный менингит и миокардит
- : пневмонию
- : отит-антрит
- : пиелонефрит

1073. Укажите причину вторичного рецидивирующего омфалита

- : фингус пупочной ранки
- +: неполный инфицированный свищ пупка
- : флегмона пупка
- : "кожный пупок"

1074. До какого возраста происходит снижение гемоглобина при гемолитической болезни новорожденных

- : до 2 недель жизни
- : до 1 месяца
- : до 1.5 месяцев
- +: до 2 месяцев

1075. О чем свидетельствует появление у ребенка мочи цвета малинового сиропа

- : о макрогематурии
- +: о гемоглобинурии
- : о билирубинемии
- : о мочекишлом инфаркте

1076. О каком заболевании свидетельствует множественный гемангиоматоз со склонностью к кровотечениям при нормальном количестве тромбоцитов в крови

- : о синдроме Вискотта - Олдрича
- : о тромбоцитопенической пурпуре
- +: о синдроме Рендю - Ослера
- : о синдроме Казабаха - Мерритта

1077. Укажите клинические симптомы, позволяющие заподозрить гипотиреоз при рождении

- : сухость кожи, мышечная гипотония, склонность к запорам
- : макроглоссия, низкий голос, брадикардия
- : затаенная желтуха
- +: специфических симптомов при рождении нет

1078. Чем отличается клиника дыхательной недостаточности при ядерной желтухе от пневмонии

- : ничем не отличается
- : наличием влажных хрипов в легких
- : выраженной одышкой
- +: резким угнетением дыхательного центра (брадипноэ)

1079. Какие изменения в периферической крови наиболее характерны для недоношенного ребенка с развернутой картиной внутриутробного сепсиса

- +: лейкоцитоз со сдвигом формулы влево
- : лимфоцитоз
- : моноцитоз

1080. Какие факторы способствуют развитию билирубиновой энцефалопатии

- +: гипоксия
- +: ацидоз
- +: гипогликемия
- : алкалоз

1081. В каком возрасте удваивают массу тела при рождении дети с 3-й степенью недоношенности

- : 2 месяца
- +: 2.5-3 месяца
- : 4 месяца
- : 5 месяцев

1082. Каким способом предпочтительнее рассчитывать объем питания недоношенным детям

- : объемным
- +: калорийным
- : по формуле Финкельштейна

1083. Какой тип анемии наиболее часто встречается у недоношенных детей с массой тела менее 1500 г в первые три недели жизни

- : железодефицитная
- +: витамин Е-дефицитная
- : белководефицитная
- : витамин В12-дефицитная

1084. По раннему развитию железодефицитной анемии наиболее угрожаемы недоношенные дети

- + : перенесшие после рождения тяжелые инфекции
- : с внутриутробной гипотрофией
- : незрелые к гестационному возрасту
- : с общим отеочным синдромом

1085. Заместительная гемотрансфузия недоношенным детям с железодефицитной анемией показана при уровне гемоглобина

- : 150 г/л
- : 100 г/л
- : 90 г/л
- + : 70 г/л

1086. Самым частым метастатическим очагом при септикопиемической форме сепсиса у недоношенных детей является

- : флегмона
- : деструктивная пневмония
- : перитонит
- + : менингит

1087. Гнойный менингит у недоношенных новорожденных чаще всего развивается на фоне

- + : субарахноидального кровоизлияния
- : паренхиматозного кровоизлияния
- : внутриутробной гипотрофии
- : незрелости

1088. Самой частой причиной развития некротизирующего энтероколита у недоношенных детей является

- + : асфиксия в родах
- : нарушение колонизационной резистентности кишечника
- : вирусная инфекция
- : бактериальная инфекция

1089. Какой тип пневмонии встречается чаще у недоношенных детей

- + : мелкоочаговая
- : интерстициальная
- : крупноочаговая
- : сливная

1090. Наиболее существенным параметром, подтверждающим гемолитическую болезнь новорожденных по АВО-системе, следует считать

- : микросфероцитоз у ребенка
- + : обнаружение иммунных антител анти-А и анти-В в крови матери
- : наличие у матери группы крови О, у ребенка - А(II) или В(III)
- : положительную прямую пробу Кумбса

-: снижение осмотической резистентности эритроцитов ребенка

1091. У родившегося в срок ребенка в первую неделю жизни нарастала желтуха, которая стабильно сохраняется в течение 4 недель, появились запоры, брадикардия. О каком заболевании можно думать

-: о сепсисе

+: о гипотиреозе

-: о АВО-гемолитической болезни

-: о пилоростенозе

-: о физиологической желтухе новорожденного

1092. Гемолитическую болезнь новорожденных по АВО-системе антигенов наблюдают

-: только у зрелых доношенных детей

-: только у детей от повторной беременности

-: у детей с группой крови O(I)

+: чаще у детей с группой крови A(II) от матерей с O(I) группой крови

-: у детей от резус-положительного отца

1093. Прямая гипербилирубинемия у новорожденного характерна

+: для атрезии желчных путей

-: для гемолитической болезни новорожденного

-: для конъюгационной желтухи типа Люцея

-: для микросфероцитарной анемии

-: для болезни Ди Джорджа

1094. Наиболее характерным признаком острого периода врожденного токсоплазмоза является

-: микроцефалия

-: атрофия зрительного нерва

-: гепатомегалия

+: обнаружение антител против токсоплазмы в составе IgM

-: высокий титр антител в IgG

1095. На внутриутробную инфекцию у ребенка 1-го дня жизни может с большей достоверностью указывать

+: увеличение IgM

-: увеличение IgG

-: лейкоцитоз - 20 000 в мм³

-: нейтрофилез 80%

-: температурная реакция в пределах 37.2⁰C

1096. К реактивным состояниям новорожденных относят перечисленные симптомы, кроме

-: физиологической эритемы

-: МИЛИИ

+: мелены

-: вагинального кровотечения

-: опухания молочных желез

1097. Множественные истинные пороки развития характерны

- : для энзимопатии
- +: для эмбриопатии
- : для фетопатии
- : для патологии неонатального периода
- : для патологии перинатального периода

1098. Достоверным признаком врожденной цитомегалии является

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

1099. Основная причина физиологической желтухи новорожденного

- : гемолиз
- +: недостаточная глюкуронизация
- : сгущение крови
- : холестаза
- : гипогликемия

1100. Ретролентальная фиброплазия недоношенных является следствием

- : охлаждения
- : недостаточного питания
- +: чрезмерной кислородотерапии
- : гипоксии
- : гипогликемии

1101. Гипербилирубинемия, не обусловленная иммунопатологическими причинами, чаще встречается

- : у зрелого новорожденного
- +: недоношенного
- : новорожденного с асфиксией
- : с пороком сердца
- : у переносенного ребенка

1102. Для врожденного гипотиреоза характерны следующие признаки, кроме

- : макроглоссии
- : пролонгированной желтухи
- : склонности к гипотермии
- +: преждевременного закрытия большого родничка
- : запора

1103. Какое из перечисленных исследований подтверждает диагноз муковисцидоза

- : рентгенограмма грудной клетки

- : исследование костного мозга
- : биопсия тонкого кишечника
- : микроскопия осадка мочи
- +: определение электролитов пота

1104. При каком заболевании признаки мужского пола ребенка можно трактовать как фенкопию

- : истинном гермафродитизме
- : болезни Шерешевского - Тернера
- +: адреногенитальном синдроме
- : синдроме Клайнфельтера
- : гипоспадии

1105. В каких случаях можно ожидать легкой вариант гемолитической болезни по резус-фактору

- : отец ребенка гомозиготен по резус-фактору
- +: бабушка ребенка со стороны матери резус-положительна
- : группа крови матери и ребенка совпадает
- : матери ребенка в детстве переливали кровь
- : у матери атопическое заболевание

1106. Для какого заболевания специфичен синдром расщепления губы и мягкого неба

- : трисомии E
- : трисомии G
- : болезни Шерешевского - Тернера
- +: трисомии D (синдром Патау)
- : синдрома Альпорта

1107. Какой симптом характерен для трисомии 18

- : полидактилия
- : эпикант
- : катаракта
- +: атипичное положение пальцев рук
- : амелия

1108. При портальной гипертензии наблюдают

- :гипогликемию
- : изолированную гепатомегалию
- : высокий уровень g-глобулинов
- +: расширение вен пищевода

1109. Внутрпеченочный холестаза развивается в результате угнетения ферментов (оксидаз)

- : стероидными гормонами
- +: вирусами (при ОРВИ)
- : фенобарбиталом
- : сульфатом магнeзии

-: кордиамином

1110. Белково-клеточная диссоциация в ликворе больного менингоэнцефалитом чаще имеет место в случае этиологии

-: цитомегаловирусной

-: энтеровирусной

+: токсоплазмозной

-: рubeолярной

-: листереллезной

1111. Ларингоспазм характерен

-: для бронхиальной астмы

-: для обструктивного бронхита

-: для врожденного стридора

-: для гиперпаратиреоза

+: для коклюша

1112. Для какого заболевания характерны ателектазы легких

-: гемосидероза

+: муковисцидоза

-: целиакии

-: дефицита α 1-антитрипсина

-: ларинготрахеита

1113. Парадоксальное дыхание наиболее часто наблюдают

-: при пневмотораксе

+: при ларингоспазме

-: при эмфиземе

-: при пневмонии

-: при бронхиальной астме

1114. Цитомегаловирусная инфекция вызывает пневмонию

-: деструктивную

-: сегментарную

+: интерстициальную

-: бронхопневмонию

-: ателектатическую

1115. Какова причина уменьшения частоты обструктивного бронхита с возрастом ребенка

-: увеличение силы дыхательной мускулатуры

-: уменьшение бактериальной аллергии

+: увеличение просвета бронхов

-: уменьшение реактивности лимфатической ткани

1116. Какой из перечисленных клинических признаков отсутствует при экссудативном плеврите

- : ослабленное дыхание
- : притупление перкуторного звука
- + : бронхиальный тип дыхания
- :ослабленное голосовое дрожание
- : тахипноэ

1117. Полное расправление легких у новорожденных происходит

- : сразу после рождения
- : через час после рождения
- : через 6 месяцев
- + : в течение нескольких дней
- : через 2-3 года

1118. При острой пневмонии основным фактором возникновения гипоксемии является

- : повышение температуры
- + : поверхностное дыхание
- : повышение метаболизма
- : тахикардия
- : анемия

