

Тесты по блоку «Педиатрия»
для итоговой аттестации ординаторов узких специальностей

1. Какой симптом объединяет такие заболевания, как ревматический митральный порок, анемия, тиреотоксикоз, пролапс митрального клапана, разрыв папиллярных мышц?
 1. диастолический шум на верхушке
 2. систоло-диастолический шум
 3. систолический шум на верхушке
 4. шум Грехема-Стилла
 5. систолический шум в III-IV межреберье слева

2. К "большим" диагностическим критериям острой ревматической лихорадки относится:
 1. полисерозит
 2. кардит
 3. лихорадка
 4. пневмонит
 5. артралгии

3. Наиболее специфичное поражение сердца при острой ревматической лихорадке
 1. сухой перикардит
 2. экссудативный перикардит
 3. вальвулит
 4. бородавчатый эндокардит
 5. констриктивный перикардит

4. Для малой хореи характерно:
 1. повышение тонуса мышц
 2. клонико-тонические судороги
 3. мышечная гипотония, гиперкинезы
 4. парезы, параличи
 5. вегетативные кризы

5. К «малым» диагностическим критериям острой ревматической лихорадки относится:
 1. артрит
 2. кольцевидная эритема
 3. подкожные ревматические узелки
 4. лихорадка
 5. повышение титра АСЛО

6. Препаратом выбора при вторичной бициллинопрофилактики является:
 1. кларитромицин
 2. бензатина бензилпенициллин
 3. азитромицин
 4. бициллин 3
 5. напроксен

7. Критерий эффективности лечения острой ревматической лихорадки:
 1. купирование симптомов сердечной недостаточности
 2. исчезновение митральной или аортальной регургитации
 3. купирование клинических симптомов и воспалительной активности крови
 4. купирование симптомов ревматической хореи
 5. нормализация температуры тела

8. Какая категория больных, перенесших ОРЛ подлежат наблюдению в ЦСМ:
1. больные со сформированным пороком сердца
 2. больные с симптомами сердечной недостаточности
 3. больные с неизлеченным кардитом
 4. все больные, перенесшие ОРЛ
 5. больные, перенесшие ревматическую хорею
9. Длительность вторичной профилактики при ОРЛ без кардита:
1. не менее 5 лет после атаки
 2. не менее 10 лет после атаки
 3. пожизненно
 4. не менее 3 лет после атаки
 5. не проводится
10. Длительность вторичной профилактики при ОРЛ для больных со сформированным пороком сердца:
1. до 18 летнего возраста
 2. пожизненно
 3. до 25 летнего возраста
 4. не менее 10 лет после атаки
 5. не менее 5 лет после атаки
11. При лечении хореи у детей, наряду с антибиотиками и противовоспалительными средствами, назначаются:
1. антигистаминные и спазмолитики
 2. цитостатики и фолиевую кислоту
 3. гепатотропные и эубиотики
 4. седативные и противосудорожные
 5. гипотензивные и сердечные гликозиды
12. При ревматическом поражении суставов наблюдается:
1. утренняя скованность
 2. рецидивирующий полиартрит
 3. ночные локализованные боли в тазобедренных суставах
 4. мигрирующий артрит крупных и средних суставов
 5. быстрое развитие деструкции суставных поверхностей
13. С какого антибиотика начинают лечение острой ревматической лихорадки:
1. бензилпенициллина
 2. цефазолина
 3. эритромицина
 4. доксициклина
 5. гентамицина
14. Июнь. На приеме девочка 5 лет, температура тела 39 0С, жалобы на мигрирующие боли в крупных суставах в течение 2 дней. Из анамнеза известно, что весной девочка перенесла ангину. Объективно: на коже грудной клетки неяркие розовые пятна с просветлениями в центре. Правый коленный и левый голеностопные суставы отечны, кожа над ними слегка гиперемирована, движения в суставах болезненны. Вы говорите маме, что, скорее всего, это:
1. ОРЛ, артрит

2. острый бруцеллёз
3. ревматоидный артрит
4. склеродермия
5. СКВ

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

1. да, 1 раз в 3 недели в течение 6 месяцев
2. да, 1 раз в 3 недели в течение 12 месяцев
3. да, однократно
4. нет
5. да, 1 раз в неделю в течение 6 месяцев

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

1. неврозе
2. нарушении зрения
3. малой хорее
4. неврите периферических нервов
5. дефектах воспитания

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

1. ОАК, ОАМ, сахар крови
2. ОАК, ОАМ, СРБ, АСЛО
3. ОАК, анализ мочи по Зимницкому
4. ОАК, ОАМ, трансаминазы
5. ОАК, ОАМ, КФК, ЛДГ

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

1. 1,2 млн. ЕД
2. 750 000 ЕД
3. 2,4 млн. ЕД
4. 1,5 млн. ЕД
5. 600 000 ЕД

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

1. синдром Жилиа де ля Туретта
2. ОРЛ: кардит (эндомиокардит), хорей

3. синдром PANDAS
4. вирусный энцефалит
5. дисметаболическая энцефалопатия

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

1. врожденный дефект митрального клапана
2. ХРБС с пороком сердца: недостаточность митрального клапана
3. ХРБС с пороком сердца: стеноз митрального клапана
4. инфекционный эндокардит: недостаточность митрального клапана
5. вирусный миокардит: относительная недостаточность митрального клапана

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

1. митральный стеноз
2. недостаточность трикуспидального клапана
3. аортальный стеноз
4. недостаточность митрального клапана
5. недостаточность аортального клапана

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

1. острого повреждения почек
2. острого нарушения мозгового кровообращения
3. тромбоза легочной артерии
4. острой сердечной недостаточности, гипертермии
5. коллапса

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

1. консультируют всех больных с ОРЛ для предупреждения формирования порока сердца
2. при формировании пороков сердца для определения тактики лечения
3. при ревматической хорее для согласования лечения

4. при высокой степени активности для согласования назначения глюкокортикоидов
5. при наличии симптомов сердечной недостаточности для согласования лечения

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

1. 375 мг
2. 250 мг
3. 300 мг
4. 500 мг
5. 350 мг

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

1. 1,2 млн. ЕД
2. 750 000 ЕД
3. 2,4 млн. ЕД
4. 1,5 млн. ЕД
5. 600 000 ЕД

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

1. экссудативную
2. эритематозно-сквамозную
3. эритематозно-сквамозную с лихенизацией
4. лихеноидную
5. пруригинозную

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

1. сывороточной болезни
2. синдрома Стивенса-Джонса
3. синдрома Лайела
4. отека Квинке
5. крапивницы

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

1. экссудативную
2. эритематозно-сквамозную
3. эритематозно-сквамозную с лихенизацией
4. лихеноидную
5. пруригинозную

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

1. острую
2. подострую

3. продромальную
4. хроническую
5. ремиссии

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

1. сывороточной болезни
2. синдрома Стивенса-Джонса
3. синдрома Лайела
4. отека Квинке
5. крапивницы

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

1. скарлатина
2. аллергический дерматит
3. корь
4. потница
5. чесотка

32. После исчезновения первичных кожных элементов при крапивнице остается:

1. некроз
2. отсутствие изменений
3. шелушение
4. гипопигментация
5. гиперпигментация

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

1. атопический дерматит
2. розовый лишай Жибера
3. ихтиоз
4. пеленочный дерматит
5. чесотку

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

1. экссудативную
2. эритематозно-сквамозную
3. эритематозно-сквамозную с лихенизацией
4. лихеноидную
5. пруригинозную

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

1. крапивница
2. атопический дерматит

3. чесотка
4. простой лишай
5. ихтиоз

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

1. апластической анемии
2. гемофилии
3. тромбоцитопенической пурпуры
4. геморрагического васкулита
5. тромбоцитопатии

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

1. гематомного
2. петехиально-пятнистого
3. васкулитно-пурпурного
4. ангиоматозного
5. экхиматозный

38. Ребенку 3 года. После ОРЗ на теле появились синячки, петехии, носовое и десневое кровотечение. В ОАК: эритроциты- $4,6 \times 10^{12}/л$, Нб -130 г/л, ЦП-0,9, лейкоциты- $7,4 \times 10^9/л$, тромбоциты — 50 тыс., СОЭ-5 мм/ч. Ваш предварительный диагноз:

1. ИТП
2. лейкоз
3. тромбоцитопатия
4. геморрагический васкулит
5. болезнь Виллебранда

39. Девочка 12 лет жалуется на появление синячков на теле после незначительных травм, носовые кровотечения. Со слов матери вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 2-3 лет. В ОАК: Нб 119 г/л, эр. $3,0 \times 10^{12}/л$, ЦП-0,9, ретикулоциты-0,8%, тромбоциты-205 тыс., лейкоциты- $5,8 \times 10^9/л$, палочки-7%, сегменты-68%, лимфоциты-25%, СОЭ-2 мм/час. Предварительный диагноз:

1. гемолитическая анемия
2. гемоглобинопатия
3. тромбоцитопатия
4. коагулопатия
5. дефицитная анемия

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

Исследование, необходимое для подтверждения диагноза:

1. коагулограмма
2. биохимический анализ крови
3. СРБ
4. миелограмма
5. антитела к ДНК

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

1. тромбоцитопатия
2. ИТП
3. болезнь Шенлейн-Геноха
4. болезнь Рандю-Ослера
5. болезнь Виллебранда

42. Характерные изменения кожи при системной красной волчанке это:

1. желтовато-розовые эритематозные бляшки
2. лиловая эритема параорбитальной области
3. симптом «бабочки» на лице
4. бледность с серо-землистым оттенком («кофе с молоком»)
5. симметричные эритроматозно-лиловые пятна над разгибательными поверхностями пястно-фаланговых суставов

43. Характерные изменения кожи при ювенильном дерматомиозите это:

1. алопеция
2. побеление, цианоз или гиперемия кожи
3. симптом «бабочки» на лице
4. бледность с серо-землистым оттенком («кофе с молоком»)
5. симметричные эритроматозно-лиловые пятна над разгибательными поверхностями пястно-фаланговых суставов

44. Патогномоничные изменения со стороны кожи при дерматомиозите:

1. повышенный сосудистый рисунок
2. «древовидное ливедо»
3. лиловая эритема в параорбитальной области
4. симптом «бабочки» на лице
5. эритроматозные высыпания в виде «декольте»

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

1. ювенильного дерматомиозита
2. СКВ
3. склеродермии
4. узелкового полиартериита
5. неспецифического аортоартериита

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

1. СКВ
2. ЮРА
3. узелковый полиартериит
4. ревматическая лихорадка
5. острая пневмония

47. Для синдрома Kawasaki характерны следующие клинические симптомы:

1. лихорадка, артрит, гелиотропная сыпь на верхних веках, миалгии и слабость в мышцах
2. лихорадка, изменения со стороны слизистых, малиновый язык, диффузная сыпь на коже, увеличение лимфоузлов
3. лихорадка, артрит, серозит, «бабочка» на лице
4. лихорадка, рецидивирующий синусит, фарингит, гнойный или геморрагический ринит, артралгии, поражение почек
5. лихорадка, похудание, сыпь на коже в виде «ливедо», глубокие некрозы

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

1. ревматическая лихорадка
2. реактивный артрит
3. узелковый полиартериит
4. ювенильный ревматоидный артрит
5. ювенильный дерматомиозит

49. У новорожденного ребенка на 3-й день жизни на коже различных частей тела появились красные пятна диаметром до 10 мм с желтым плотноватым центром. О чем можно думать:

1. простая эритема
2. потница
3. тоскическая эритема
4. телеангиоэктазии
5. пеленочный дерматит

50. К врачу обратилась мать с 6-ти месячным ребенком с жалобами на высыпания на коже. При осмотре: мокнущие покраснения на коже в области естественных складок туловища, на голове жирные чешуйки, напоминающие перхоть, на щеках зудящие пузырьки диаметром до 2-3 мм, наполненные жидкостью и окруженные венчиком покраснения, зудящая узелковая сыпь на конечностях. Ваш предварительный диагноз?

