**Тест по педиатрии**

**система подготовки к тестам Gee Test oldkyx.com**

**Список вопросов по педиатрии**

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 плота;

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 бластоцита 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 рождение 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. Особенностями 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. Kритериями 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 вырабатывается:

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 кормлнгия

ребенка 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, пшенную, 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 вариабельности 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 соединительнотканных структур

4) [-]Избыточное жироотложение

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 кнституции характерно

наличие:

1) [+]Опрелостей

2) [-]Недоразвития придатков кожи

3) [-]Септического состояния

4) [-]Гемолитической болезни

5) [-]Недоразвития \_\_\_\_\_\_\_надпочечников

166. При появлении признаков экссудативно-катаральной аномалией коституции 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 рН 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 pH 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 новорожденногок 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 «ТОRСН-

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 уровене 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 заболеваниях 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, болшой 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) [-]Лобныеи 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 новорожденых 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, коньюнктивит, 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 незрелосью 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 характeрно:

1) [-]Нарастающий цианоз кожи и слизистых

2) [-]Асимметрия грудной клетки

3) [-]Отсутствие хрипов в легких

4) [+]Мелкопузырчатые хрипы в легких

5) [-]Снижение рО2 и повышение рСО2

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 неделижизни

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) [-]Милиа

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) [-]Милиа

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 гиперволемия и полицитемия

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. Особенностями 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 l 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 l 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 l 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 l степени индекс Чулицкой составляет:

1) [-]30–40

2) [-]20–30

3) [+]10–20

4) [-]1–10

5) [-]меньше 0

256. При гипотрофии ll 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 l степени:

1) [-]существенно снижена

2) [-]нормальна

3) [+]умеренно снижена

4) [-]умеренно повышена

5) [-]значительно повышена

258. Аппетит при гипотрофии l 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

ll степени?

1) [-]5–9%

2) [-]10–19%

3) [+]20–29%

4) [-]30–39%

5) [-]40% и больше

260. При гипотрофии ll 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 ll степени:

1) [+]существенно /более 50%/ снижена

2) [-]не изменена

3) [-]умеренно /до 20%/ снижена

4) [-]умеренно повышена

5) [-]значительно повышена

262. Аппетит при гипотрофии lI 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 lll 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 lll степени:

1) [-]существенно /до 50%/ снижена

2) [-]нормальна

3) [-]умеренно /до 20%/ снижена

4) [-]повышена

5) [+]до 80% снижена

267. Дефицит массы тела при гипотрофия lll степени составляет:

1) [-]5–15%

2) [-]15–19%

3) [-]20–25%

4) [-]25–29%

5) [+]30% и больше

268. При гипотрофии lll степени индекс Чулицкой составляет:

1) [-]30–40

2) [-]20–30

3) [-]10–20

4) [-]1–10

5) [+]меньше 0

269. Аппетит при гипотрофии lII 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 ll 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 ll 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 lIl 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 ll 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 ll 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 l 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 llI 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 ll 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 l степени у ребенка 1-го года жизни

частота кормлений составляет:

1) [-]4

2) [-]5

3) [-]6

4) [+]7

5) [-]8

285. При гипотрофии l 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 ll 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 ll 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 lII 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 lII 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 исследование костного мозга

4) [-]бактериологическим анализом кала

5) [-]ультразвуковым исследованием поджелудочной железы

305. При лечении кишечной формы муковисцидоза назначают:

1) [-]глюкокортикостероиды

2) [-]анаболитические 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 обучения

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 гидроксилирование 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 гидроксилирование 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 МЕ

2) [+]400-500 МЕ

3) [-]1000 МЕ

4) [-]2000 МЕ

5) [-]4000 МЕ

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 МЕ

2) [+]300000 МЕ

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 муковисцидизом

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) [-]Синовиит

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) [-]Тольк 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) [-]слюнотечение

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 слизеобразование 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) [-]псевдомемранозный 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 гиперэксcудация

380. Укажите неверный термин:

1) [-]гиперсекреторная диарея

2) [+]нормокинетическая диарея

3) [-]гиперосмолярная диарея

4) [-]гиперкинетическая диарея

5) [-]гиперэксcудативная 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 (IgМ), прошедшие трансплацентарно и секреторный IgA молозива и женского

молока;

418. Трансплацентарно к плоду переходят иммуноглобулины матери класса

1) [-]А;

2) [-]M;

3) [+]G;

4) [-]А и М;

5) [-]G и Е;

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 IgА 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 подтвержения:

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°С.