1119. Бронхиолит у детей раннего возраста

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

1120. Цианоз слизистых и кожных покровов нарастает при беспокойстве у детей с перечисленными заболеваниями, кроме

- : врожденного порока сердца
- + : метгемоглобинемии
- : пневмонии
- : ателектаза
- : крупа

1121. Какое из перечисленных осложнений кори практически не встречается

- : энцефалит
- + : остеомиелит
- : отит
- : бронхопневмонии
- : круп

1122. Какая форма пневмонии практически не встречается в раннем детском возрасте

- : бронхопневмония
- : аспирационная пневмония
- + : лобарная

- : абсцедирующая
- : пневмоцистная

1123. Какое мероприятие является главным при напряженном пневмотораксе

- : интубация и искусственное дыхание
- : положение на пораженной стороне
- : активная кислородотерапия
- : возвышенное положение
- +: плевральная пункция и дренаж

1124. Голосовое дрожание усилено

- : при плеврите
- :при пневмотораксе
- +: при инфильтративном легочном процессе
- : при легочной эмфиземе
- : при ателектазе

1125. К железодефицитной анемии относят следующие признаки, кроме

- +: повышения билирубина крови
- гипохромии эритроцитов
- : тромбопении
- : уменьшения связанного железа в сыворотке
- : уменьшения количества эритроцитов

1126. Коагулопатия с одновременным удлинением времени свертывания и кровотечения имеет место

- : при гемофилии А
- : при недостаточности VII фактора
- : при недостаточности XIII фактора
- +: при афибриногенемии

1127. Какой из перечисленных признаков не характерен для муковисцидоза

- : полифекалия
- : мекониальный илеус
- +: гипернатриемия
- : стеаторея
- :ателектазы

1128. Целиакия

- : развивается в большинстве случаев в первые 3 месяца жизни
- : приводит за счет прогрессирующей бронхоэктазии к смерти
- : спонтанно излечивается после 2 года жизни
- +: сопровождается характерной атрофией ворсинок тонкого кишечника
- : встречается чаще у мальчиков, чем у девочек

1129. Начало диареи в первые недели жизни не характерно

- : для муковисцидоза
- +: для целиакии
- : для недостаточности лактозы
- : для дефицита энтерокиназы
- : диарея развивается с первых недель при всех заболеваниях

1130. Гематокрит остается нормальным

- +: при изотоническом эксикозе
- : при вододефицитном эксикозе
- : при соледефицитном эксикозе
- : изменения гематокрита для любого типа эксикоза не характерны

1131. Для каких заболеваний характерно состояние алкалоза

- : пиелонефрита
- : сахарного диабета
- +: опухоли мозга с рецидивирующей рвотой
- : болезни Лайтвуда - Олбрайта
- : массивной пневмонии

1132. Для характеристики микроциркуляции наиболее информативно

- : гемограмма
- : частота пульса
- +: диурез
- : центральное венозное давление
- : артериальное давление

1133. Основным показателем гипотонической гипергидратации является

- : гипертензия (АД)
- : устойчивое повышение ЦВД
- : отек легких
- +: периферические отеки
- : гиперэлектролитемия

1134. Какой из перечисленных симптомов не типичен для гемолитикоуремического синдрома

- : анемия
- : олигурия
- : тромбоцитопения
- +: повышение конъюгированного билирубина в сыворотке
- : протеинурия

1135. Ригидности затылочных мышц не наблюдают

- : при бактериальном менингите
- +: при вазомоторном коллапсе
- : при шейном лимфадените
- : при среднем отите

1136. При обструктивных уропатиях пиелонефрит

- : встречается редко
- : является причиной обструкции
- : для указанной уropатии пиелонефрит не характерен
- +: встречается очень часто
- : не связан с бактериальной флорой

1137. Наиболее частой причиной пиелонефрита является

- : удвоение почки
- : нефроптоз
- +: пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- : поликистоз

1138. Постоянная щелочная реакция мочи имеет место

- : при пиелонефрите
- +: при почечном канальцевом ацидозе
- : при мегауретере
- : при остром гломерулонефрите
- : при гидронефрозе

1139. Какой из симптомов при текущем пиелонефрите наиболее четко верифицирует развитие хронической почечной недостаточности

- +: полиурия
- : субфебрилитет
- : мышечная гипотония
- : никтурия
- : поллакиурия

1140. При каком заболевании в раннем периоде его развития ведущим симптомом является полиурия

- : синдром де Тони - Дебре - Фанкони
- : ксантинурия при В6-зависимых состояниях
- +: несахарный диабет
- : фосфат-диабет
- : гипервитаминоз D

1141. Какой пробой лучше оценивать концентрационную функцию почек

- : Аддиса - Каковского
- +: по Зимницкому
- : по Нечипоренко
- : с помощью биохимического исследования мочи

1142. Какой признак не характерен для почечно-туберкулярного ацидоза

- : метаболический ацидоз
- : полиурия

- + : гипергликемия
- : нефролитиаз
- : остеопатия

1143. Олигурия встречается при синдромах и заболеваниях, кроме

- : острой почечной недостаточности
- : эксикоза
- : мочекаменной болезни
- + : сахарного диабета
- : сердечно-сосудистой недостаточности (периода декомпенсации)

1144. При остром пиелонефрите у детей грудного возраста ведущим признаком будет

- + : о бщая интоксикация организма
- : дизурические явления
- : синдром срыгивания
- : субфебрилитет
- : болевой синдром

1145. Колебания относительной плотности мочи у ребенка 10-месячного возраста составляют

- : от 1.010 до 1.020
- : от 1.009 до 1.015
- : от 1.001 до 1.003
- + : от 1.002 до 1.008
- : от 1.020 до 1.030

1146. Какой объем мочевого пузыря у новорожденного ребенка

- : от 20 до 30 мл
- + : от 30 до 50 мл
- : от 100 до 150 мл
- : от 100 до 200 мл
- : о т 10 до 20 мл

1147. Какое заболевание в первый год жизни имеет преимущественную локализацию на коже лица

- : себорейный дерматит
- + : экзема (атопический дерматит)
- : чесотка
- : стропулюс

1148. Пневмоторакс без развития плеврита типичен

- : для стафилококковой пневмонии
- : для пневмококковой пневмонии
- + : для пневмоцистной пневмонии
- : для микоплазменной пневмонии

1149. Утолщение кожной складки над пораженным участком типично

- : для очаговой пневмонии
- : для ателектаза

-: для пневторакса

+: для гнойного плеврита

1150. Гиперлейкоцитоз с резким нейтрофильным и юным сдвигом типичен

-: для микоплазменной пневмонии

-: для пневмоцистной пневмонии

-: для синегнойной пневмонии

+: для стафилококковой пневмонии

1151. Отсутствие адекватной одышки в первые часы заболевания типично

-: для очаговой пневмонии

+: для сегментарной пневмонии

-: для очагово-сливной пневмонии

-: для интерстициальной пневмонии

1152. Соотношение пульса и дыхания 1:1 типично

-: для стафилококковой пневмонии

-: для пневмококковой пневмонии

-: для цитомегалической пневмонии

+: для пневмоцистной пневмонии

1153. Для пневмоцистной пневмонии типично

-: большое количество влажных мелкопузырчатых хрипов

-: гипертермия

+: укороченный тимпанит при резком вздутии грудной клетки спереди

-: усиление голосового дрожания

1154. Причиной экспираторной одышки является

-: стеноз гортани

-: пневмония

+: бронхоспазм

-: трахеит

1155. Для хронической пневмонии с бронхоэктазами характерны

-: непостоянные влажные хрипы

+: влажные хрипы постоянной локализации

-: проводные хрипы

-: крепитация

1156. Для синдрома Картагенера характерны

+: хронические синуситы

+: бронхоэктазы

+: обратное расположение внутренних органов

-: заращение наружных слуховых ходов

1157. Из перечисленных признаков для гемосидероза легких характерно

+: наличие сидерофагов в мокроте

- : высокий уровень железа сыворотки крови
- : эмфизема
- : эозинофильный легочный инфильтрат

1158. Для бронхиальной астмы характерны все перечисленные признаки, за исключением

- : приступа бронхоспазма с экспираторной одышкой
- +: повышения хлоридов поте и моче
- : гиперпродукции вязкой прозрачной мокроты
- : рассеянных непостоянных сухих и влажных хрипов

1159. Для атопической бронхиальной астмы не характерно

- : повышенный уровень медиаторов аллергических реакций
- : высокий уровень иммуноглобулинов E
- : наличие эозинофилов в мокроте
- +: лейкоцитоз с выраженным палочкоядерным сдвигом

1160. Для атопической бронхиальной астмы характерен

- + :I тип аллергической реакции
- : II тип аллергической реакции
- : III тип аллергической реакции
- : IV тип аллергической реакции

161. Эозинофильный легочный инфильтрат с эозинофилией может наблюдаться при всех перечисленных заболеваниях, за исключением

- +: малярии
- : токсокароза
- : бронхиальной астмы
- : респираторных аллергозов

1162. Для аллергического риносинусита не характерны

- : отек слизистой носа, гайморовых пазух
- : псевдополипоз
- : развитие псевдокист
- +: одышка экспираторная

1163. Заболевания суставов чаще развиваются у детей

- : с экссудативно-катаральной конституцией
- : с лимфатической конституцией
- +: с нервно-артритической конституцией
- : с перинатальной энцефалопатией

1164. Сердечные изменения чаще встречаются

- : при синдроме де Тони - Дебре - Фанкони
- +: при синдроме Марфана
- : при синдроме Альпорта
- : при адреногенитальном синдроме

1165. Выраженный общий цианоз наблюдается

- + : при атрезии трехстворчатого клапана
- : при коарктации аорты
- : при открытом артериальном протоке
- : при дефекте межжелудочковой перегородки

1166. Легочная гипертензия не наблюдается
- : при открытом артериальном протоке
 - : при дефекте межпредсердной перегородки
 - + : при изолированном стенозе легочной артерии
 - : при дефекте межжелудочковой перегородки

1167. При большом дефекте межжелудочковой перегородки у ребенка в возрасте 3 месяцев наблюдаются все перечисленные признаки, за исключением
- : одышки и непереносимости физической нагрузки
 - : повторных пневмоний
 - : акцента второго тона на легочной артерии
 - + : судорог