1. аллергический дерматит
2. эссудативно-катаральный диатез
3. экзема
4. атопический дерматит
5. псориаз

51. Критические состояния у грудных детей с ДМЖП связаны:

1. с течением ОРВИ
2. с митрализацией порока
3. с развитием застойной СН
4. с ДН
5. с повторной пневмонией

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

1. СН
2. дисфункция почек

3. тяжелая анемия
4. тяжелое нарушение питания
5. гипертрофия левого желудочка

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

1. конфигурация сердца в виде 8
2. венозный застой
3. конфигурация сердца в виде башмачка
4. конфигурация сердца в виде яйца, лежащего на боку
5. отмечается узурация ребер

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

1. кошачья мурлыканья
2. одышку
3. акроцианоза
4. «пляски каротид»
5. набухания шейных вен

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

1. ингибиторов простагландинов E
2. антагонистов кальциевых каналов
3. сердечных гликозидов
4. кардиотрофиков
5. диуретиков

56. Систолический шум ОАП при глубоком вдохе:

1. ослабевает
2. исчезает
3. не меняется
4. усиливается
5. становится систолическим

57. ДМПП считается большим, если его размер:

1. равен или больше диаметра аорты
2. равен или больше диаметра нижней полой вены
3. равен или больше диаметра митрального кольца
4. равен или больше диаметра верхней полой вены
5. равен или больше диаметра легочной артерии

58. При каком ВПС выслушивается негрубый систолический шум во II-III межреберье слева от грудины:

1. открытом артериальном протоке
2. дефекте межпредсердной перегородки
3. коарктации аорты
4. стенозе устья легочной артерии
5. открытом овальном окне

59. При каком ВПС выслушивается грубый, продолжительный систолический шум в III-IV межреберье слева от грудины:

1. открытом артериальном протоке
2. недостаточности клапанов аорты
3. дефекте межжелудочковой перегородки
4. стенозе устья легочной артерии
5. коарктации аорты

60. Какие препараты способны уменьшить величину межжелудочкового сброса при ДМЖП:

1. дигоксин
2. оротат калия
3. преднизолон
4. каптоприл
5. магнерот

61. Гипертензия при коарктации аорты развивается вследствие:

1. наличие препятствия кровотоку, потеря эластичности и склерозирование сосудов
2. тромбоза вен верхних или нижних конечностей
3. недостаточности сосудов мозгового кровообращения
4. присоединения атеросклероза магистральных артерий
5. нарушения микроциркуляции в коронарных артериях

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

1. со снижением резистентности легочных сосудов
2. с прогрессирующим увеличением диаметра ДМЖП
3. с ростом ребенка
4. с развитием высокой легочной гипертензии
5. с развитием застойной сердечной недостаточности

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

1. не менее 1 года
2. не более 2 лет
3. не менее 3 месяцев
4. не более 6 месяцев
5. не более 5 лет

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

1. высокой легочной гипертензии
2. аномальном дренаже легочных вен
3. коарктации аорты
4. системной артериальной гипертензии
5. стенозе митрального клапана

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

1. общий артериальный ствол
2. тотальный аномальный дренаж легочных вен
3. атрезия трехстворчатого клапана

4. ОАП

5. тетрада Фалло

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

1. геморрагический васкулит с поражением почек
2. III стадия сердечной недостаточности
3. осложнение ВПС инфекционным эндокардитом
4. системная красная волчанка
5. апластическая анемия

67. Пациенты с исходной легочной гипертензией II-III степени после коррекции ДМЖП наблюдаются:

1. не менее 3 лет для исключения развития инфекционного эндокардита
2. не менее 2 лет для исключения развития сердечной недостаточности
3. длительно без ограничения сроков для исключения развития аритмий
4. не менее 3 лет для исключения прогрессирования легочной гипертензии
5. не менее 1 года для определения допустимости занятия физкультурой

68. Пациент после коррекции ОАП находился под наблюдением 6 месяцев. Жалоб не предъявляет, нарушения гемодинамики отсутствуют. Какие исследования необходимо проводить перед снятием с учета:

1. коронарография
2. ОАК, ОАМ, ЭКГ
3. ЭКГ, ЭхоКГ
4. ЭХОКГ, рентгенография органов грудной клетки
5. суточное ЭКГ мониторирование

69. После коррекции ДМЖП у пациента отмечается полная атриовентрикулярная блокада. Тактика ведения:

1. наблюдательная тактика в течение 6 месяцев
2. имплантация электрокардиостимулятора
3. назначение антиаритмических препаратов
4. суточное мониторирование ЭКГ и наблюдение
5. профилактика сердечной недостаточности

70. Пациент прооперирован по поводу полной формы атриовентрикулярной коммуникации. Какова кратность наблюдения:

1. каждый месяц
2. каждые 3 месяца
3. 1 раз в год
4. каждые 6 месяцев
5. по необходимости

71. Пациент прооперирован по поводу коарктации аорты и взят под наблюдение. Задачи послеоперационного наблюдения:

1. профилактика инфекционного эндокардита
2. оценка риска рекоарктации, состояния бicuspidального клапана аорты

3. профилактика сердечной недостаточности
4. оценка допустимости физической нагрузки
5. контроль антигипертензионной терапии

72. Новорожденному ребенку с транспозицией магистральных сосудов сделана внутривенная инфузия препарата простагландина E₁. Какова цель данной инфузии:

1. коррекция метаболического ацидоза
2. профилактика сердечной недостаточности
3. препятствовать закрытию ОАП
4. подготовка к операции
5. расширить овальное отверстие

73. Во время гипоксического криза у больного с тетрадой Фалло, врач в первую очередь перевел пациента в коленно-грудное положение. Цель данного действия:

1. снижение чувствительности дыхательного центра к гипоксии
2. купирование тахикардии
3. повышение периферического сосудистого сопротивления БКК
4. уменьшение венозного возврата крови и снижение периферического сосудистого сопротивления БКК
5. седирует пациента

74. В основе развития гипоксических кризов при тетраде Фалло лежит:

1. значительное увеличение объема венозной крови через ДМЖП в аорту
2. значительное снижение периферического сосудистого сопротивления БКК
3. выраженная тахикардия
4. полицитемия
5. наличие сопутствующего ОАП

75. Длительность наблюдения пациентов после коррекции ДМПП при наличии нарушений гемодинамики:

1. не менее 3 лет
2. не менее 5 лет
3. не превышает 2 лет
4. пожизненно
5. не менее 10 лет

76. Ребенку 1 год и 3 мес. Жалобы на слабость, сонливость, снижение аппетита, частые ОРВИ. С 3-х месяцев на искусственном вскармливании. В анамнезе у матери во время беременности была анемия. Мама кормит, в основном, манной кашей, макаронами, хлебом и коровьим молоком. Отстает в весе, кожные покровы очень бледные с восковидным оттенком, сердечные тоны приглушены, тахикардия до 130 в мин. В ОАК: эритроциты $1,8 \times 10^{12}/л$, Hb 68 г/л, ЦП-0,7, ретикулоциты 0,5% лейкоциты $7,2 \times 10^9/л$, тромбоциты 170 тыс., СОЭ 10 мм/час. Предварительный диагноз:

1. идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
2. железодефицитная анемия
3. гемолитическая анемия
4. апластическая анемия
5. коагулопатия

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

1. анемия Минковского-Шоффара
2. железодефицитная анемия I степени
3. ЖДА II степени
4. ЖДА III степени
5. апластическая анемия

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

1. необходимо одновременно назначить препараты железа
2. прекратить грудное вскармливание и использовать железосодержащую адаптированную смесь
3. в пищевой рацион ребенка включить продукты, богатые калием
4. назначить препараты железа через 5-7 дней после отмены АБ-терапии
5. назначить лечебную смесь F-75

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

1. 13-14 лет
2. 11-12 лет
3. 15-17 лет
4. 12-13 лет
5. 15-16 лет

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

1. 0,5
2. 1,0
3. 2,0
4. 3,0
5. 6 мг

81. У мальчика 13 лет гемоглобин 60 г/л, эритроциты $2,4 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель 0,72, железо сыворотки 4,3 мкмоль/л, микроцитоз, анизоцитоз. Необходимо назначить препараты железа из расчета элементарного железа (мг/кг в сутки):

1. 1,5
2. 1,0
3. 2,0
4. 3,0
5. 5 мг

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

1. с рождения до 23 месяцев
2. от 6 до 23 месяцев
3. от 2 до 23 месяцев
4. от 3 до 23 месяцев
5. от 12 до 23 месяцев

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

1. 5 месяцев

2. 12 месяцев
3. 3 месяцев
4. 6 месяцев
5. 2 месяцев

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

1. 1 месяц
2. 2 месяца
3. 3 месяца
4. 6 месяцев
5. 1 год

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

1. 9 месяцев
2. 12 месяцев
3. 18 месяцев
4. 6 месяцев
5. 2 лет

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

1. 3 месяцев
2. 12 месяцев
3. 6 месяцев
4. 18 месяцев
5. 2 года

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

1. 3-4 раза в неделю
2. 1 раз в 6 месяцев
3. 1 раз в неделю
4. ежемесячно
5. ежедневно