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 Haеmophilus 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 0,1мл/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 0,1мл/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) [-]порвышение 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. Нaиболее 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) [-]60-6 5

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) [-]антикоакулянты

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 ммунопатологических реакций

4) [-]состояние гиперчувствительности, которое протекает по IV типу ммунопатологических 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 аллергологический 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 сенсибилизацией к пыльце растений

3) [-]аллергический рино-конъюнктивит с сенсибилизацией к бытовым аллергенам

4) [-]паразитоз кишечника

5) [-]кожная реакция при пищевой аллергии

489. При сенсибилизации 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) [-]Дезлоратодин /Эриус/

4) [-]Цетиризин /Зиртек/

5) [-]Лоратодин /Кларитин/

492. К антигистаминным препаратам II поколения относится

1) [-]Дифенгидрамин /Димедрол/

2) [-]Мебгидролин /Диазолин/

3) [+]Цитиризин \_\_\_\_\_\_\_/Зиртек/

4) [-]Клемастин /Тавегил/

5) [-]Хлорпирамин /Супрастин/

493. Для диагностики пищевой аллергии НЕ используют:

1) [+]УЗИ оганов 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 сенсибилизирующим

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-анамнестическим 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 респираторых 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) [-]паразитоза 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 сенсибилизацией 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 сенсибилизации 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 С/ 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 обертоном характерен для больных:

1) [-]коклюшем

2) [-]острым простым бронхитом

3) [+]бронхиальной астмой

4) [-]бронхоэктатической болезнью

5) [-]острым трахеитом

515. Коклюшеподобный 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) [-]бронхоэктатической 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-физиологоческая 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 дыхание

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, гломерулонерит, 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 питьё

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) [+]Cрочно 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) [-]«лающий» 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 аускультуции детей с острым простым бронхитов 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 бронхиолитом 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 иммунотропным 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 бронхиолита 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) [-]имммунодефицитного 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) [-]сенсибилизирующие 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 мониторирования 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 мониторирования 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 землей 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) [-]гепатоцитолиза

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) [-]Н2-гистаминоблокаторы

597. Для диагностики хронического гастродуоденита необходимо проведение:

1) [-]ультрасонографии брюшной полости

2) [+]фиброгастродуоденоскопии

3) [-]pH-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 кислотно-пептической агрессии;

3) [-]инфицирование Campylobacter;

4) [-]пониженное количество гастрино-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 Н1-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) [-]Кистофиброз поджелудочной железы

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) [-]вентер

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 исследований биотатов слизистой оболочки желудка

5) [+]рентгеновские

635. Какие препараты используют в схемах эрадикации хеликобактерной инфекции?

1) [-]билтрицид

2) [-]вермокс

\_\_\_\_\_\_\_3) [-]адвантан

4) [+]амоксициллин

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 Грегерсена

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 Н2 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 мочевогог 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) [-]липоидный 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) [-]нитроксолина /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 развиться 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 быстропрогрессирующим 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

гипоальбуальбуминемии 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 – комплемента 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, перенёсшими 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, перенёсших 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 отоляринголога 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 аксилярной области

4) [+]систоло-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 гиподиастолии при перикардите у детей является:

1) [-]легочная гипертензия

2) [-]артериальная гипотензия

3) [+]повышение венозного давления в системе верхней полой вены

4) [-]брадикардия

5) [-]брадипноэ

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 встречают 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) [-]незаращение 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 Вольффа-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) [-]зеленящий 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) [-]доксициклин

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 нпдпочечников

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

диагносцируют 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, ХХY ?:

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 адренокортикотропного 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 вышеперечисленные 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) [-]велоэргометрию

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) [-]амоксициллин

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 B

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 B

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 третей 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 врачем-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 проводиться второй дородовый 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) [-]cмешанное

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 - гиперволемия малого круга, 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 внутричерепного 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 кардит

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 долженствующую массу тела

-: жиров на долженствующую 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 вскармливании 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 вскармливании 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 гипопротеинемии

-: 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

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

-: замедление роста

-: задержка окостенения (костный возраст отстает от паспортного)

+: увеличение полового члена

-: дефекты психического развития

-: хориоретинит

1018. Для вирильной формы адреногенитального 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 E

-: сенсибилизация 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 E в сыворотке крови

1022. Что характерно для псевдоаллергической реакции

-: высокая концентрация иммуноглобулина E 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 A

+: патология органов желудочно-кишечного тракта

-: кариес зубов

1024. Укажите клинические формы пищевой аллергии (кроме одной)

-: гастроинтестинальная форма

-: аллергодерматозы

-: 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 - реагиновый

-: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)

-: гепатоцитолиз

+: 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 поллинозов

+: 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 B

-: 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

-: сенсибилизацией 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

-: PC-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 мочекислом 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

-: затянувшаяся 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 E-дефицитная

-: белководефицитная

-: витамин B12-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 отечным 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 ABO-системе, следует считать