1168. При дефекте межжелудочковой перегородки максимум шума определяется
- : на верхушке сердца
 - : на легочной артерии
 - + : на груди
 - : на верхней трети грудины

1169. При системной красной волчанке сыпь локализуется
- : на ушных раковинах
 - : на туловище
 - : на ногах
 - + : на спинке носа и щеках

1170. Из перечисленных иммунологических показателей наибольшее диагностическое значение при системной красной волчанке имеют
- : иммуноглобулины М
 - : иммуноглобулины А
 - : АСЛО
 - + : антитела к ДНК

1171. При системной красной волчанке наибольшую диагностическую значимость имеет
- : повышение иммуноглобулинов
 - : диспротеинемия
 - + : LE-клетки
 - : увеличение СОЭ

1173. При грануломатозе Вегенера редко наблюдается
- : поражение дыхательных путей
 - : нефропатии
 - : поражение носоглотки

+: изменения со стороны нервной системы

1174. При склеродермии наиболее часто наблюдается

- : поражение печени
- : кардиопатия
- : нефропатия
- +: поражение кожи

1175. При дерматомиозите наиболее часто наблюдается

- : синдром Рейно
- +: генерализованное поражение мышц
- : нейропатия
- : нефропатия

1176. При ревматоидном артрите может наблюдаться

- +: высокая лихорадка
- +: перикардит
- +: увеличение лимфоузлов
- : СОЭ 60 мм/ч
- : гипотермия

1177. При ревматоидном артрите не отмечается

- : поражение мелких суставов
- : утренняя скованность суставов
- : длительное течение артрита
- +: "летучесть" болей

1178. Ревматоидный артрит характеризуется

- : сочетанием с эндокардитом
- : летучим характером поражения суставов
- : циклическим течением с полным и быстрым обратным развитием
- +: наличием остаточных деформаций

1179. Одним из основных диагностических критериев ревматизма является

- : очаговая инфекция
- +: кардит
- : общее недомогание
- : артралгия

1180. При ревматическом поражении суставов наблюдается

- : утренняя скованность
- : рецидивирующий полиартрит
- : ночные локализованные боли
- +: доброкачественное течение полиартрита

1181. Эндомиокардит чаще наблюдается

- +: при ревматизме

- : при инфекционно-аллергическом миокардите
- : при системной красной волчанке
- : при ревматоидном артрите

1182. При ревматическом эндокардите чаще наблюдается поражение

- : аортального клапана
- +: двухстворчатого клапана
- : трехстворчатого клапана
- : легочной артерии

1183. Набухание вен на шее не может свидетельствовать

- : о недостаточности кровообращения
- : о нарушении венозного возврата крови к сердцу
- : о повышении центрального венозного давления
- +: о недостаточности клапанов аорты

1184. При митральной недостаточности систолический шум бывает

- : нежный, короткий, непостоянный
- : грубый, с эпицентром в V точке
- : протяжный, дующий, связанный с I тоном, не исчезающий в динамике в V точке
- +: протяжный, дующий, связанный с I тоном, стойкий в динамике и при перемене положения, с максимумом на верхушке сердца

1185. Для гиперкоагуляции крови не характерно

- : тромбоциты 450 000
- : фибриноген 600 г/л
- : гематокрит 50%
- +: гемоглобин 100 г/л

1186. При полной атриовентрикулярной (поперечной) блокаде могут наблюдаться приступы

- : резкого цианоза
- +: потери сознания
- : сердцебиения
- : одышечно-цианотические

1187. Для вегетодистонии по симпатикотоническому типу не характерны

- +: мраморность кожи, акроцианоз
- : белый дермографизм
- : склонность к гипертермии
- : беспокойный сон

1188. Для ваготонического типа вегетодистонии не характерны

- : гипергидроз
- +: тахикардия
- : красный дермографизм
- : склонность к обморокам

1189. Тяжелый изолированный миокардит чаще наблюдается

- : при ревматизме
- : при септическом кардите
- +: при поствирусном кардите
- : при системной красной волчанке

1190. При поствирусном миокардите наиболее часто отмечается

- : систолодиастолический шум
- : длинный дующий систолический шум на верхушке
- : мезодиастолический шум
- +: глухие тоны, мягкий, короткий систолический шум

1191. Для постинфекционного миокардита характерно

- : СОЭ - 60 мм/ч
- :гипер-г-глобулинемия до 25%
- +: СОЭ - 25 мм/ч
- : ДФА - 400 единиц оптической плотности

1192. Острый воспалительный процесс в меньшей степени характеризует показатель

- : уровень иммуноглобулина IgG
- +: мочевины
- :С-реактивный белок
- :сиаловая реакция

1193. В норме у ребенка во 2-м межреберье слева соотношение тонов

- : I тон равен II тону
- : II тон слабее I тона
- : I, II, III тоны равны
- : I тон громче II тона
- +: II тон громче I тона

1194. Соотношение тонов на верхушке сердца в норме

- +: I тон громче II тона
- :I и II тоны равной интенсивности
- : II тон громче I тона
- : I, II, III тоны равной интенсивности

1195. Систолический шум с максимумом на верхушке сердца чаще всего связан с патологией

- : аортального клапана
- +: митрального клапана
- : трехстворчатого клапана
- : легочной артерии

1196. Водителем сердечного ритма в норме является

- : атриовентрикулярное соединение
- +: синусовый узел

-: центры правого предсердия

-: клетки в нижней части предсердия

1197. Для системной красной волчанки характерно повышение иммуноглобулинов крови класса

-: IgA

-: IgM

+: IgG

-: IgE

1198. Лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, полиартрит наиболее характерны

-: для ревматизма

+: для ревматоидного артрита

-: для инфекционного мононуклеоза

-: для узелкового периартериита

1199. Поражение глаз характерно

-: для болезни Шенлейна - Геноха

-: для дерматомиозита

-: для ревматизма

+: для ревматоидного артрита

1200. Для тетрады Фалло не характерно

-: вынужденное положение

-: одышка

-: приступы цианоза

+: бессимптомное течение

1201. Конъюнктивит часто наблюдается

-: при ревматоидном артрите

-: при синдроме Рейтера

-: при ревматизме

-: при склеродермии

1202. Уретритом сопровождается

-: ревматизм

- :ревматоидный артрит

+: синдром Рейтера

-: полииндормный ревматизм

1203. Утренняя скованность чаще наблюдается

-: при ревматизме

+: при ревматоидном артрите

-: при СКВ

-: при реактивном артрите

1204.

Инсоляция провоцирует развитие

- :ревматизма

- + : системной красной волчанки
- : реактивного артрита
- : синдрома Рейтера

1205. Артралгии у детей часто наблюдаются
- : при экссудативно-катаральной конституции
 - + : при нервно-артритической конституции
 - : при лимфатической конституции
 - : у детей с перинатальной патологией

1206. Для ревматических болезней не характерно
- : увеличение g-глобулинов крови
 - + : снижение g-глобулинов крови
 - : повышение иммуноглобулинов крови
 - : снижение альбуминов крови

1207. При пилороспазме не характерна
- : тошнота
 - : рвота
 - : рвота с примесью желчи
 - + : рвота неизменными пищевыми массами

1208. Ребенок перенес пневмонию с инфекционно-токсической кардиопатией. В этой ситуации противодифтерийную прививку можно проводить
- : через 1 год
 - : через 2 года
 - + : через 6 месяцев
 - : через 1 месяц

1209. Для эзофагита характерно
- + : боли за грудиной
 - : метеоризм
 - : жидкий стул
 - : запоры

1210. Из перечисленных биохимических исследований сыворотки крови при рецидивирующей рвоте необходимо провести в первую очередь анализ на
- : билирубин
 - : холестерин
 - : СРБ
 - + : КЩС

1211. Для рвоты центрального генеза характерно
- : жидкий стул
 - : боли в животе
 - + : головная боль
 - : ацетонурия

1122. Конституциональный кетоацидоз реже всего дифференцируют
- : с вегетовисцеральными пароксизмами

- + : с гельминтами
 - : с острым животом
 - : с комой при сахарном диабете
1213. Из перечисленных биохимических исследований сыворотки крови при кетоацидозе необходимо провести в первую очередь анализ на
- + : сахар
 - : протромбин
 - : билирубин
 - : остаточный азот
1214. Для халазии характерен следующий симптом
- : боли в правом подреберье
 - : запоры
 - : боли натошак в эпигастрии
 - + : рецидивирующая рвота
1215. Ахалазия сопровождается
- + : рвотой непереваренной пищей
 - : рвотой с примесью желчи
 - : срыгиванием через 1 ч после еды
 - : рвотой переваренной пищей
1216. Наиболее характерным признаком при ахалазии является
- + : рвоты во время еды
 - : отказ от еды
 - : рвота застойным содержимым желудка
 - : рвота после еды
1217. При синдроме "раздраженного желудка" не характерны
- : изжога
 - : рвота
 - + : кровь в кале
 - : отрыжка
1218. Для недоношенных новорожденных с внутриутробной гипотрофией характерна
- + : гипогликемия
 - : гипокалиемия
 - : гипонатриемия
 - : гипермагниемия
1219. У родившегося в срок ребенка в первую неделю жизни нарастала желтуха, которая стабильно сохраняется в течение 4 недель, появились запоры, брадикардия. О каком заболевании можно думать
- : о сепсисе
 - + : о гипотиреозе
 - : о АВО-гемолитической болезни
 - : о пилоростенозе
 - : о физиологической желтухе новорожденного

1220. Ребенок 2 лет. Тяжелое состояние, температура 39⁰С, сомнолентность, ригидность затылка и небольшие кожные кровоизлияния. В ликворе 600 клеток, почти все - гранулоциты, сахар снижен, белок повышен. Какой возбудитель менингита наиболее вероятен

- : пневмококк
- +: менингококк
- : бактерия туберкулеза
- : вирус кори

1221. Какой клинический симптомокомплекс обусловлен недостаточностью привратника

- :пилороспазм
- +: "проскакивание" пищи
- : рецидивирующая рвота
- : раздраженный желудок

1222

Какой признак не отражает недостаточность привратника

- : боли в эпигастрии во время еды
- : позыв на дефекацию во время еды
- : разжижение стула
- +: рвота без примеси желчи