88. II стадия развития ЖДА называется:

1. прелатентный дефицит железа
2. преданемия
3. железодефицитная анемия
- г. железодефицитный эритропоэз
- д. отрицательный баланс железа

89. Третий скрининг у всех детей проводится в возрасте:

1. 24 месяцев
2. 15 месяцев
3. 18 месяцев
4. 3 лет
5. 6 лет

90. Ориентировочный показатель для оценки восполнения депо железа:

1. уровень ферритина
2. уровень гемоглобина

3. количество эритроцитов
4. количество лейкоцитов
5. уровень билирубина

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

1. 19,3-20,1
2. 17,3-19,3
3. 16,3-17,3
4. 6,3-12,3
5. 5,30,5

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

1. увеличить дозу препарата железа
2. добавить фолиевую кислоту
3. консультировать у гематолога или госпитализировать для поиска других возможных причин анемии
4. продолжить лечение в той же дозе и проводить контроль анализа крови через 2 месяца от начала лечения
5. заменить препарат железа

93. Показатели гемоглобина 75 г/л, эритроциты $3,0 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель 0,7, пойкилоцитоз, анизоцитоз, сывороточное железо 8,5 мкмоль/л позволяют выставить диагноз:

1. прелатентный дефицит железа
2. латентный дефицит железа
3. ЖДА I степени
4. ЖДА II степени
5. ЖДА III степени

94. Мальчик 9 лет. В анализах крови уровень гемоглобина 100 г/л, эритроциты $3,4 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель 0,7, склонность к микроцитозу, анизоцитоз, сывороточное железо 9,5 мкмоль/л. Ваш диагноз:

1. прелатентный дефицит железа
2. латентный дефицит железа
3. ЖДА I степени
4. ЖДА II степени
5. ЖДА III степени

95. Показатели гемоглобина 120 г/л, эритроциты $3,6 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель 0,8, анизоцитоз, сывороточное железо 8,5 мкмоль/л позволяют определить стадию развития ЖДА:

1. прелатентный дефицит железа
2. железодефицитный эритропоэз
3. отрицательный баланс железа
4. манифестная ЖДА
5. преданемия

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

1. гинотардиферон

2. феррумлек
3. ферроградумет
4. тотема
5. ранферон (сироп сульфата железа)

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

1. ранферон
2. сульфат железа с фолиевой кислотой
3. феррум-лек в инъекциях
4. ферроплекс
5. феррум-лек в сиропе

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

1. гемовое
2. негемовое
3. трансферрин
4. ферритин
5. трехвалентное

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

1. мучные продукты + крупы + мясо или рыба
2. крупы + соки
3. мясо + овощи
4. чай + крупы
5. бобовые + фрукты

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

1. сразу с первого дня лечения
2. после коррекции обезвоживания
3. когда восстановится аппетит у ребенка и начнет набирать вес
4. после устранения гипогликемии
5. после коррекции электролитного дисбаланса

101. Наиболее часто пищевая аллергия у детей развивается на:

1. яблоки
2. коровье молоко
3. бананы
4. капусту
5. тыкву

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

1. до 3 лет
2. 3-6 лет
3. 6-9 лет
4. 9-12 лет
5. старше 12 лет

103. Моно или олиговалентная форма пищевой аллергии определяется при сенсibilизации к:

1. 1-3 пищевым продуктам
2. более 3-5-пищевым продуктам
3. при сочетании с непищевыми аллергенами
4. к 6-8 пищевым продуктам
5. более 10 пищевым продуктам

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

1. бобовых
2. пшеницы
3. лосося
4. козьего молока
5. белка куриного яйца

105. Самым частым видом сенсибилизации в детском возрасте является:

1. бытовая
2. пыльцевая
3. пищевая
4. медикаментозная
5. холодовая

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

1. коровьему молоку
2. рыбе
3. пшенице
4. цитрусовым
5. бобовым

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

1. коровьего молока
2. козьего молока
3. банана
4. бобовых
5. рыбу

108. Клинические проявления пищевой аллергии чаще встречаются:

1. в первые месяцы и годы жизни
2. в подростковом возрасте
3. в юношеском возрасте
4. в зрелом возрасте
5. в пожилом возрасте

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

1. арахиса
2. лесных орехов
3. коровьего молока
4. рыбы
5. ракообразных

110. Наиболее высоким алергизирующим потенциалом обладает:

1. кефир
2. творог
3. цельное молоко
4. зеленое яблоко
5. укроп

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

1. чесотка
2. стридор
3. пищевая аллергия
4. поллиноз
5. стоматит

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

1. не кормить грудью
2. ввести в рацион другие крупы
3. исключить причинно значимый аллерген
4. ввести в рацион овощи
5. ввести в рацион соевое молоко

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

1. корь
2. блефарит
3. пищевая аллергия
4. бронхит
5. СКВ

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

1. морепродукты
2. крупы
3. орехи
4. мясо
5. овощи

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

1. пищевое отравление
2. гастроэзофагальный рефлюкс
3. аллергический гастрит
4. эзофагит
5. дуоденит

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

1. полоскать рот после еды
2. не принимать горячую пищу
3. вести пищевой дневник
4. соблюдать режим приема пищи
5. пить больше жидкости

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

1. на молоко
2. на шоколад
3. на морепродукты
4. на хлеб
5. на мясо

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

1. промывание желудка
2. полоскание рта и горла
3. элиминационная диета
4. физиолечение
5. лечебная физкультура

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

1. биохимические анализы крови
2. тест на аллергопанель
3. УЗИ
4. общий анализ крови
5. общий анализ мочи

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

1. ведение пищевого дневника
2. соблюдение режим питания
3. составить меню
4. хорошо обрабатывать продукты
5. пить воду

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

1. грипп
2. парагрипп
3. коклюш
4. аденовирусная инфекция
5. риновирусная инфекция

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

1. грипп
2. парагрипп
3. аденовирусная инфекция
4. РС инфекция
5. риновирусная инфекция

123. Неотложный синдром, характерный для парагриппа:

1. синдром крупа
2. нейротоксикоз
3. астматический синдром
4. обструктивный синдром
5. геморрагический синдром

124. У ребенка 2-х лет острое начало болезни, температура тела до $39,5^{\circ}\text{C}$, руки и ноги холодные, склерит, сухой редкий кашель. Ваш диагноз:

1. грипп
2. парагрипп
3. аденовирусная инфекция
4. риновирусная инфекция
5. РС-инфекция

125. Грипп отличается от других ОРВИ развитием:

1. сезонности
2. эпидемий, пандемий
3. типоспецифическим иммунитетом
4. кашлем
5. поражением верхних отделов дыхательных путей

126. У ребенка третий день болезни, температура тела $38,5^{\circ}\text{C}$, лицо одутловатое, конъюнктивит, обильный насморк, крупная зернистость задней стенки глотки. Предварительный диагноз:

1. грипп
2. парагрипп
3. аденовирусная инфекция
4. РС-инфекция
5. риновирусная инфекция

127. Для менингококкового менингита характерны следующие симптомы:

1. озноб, головная боль, рвота
2. птоз, миоз, диплопия
3. диарея
4. анурия
5. боль в горле, кашель

128. При менингококцемии характерно:

1. этапность появления сыпи (лицо, туловище, конечности)
2. геморрагическая звездчатая сыпь на нижних конечностях и ягодицах
3. кореподобная сыпь
4. розеолезная и розеолезно-папулезная сыпь
5. везикулезные высыпания по всему телу, за исключением ладоней и стоп

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

1. наслоение бактериальной инфекции
2. наслоение ОРИ с нейротоксикозом
3. полиомиелит
4. развитие коревого менингоэнцефалита
5. полиомиелит

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

1. менингококк
2. пневмококк
3. стафилококк
4. палочка Афанасьева-Пфейфера
5. гемофильная палочка тип b

131. Поздним поступлением больного с менингококковым менингитом уже считается:

1. 2-ой день болезни
2. 3-ий день болезни
3. 4-ый день болезни
4. 5-ый день болезни
5. позже 5-го дня болезни

132. Санация ликвора при паротитном менингите бывает через:

1. 7 дней
2. 10 дней
3. 14 дней
4. ч/з месяц и позже
5. 21 день

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

1. менингококковом
2. коревом
3. ветряночном
4. поствакцинальном
5. герпетическом

134. Для энцефалитов не характерно:

1. наличие очаговой симптоматики
2. отсутствие очаговой симптоматики
3. менингеальные знаки
4. интоксикация
5. изменения в ликворе

135. Для менингита энтеровирусной этиологии характерен:

1. высокое содержание белка
2. цитоз больше за счет лимфоцитов
3. низкий сахар
4. цитоз нейтрофильного ряда
5. в цереброспинальной жидкости изменений нет

136. Контактные члены семьи по менингококковой инфекции:

1. подлежат клиническому наблюдению в течение 10 дней
2. не наблюдаются
3. не подлежат бакт. обследованию
4. подлежат экстренной профилактике менингококковой вакциной
5. сразу госпитализируются в инфекционный стационар

137. Нейротоксикоз тяжелее протекает у детей с:

1. анемией
2. гипотрофией
3. энцефалопатией
4. экссудативным диатезом
5. у всех детей грудного возраста

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

1. грипп
2. корь
3. аденовирусная инфекция
4. менингококковый назофарингит
5. риновирусная инфекция

139. Какие симптомы характерны для серозного менингита энтеровирусной этиологии:

1. температура 36,6⁰ С
2. сильная головная боль, рвота, оболочечные знаки (++)
3. судороги
4. очаговая неврологическая симптоматика
5. снижение аппетита

140. Какой неотложный синдром развивается при РС-инфекции:

1. геморрагический
2. синдром крупа
3. обструктивный синдром, бронхиолит
4. абдоминальный
5. судорожный синдром

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

1. риновирусная инфекция
2. аденовирусная инфекция
3. респираторно-синцитиальная инфекция
4. парагрипп
5. грипп.

142. У Василия 4 лет при осмотре выявлен конъюнктивит, частый кашель, обильный насморк, Т 38,5°С, бледность кожи, пастозность лица. Пальпируются шейные, подчелюстные и паховые лимфоузлы размером до 1-1,5см, эластической консистенции, безболезненные. Дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. Яркая гиперемия слизистой

ротоглотки. Печень выступает на 3 см ниже края ребра, слегка уплотнена. Назовите вероятный этиологический фактор данной ОРВИ?