-: микросфероцитоз у ребенка

+: обнаружение иммунных антител анти-A и анти-B в крови матери

-: наличие у матери группы крови O, у ребенка - A(II) или B(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 ABO-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 АII) 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

-: холестаз

-: 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 переношенного ребенка

1102. Для врожденного гипотиреоза характерны следующие признаки, кроме

-: макроглоссии

-: пролонгированной желтухи

-: наклонности 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 фенокопию

-: истинном гермафродитизме

-: болезни Шерешевского - Тернера

+: адреногенитальном синдроме

-: синдроме Клайнфельтера

-: гипоспадии

1105. В каких случаях можно ожидать легкий 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. Внутрипеченочный холестаз развивается в результате угнетения ферментов (оксидаз)

-: стероидными гормонами

+: вирусами (при ОРВИ)

-: фенобарбиталом

-: сульфатом магнезии

-: кордиамином

1110. Белково-клеточная диссоциация в ликворе больного менингоэнцефалитом чаще имеет место в случае этиологии

-: цитомегаловирусной

-: энтеровирусной

+: токсоплазмозной

-: рубеолярной

-: 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 a1-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 A

-: 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 уропатии 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 B6-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

-: строфулюс

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

-: токсакароза

-: 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 грудине

-: 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 M

-: иммуноглобулины A

-: 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

+:т ахикардия

-: 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-g-глобулинемия до 25%

+: СОЭ - 25 мм/ч

-: ДФА - 400 единиц оптической плотности

1192. Острый воспалительный процесс в меньшей степени характеризует показатель

-: уровень иммуноглобулина IgG

+: мочевина

-:C-реактивный блок

-: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

-:IgЕ

1198. Лимфоаденопатия, 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

-: полиндромный 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 неизмененными 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 натощак 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 наименее информативны данные

-:эндоскопии

-:рентгеноскопии

-:рентгенографии

+:копрологии

1227

Недостоверным эндоскопическим признаком обострения дуоденита является

-:отечность, гиперемия слизистой оболочки

+:гиперсекреция слизи

-:картина "булыжной 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 перчисленные, 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 C-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 гепатоцитолиза 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 гипербилирубинемию

-:левомицетин

-:сульфаниламиды

-:салицилаты

+:верошпирон

273

Что не следует назначать при печеночном холестазе

-:эссенциале

+:нитрофурановые препараты

-:энтеродез

-:карболен

1274

Что не следует назначать при подпеченочном холестазе

-:сернокислую магнезию

-:пищеварительные ферменты

+:миотропные спазмолитики

-:минеральную воду

1275

При каком симптоме хронического гепатита преднизолон не показан

+:наличии HBs-антигена

-:гипертрансаминаземии

-:гиперпротеинемии

-:гипоальбуминемии

1276

Что нецелесообразно назначать при желтухе Жильбера

-:минеральную воду

-:отвар овса

-:сбалансированное питание

+:сернокислую магнезию

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 холестаз

+: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

+:клостридий

-: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 иключением

-:функциональной неполноценности эпителия дистального канальца

-:недоразвития осморецепторов

-: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 урогенитальной 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

Спинномозговую 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 фибринозных налетов в ротоглотке

1342

Какого типа сыпь наиболее характерна для менингококкцемии

-: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 одномоментно

-:розеолезно-петехиальная, появляющаяся на 5-7 день с последующим подсыпанием

-:розеолезная, появляющаяся одномоментно на 8-10-й дни

+:розеолезная, появляющаяся на 8-10-й дни с последующим подсыпанием

1347

Для вирусного гепатита A 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 B 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 A 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░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

-:заглоточный 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

-:заглоточный 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

+:заглоточный 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 хореи

-:гиперкинезы

-:гипотония мышц

+:параличи

-:нарушение координации

1364

Что не характерно для ревматической хореи

+: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 косолапость

-: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 отечного 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

-:спленомегалия

-:гемолитическая анемия

+:лимфаденопатия

1397

Что не является критерием диагностики гемоглобинопатий

-: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

1411Исследование, необходимое для верификации диагноза хронического миелолейкоза

-:пункция костного мозга

+:пункция селезенки

-:спинномозговая пункция

-:пункция лимфоузла

1412Правильная тактика ведения после установления диагноза хронического миелолейкоза

-:госпитализация в соматическое отделение

-:госпитализация в специализированное отделение

+:амбулаторное лечение

-:консультация гематолога

1413Какие 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-a2- и g-глобулинемия

-:гиперфибриногенемия

-:повышение церулоплазмина, 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

-:спленомегалии

-: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 a2, b, g

+: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

-:салициллаты

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

+:стернальную 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

+:дицинон (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 A 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 A

-:прямое переливание крови от матери

+:концентрат VIII фактора

-:прямое переливание крови

-:переливание крови длительного хранения