1223

При недостаточности привратника нецелесообразно назначать

- : мезим-форте
- : фестал
- : аукупунктуру
- +: церукал

1224

Дуоденогастральные рефлюксы могут способствовать развитию

- : дивертикула желудка
- : перегиба желудка
- : язвы пищевода
- +: антрального гастрита

1225

Как правильно произвести рентгеноконтрастное исследование с барием при подозрении на артериомезентериальную компрессию

- : исследование в вертикальной позиции
- : исследование в горизонтальной позиции
- +: исследование в вертикальном, а затем - коленно-локтевом положении
- : исследование в коленно-локтевом положении

1226

Для диагностики дуоденита наиболее информативны данные

- :эндоскопии
- :рентгеноскопии
- :рентгенографии
- +:копрологии

1227

Недостовверным эндоскопическим признаком обострения дуоденита является

- :отечность, гиперемия слизистой оболочки
- +:гиперсекреция слизи
- :картина "бульжной мостовой"
- :феномен "манной крупы"

1228

Какая патология чаще развивается из-за дуоденита

- :хронический тонзиллит
- :колиты
- :пиелонефрит
- +:холепатии

1229

Наиболее достоверным рентгенологическим признаком язвенной болезни 12-перстной кишки является

- :конвергенция складок
- +:остаточное пятно бария
- :раздраженная луковица
- :отечность складок

1230

Наиболее частым осложнением язвенной болезни у детей является

- +:кровотечение
- :перфорация
- :пенетрация в поджелудочную железу
- :малигнизация

1231.В период обострения язвенной болезни 12-перстной кишки целесообразно в качестве антацидов использовать

- :соду
- :только пищевые продукты
- +:нерастворимые антациды
- :минеральную воду

1232.Не обладает обволакивающими свойствами

- :де-нол
- :альмагель

- :отвар овса
- +:метилурацил

1237. При непрерывно-рецидивирующем течении язвенной болезни наименее эффективна

- :гипербарическая оксигенация
- :лазеротерапия
- :эндоскопическая санация
- +:акупунктура

1238. Какие заболевания особенно предрасполагают к развитию холепатии

- +:заболевания 12-перстной кишки
- :хронический тонзиллит
- :гастрит
- :пневмония

1239

На развитие холестаза не влияет

- :повреждение гепатоцита
- :патология билиарных путей
- :дисбактериоз
- +:обилие жира в пище

1240

Какой симптом не считается вибрационным

- :Лепене
- :Ортнера
- :Пастернацкого
- +:Образцова

1241

Какой признак не обусловлен дискинезией желчных путей

- :боль в правом подреберье
- :субиктеричность склер
- :обложенность языка
- +:телеангиоэктазии на коже

1242

Какое заболевание желчного пузыря можно диагностировать по результатам микроскопии дуоденального содержимого

- +:дисхолию
- :дискинезию
- :холецистит
- :аномалию

1243

Какие компоненты осадка дуоденального содержимого не характерны для дисхолии

- :кристаллы билирубината кальция
- +:лейкоциты
- :кристаллы холестерина
- :липидные частицы, гранулы

11244

Какой компонент осадка дуоденального содержимого свидетельствует о наличии рефлюкса из тонкой кишки в 12-перстную

- :кристаллы холестерина
- :кристаллы билирубината кальция
- +:лямблии
- :лейкоциты

1245

Какой признак не характерен для холецистита

- :обнаружение СРБ при биохимическом исследовании желчи
- :утолщение стенки желчного пузыря при УЗИ
- :наличие в пузыре при УЗИ осадка гетерогенной эхоплотности
- +:лейкоциты при микроскопии осадка желчи

1246

Какой биохимический показатель сыворотки крови может свидетельствовать о задержке выброса желчи из желчного пузыря

- :белок
- +:холестерин
- :тимоловая проба
- :билирубин

1247. Какой рентгенологический признак не типичен для дисхолии

- :отсутствие слоистости контрастированной и неконтрастированной желчи
- :запаздывание появления контрастированной желчи в виде "краевой полоски"
- :наличие перетяжек, перегородок
- +:наличие слоистости контрастированной и неконтрастированной желчи

1248

Какие препараты целесообразнее использовать при холецистите

- +:фурановые
- :сульфамиды
- :эритромицин
- :тетрациклин

1249

Какой синдром не типичен для хронического гепатита

- :желтухи

- :холестаза
- :мезенхимно-воспалительный
- +:лимфаденопатии

1250

Для синдрома желтухи при хроническом гепатите не характерен признак

- :повышения непрямого билирубина
- :повышения прямого билирубина
- +:гемолиза
- :обесцвеченного кала

1251

Для синдрома внутрипеченочного холестаза не характерен признак

- :гипертрансаминаземии
- +:гипербилирубинемии
- :уробилинурии
- :повышения желчных кислот в сыворотке крови

1252

Для синдрома внутрипеченочного холестаза не характерен признак

- :зуд кожи
- +:спленомегалия
- :уплотнение печени
- :гепатомегалия

1253

Причиной развития синдрома внутрипеченочного холестаза могут являться все перечисленные, кроме

- :острого вирусного гепатита
- :хронического гепатита
- :токсического гепатита
- +:каротиновой желтухи

1254

Развитие внутрипеченочного холестаза не наблюдается

- :при гепатите при мононуклеозе
- :при лимфогранулематозе
- +:при дискинезии желчевыводящих путей
- :при септическом гепатите

1255

Для синдрома подпеченочного холестаза не характерно

- :гипертензия в билиарной системе
- :задержка желчевыделения в двенадцатиперстную кишку
- :гиперхолестеринемия, повышение щелочной фосфатазы
- +:гипертрансаминаземия

1256

При мезенхимно-воспалительном синдроме не наблюдается

- +:снижение СОЭ
- :повышенное содержание иммуноглобулинов
- :повышение содержания С-реактивного белка и других белков острой фазы воспаления
- :гиперфибриногенемия

1257

Для мезенхимно-воспалительного синдрома не характерен признак

- :увеличения лимфоузлов
- :полисистемности
- :гепатоспленомегалии
- +:расширения вен

1258

Мезенхимно-воспалительный синдром не развивается

- :при сепсисе
- :при остром и хроническом гепатите
- +:при гепатозе
- :при инфекционном мононуклеозе и других лимфотропных инфекциях

1259

При синдроме печеночно-клеточной недостаточности не наблюдается

- +:гиперальбуминемия
- :повышение желчных кислот в сыворотке крови
- :гипертрансаминаземия
- :гипербилирубинемия

1260

Для хронического гепатита наиболее характерен признак

- +:повышение трансаминаз в 1.5-2 раза по сравнению с нормой
- :повышение трансаминаз более чем в 2 раза по сравнению с нормой
- :гиперхолестеринемия
- :гипербилирубинемия

1261

При хроническом гепатите не отмечается

- :увеличение, уплотнение печени и селезенки
- :наличие желтухи

+:увеличение печени без увеличения селезенки
-:дерматоваскулит

1262

О наличии гепатоцитолита не свидетельствует

-:гипертрансаминаземия
-:повышение содержания желчных кислот в сыворотке крови
-:радиоизотопные исследования
+:непрямая гипербилирубинемия

1263

Возможным прогнозом токсического гепатита являются все перечисленные, за исключением

-:выздоровления
-:острой печеночной недостаточности
+:абсцедирования
-:перехода в хронический гепатит, цирроз

1264

Для гепатозов не характерно

-:увеличение и уплотнение печени и селезенки
-:желтуха
-:дистрофические изменения
+:кровоточивость

1265

Какой биохимический серологический показатель не характерен для гепатозов

+ :гипертрансаминаземия
-:гиперхолестеринемия
-:гипергликемия
-:гиперпротеинемия

1266

В каком возрасте чаще выявляется желтуха Жильбера

-:у новорожденных
-:в грудном
+:в школьном
-:в дошкольном

1267

Какой клинический симптом характерен для желтухи Жильбера

-:анемия
-:гепатомегалия
-:гепатоспленомегалия
+:желтуха

1268

Какой лабораторный признак характерен для желтухи Жильбера

- + : непрямая гипербилирубинемия
- : ретикулоцитоз
- : повышение трансаминаз
- : прямая гипербилирубинемия

1269

Определяющим клиническим признаком при циррозе печени является

- : увеличение печени и селезенки
- + : увеличение и значительное уплотнение печени и селезенки
- : дистрофические изменения
- : желтуха

1270

При портальной гипертензии наиболее опасно

- + : острое респираторное заболевание
- : кровотечение из вен пищевода
- : кровотечение из геморроидальных вен
- : острая кишечная инфекция

1271

Для портальной гипертензии диагностически значимыми являются все перечисленные симптомы, кроме

- : спленомегалии
- : расширения геморроидальных сосудов
- : расширения вен пищевода
- + : расширения сосудов Киссельбахова сплетения

1272

Какой препарат не усиливает непрямую гипербилирубинемия

- : левомицетин
- : сульфаниламиды
- : салицилаты
- + : верошпирон

273

Что не следует назначать при печеночном холестаза

- : эссенциале
- + : нитрофурановые препараты
- : энтеродез
- : карболен

1274

Что не следует назначать при подпеченочном холестазае

- :сернокислую магнeзию
- :пищеварительные ферменты
- +:миотропные спазмолитики
- :минеральную воду

1275

При каком симптоме хронического гепатита преднизолон не показан

- +:наличия HBs-антигена
- :гипертрансаминаземии
- :гиперпротеинемии
- :гипоальбуминемии

1276

Что нецелесообразно назначать при желтухе Жильбера

- :минеральную воду
- :отвар овса
- :сбалансированное питание
- +:сернокислую магнeзию

1277

Поражение поджелудочной железы обязательно

- +:при муковисцидозе
- :при кишечной инфекции
- :при скарлатине
- :при колите

1278

Какое заболевание реже осложняется панкреатитом

- :аллергические заболевания
- :дискинезии 12-перстной кишки
- :подпеченочный холестаза
- +:кишечная инфекция

1279

Для верификации диагноза панкреатита необходимо исследовать

- :состав периферической крови
- :сахар крови
- :уровень кальция в сыворотке крови
- +:уровень амилазы сыворотки крови

1280

С каким заболеванием необязательно проводить дифференциальный диагноз приступа панкреатита

- + :с проктитом
- :с аппендицитом
- :с инвагинацией, непроходимостью кишечника
- :с дискинезией желчевыводящих путей