1. аденовирус
2. вирус грипп
3. вирус парагриппа
4. риновирус
5. респираторно-синцитиальный вирус

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

1. грипп
2. парагрипп
3. коклюш
4. менингококковая инфекция
5. аденовирусная инфекция

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

1. грипп
2. парагрипп
3. аденовирусная инфекция
4. RS-инфекция
5. риновирусная инфекция

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

1. аденовирусная инфекция
2. энтеровирусная инфекция
3. парагрипп
4. герпес
5. лихорадка Марбурга

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

О каком заболевании идет речь?

1. аденовирусная инфекция
2. дифтерия глаза
3. псевдотуберкулёз
4. инфекционный мононуклеоз
5. корь

147. Ребенок 1 год 6 мес. Заболел остро: Т - 39,5°С, вялый, нарушен сон, вздрагивает, рвота двукратно. 1-й день болезни. Бледен. Зев гиперемирован. Гиперестезия. Выражена ригидность мышц затылка, положительные симптомы Кернига и Брудзинского. В

результате цереброспинальной жидкости цитоз - 2530, белок - 1,23 г/л, нейтрофилы - 95%, лимфоциты - 5%. Клиника и показатели ликвора наиболее характерны для:

1. гнойного менингита
2. серозного менингита
3. арахноидита
4. энцефалита
5. опухоли мозга

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

1. респираторно-синцитиальная инфекция.
2. аденовирусная инфекция
3. грипп
4. риновирусная инфекция
5. парагрипп

149. У Василия 4 лет при осмотре выявлен конъюнктивит, частый кашель, обильный насморк, T 38,5°C, бледность кожи, пастозность лица. Пальпируются шейные, подчелюстные и паховые лимфоузлы размером до 1-1,5см, эластической консистенции, безболезненные. Дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. Яркая гиперемия слизистой ротоглотки. Печень выступает на 3 см ниже края ребра, слегка уплотнена. Назовите вероятный этиологический фактор данной ОРВИ?

1. аденовирус
2. вирус грипп
3. вирус парагриппа
4. риновирус
5. респираторно-синцитиальный вирус

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

1. энцефалит
2. полинейропатия
3. абсцесс мозга
4. менингит
5. геморрагический инсульт

151. Назовите ведущий симптом эпидемического энцефалита Экономо:

1. гипертермия
2. рвота
3. нарушение сна
4. парезы
5. менингеальные симптомы

152. Поствакцинальный энцефалит развивается чаще после введения следующей вакцины:

1. ОПВ

2. КПК
3. АКДС
4. БЦЖ-вакцины
5. не развивается

153. Поражение РЭС системы характерно для:

1. гриппа
2. парагриппа
3. аденовирусной инфекции
4. РС-инфекции
5. риновирусной инфекции

154. Выберите клинические признаки синдрома крупа:

1. афония
2. одышка инспираторная
3. влажный кашель
4. влажные хрипы в легких
5. затрудненный выдох

155. К паралитическому полиомиелиту относятся следующие формы:

1. абортивная
2. иннапарантная
3. спинальная
4. менингеальная
5. катаральная

156. Для полиомиелита характерно развитие параличей:

1. периферического характера
2. центрального характера
3. симметричных параличей
4. тетрапараличей
5. параличи не развиваются

157. Выберите характер параличей при полиомиелите:

1. симметричные параличи
2. тетрапарезы
3. параличи не развиваются
4. дистальные параличи
5. проксимальные параличи

158. Выберите характерный ликвор при менингеальной форме полиомиелита:

1. мутный
2. прозрачный, бесцветный
3. цитоз с преобладанием нейтрофилов
4. характерно резкое снижение сахара
5. содержание белка резко повышено

159. Бульбарную форму полиомиелита чаще приходится дифференцировать с:

1. тяжелыми формами пневмонии
2. ботулизмом с нарушением дыхания
3. энцефалитом мозжечковым
4. дифтерией

5. энтеровирусной инфекцией

160. Возбудители энтеровирусной лихорадки относятся в группу:

1. РНК-содержащих вирусов
2. ДНК-содержащих вирусов
3. арбовирусов
4. герпесвирусов
5. микровирусов

161. Чаще всего токсическим воздействием на сосудистую стенку обладают вирусы:

1. гриппа
2. парагриппа
3. аденовирусы
4. риновирусы
5. РС-вирусы

162. Какую из ОРИ пытаются приблизить к управляемым инфекциям:

1. грипп
2. парагрипп
3. РС-инфекцию
4. аденовирусную инфекцию
5. риновирусную инфекцию

163. Белково-клеточная диссоциация в спинномозговой жидкости характерна для менингита:

1. менингококкового
2. энтеровирусного
3. туберкулезного
4. стафилококкового
5. серозного

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

1. скарлатина
2. ветряная оспа
3. менингококковая инфекция, менингококкцемия
4. грипп, нейротоксикоз
5. корь

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

1. менингит
2. энцефалит
3. полиомиелит
4. тетрапарез
5. поперечный миелит

166. В спинномозговой жидкости при менингеальной форме паротитной инфекции отмечается:

1. цитоз менее 1000 клеток
2. ликвор мутный, серый
3. сахар резко снижен
4. резкое снижение хлоридов
5. повышение белка более 1г/л

167. Для полиомиелита характерна температура:

1. гектическая
2. кратковременная не более 3 дней
3. субфебрильная
4. температура в пределах нормы
5. двухволновая

168. Поражение всего респираторного тракта характерно для:

1. гриппа
2. риновирусной инфекции
3. аденовирусной инфекции
4. РС-инфекции
5. парагриппа

169. Изменчивость антигенной структуры характерна для вирусов:

1. гриппа
2. парагриппа
3. риновирусов
4. РС-вирусов
5. аденовирусов

170. Ветряночный энцефалит развивается при ветряной оспе:

1. легкой форме
2. среднетяжелой форме
3. тяжелой форме
4. атипичной форме
5. при любой форме

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

1. кашель
2. насморк
3. высыпания на коже
4. конъюнктивит
5. энантема

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

1. 5 дней
2. 7 дней
3. 9 дней
4. 14 дней
5. 21 день

173. Для типичной ветряной оспы характерно:

1. сыпь на волосистой части головы

2. мономорфизм элементов
3. сыпь на подошве и ладонях
4. отсутствие зуда
5. сыпь на гиперемизованном фоне кожи

174. Какие группы лимфатических узлов увеличиваются при краснухе:

1. подчелюстные
2. передние шейные
3. заднешейные, затылочные
4. подмышечные, паховые
5. все группы лимфоузлов

175. Выберите характер высыпаний при краснухе:

1. мелкоточечная
2. пятнисто-папулезная
3. мелкопятнистая
4. геморрагическая
5. везикулезная

176. Для кого опасна краснуха:

1. грудных детей
2. детей старшего возраста
3. молодых женщин
4. мужчин
5. беременных женщин

177. Назовите патогномичный симптом кори:

1. симптом Пастия
2. бледный носогубный треугольник
3. пятна Филатова-Коплика-Бельского
4. белый дермографизм
5. «малиновый язык»

178. Какая сыпь характерна для кори:

1. мелкоточечная
2. пятнисто-папулезная
3. пятнистая
4. везикулезная
5. пустулезная

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

1. 5 дней
2. 7 дней
3. 10 дней
4. 14 дней
5. 21 день

180. Характер высыпаний при скарлатине:

1. мелкоточечные
2. пятнистые
3. везикулезные
4. пятнисто-папулезные

5. пустулезные

181. У 9 летней девочки наблюдалась диффузная мелкопятнистая сыпь, повышение температуры тела $37,2^{\circ}\text{C}$, першение в горле. Пальпируются увеличенные заднешейные и затылочные лимфоузлы. Через 3 дня сыпь исчезла, состояние ребенка улучшилось. Какой диагноз является наиболее вероятным?

1. корь
2. синдром Стивенса-Джонсона
3. краснуха
4. инфекционная эритема
5. скарлатина

182. Девочка 4-х лет, болеет ветряной оспой. На 5 день болезни сыпь прекратилась, нормализовалась температура тела. На седьмой день болезни вновь повысилась температура тела до $38,2^{\circ}\text{C}$, появились шаткость походки, дрожание конечностей, смазанная речь, нистагм. О каком осложнении следует думать?

1. энцефалит
2. полинейропатия
3. абсцесс мозга
4. менингит
5. геморрагический инсульт

183. Настя 5 лет заболела остро с повышением температуры тела до $39,6^{\circ}\text{C}$, сухого кашля, насморка, гнойного конъюнктивита, светобоязнь. При осмотре на 3 сутки на слизистой оболочке внутренней поверхности щек обнаружены серовато-белые высыпания размером до 1 мм в диаметре, окруженные красной каймой, на небе – яркая пятнисто-папулезная сыпь. Какой наиболее вероятный диагноз?

1. корь
2. ОРВИ
3. энтеровирусная инфекция
4. аденовирусная инфекция
5. афтозный стоматит

184. Мальчик 2-х лет заболел остро с повышением температуры до $37,8^{\circ}\text{C}$. На следующий день на неизменном фоне кожи появилась мелкопятнистая, бледно-розовая сыпь, незначительная гиперемия ротоглотки, легкий насморк, а также увеличение затылочных и подчелюстных лимфатических узлов до 1,5 см в диаметре. Какой наиболее вероятный диагноз?

1. краснуха
2. энтеровирусная инфекция
3. корь
4. скарлатина
5. псевдотуберкулез

185. Ребенок 7 лет заболел остро, повысилась температура тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, пожаловалась на боли в горле, а к вечеру мать обнаружила на теле ребенка мелкоочечную сыпь на гиперемизированном фоне кожи со сгущением в естественных складках, а на миндалинах гнойные налеты. Носогубный треугольник свободен от высыпаний. Поставьте диагноз.

1. псевдотуберкулез
2. ветряная оспа
3. скарлатина
4. корь

5. краснуха

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

1. наслоение бактериальной инфекции
2. наслоение ОРИ с нейротоксикозом
3. нейротоксикоз
4. полиомиелит
5. менингоэнцефалит

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

1. корь
2. краснуха
3. энтеровирусная инфекция
4. скарлатина
5. ветряная оспа

188. Опишите характер сыпи при псевдотуберкулезе:

1. сыпь только на сгибательной поверхности конечностей
2. сыпь только на разгибательной поверхности конечностей
3. сыпь в виде симптома "носков", "перчаток", "капюшона"
4. сыпь только на нижних конечностях
5. сыпь на ладонной и подошвенной поверхностях

189. Назовите патогномичный симптом кори:

1. симптом Пастия
2. бледный носогубный треугольник
3. пятна Филатова-Коплика-Бельского
4. белый дермографизм
5. «малиновый язык»

190. Выберите токсическое осложнение скарлатины:

1. капилляротоксикоз
2. артрит
3. отит
4. миокардит
5. лимфаденит

191. Сколько дней составляет заразный период скарлатины:

1. 7 дней
2. 10 дней
3. 14 дней
4. 17 дней
5. 21 день

192. В дом ребенка после ветряной оспы можно перевести:

1. через 5 дней от начала высыпаний

2. через 7 дней от начала высыпаний
3. через 9 дней от последних подсыпаний
4. после нормализации температуры
5. после полного отпадения корочек

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

1. 5 дней
2. 7 дней
3. 10 дней
4. 14 дней
5. 21 день

194. При краснухе со стороны периферической крови выявляется:

1. плазматические клетки Тюрка
2. лейкоцитоз, атипичные мононуклеары
3. широкоплазменные В-лимфоциты
4. анемия, эозинофилия
5. лейкоцитоз, лимфоцитоз

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

1. сальмонеллез
2. шигеллез
3. холера
4. острый аппендицит
5. брюшной тиф

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

1. шигеллез
2. холера
3. острый аппендицит
4. брюшной тиф
5. ротавирусная инфекция

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

1. калия хлорид
2. цефазолин
3. глюкоза
4. свежзамороженная плазма
5. альбумин

198. Один порошок регидрона разводят в:

1. 0.5 литре кипяченой воды
2. 1.0 литре кипяченой воды
3. 1.5 литре кипяченой воды
4. 2.0 литрах кипяченой воды
5. 2.5 литрах кипяченой воды

199. О наличии обезвоживания у детей свидетельствуют следующие симптомы:

1. глаза не западают
2. выраженная жажда
3. при плаче есть слезы
4. слизистые рта влажные
5. рвота

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

1. дизентерия
2. сальмонеллез
3. эшерихиоз
4. протеоз
5. иерсиниоз

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

1. нейтральный жир
2. крахмал
3. лейкоциты и эритроциты
4. дрожжевые грибки
5. растительная клетчатка

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

1. 50-100 мл. на каждый стул
2. 1000 мл.
3. 100 мл
4. 200-400 мл
5. сколько хочет

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

1. антибиотики
2. гормоны
3. антигистаминные
4. бифидумбактерин
5. ферменты

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

1. энтеротоксигенные кишечные инфекции
2. персистирующие диареи
3. вирусная диарея
4. хроническая диарея
5. энтероинвазивные кишечные инфекции

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

1. дизентерии
2. эшерихиозе 1 категории
3. стафилококковом энтероколите
4. сальмонеллезном энтероколите
5. протейном энтероколите

206. Какой возбудитель чаще всего циркулирует в отделении реанимации?

1. синегнойная палочка
2. стафилококк
3. стрептококк
4. шигелла
5. клебсиелла

207. При ОКИ какой этиологии отмечается гнилостный запах кала?

1. стафилококковой
2. протейной
3. синегнойной
4. симптом не встречается при ОКИ
5. сальмонеллезной

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

1. недостаточность регидратационной терапии
2. развитие менингита
3. аллергическая реакция
4. суперинфекция
5. передозировка регидратационной терапии

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

1. все кишечные инфекции не зависимо от этиологии
2. только легкие, среднетяжелые формы ОКИ
3. только тяжелые формы ОКИ
4. инвазивные диареи
5. только водянистые диареи

210. Для дизентерии характерны следующие изменения в копрограмме:

1. нейтральные жиры
2. бактерии
3. слизь обильная (+++)

4. жирные кислоты

5. крахмал

211. Гнойно-септический анамнез у детей первых месяцев следует уточнять при:

1. дизентерии

2. стафилококковом энтероколите

3. эшерихиозе

4. иерсиниозе

5. сальмонеллезе

212. Тенезмы характерны при:

1. дизентерии

2. дисбактериозе

3. эшерихиозе 1-й категории

4. стафилококковом энтерите

5. сальмонеллезном гастроэнтерите

213. У недоношенного ребенка 2 мес., жидкий пенистый стул 14 раз со зловонным запахом. О какой кишечной инфекции следует думать?

1. дизентерия

2. клебсиеллез

3. протеоз

4. сальмонеллез

5. эшерихиоз

214. Ребенку 12 месяцев весом 12 кг выставлен диагноз: острый энтерит не уточненной этиологии, тяжелое обезвоживание. Рассчитайте жидкость для регидратационной терапии?

1. 120 мл

2. 240 мл

3. 900 мл

4. 1000 мл

5. 1200 мл

215. У ребенка 9 месяцев. С весом 12 кг, диарея 5 раз в сутки. Диагноз: острый энтероколит не уточненной этиологии, без признаков обезвоживания. Рассчитайте жидкость для регидратационной терапии?

1. 50-100 мл

2. 100-200 мл

3. 120-240 мл

4. 250-500 мл

5. 900 мл

216. Характерными симптомами острого аппендицита у детей являются:

1. примесь крови в стуле

2. боль опоясывающего характера

3. симптом «отталкивания руки»

4. пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки

5. положителен симптом Глины

217. Дифференциальная диагностика острого аппендицита у детей проводится с:

1. пневмонией

2. отитом
3. почечной патологией
4. инвагинацией кишечника
5. все выше перечисленное

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

1. локализованный
2. токсический
3. латентный
4. свищевой
5. ремитирующий

219. На течение перитонита у детей сказываются следующие анатомо-физиологические особенности:

1. низкие пластические свойства брюшины
2. недоразвитие большого сальника
3. относительно большая поверхность брюшины
4. недоразвитие общего и местного иммунитета
5. все выше перечисленное

220. Весь комплекс предоперационной подготовки при перитоните у детей проводится за:

1. 30 минут
2. 1 час
3. 2-3- часа
4. 4-5 часов
5. 5-6-часов

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

1. стенозирующая
2. острую
3. мембранозная
4. ремитирующая
5. сосудистая

222. Для инвагинации кишечника у детей характерны следующие симптомы:

1. постоянные боли в животе
2. боли опоясывающего характера
3. ахоличный стул
4. наличие стула в виде “малинового желе”
5. дегтеобразный стул

223. Какие рентгенологические симптомы перфорации полых органов у детей?

1. наличие горизонтальных уровней
2. симптом “подковы”
3. раздутые петли кишечника
4. свободный газ над печенью справа
5. релаксация диафрагмы

224. Укажите характерную рентгенологическую картину инвагинации кишечника у детей:

1. наличие чашей Клойбера

2. свободный газ в брюшной полости
3. немой живот
4. наличие симптома “дуги” или “подковы”
5. наличие ячеистых образований

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

1. у новорожденных
2. от 2 до 3 месяцев
3. от 4 месяцев до 1 года
4. старше 1 года
5. от 3 до 5 лет

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

1. по Зелигу (лигатурный метод)
2. наложением кисетного шва
3. наложением кисетного и Z-образного шва
4. инвагинационный метод
5. без перевязки культи, но с погружением в кисетный и Z-образные швы

227. Осложнения при дивертикуле Меккеля у детей:

1. жидкий стул
2. парез кишечника
3. кровотечение
4. повышение температуры тела
5. запоры

228. При каких заболеваниях происходят кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка у детей?

1. болезнь Верльгофа
2. гемолитическая анемия
3. цирроз печени, портальная гипертензия
4. дивертикул Меккеля
5. язва желудка

229. Метод исследования для определения портальной гипертензии цирроза печени у детей?

1. гастроскопия
2. иррогоскопия
3. спленопортография
4. лапароскопия
5. колоноскопия

230. Какой из перитонитов у детей относим к первичному?

1. аппендикулярный
2. желчный
3. диплококковый
4. каловый
5. фибринозный

231. Осложнения при язвенно-некротическом энтероколите у детей?

1. спаечная непроходимость
2. перфорация кишки

3. странгуляционная непроходимость
4. обтурационная непроходимость
5. запоры

232. На какие сутки снимают швы после аппендэктомии у детей?

1. 2-3 сутки
2. 3-4 сутки
3. 7-е сутки
4. 8-9 сутки
5. 10-е сутки

233. В каких случаях оставляют марлевый тампон после аппендэктомии у детей?

1. флегмонозном
2. катаральном
3. простом
4. кровотечении с ложа отростка
5. перитонит

234. Для какого заболевания характерен симптом «свободный» газ в брюшной полости на Р-логической картине у детей?

1. кишечная непроходимость
2. инвагинация кишечника
3. болезнь Гиршпрунга
4. сегментарная пневмония
5. перфорация полых органов

235. Назовите мероприятия направленные на предотвращение ДВС-синдрома у ребенка?

1. форсированный диурез
2. введение нейролептиков
3. антибиотикотерапия
4. гепаринотерапия
5. гормонотерапия

236. Для чего делается клизма с хлоралгидратом грудным детям?

1. для Р-логического исследования
2. пальпаторного обследования ребенка
3. с лечебной целью
4. снять интоксикацию
5. для очистительной клизмы

237. Выберите характерные рентгенологические признаки кишечной непроходимости у детей?

1. дефект наполнения
2. супрастенотическое расширение кишки
3. «чаши» Клойбера
4. свободный газ в брюшной полости
5. свободный газ над печенью

238. Что служит критерием эффективности консервативной терапии кишечной непроходимости у детей?

1. снижение температуры тела
2. повышение артериального давления

3. отхождение стула и газов
4. усиление болей
5. учащенное мочеиспускание

239. Укажите на причины развития портальной гипертензии у детей?

1. цирроз печени
2. уросепсис
3. гидронефротическая трансформация
4. язва желудка
5. инвагинация

240. При каких заболеваниях ставят показания к спленэктомии?

1. гемофилия
2. неспецифический язвенный колит
3. болезнь Верльгофа
4. цирроз печени
5. гипопластическая анемия

241. С какими заболеваниями наиболее часто приходится дифференцировать острую кишечную инвагинацию у детей?

1. дизентерией
2. копростазом
3. пневмонию
4. перитонит
5. холециститом

242. Укажите причину обтурационной кишечной непроходимости у детей:

1. заворот кишок
2. колитперитонит
3. копростаз
4. Меккелев дивертикул
5. перитонит

243. С какими заболеваниями дифференцируют острый аппендицит у девочки школьного возраста?