1281

К патогенетическим средствам лечения приступа панкреатита относятся

- :антибиотики
- :десенсибилизирующие препараты
- + :ингибиторы ферментов (контрикал, трасилол и др.)
- :холинолитики (атропин, платифиллин)

1282

Какое дополнительное исследование подтверждает наличие хронического энтерита

- :ирригоскопия
- + :биопсия тонкой кишки
- :ректороманоскопия
- :гастрофибродуоденоскопия

1283

Наиболее частой причиной развития энтероколита у детей старшего возраста является

- :наличие запоров
- :нарушение диеты
- + :наличие затяжной кишечной инфекции
- :наличие компенсированного дисбактериоза

1284

Ведущим клиническим синдромом при хроническом энтерите является

- :боли в гипогастрии
- + :синдром нарушенного всасывания
- :боли натощак
- :запоры

1285

Из перечисленных копрологических признаков для хронических энтеритов характерны все перечисленные, кроме

- :креатореи
- :амилореи
- :стеатореи II типа
- + :стеатореи I типа

1286

Какой препарат показан при интестинальной ишемии

- + :никотиновая кислота
- :глюконат кальция

- :соляная кислота с пепсином
- :фурановые препараты

1287

К основной флоре толстой кишки относится все перечисленное, за исключением

- :кишечной палочки
- +:кlostридий
- :лактобактерина
- :бифидумбактерий

1288

К основному копрологическому признаку неспецифического язвенного колита относится

- +:выделение слизи с кровью
- :стеаторея
- :амилорея
- :креаторея

1289

При каких заболеваниях толстой кишки обязательна прицельная биопсия

- +:при неспецифическом язвенном колите и болезни Крона
- :при спастическом запоре
- :при проктосигмоидите
- :при дисбактериозе

1290

Для какого заболевания толстой кишки характерны парапроктиты

- :для неспецифического язвенного колита
- +:для болезни Крона
- :для проктосигмоидита
- :для постинфекционного колита

1291

Какая патология не сопровождается рвотой с кровью

- :носовое кровотечение
- :эзофагит (геморрагический, язвенный)
- +:дискинезия желчевыводящих путей
- :портальная гипертензия с расширением вен пищевода

1292

Каков объем мочевого пузыря у ребенка 3 месяцев

- +:20-30 мл
- :100 мл
- :150 мл
- :7 мл

1293

Концентрация мочи у ребенка достигает уровня взрослого в возрасте

- :1-й недели
- + :5 лет
- :6 месяцев
- :10 лет

1294

Низкую осморегуляторную функцию почек у детей грудного возраста определяют все перечисленные факторы, за исключением

- :функциональной неполноценности эпителия дистального канальца
- :недоразвития осморцепторов
- :недостаточности образования антидиуретического гормона
- + :характера питания

1295

Селективность протеинурии определяют для оценки состояния

- :петли Генле
- :эпителия дистальных канальцев
- + :мембраны клубочков

1296

В норме выделяется с мочой

- :1/3 объема выпитой жидкости
- + :2/3 объема выпитой жидкости
- :1/6 объема выпитой жидкости
- :1/4 объема выпитой жидкости

1297. Какие колебания относительной плотности мочи характерны для здорового ребенка 10 месяцев

- :1010-1020
- :1009-1015
- :1001-1003
- + :1002-1008

1298

Какое количество мочеиспусканий характерно для ребенка 10 лет

- + :4-6 раз в сутки
- :7-8 раз в сутки
- :до 15 раз в сутки
- :до 10 раз в сутки

1299

Какое заболевание относят к иммунокомплексным болезням

- + :гломерулонефрит
- :пневмонию
- :вирусный гепатит
- :гастродуоденит

1300

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

- + :20-30 мл
- :100 мл
- :80 мл

1301

С какого возраста можно проводить внутривенную урографию

- + :с 10-дневного возраста
- :с месячного возраста
- :с 6-месячного возраста
- :с 3 лет

1302

Показаниями к проведению рентгеноконтрастного исследования мочевой системы являются

- :признаки соединительнотканной дисплазии
- + :аномалия развития уrogenитальной области
- :недоношенность
- :симптомы интоксикации

1303

Гломерулонефрит чаще развивается

- :на 1-м году жизни
- :с 1 года до 2 лет
- :с 7 до 15 лет
- + :после 2-3 лет

1304

Для начала гломерулонефрита наиболее характерно

- :температурная реакция
- :абдоминальный синдром
- + :олигурия
- :катаральные явления

1305

Гломерулонефрит чаще развивается

- :на фоне респираторного заболевания
- + :через 7-14 дней после респираторного заболевания

- :через два месяца после переохлаждения
- :через 30 дней после простуды

1306

Ведущим симптомом при гематурической форме гломерулонефрита является

- +:гематурия
- :гипертензия
- :лейкоцитурия
- :отеки

1307

Какие изменения ЭКГ чаще наблюдаются при гломерулонефрите

- :нарушение проводимости (увеличение PQ)
- :экстрасистолия
- +:изменения зубца T
- :изменения зубца P

1308

Какой из признаков не характерен для гиперкалиемии

- :глухость тонов сердца
- :брадикардия
- :парестезия
- +:тахикардия

1309

Какую диету целесообразно назначить мальчику 6 лет, у которого сегодня появились отеки век, голеней, мало мочится

- :стол гипохлоридный
- :фруктово-сахарный
- :стол вегетарианский
- +:стол без соли, мяса

1310

При каком поражении почек наблюдается лейкопения

- :при узелковом периартериите
- :при наследственном нефрите
- +:при волчаночном нефрите
- :при дизметаболической нефропатии

1311

Амилоидоз чаще развивается

- +:при ревматоидном артрите
- :при гломерулонефрите
- :при тубулоинтерстициальном нефрите
- :при пиелонефрите

1312

Какой из указанных признаков подтверждает диагноз системной красной волчанки

+:LE-клетки

-:периорбитальная эритема

-:дисфагия

1313

У ребенка 8 месяцев рвота, температура 39⁰С. Беспокоен, часто мочится. В моче следы белка, эритроциты - 20 в поле зрения, лейкоциты - до 80 в поле зрения. Ваш диагноз

-:нефротический синдром

-:острый нефрит

+:пиелонефрит

-:хронический цистит

1314

Частое мочеиспускание является симптомом, характерным

-:для хронической почечной недостаточности

+:для воспаления мочевыводящих путей

-:для гломерулонефрита

1315

Какой ребенок относится к группе риска по пиелонефриту и другим заболеваниям мочевой системы

+:ребенок, мать которого во время беременности болела пиелонефритом

-:недоношенный

-:ребенок, бабушка которого страдает диабетом

-:ребенок с признаками перинатальной гипоксии

1316

У ребенка пиелонефрит. Бактериурия - 100 000 микробных тел кишечной палочки в 1 мл мочи. С какой терапии целесообразно начать лечение

+:ампициллин с фурагином

-:сульфаниламидные препараты

-:5-нок

-:оксациллин

1317

Девочка 2 лет. Температура 38.5⁰С, боли в животе и поясничной области. Моча визуально мутная. Ваша тактика

-:исследование общего анализа мочи

+:госпитализация

-:назначение лечения

-:консультация уролога

1318

Наследственный нефрит часто сочетается

+ : с тугоухостью

- : с врожденным пороком сердца

- : с глюкозурией

- : с пиелонефритом

1319

У ребенка 9 лет вчера появилась головная боль, повторная рвота. Мочится мало. Сегодня появилось нарушение зрения. Ваши неотложные мероприятия

- : срочная консультация окулиста

+ : измерение артериального давления

- : срочная консультация уролога

- : клинический анализ крови

1320

Что является угрожающим для жизни при острой почечной недостаточности

- : повышение мочевины в крови

- : повышение креатинина в крови

- : гиперурикемия

+ : гиперкалиемия

1321

Наиболее достоверным признаком хронической почечной недостаточности является

- : артериальная гипертензия

- : гипергликемия

+ : повышение уровня мочевины

- : полиурия

1322

Какой тип анемии встречается при хронической почечной недостаточности

- : макроцитарная

+ : нормохромная

- : микроцитарная

1323

Ваши мероприятия у больного 9 лет с сильной головной болью, мочой цвета "мясных помоев", внезапно возникшим нарушением зрения

- : клинический анализ крови

- : срочная консультация уролога

- : срочная консультация окулиста

+ : измерение артериального давления

1324

У ребенка 4 лет артериальное давление - 120/70 мм рт. ст. В анализе мочи белок - 6.6 г/л, лейкоциты - 0-1 в п/зр. Какой диагноз наиболее вероятен

- + :аллергическая реакция
- :гломерулонефрит
- :наследственный нефрит
- :инфекционная почка

1325

Какая тактика участкового врача у ребенка с нефротической формой гломерулонефрита

- :повторить анализ мочи
- :направить на консультацию к нефрологу
- + :госпитализировать
- :назначить антибиотики на дому

1326

Ребенок с диагнозом "гломерулонефрит, нефротическая форма, неактивная фаза, хроническое течение, функция почек сохранена". Как часто целесообразно определение клиренса эндогенного креатинина

- :1 раз в месяц
- :1 раз в два месяца
- + :1-2 раза в год
- :1 раз в три года

1327

Начальная стадия астматического статуса ставится на основании

- :продолжительности приступа
- :выраженности одышки
- + :снижения толерантности к симпатомиметикам

1328

Первым признаком передозировки эуфиллина является

- :падение артериального давления
- + :головная боль, боли в животе, тошнота, рвота
- :нарушение сердечного ритма

1329

Мальчик 6 лет, вялый, бледный, распространенные отеки. Что должен выяснить врач "скорой помощи"

- :снижен ли аппетит
- + :сколько выделяет мочи
- :контакты с корью
- :какие перенес детские инфекции

1330

Наиболее частой причиной развития острой почечной недостаточности у детей является

- + : возникновение гиповолемии
- : прием нефротоксических веществ
- : возникновение гемолиза
- : наличие пороков развития почек

1331

Причиной возникновения "шокового легкого" является

- : повышение давления в малом круге кровообращения
- : неадекватная спонтанная вентиляция легких
- : гиперпродукция эндорфинов
- + : тромбоэмболия мелких ветвей легочных сосудов

1332

При отравлении бледной поганкой развивается

- : судорожный синдром
- : отек легких
- : острая почечная недостаточность
- + : острая печеночная недостаточность

1333

Случайные отравления наиболее часто происходят от употребления ребенком

- + : лекарственных препаратов
- : растительных ядов
- : препаратов бытовой химии
- : ядовитых грибов

1334

При пероральном отравлении ребенку в первую очередь необходимо

- : провести форсированный диурез
- : ввести слабительное средство
- : поставить сифонную клизму
- + : промыть желудок

1335

Остановка сердца чаще всего происходит

- + : в диастоле
- : в систоле

1336

Какова наиболее частая причина генерализованных судорог у детей раннего возраста

- : гнойный менингит
- : острое отравление
- + : энцефалитические реакции при вирусных инфекциях
- : эпилепсия

1337

К первоочередным мероприятиям при судорожном синдроме относятся

- + : введение седуксена
- : введение лазикса
- : введение преднизолона

1338

Спинальную пункцию в ранние сроки следует провести

- : при длительном судорожном синдроме
- : при подозрении на эпилепсию
- : при подозрении на опухоль мозга
- + : при подозрении на менингит

1339

При менингококцемии чаще всего отмечается

- : низкое общее периферическое сопротивление
- : высокое общее периферическое сопротивление
- + : низкое центральное венозное давление
- : высокое центральное венозное давление

1340

Для отека легких не характерно

- : кашель с выделением пенистой розовой мокроты
- : тахикардия
- + : отеки на ногах
- : обилие влажных хрипов в легких

1341

К симптомам токсической дифтерии относятся все перечисленные, кроме

- : лихорадки, боли в горле
- : отека шейной клетчатки, тонзиллярного лимфаденита
- + : регионарного лимфаденита без отека шейной клетчатки
- : выраженного отека миндалин и ротоглотки
- : распространенных фибриновых налетов в ротоглотке

1342

Какого типа сыпь наиболее характерна для менингококцемии

- : розеолезная
- : пустулезная
- + : геморрагическая
- : герпетическая

1343

В какие сроки от начала болезни появляется сыпь при скарлатине

- + :в 1-2-е сутки болезни
- :на 3-4-е сутки болезни
- :на 5-е сутки болезни
- :на 2-й неделе

1344

Характерными симптомами эпидемического паротита являются все следующие, кроме

- :лихорадки
- :увеличения околоушных слюнных желез
- :увеличения подчелюстных слюнных желез
- :боли в животе
- + :ангины

1345

Типичной локализацией сыпи при краснухе является

- + :лицо, туловище, разгибательные поверхности конечностей, ягодицы
- :боковые поверхности туловища, внутренняя поверхность бедер, сгибательные поверхности конечностей
- :поэтапное распространение сыпи на лице, туловище, конечностях
- :туловище, конечности с концентрацией элементов на стопах, кистях, вокруг суставов
- :типичная локализация нехарактерна

1346

Укажите особенности сыпи при брюшном тифе

- :розеолезная, появляющаяся в 1-3-й дни болезни одновременно
- :розеолезно-петехиальная, появляющаяся на 5-7 день с последующим подсыпанием
- :розеолезная, появляющаяся одновременно на 8-10-й дни
- + :розеолезная, появляющаяся на 8-10-й дни с последующим подсыпанием

1347

Для вирусного гепатита А характерно все перечисленное, кроме

- :острого начала заболевания
- :цикличности течения
- :лихорадки и диспепсических явлений в преджелтушном периоде
- :улучшения самочувствия при появлении желтухи
- + :выраженного респираторного и суставного синдрома

1348

Для вируса гепатита В характерны все следующие особенности, кроме

- :поражения всех возрастных групп
- :наиболее тяжелое течение у детей 1-го года жизни
- :возможности сохранения пожизненного носительства вируса
- + :сезонных колебаний заболеваемости
- :формирования стойкого иммунитета

1349

На какой срок защищает от вирусного гепатита А иммуноглобулин

- :на 10 дней
- :на 3 недели
- :на 6 недель
- :на 3 месяца
- +:на 6 месяцев

1350

Поствакцинальные энцефалиты могут возникать при всех следующих прививках, кроме

- :АКДС
- +:полиомиелитной
- :коревой
- :паротитной
- :антирабической

1351

Основными клиническими проявлениями холеры являются

- :лихорадка, головная боль, отсутствие аппетита
- :боли в животе, симптомы раздражения брюшины
- +:обильный водянистый стул, обезвоживание
- :геморрагический синдром

1352

Ребенок 6 месяцев, беспокоен, температура до 38,5°C. Во время кормления бросает грудь, резко вскрикивает, дыхание через нос затрудненное. Ваш предварительный диагноз

- +:отит
- :ринит
- :ОРЗ
- :стоматит

1353

Осложнением ангины обычно не бывает

- :подчелюстной лимфаденит
- :паратонзиллярный абсцесс
- +:стоматит
- :перитонзиллит

1354

У ребенка 2 лет после игры в комнате при отсутствии взрослых появились беспокойство, слюнотечение, отказ от еды. Ваш предварительный диагноз

- :заглоченный абсцесс
- :инородное тело бронха
- +:инородное тело пищевода

1355

У ребенка 11 лет боль в горле, невозможность открывать рот, повышенное слюноотделение. Одна небная миндалина значительно больше другой, гиперемирована, отечна; голос гнусавый. Ваш предварительный диагноз

- :заглотоочный абсцесс
- +:паратонзиллярный абсцесс
- :ангина
- :тонзиллит

1356

У ребенка 2 лет температура 38.9°C, беспокойство, отказ от еды, шумное хрипящее дыхание. Ваш предварительный диагноз

- :круп
- :ангина
- +:заглотоочный абсцесс
- :паратонзиллярный абсцесс

1357

Ребенка надо приучать чистить зубы

- :с момента прорезывания первых временных (молочных) зубов
- +:с 2 лет
- :после прорезывания всех временных (молочных) зубов
- :ко времени поступления в школу

1358

Для диагноза сахарного диабета у ребенка важно наличие

- :увеличения СОЭ
- :гиперкалиемии
- :низкого удельного веса мочи
- +:гипергликемии

1359

У девочки 14 лет диффузное увеличение щитовидной железы III степени. Кожа влажная, горячая, Экзофтальмия. Положительные симптомы Грефе и Мебиуса. Тахикардия. Артериальное давление - 140/60 мм рт. ст. Установлен диагноз - "диффузный токсический зоб III степени, тяжелая форма"

- +:диагноз верен
- :диагноз не верен
- :необходимо исключить опухоль мозга
- :необходимо исключить ревматизм

1360

У девочки 3 лет полиурия, дефицит веса 10%, кожа и язык сухие, гиперемия щек, запах ацетона в выдыхаемом воздухе, печень +3 см. Гликемия натощак - 12.8 ммоль/л. В моче 6% сахара при суточном диурезе 2.5 литра. Предварительный диагноз

- :почечная глюкозурия
- +:инсулинозависимый сахарный диабет
- :несахарный диабет
- :нарушение толерантности к углеводам

1361

Хронический вульвовагинит не вызывает

- :синехии
- +:полипы влагалища
- :цистит
- :интоксикацию

1362

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

- +:4-5 месяцев
- :6-7 месяцев
- :3-4 месяцев
- :5-6 месяцев

1363

Что не характерно для хорей

- :гиперкинезы
- :гипотония мышц
- +:параличи
- :нарушение координации

1364

Что не характерно для ревматической хорей

- +:менингеальные симптомы
- :нарушение координации движений
- :гипотония мышц
- :изменение эмоционального статуса
- :гиперкинезы

1365

Возбудителем флегмоны новорожденных является

- :сапрофитная флора новорожденного
- :простейшие
- :вирус
- +:стафилококк

1366

Что из перечисленного требует немедленного оперативного лечения

- +:острый живот

- :острая задержка мочи
- :болезнь Пертеса
- :болезнь Шлаттера

1367

Мальчик 6 лет. Накануне заболел живот, локализует боль вокруг пупка, температура 37.5⁰С. Зев слегка гиперемирован. Стул 1 раз, кашицеобразный. Вчера 1 раз рвота.

Необходимо сделать все перечисленное, кроме

- :подсчета числа сердечных сокращений
- :исследования пальцем per rectum
- :анализа крови клинического, срочно
- +:посещения ребенка на следующий день, не проводя названных исследований

1368

В каком возрасте чаще встречается инвагинация

- +:до 2 лет
- :у новорожденных
- :в школьном возрасте
- :у подростков

1369

С какого возраста необходимо обязательно лечить косоплапость

- :с 6 месяцев
- :с 1 года
- +:с первых дней жизни
- :с 3 лет

1370

Ребенок 6 лет поступил с диагнозом "кишечная инфекция": второй день болит живот, температура – 38⁰С. Два раза рвота, стул 3 раза, жидкий. Какое исследование для дежурного педиатра имеет наибольшее диагностическое значение

- :клинический анализ крови
- :биохимический анализ крови
- +:пальпация живота во время сна ребенка для выявления болезненности и напряжения мышц
- :обзорный рентгеновский снимок живота

1371

При псориазе поражаются

- +:суставы
- :носоглотка
- :легкие

1372

Для каких васкулитов характерны симметрично расположенные геморрагические высыпания пятнисто-папулезного характера с экссудацией

-: пигментно-геморрагический васкулит Шамберга

-: узловатая эритема

+: геморрагический васкулит Шенлейна - Геноха

1373

Основными клиническими признаками ограниченной склеродермии являются все перечисленные, кроме

-: наличия отека пятна красно-фиолетового цвета

-: уплотнения, индурации кожи в месте поражения

-: дистрофии кожи

+: зуда

1374

Какие поражения не характерны для сифилиса у ребенка грудного возраста

-: кожные сыпи

-: трещины кожи вокруг рта и с последующим образованием рубцов

+: эндомиокардит

-: слизисто-гнойный ринит

1375

Поражение какого органа редко встречается при сифилисе у детей

-: печени

-: легких

+: сердца

-: лимфоузлов

1376

В детском саду у детей 5 лет сделали анализ периферической крови. У кого из них - абсолютная нейтропения