1. врожденный пилоростеноз
2. перекрут кисты яичника
3. полип прямой кишки
4. панкреатит
5. цистит

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

1. симптом Ровзинга
2. симптом Воскресенского
3. симптом Ортнера
4. френикус-симптом
5. напряжение мышц передней брюшной стенки

245. Ребенку 7 месяцев весом 12 кг выставлен диагноз: острый энтерит не уточненной этиологии, тяжелое обезвоживание. Сколько времени надо для проведения регидратационной терапии?

1. 1 час
2. 2 часа
3. 4 часа
4. 5 часов
5. 6 часов

246. Первая прививка от вирусного гепатита В делается:

1. в первые 24 часа после рождения
2. в первые 3 – 5 суток после рождения
3. в 2 месяца
4. детям не делается вообще
5. в 12 месяцев

247. Сроки вакцинации против вирусного гепатита В декретированные в Национальном календаре профилактических прививок Кыргызской Республики :

1. в первые 24 часа после рождения и в 12 месяцев
2. в 2 месяца и в 12 месяцев
3. в первые 24 часа после рождения, в 2, 3,5, и в 5 месяцев
4. в 12 месяцев, в 2 года и в 6 лет
5. в 2, 3,5, и в 5 месяцев

248. Согласно Национального календаря профилактических прививок Кыргызской Республики в 2 месяца ребенок получает прививку вакцинами:

1. АКДС, ВГВ, ХИБ, ОПВ, ПКВ-13
2. АКДС, БЦЖ, ХИБ, ОПВ, ПКВ-13
3. ВГВ, ХИБ, ОПВ, КП, ПКВ-13
4. АДС, ВГВ, ХИБ, ОПВ, ПКВ-13
5. АДС, ВГВ, ХИБ, ОПВ

249. Согласно Национального календаря профилактических прививок Кыргызской Республики ревакцинация АКДС проводится:

1. в 12 месяцев
2. в 6 лет
3. в 2 года
4. не проводится
5. в 15 лет

250. Согласно Национального календаря профилактических прививок Кыргызской Республики прививка от пневмококка ПКВ-13 проводится:

1. в возрасте 2, 5 и 12 месяцев
2. в возрасте 3, 5 и 12 месяцев
3. в возрасте 6, 5 и 12 месяцев
4. в возрасте 2, 5 и 9 месяцев
5. в первые 24 часа после рождения и в 12 месяцев

251. Согласно Национального календаря профилактических прививок Кыргызской Республики прививка от кори проводится в возрасте:

1. 12 месяцев
2. 3,5 месяцев
3. 2 лет
4. 2-х месяцев
5. 6 месяцев

252. Вакцинация против туберкулеза проводится в возрасте:

1. 5 месяцев
2. 12 месяцев
3. 2 лет
4. 3-5 дней
5. 6 месяцев

253. Возникновение поствакцинальных реакций не может быть следствием:

1. нарушения условий хранения вакцины
2. нарушения процедуры иммунизации
3. ненадлежащим качеством вакцин
4. боязни вакцинации
5. ошибки при проведении вакцинации

254. Для создания активного иммунитета используют:

1. гомологичный иммуноглобулин
2. гетерологичный иммуноглобулин
3. лечебную сыворотку
4. вакцину
5. бактериофаг

255. У ребенка, получившего прививку три дня назад вакциной КПК, температура 38 градусов. Оцените ситуацию и ваши действия:

1. это побочная реакция на прививку
2. необходимо подать экстренное извещение в СЭС
3. необходима госпитализация
4. это - нормальная реакция на живую вакцину, назначить парацетамол однократно
5. необходимо назначить антибиотик

256. В день назначенной прививки вакциной КПК у ребенка температура тела 38,4⁰С, насморк, кашель. Как поступить?

1. ввести вакцину
2. оформить постоянный медотвод на все прививки
3. отложить прививку до выздоровления
4. ввести вакцину под защитой иммуноглобулина
5. ввести вакцину под защитой антибиотика

257. В 3-х летнем возрасте ребенку отменены бывшие ранее медицинские противопоказания к прививкам. Как следует поступить сейчас?

1. не проводить вакцинацию вследствие опасения возможных реакций на прививки
2. начать прививки с АКДС вакцины соответственно календарю прививок
3. заменить прививку АКДС на АДС, все остальные прививки проводить соответственно календарю
4. начать прививки с АКДС вакцины соответственно календарю прививок под защитой иммуноглобулина
5. заменить прививку АКДС на АДС, все остальные прививки надо проводить соответственно календарю прививок под защитой иммуноглобулина

258. Как поступить с ребенком 7 лет, укушенным в голень известной собакой во время игры? Ребенок 2 мес. назад получил плановую ревакцинацию АДС-М анатоксином

1. провести комбинированный курс антирабических прививок (вакцина и иммуноглобулин)
2. не прививать, наблюдать животное
3. провести курс вакцинации антирабической вакциной
4. ввести АС анатоксин
5. ввести иммуноглобулин

259. Ребенку 9 месяцев, перенес пневмонию 2 месяца назад, сейчас здоров, ранее - в 2 и 3,5 месяцев двукратно вакцинирован АКДС, Как поступить с дальнейшей вакцинацией?

1. считать утратившими действие ранее сделанные прививки, заново начать трехкратную вакцинацию АКДС
2. продолжать вакцинацию, сделать третью прививку АКДС 3
3. считать две прививки достаточными, через 1,5 года сделать ревакцинацию АКДС
4. продолжить прививки АДС-М анатоксином
5. сделать третью прививку АКДС под защитой антибиотиком

260. У привитого АКДС вакциной ребенка отмечено повышение температуры тела до $37,3^{\circ}\text{C}$, на месте инъекции - слегка болезненное уплотнение. Это следует расценить как:

1. нормальное течение вакцинального процесса
2. нарушение процедуры введения вакцины
3. гиперчувствительность к вакцине, в дальнейшем надо отказаться от прививок
4. реакцию на укол
5. неверное место введения вакцины.

261. Ребенку 2 месяца, рождённому от ВИЧ-инфицированной матери с массой тела 3150 г. ВИЧ-статус мальчика не определён. Какие вакцины можно вводить этому ребёнку по календарю?

1. все вакцины, предусмотренные Национальным календарем профилактических прививок Кыргызской Республики
2. только АКДС
3. только DUD
4. все вакцины, предусмотренные Национальным календарем профилактических прививок Кыргызской Республики кроме КПК
5. нельзя вводить никакие вакцины

262. Можно ли сделать прививку вакциной КПК ребенка 12 месяцев с диагностированной третьей клинической стадией ВИЧ?

1. можно
2. да, если $\text{CD4} > 200$ ($> 15\%$)
3. можно под защитой противокорревого иммуноглобулина.
4. можно под защитой антиретровирусных препаратов.
5. нельзя.

263. Ребенок 1 месяц 10 дней выписан из отделения патологии новорожденных, где лечился по поводу гипоксического поражения ЦНС. Вакцинация в родильном доме не проводилась. Какие прививки этому ребенку должны провести?

1. 1-ю вакцинацию ВГВ, БЦЖ-м
2. все прививки противопоказаны
3. БЦЖ после реакции Манту
4. 1-ю вакцинацию ВГВ
5. мед отвод до 2-х месяцев, затем АКДС, ВГВ, ХИБ, ОПВ

264. Вызов к мальчику 2 лет с жалобами на повышение температуры до 37,3°C и припухлость около левого уха. Ребенку 9 дней назад сделана прививка против паротита. При осмотре - менингеальные знаки не выявлены. Оцените ситуацию. Ваша тактика:

1. тяжелое побочное проявление после вакцинации
2. необходимо подать экстренное извещение в СЭС
3. необходима срочная госпитализация.
4. нормальная реакция на прививку против эпидемического паротита
5. в дальнейшем медицинский отвод от всех профилактических прививок

265. Ребенок с врожденным пороком сердца (дефект межжелудочковой перегородки). Тактика вакцинации:

1. медицинский отвод от всех профилактических прививок
2. прививать в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок Кыргызской Республики, кроме КПК
3. прививать все вакцины, предусмотренные Национальным календарем профилактических прививок Кыргызской Республики
4. противопоказана вакцина ХИБ
5. прививать все вакцины, предусмотренные Национальным календарем профилактических прививок Кыргызской Республики под защитой антибиотиком

266. У ребенка с ревмокардит, период ремиссии. Тактика вакцинации:

1. прививать все вакцины по Национальному календарю профилактических прививок Кыргызской Республики спустя 6 месяцев от начала ремиссии
2. медицинский отвод от всех профилактических прививок
3. прививать все вакцины, предусмотренные Национальным календарем профилактических прививок Кыргызской Республики под защитой антибиотиком
4. противопоказана вакцина ВГВ
5. прививать все вакцины по Национальному календарю профилактических прививок Кыргызской Республики спустя 6 месяцев от начала ремиссии; АКДС заменить на АДС

267. Ребенок с врожденным пороком сердца в 12 месяцев привит вакциной КПК. Определите сроки плановой операции по коррекции порока сердца

1. через неделю после вакцинации
2. через 1 месяц после вакцинации
3. через 3 месяца после вакцинации
4. через 6 месяцев после вакцинации
5. через 8 месяцев после вакцинации

268. Ребенку 12 месяцев прооперирован по поводу врожденного порока сердца. Когда можно планировать прививку против кори?

1. спустя 3-4 недели после операции
2. спустя 2 недели после операции
3. спустя 2 месяца после операции
4. спустя 6 месяцев после операции
5. спустя 12 месяцев после операции

269. Ребенку 12 месяцев. В гемограмме уровень гемоглобина 100г/л. Решите вопрос о прививке КПК.

1. противопоказаний нет
2. отложить прививку до нормализации гемоглобина
3. сделать прививку и назначить противоанемическое лечение
4. отложить прививку до нормализации гемоглобина

5. сделать прививку под контролем иммуноглобулина

270. Сроки ревакцинация от коклюша, дифтерии и столбняка предусмотренные Национальным календарем профилактических прививок Кыргызской Республики :

1. 2 года: АКДС, 6 лет: АДС
2. 2 года и 6 лет: АКДС
3. 2 года и 6 лет: АДС
4. 3 года и 12 лет: АДС
5. 3 года и 12 лет: АКДС

271. Метаболические судороги являются следствием:

1. гипогликемии
2. эпилепсии
3. гипертермия
4. энцефалит.
5. менингит.

272. Метаболические судороги являются следствием:

1. гипокальциемия
2. эпилепсии
3. гипертермия
4. энцефалит.
5. менингит.