-: лейкоцитов 10000, нейтрофилов 25%

+: лейкоцитов 4000, нейтрофилов 30%

-: лейкоцитов 20000, нейтрофилов 15%

-: лейкоцитов 3000, нейтрофилов 55%

1377

С каким фактором не связан нейтрофилез

-: с бактериальной инфекцией

-: с ионизирующей радиацией

-: с токсикозом, ацидозом

+: с типом конституции

1378

С каким фактором не связан лимфоцитоз

- + : с бактериальной инфекцией
- : с гематоонкологическим заболеванием
- : с вирусной инфекцией
- : с типом конституции

1379

Какому заболеванию не свойственен высокий лимфоцитоз

- : инфекционному лимфоцитозу
- : инфекционному мононуклеозу
- : энтеровирусной инфекции
- + : бактериальной инфекции

1380

Какой гельминтоз не сопровождается эозинофилией

- + : энтеробиоз
- : описторхоз
- : фасциолез
- : стронгилоидоз

1381

- : токсокароз
- : трихинеллез
- : аскаридоз
- + : лямблиоз

1382

В какой период бронхиальной астмы наиболее выражена эозинофилия

- : в предприступный период
- : в начале приступа
- : на высоте приступа
- + : в постприступный период

1383

При каком заболевании имеет место увеличение эозинофилов и базофилов

- : при остром лейкозе
- + : при хроническом миелолейкозе
- : при бактериальной инфекции
- : при вирусной инфекции

1384

Не является экзогенной алиментарной причиной дефицита железа

- : употребление продуктов, бедных железом
- : преимущественное питание молочными продуктами

- + : преобладание мясных продуктов
- : преобладание мучных продуктов

1385

К эндогенным причинам недостаточного всасывания алиментарного железа не относится

- : нарушение всасывания в тонкой кишке
- + : нарушение пассажа в толстой кишке
- : гипоацидность
- : нарушение обмена ферритина

1386

К клиническим признакам дефицита железа не относится

- : бледность слизистых оболочек
- : систолический шум
- + : спленомегалия (у ребенка старше 1 года)
- : дистрофические изменения кожи, волос, ногтей, зубов

1387

Не является гематологическим признаком железодефицитной анемии

- : сниженный цветной показатель
- : анизо-пойкилоцитоз
- + : нормобластоз
- : гипохромия эритроцитов

1388

Правильная тактика применения препаратов железа

- : до нормализации гемоглобина
- + : до нормализации гемоглобина и еще 3-4 недели
- : до нормализации сывороточного железа
- : в течение 2 недель

1389

Кровотечения, наиболее редко вызывающие постгеморрагическую анемию

- + : легочные
- : носовые
- : маточные
- : желудочно-кишечные

1390

Клинический признак, не характерный для анемии, вызванной нарушениями порфиринового обмена

- : рецидивирующие боли в животе
- : полиневрит
- : гепатомегалия

+ :депигментация кожи

1391

Основной фактор гемолиза

- :гепатомегалия

+ :укорочение продолжительности жизни эритроцита

- :нарушения костномозгового кроветворения

- :гиперспленизм

1392

Какой фактор может уменьшить выраженность анемии при гемолизе

- :желтуха

+ :усиленная регенерация костного мозга

- :тип конституции

- :избыток железа сыворотки крови

1393

Основной клинический признак тромбофилии при внутрисосудистом гемолизе

+ :поражение почек

- :дермоваскулит

- :пневмонит

- :пурпура

1394

О гемолизе в анализе периферической крови не свидетельствует

- :полихроматофилия эритроцитов

- :наличие эритронормобластов

- :высокий цветной показатель

+ :лимфоцитоз

1395

Основная причина гемоглобинопатий

+ :нарушение структуры цепей глобина

- :нарушение структуры мембраны эритроцитов

- :ферментопатия

- :иммунные факторы

1396

Какой клинический признак не характерен для гемоглобинопатий

- :проявления тромбофилии

- :спленоmegалия

- :гемолитическая анемия

+ :лимфаденопатия

1397

Что не является критерием диагностики гемоглинопатий

- :электрофоретическое определение аномального гемоглобина
- :обнаружение нестабильного гемоглобина
- :выявление аномальных форм эритроцитов
- +:иммунные нарушения

1398

Аутоиммунная гемолитическая анемия не является симптоматической

- :при системной красной волчанке
- +:при ревматизме
- :при хроническом активном гепатите
- :при иммунодефицитных состояниях

1399

Основной метод аутоиммунных гемолитических анемий

- +:положительная прямая проба Кумбса
- :ретикулоцитоз
- :положительная непрямая проба Кумбса
- :определение сывороточных иммуноглобулинов

1400

При какой форме тромбофилии преимущественно развивается микроангиопатическая гемолитическая анемия

- :скрытой тромбофилии
- :тромбофилии
- +:ДВС-синдроме
- :тромбоваскулите

1401

При каких заболеваниях ДВС-синдром протекает с наиболее выраженной микроангиопатической гемолитической анемией, кроме

- :гемолитико-уремического синдрома
- :болезни Мошкович
- :грам-отрицательного сепсиса
- +:стафилококковой пневмонии

1402

Нехарактерная локализация увеличенных лимфоузлов при гемобластозах

- :средостение
- :периферические
- +:затылочные
- :внутрибрюшные

1403

Нехарактерные изменения периферической крови при остром лейкозе

- :ретикулоцитопения
- +:ретикулоцитоз
- :нейтропения
- :тромбоцитопения

1404

При остром лейкозе не характерно

- :нейтропения абсолютная
- :увеличение молодых форм нейтрофилов
- +:увеличение зрелых сегментоядерных нейтрофилов
- :лейкемическое зияние

1405

Какое исследование наиболее достоверно для верификации диагноза острого лейкоза

- :анализ периферической крови
- +:производство миелограммы
- :биохимическое исследование
- :исследование кариотипа

1406

Какие дополнительные исследования не являются абсолютно необходимыми при остром лейкозе

- :рентгенография грудной клетки
- :спинномозговая пункция
- +:цистография
- :УЗИ органов брюшной полости и лимфоузлов

1407

Правильная тактика ведения после диагностирования острого лейкоза

- +:госпитализация в специализированное отделение
- :госпитализация в соматическое отделение
- :амбулаторное лечение
- :консультация гематолога

1408

Нехарактерные проявления при хроническом миелолейкозе

- :астения, потливость, утомляемость
- :тромбофилия
- +:пневмопатия
- :нефропатия

1409

Основное клиническое проявление хронического миелолейкоза

- + :гепатоспленомегалия
- :артропатия
- :пурпура

1410

Нетипичные изменения состава периферической крови при хроническом миелолейкозе

- :лейкоцитоз нейтрофильный
- :левый сдвиг до промиелоцитов, миелобластов
- + :тромбоцитоз
- :лимфобласты в периферической крови

1411 Исследование, необходимое для верификации диагноза хронического миелолейкоза

- :пункция костного мозга
- + :пункция селезенки
- :спинномозговая пункция
- :пункция лимфоузла

1412 Правильная тактика ведения после установления диагноза хронического миелолейкоза

- :госпитализация в соматическое отделение
- :госпитализация в специализированное отделение
- + :амбулаторное лечение
- :консультация гематолога

1413 Какие гемобластозы характерны для детского возраста

- :миеломная болезнь
- + :моноцитарный лейкоз
- :хронический лимфолейкоз
- :сублейкемический миелоз (миелосклероз)

1414

Основной признак лимфосаркомы, лимфогранулематоза

- + :плотное безболезненное новообразование лимфоузла
- :припухлость с признаками воспаления
- :регионарная лимфаденопатия
- :регионарный лимфаденит

1415

Возможные жалобы при лимфогранулематозе, кроме

- :температурной реакции с ознобом
- :слабости, потливости
- :желтухи с зудом
- + :кровоточивости

1416

Необходимые методы исследования при подозрении на лимфосаркому, лимфогранулематоз следующие, кроме

- :биопсии лимфоузла
- :отпечатков и мазков из биоптата
- :рентгенографии органов грудной клетки, средостения
- +:спинномозговой пункции

1417

Характерное изменение состава периферической крови на ранних этапах лимфогранулематоза

- :анемия
- :повышение СОЭ
- +:умеренный нейтрофильный лейкоцитоз
- :тромбоцитопения

1418

Характерные изменения состава периферической крови на поздних этапах лимфогранулематоза - все из перечисленных, кроме

- :лимфоцитопении
- :увеличения СОЭ
- :анемии
- +:увеличения плазматических клеток

1419

Нехарактерные серологические изменения при лимфогранулематозах

- :гипер-а2- и g-глобулинемия
- :гиперфибриногенемия
- :повышение церулоплазмينا, гаптоглобина
- +:снижение железа

1420

Правильная тактика ведения при установлении диагноза лимфосаркомы, лимфогранулематоза

- :консультация гематолога
- :амбулаторное лечение
- +:госпитализация в специализированное отделение
- :госпитализация в соматическое отделение

1421

Характерные клинические признаки ретикулезов накопления следующие, кроме

- :спленоmegалии
- :деструкции костей
- :гепатомегалии
- +:деформации суставов

1422

Для каких хронических заболеваний не характерна спленомегалия

- :гепатита
- :сепсиса
- :бруцеллеза
- +:железодефицитной анемии

1423

-:инфекционного мононуклеоза

-:болезни кошачьих царапин

+:ветряной оспы

-:цитомегалии

1424

Для какого заболевания не характерна спленомегалия

-:врожденного сифилиса

-:малярии

+:лямблиоза

-:токсоплазмоза

1425

Для какого заболевания не характерна спленомегалия

-:субсепсиса Висслера - Фанкони

-:системной красной волчанки

-:ревматоидного артрита

+:склеродермии

1426

Для какого гематологического заболевания не характерна спленомегалия

+:тромбоцитопенической пурпуры

-:лейкоза острого, хронического

-:гемолитической анемии

-:лимфогранулематоза

1427

Генерализованное увеличение лимфоузлов не характерно

-:для инфекционного мононуклеоза

-:для болезни кошачьих царапин

+:для хронического тонзиллита

-:для синдрома недостаточности антителообразования

1428

Генерализованное увеличение лимфоузлов не характерно

-:для лимфогранулематоза

- :для лимфосаркоматоза
- +:для гемолитической анемии
- :для лимфомы Брилла - Симмерса

1429

Генерализованная лимфаденопатия не характерна

- :для лейкоза
- :для аденовирусной инфекции
- +:для энтеровирусной инфекции
- :для ротавирусной инфекции