273. Когда диагностируется гипокальциемия, необходимо исследовать:

1. уровень магния в сыворотке крови
2. уровень натрия в сыворотке крови
3. уровень мочевины в сыворотке крови
4. уровень сывороточного железа в сыворотке крови
5. уровень хлоридов в сыворотке крови

274. Гипомагниемическая гипокальциемия корректируется:

1. раствором глюконата кальция
2. кальцием в сочетании с сульфатом магния
3. раствором сульфата магния
4. раствором Рингера
5. физиологическим раствором

275. Метаболические судороги могут быть проявлением:

1. фенилкетонурии
2. болезни Дауна
3. муковисцидоза
4. гипотиреоза
5. врожденного порока сердца

276. Ребенку 7 месяцев, на искусственном вскармливании (коровье молоко, манная каша). Поступил в стационар с жалобами на кратковременные приступы тонико-клонических судорог. Объективно: признаки рахита II степени, положительные симптомы Хвостека, Маслова, Труссо. Какое патологическое состояние можно диагностировать?

1. рахитогенную тетанию
2. эпилепсию
3. почечную эклампсию

4. менингоэнцефалит
5. фебрильные судороги

277. У ребенка 12 месяцев периодически отмечаются генерализованные клоникотонические судороги с 9 месяцев. При осмотре обращает на себя внимание: кожные покровы бледные, на щеках диатезные высыпания, волосы светлые, глаза бледно-голубые. Мать обращает внимание на специфический запах мочи у ребенка, значительное отставание психо-речевого и моторного развития, мышечная гипотония. Ваш предварительный диагноз:

1. эпилепсия
2. фебрильные судороги
3. почечная эклампсия
4. фенилкетонурия
5. спазмофилия

278. Ребенок 10 лет жалуется на ощущение “онемения”, ползания “мурашек” в кистях, раздражительность, периодические судороги пальцев рук в виде “руки акушера”. Две недели тому перенес субтотальную струмэктомия по поводу диффузного токсического зоба. Симптомы постепенно нарастали. Резко позитивные симптомы Хвостека, Труссо. Уровень кальция в крови снижен. Ваш предварительный диагноз:

1. спазмофилия.
2. гипопаратиреоз.
3. гиперпаратиреоз
4. сахарный диабет, гипогликемия
5. гипотиреоз

279. Ребенок 6 лет с клонико-тоническими судорогами доставлен в стационар попутным транспортом. В анамнезе перенесенные ветряная оспа, эпидемический паротит, частые ОРВИ. Объективно: кожа сухая, румянец на щеках, губы сухие, красные, трещины. Тургор тканей снижен. Запах ацетона изо рта. Какой генез судорог?

1. гипокальциемия
2. гиперкальциемия
3. гипергликемия
4. гипогликемия
5. ферментопатия

280. Ребенок 5 лет болеет сахарным диабетом, получает инсулин. После инъекции инсулина утром почти не завтракал. Через 2,5 часа появились чувство голода, головная боль, повышенная потливость, тахикардия. Состояние ребенка быстро ухудшалось: возникли тремор, головокружение, “холодный пот”, сонливость, судороги, потеря сознания. Какой генез судорог?

1. гипокальциемия.
2. гиперкальциемия
3. гипергликемия
4. гипогликемия
5. ферментопатия

281. Синдром крупа – термин, объединяющий группу острых состояний (ларингит, ларинготрахеит, ларинготрахеобронхит), сопровождающихся стенозом верхних дыхательных путей вследствие:

1. отека слизистой оболочки верхних дыхательных путей
2. нарушения анатомии верхних дыхательных путей

3. попадания инородного тела
4. снижения толерантности к физической нагрузке
5. отек легких

282. Синдром крупа не проявляется:

1. инспираторной одышкой
2. охриплостью голоса
3. респираторным дистрессом
4. дисфагией
5. экспираторной одышкой

283. Синдром крупа не характерен для:

1. эпиглоттита
2. ретрофарингеального абсцесса
3. перитонзиллярного абсцесса
4. аллергического отека гортани
5. острого обструктивного бронхита

284. Осмотр ротоглотки у детей с подозрением на эпиглоттит должен проводиться:

1. обязательно
2. противопоказан при любых обстоятельствах
3. проводится только врачом отоларингологом
4. возможен только в условиях полной готовности к эндотрахеальной интубации, трахеотомии, крикотиреотомии
5. возможен только в случае быстрого нарастания обструкции и респираторного дистресса

285. Бронхообструктивный синдром – симптомокомплекс функционального или органического происхождения, в клинические проявления которого НЕ входит:

1. удлиненный выдох
2. свистящее, шумное дыхание
3. приступы удушья
4. кашель
5. инспираторная одышка

286. В параклиническое обследование для уточнения диагноза заболеваний, проявляющихся бронхообструктивным синдромом НЕ входит:

1. общий анализ крови
2. рентгенография грудной клетки
3. спирография
4. нейросонография
5. пикфлоуметрия

287. Заболевание в клинической картине которого НЕТ бронхообструктивного синдрома:

1. инородные тела дыхательных путей
2. заболевания аспирационного генеза
3. наследственные заболевания органов дыхания
4. острый гломерулонефрит
5. заболевания сердечнососудистой системы

288. Ребенок 4-х лет. Жалобы: повышение температуры до 38,5°C, насморк, «лающий» кашель, осиплость голоса, затрудненное, шумное дыхание, заболел остро, накануне. Заболевание началось с лихорадки, сухого кашля, насморка, ухудшения самочувствия. Зев гиперемирован, цианоз носогубного треугольника. Дыхание затруднено, шумное, вдох слышен на расстоянии, «лающий» кашель, осиплость голоса. Ваш диагноз.

1. острый обструктивный бронхит
2. ОРВИ, стенозирующий ларинготрахеит
3. острая пневмония
4. приступ бронхиальной астмы
5. инородное тело дыхательных путей

289. Девятимесячная девочка играла со старыми бусами. Внезапно появились признаки удушья. Вы диагностировали инородное тело дыхательных путей. Какое действие недопустимо в данной ситуации?

1. уложить ребенка на руки или бедра в позе головой вниз и сделать 5 возвратных ударов ладонью вашей руки
2. если безуспешно, повернуть ребенка снова и сделать 5 возвратных толчков по груди
3. взять за ноги и потрясти вниз головой
4. проверить ротовую полость, если не удастся удалить инородное тело
5. проверить ротовую полость, если не удастся удалить инородное тело и повторить последовательность сначала при безуспешности

290. Ребенку шесть лет. Ребенок возбужден, температура – 37,2°C, ЧД – 36 в минуту, ЧСС – 128 в минуту. Небольшая гиперемия зева. Перкуторно над легкими коробочный оттенок звука. При аускультации дыхание жесткое, выдох удлиннен, выслушиваются сухие свистящие и единичные влажные хрипы над всей поверхностью легких. Предположительный диагноз?

1. острый обструктивный бронхит
2. острый ларинготрахеит
3. острая пневмония
4. приступ бронхиальной астмы
5. инородное тело дыхательных путей

291. Ребенку шесть лет. Ребенок возбужден, температура – 37,2°C, ЧД – 36 в минуту, PS – 128 в минуту. Небольшая гиперемия зева. Перкуторно над легкими коробочный оттенок звука. При аускультации дыхание жесткое, выдох удлиннен, выслушиваются сухие свистящие и единичные влажные хрипы над всей поверхностью легких. Тактика ведения:

1. назначить антибиотики
2. провести алгоритм лечения обструкции
3. назначить кортикостероиды
4. назначить оксигенотерапию
5. провести лечебную бронхоскопию

292 Ребенку 6 месяцев. У него обструкция с дыхательной недостаточностью. Окажите неотложную помощь.

1. сальбутамол 3 дозы через спейсер
2. ампициллин 50мг/кг внутривенно
3. преднизолон 15 мг. внутривенно
4. адреналин 0,15 мл. внутримышечно
5. эфедрин 0,5 мл. внутримышечно

293. Ребенку 6 месяцев эффективно провели алгоритм лечения бронхиальной обструкции. Какую поддерживающую терапию вы назначите?

1. преднизолон 15 мг внутрь
2. ампициллин
3. β_2 -агонист (сальбутамол)
4. горчичники
5. сироп от кашля

294. Ребенку провели лечение бронхиальной обструкции сальбутамолом с недостаточным эффектом. Какую терапию вы назначите?

1. санационную бронхоскопию
2. повторную ингаляцию сальбутамолом плюс дексаметазон внутримышечно
3. седацию препаратом ГОМК
4. эфедрин внутримышечно
5. искусственную вентиляцию легких

295. Ребенку с крупом провели адекватную консервативную терапию без эффекта. Какие действия необходимо предпринять дальше?

1. сделать трахеотомию
2. поместить в барокамеру
3. седацию препаратом ГОМК
4. искусственное дыхание
5. сердечно-легочную реанимацию

296. В клинической симптоматике острой пневмонии у детей ведущее значение имеют:

1. рассеянные влажные хрипы
2. локальное укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания
3. ослабленное дыхание над всей поверхностью легких
4. рассеянные сухие хрипы
5. жесткое дыхание с удлинненным выдохом

297. Для клинической симптоматики при остром обструктивном бронхите не характерно:

1. коробочный легочный звук при перкуссии
2. экспираторная одышка
3. дистанционные свистящие хрипы
4. жесткое дыхание с резко удлинненным выдохом
5. локальное притупление легочного звука и ослабление дыхания

298. Для лечения острого обструктивного бронхита не показано назначение:

1. антибиотиков
2. оральной регидратации
3. гормональных средств
4. бронходилататоров короткого действия
5. эуфилина

299. Показанием для госпитализации при обструктивных формах острых бронхитов не является:

1. неспособность пить
2. центральный цианоз
3. резкое втяжение нижней части грудной клетки
4. влажный кашель
5. снижение сатурации кислорода до 90%

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

1. пневмококки
2. грамотрицательная микрофлора
3. бета-гемолитический стрептококк
4. хеликобактер пилори
5. пневмоциста

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

1. пневмококки
2. вирусы
3. пневмоцисты
4. грамотрицательная микрофлора
5. легионелла

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

1. 60 в минуту и более
2. 50 в минуту
3. 40 в минуту
4. 30 в минуту
5. 20 в минуту

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

1. 60 в минуту и более
2. 50 в минуту и более
3. 40 в минуту и более
4. 30 в минуту и более
5. 20 в минуту и более

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

1. 60 в минуту и более
2. 50 в минуту и более
3. 40 в минуту и более
4. 30 в минуту и более
5. 20 в минуту и более

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

1. 60 в минуту и более
2. 50 в минуту и более
3. 40 в минуту и более
4. 30 в минуту и более
5. 20 в минуту и более

306. Ребенок 2 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на температуру 37,0, насморк, сухой приступообразный кашель, одышку, хрипы, слышные на расстоянии. Со слов матери, ребенок болеет около суток. Объективно – состояние тяжелое за счет

бронхообструктивного синдрома. Выраженная экспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры, выдох удлинён, отмечаются дистантные хрипы. Поставьте диагноз.