1430

Генерализованная лимфаденопатия не типична

- :для диссеминированной очаговой гнойной инфекции кожи
- :для детской экземы
- +:для склеродермии
- :для эритродермии, распространенного дерматита

1431

Генерализованная лимфаденопатия не характерна

- :для крапивницы
- :для токсидермии
- +:для пигментной крапивницы
- :для синдрома Стивенса - Джонсона

1432

Затянувшийся паротит следует дифференцировать

- +:с синдромом Микулича при лейкозе
- :с лимфаденитом
- :с инфекционным мононуклеозом
- :с токсической дифтерией

1433

Гнойный лимфаденит не следует дифференцировать

- :с туберкулезным лимфаденитом
- :с нагноившейся кистой слюнной железы
- +:с лимфогранулематозом
- :со срединной кистой шеи

1434

Из перечисленных клинических признаков не позволяет отличить лимфаденит от иммунобластной лимфаденопатии

- :нагноение
- :каменистое уплотнение вследствие склерозирования
- +:симптомы воспаления (краснота, боль, отечность, припухлость)

-:увеличение лимфоузла

1435

К критериям скрытой тромбофилии относятся все перечисленные, кроме

- :тромбофилического анамнеза жизни
- :тромбофилического семейного анамнеза
- :лабораторно выявленных отклонений гемостаза
- +:осмотра ребенка

1436

Не свидетельствуют о семейной тромбофилии следующие заболевания у родственников

- :инфаркты
- +:артриты
- :инсульты
- :тромбофлебиты

1437

Для подтверждения факта семейной тромбофилии наиболее важным является наличие у родственников

- :повторных инфарктов, инсультов, тромбофлебитов
- :развития указанных заболеваний в более молодом возрасте, чем в популяции
- +:обширности инфарктов, инсультов
- :неэффективности лечения инфарктов, инсультов, тромбофлебитов

1438

Причиной формирования приобретенной скрытой тромбофилии не являются

- :очаги хронической инфекции
- +:множественные малые аномалии
- :атопия
- :остаточные явления перинатальной гипоксии

1439

Причиной формирования транзиторной приобретенной скрытой тромбофилии не являются

- :частые повторные заболевания
- :прививки
- :тяжелое заболевание
- +:физическая нагрузка

1440

Причиной формирования транзиторной приобретенной скрытой тромбофилии не являются

- :стрессы
- :период дизадаптации при смене климата
- :травмы, операции

+:танцы

1441

Не способствуют развитию скрытой тромбофилии следующие алиментарные факторы

-:жирная пища

-:обилие белка

-:обилие моносахаров

+:щелочная диета

1442

Какие виды жира не способствуют тромбофилии

+:растительные масла

-:сливочное масло

-:сало

-:топленое масло

1443

Какие состояния не сопровождаются явной тромбофилией

-:хронические интоксикации

-:хронические заболевания

-:заболевания с тяжелым и среднетяжелым течением

+:бациллоносительство

1444

Причиной развития ДВС-синдрома не являются

-:бактериальная инфекция

-:вирусная инфекция

-:шок

+:алиментарное ожирение

465

Какая бактериальная инфекция реже вызывает ДВС-синдром

-:менингококковая

-:грам-отрицательная

+:стрептококковая

-:стафилококковая

1446

Причиной развития ДВС-синдрома не являются

-:аутоиммунные процессы

-:иммунные процессы

-:заболевания паренхиматозных органов, протекающие с деструкцией

+:гемофилия

1447

Наиболее редкой причиной развития ДВС-синдрома в хирургической практике является

- :операция на органе, пораженном хроническим воспалительным процессом
- :операция со значительным повреждением паренхиматозных, мышечных тканей
- :обширные ожоги, травмы, раздавливание тканей
- +:аппендэктомия, произведенная в первые 3 часа заболевания

1448

ДВС-синдром новорожденного реже вызывает

- :сепсис
- :вмешательство на сосудах пуповины
- :очаговая гнойная инфекция
- +:дисбактериоз кишечника

1449

Причиной развития ДВС-синдрома не являются

- :укусы змей, ядовитых насекомых
- :травмы
- +:укусы пиявок
- :отравления

1450

Какие препараты не способствуют развитию ДВС-синдрома

- :усиливающие функции тромбоцитов (ЭАКК, дицинон и др.)
- :повышающие свертывание крови (викасол, препараты кальция и др.)
- :угнетающие фибринолиз (трасилол, контрикал и др.)
- +:антигистаминные (димедрол, супрастин и др.)

1451

Не способствуют развитию ДВС-синдрома

- :поражение эндотелия
- :активация функций тромбоцитов
- +:снижение функций тромбоцитов
- :гемолиз

1452

Не способствует развитию ДВС-синдрома

- :повышение свертывания
- +:понижение свертывания
- :понижение антисвертывания
- :понижение фибринолиза

1453

Не способствует развитию ДВС-синдрома

- :повышение вязкости крови
- +:понижение вязкости крови
- :понижение скорости кровотока
- :микроангиоспазм, венозный застой

1454

Не усиливает вязкость крови

- +:понижение гематокрита
- :повышение гематокрита
- :белки "острой фазы" воспаления
- :повышение СОЭ

1455

Белки, не повышающие вязкость крови

- :фибриноген
- :глобулины α_2 , β , γ
- +:альбумины
- :гаптоглобин

1456

Сосуды каких органов тромбируются не в первую очередь

- :легких
- +:мышц
- :почек
- :мезентериальные

1457

Какая форма тромбофилии не имеет клинических проявлений

- :ДВС-синдром
- :тромбофилия явная
- +:тромбофилия скрытая
- :тромбоваскулит

1458

Какие заболевания не связаны с тромбоваскулитом

- :узловатая эритема
- :системная красная волчанка
- +:пиодермия
- :геморрагический васкулит

1459

Какое исследование не подтверждает наличие ДВС-синдрома

- +:СОЭ
- :этаноловый тест
- :протамин-сульфатный тест

-:тест "склеивания стафилококков"

1460

Какое исследование неинформативно при тромбоваскулите

- :определение фибриногена
- :фибринолитическая активность
- +:подсчет лейкоцитов
- :подсчет тромбоцитов

11461

Какие препараты не являются дезагрегантами

- :антигистаминные
- +:фурановые производные
- :миогенные спазмолитики
- :салицилаты

1462

Какой препарат не улучшает микроциркуляцию

- :трентал
- :тиклид
- +:гентамицин
- :эуфиллин

1463

Какой препарат не показан при III фазе ДВС-синдрома (коагулопатии и тромбоцитопении потребления)

- :преднизолон
- +:тиклид
- :ингибиторы ферментов
- :свежезамороженная плазма

1464

Какой способ введения гепарина предпочтителен при I фазе ДВС-синдрома

- :внутримышечно
- :в подкожно-жировую клетчатку живота
- :под язык
- +:внутривенно

1465

Наиболее эффективное внутривенное введение гепарина

- :4 раза в сутки
- :6 раз в сутки
- :ежечасно
- +:непрерывно

1466

Препараты, обладающие фибринолитическими свойствами

- :эпсилон-аминокапроновая кислота
- +:никотиновая кислота
- :дицинон
- :преднизолон

1467

Что реже сопровождается тромбоцитопатией

- :дизмезенхимоз
- :синдром Элерса - Данлоса
- :аллергия
- +:нервно-артритический тип конституции

488

Не является признаком дизмезенхимоза

- :высокорослость
- :слабость опорно-связочного аппарата
- :птозы внутренних органов
- +:снижение интеллекта

1469

Не является проявлением дизмезенхимоза

- :пролапсы сердечных клапанов
- :пролапсы слизистой оболочки желудка в пищевод, в луковицу 12-перстной кишки
- +:экссудативно-катаральный тип конституции
- :пролапс прямой кишки

1470

Для тромбоцитопатии не характерны кровотечения

- :носовые
- :маточные
- :в кожу и подкожную клетчатку
- +:кишечные, сопровождающиеся болями в животе

1471

Какое исследование не характеризует тромбоцитопатию

- :подсчет тромбоцитов
- :определение времени кровотечения
- +:определение времени свертывания
- :определение функций тромбоцитов

1472

Какое исследование не характеризует функциональную способность тромбоцитов

- + : подсчет тромбоцитов
- : определение агрегационной способности
- : определение адгезии
- : ретракция кровяного сгустка

1473

Какой клинический симптом характерен для тромбоцитопатии

- : лимфаденопатия
- + : пурпура
- : оссалгии
- : спленомегалия

1474

Какое исследование необходимо произвести при наличии у ребенка тромбоцитопатии и спленомегалии

- + : стерильную пункцию
- : коагулограмму
- : определить продолжительность кровотечения
- : посев крови на стерильность

1475

Какой препарат не понижает агрегационную функцию тромбоцитов

- : курантил
- + : преднизолон
- : аспирин
- : тиклид

1476

Какие препараты не понижают агрегационную функцию тромбоцитов

- : антигистаминные
- : миотропные вазодилататоры
- + : дигидроэрготамин (этамзилат)
- : новокаин

1477

Какое кровотечение не характерно для гемофилии

- : в суставы
- : в мышцы
- : в кожу и подкожную клетчатку
- + : кишечное с болями в животе

1478

Для гемофилии А наиболее характерно кровоизлияние

+ : в суставы

- : носовое

- : в кожу

- : в плевральную полость

1479

Какое исследование наиболее информативно при гемофилии

+ : определение плазменных факторов свертывания

- : определение времени кровотечения

- : определение времени свертывания

- : подсчет тромбоцитов

1480

Какой гемопрепарат следует вводить при гемофилии А

- : прямое переливание крови от матери

+ : концентрат VIII фактора

- : прямое переливание крови

- : переливание крови длительного хранения

Список литературы:

1. Шабалов, Н.П. Детские болезни. Т. 1: учебник / Н.П. Шабалов. - СПб.: Питер, 2019. - 880 с.
2. Шабалов, Н.П. Детские болезни. Т. 2: учебник / Н.П. Шабалов. - СПб.: Питер, 2019. - 896 с.
3. Кильдиярова, Р.Р. Поликлиническая и неотложная педиатрия [Электронный ресурс]: учебник / Р.Р. Кильдиярова, В.И. Макарова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 472 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449097.html>
4. Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс]: учебник / А.С. Калмыкова и др.; под ред. А.С. Калмыковой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 768 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462652.html>