1. острый обструктивный бронхит
2. острая типичная пневмония
3. бронхиальная астма
4. острая атипичная пневмония
5. врожденный порок развития легких

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

1. острая домашняя пневмония
2. ОРВИ
3. госпитальная пневмония
4. вентилятор-ассоциированная пневмония
5. атипичная пневмония

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

1. цефтриаксон
2. амоксициллин
3. амоксиклав
4. гентамицин
5. кларитромицин

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

1. крупозная пневмония
2. ОРВИ
3. атипичная пневмония
4. острый бронхолит
5. госпитальная пневмония

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

1. цефтриаксон
2. амоксициллин
3. амоксиклав
4. гентамицин
5. кларитромицин

311. Мочевой синдром при нефротическом синдроме характеризуется:

1. протеинурией более 3г/сутки
2. гематурией
3. бактериурией
4. лейкоцитурией
5. протеинурией до 2,5 г/сутки

312. Патологическая бактериурия, методом сбора средней порции мочи диагностируется:

1. при более 5 000 КОЕ/мл

2. при более 100 000 КОЕ/мл
3. при более 10 000 КОЕ/мл
4. при более 4 000 КОЕ/мл
5. минимальный рост КОЕ/мл

313. Тактика врача общей практики при выявлении больного с протеинурией 5 г/л:

1. повторно назначить общий анализ мочи
2. назначить антибактериальную терапию
3. сразу направить в стационар
4. назначить гормональную терапию
5. всё сказанное верно

314. Общие свойства мочи не включают:

1. цвет
2. прозрачность
3. реакция
4. ферментурию
5. относительная плотность

315. На цвет мочи не могут влиять:

1. ураты
2. наличие крови
3. некоторые лекарственные препараты
4. некоторые продукты
5. лейкоциты

316. Функциональная протеинурия не наблюдается при:

1. тяжелой физической нагрузке
2. тубулопатиях
3. лихорадочной протеинурии
4. ортостатической протеинурии
5. переохлаждения

317. Для острого нефритического синдрома не характерно:

1. умеренно выраженные периферические отеки
2. артериальная гипертензия
3. гематурия.
4. гиперхолестеринемия
5. протеинурия до 2-3 грамм в сутки

318. Фебрильная лихорадка является характерным симптомом:

1. гломерулонефрита
2. пиелонефрита
3. цистита
4. нейрогенной дисфункции мочевого пузыря
5. абактериального интерстициального нефрита

319. В течении года после перенесенного острого пиелонефрита врач общей практики наблюдает ребенка:

1. 1 раз в неделю
2. 1 раз в 10 дней
3. 1 раз в 2 недели

4. 1 раз в месяц
5. 1 раз в 1,5 месяца

320. В течении первых трех месяцев после перенесенного гломерулонефрита врач общей практики наблюдает ребенка:

1. 1 раз в неделю
2. 1 раз в 10 дней
3. 1 раз в 2 недели
4. 1 раз в месяц
5. 1 раз в 1,5 месяца

321. Цилиндры в моче не наблюдаются при:

1. пиелонефрите
2. инфекции нижних мочевыводящих путей
3. остром гломерулонефрите
4. хронического гломерулонефрита
5. тубулоинтерстициальных нефритов

322. Мальчик 7 лет перенес ангину, через 10 дней - моча "цвета мясных помоев". Предполагаемый диагноз?

1. острый гломерулонефрит
2. хронический гломерулонефрит
3. острый пиелонефрит
4. хронический пиелонефрит
5. острое почечное повреждение

323. У ребенка 5 лет - красная моча, боли в пояснице. Ваша тактика?

1. анализ мочи по Зимницкому
2. общий анализ мочи, УЗИ почек
3. бакпосев мочи, УЗИ почек
4. УЗИ почек
5. диета с ограничением соли

324. Ребенку 3 года, после перенесенной вирусной инфекции выявлена протеинурия - 0,66г/л, эритроциты - 3-4 в поле зрения. Ваша тактика?

1. патологии нет
2. диета с ограничением белка
3. общий анализ мочи, УЗИ почек
4. бак. посев мочи
5. анализ мочи по Зимницкому

325. У девочки 14 лет - лейкоциты 5-6 в поле зрения. Ваша тактика?

1. анализ мочи по Аддис-Каковскому
2. УЗИ почек
3. анализ мочи по Нечипоренко
4. консультация нефролога
5. патологии нет

326. У мальчика 10 месяцев высокая температура, интоксикация, прорезываются зубы. В крови - лейкоцитоз, высокая СОЭ, в моче – лейкоциты 10-12 в поле зрения, бактерии ++. Предполагаемый диагноз?

1. острая вирусная инфекция

2. острая кишечная инфекция
3. острый пиелонефрит
4. острый гломерулонефрит
5. патологии нет

327. Девочке 3 года. Лихорадка 39⁰С, учащенное и болезненное мочеиспускание. В общем анализе мочи лейкоциты в большом количестве. Необходимо:

1. назначить бакпосев мочи
2. назначить анализ мочи по Зимницкому
3. назначить УЗИ почек
4. назначить антибактериальную терапию
5. отправить к нефрологу

328. У мальчика 5 лет выраженные отеки на лице и голенях, асцит. Ваша тактика:

1. направить на госпитализацию
2. наблюдение
3. назначить общий анализ мочи
4. назначить диуретическую терапию
5. ничего не предпринимать

329. На приеме ребенок, у которого в течение 6,5 месяцев после перенесенного острого пиелонефрита сохраняются признаки воспалительной активности. Ваш диагноз.

1. рецидивирующее течение острого пиелонефрита
2. хронический пиелонефрит
3. нейрогенная дисфункция мочевого пузыря
4. рецидивирующий цистит
5. хронический гломерулонефрит

330. Ребенок 10 лет с лихорадкой и симптомами интоксикации. В общем анализе мочи определяются лейкоциты 15-20 в поле зрения, бактерии ++++. Бактериологический анализ мочи сделать не представляется возможным. Какой препарат следует назначить в данной ситуации?

1. пенициллин
2. оксациллин
3. амоксилав
4. цефтриаксон
5. карбенициллин

331. Симптомы, характерные для сахарного диабета:

1. чрезмерная прибавка в весе
2. потливость
3. периодическое повышение температуры тела
4. жажда, похудение, полиурия
5. жажда, олигурия, ожирение

332. Диета, рекомендуемая больным сахарным диабетом 1 типа:

1. ограничить углеводы
2. исключение легкоусвояемых углеводов
3. увеличить жиры
4. уменьшить жиры
5. уменьшить белковую нагрузку

333. Препарат, необходимый при выведении из кетоацидотической комы:

1. актрапид
2. протафан
3. левемир
4. хумулин
5. лантус

334. К клиническим признакам гипогликемии при сахарном диабете у детей Не относятся:

1. сухость кожи и слизистых оболочек
2. влажная кожа и слизистые оболочки
3. тремор конечностей
4. чувство голода
5. потеря сознания

335. Значение понятия «хлебная единица» при организации лечения сахарного диабета у детей:

1. для коррекции диеты
2. для коррекции дозы инсулина
3. для коррекции физических нагрузок
4. для диагностики степени компенсации
5. для диагностики ранних осложнений сахарного диабета

336. Показатель гипогликемии натощак, характерный для сахарного диабета у детей:

1. 3,3 – 5,5 ммоль/л
2. < 6,1 ммоль/л
3. 6,1 ммоль/л
4. 1,8 – 4,2 ммоль/л
5. 3,5 – 4,0 ммоль/л

337. Причиной развития диабетической кетоацидотической комы у детей является:

1. избыток инсулина
2. избыток глюкагона
3. дефицит инсулина
4. дефицит глюкагона
5. дефицит тиреокальцитонина

338. Сахарный диабет 1 типа характеризуется:

1. нарушением образования инсулина в бета-клетках поджелудочной железы
2. уменьшением числа периферических рецепторов к инсулину
3. снижением чувствительности периферических тканевых рецепторов к инсулину
4. дефицитом ионов цинка
5. периферической инактивацией инсулина

339. Характерным признаком, позволяющим заподозрить сахарный диабет у грудного ребенка, является:

1. симптом «накрахмаленных пеленок»
2. бледность кожных покровов
3. повышенная потливость
4. мышечные судороги
5. беспокойный сон

340. Для латентного сахарного диабета характерно:

1. отсутствие клинических симптомов болезни
2. повышение уровня сахара крови натощак
3. жажда
4. глюкозурия
5. кетоацидоз

341. Кетонурия наблюдается при:

1. сахарном диабете
2. голодании
3. безуглеводной диете
4. все ответы правильны
5. все ответы неправильны

342. На прием доставлен ребенок без сознания. При осмотре кожа сухая, глазные яблоки мягкие, дыхание шумное типа Куссмауля, клонико–тонические судороги. Ваш диагноз:

1. гипергликемическая кома
2. гипогликемическая кома
3. приступ эпилепсии
4. эклампсия
5. фебрильные судороги

343. На прием доставлен ребенок без сознания. При осмотре кожа сухая, глазные яблоки мягкие, дыхание Куссмауля, запах ацетона изо рта. Что не следует делать при оказании неотложной помощи?

1. экстренная госпитализация в отделение реанимации
2. начать введение инсулина короткого действия (актропид) из расчета 0,5 единиц на кг. массы тела
3. ввести 40% глюкозу внутривенно струйно быстро
4. ввести физиологический раствор внутривенно болюсно
5. глюкометрия

344. На прием доставлен ребенок без сознания. При осмотре кожа влажная, глазные яблоки твердые, судороги, тризм челюстей, судороги с преобладанием тонического компонента. Ваш диагноз:

1. гипергликемическая кома
2. гипогликемическая кома
3. приступ эпилепсии
4. эклампсия
5. фебрильные судороги

345. На прием доставлен ребенок без сознания. При осмотре кожа влажная, глазные яблоки твердые, судороги, тризм челюстей, судороги с преобладанием тонического компонента. Что не следует делать при оказании неотложной помощи?

1. экстренная госпитализация в отделение реанимации
2. начать введение инсулина короткого действия (актропид) из расчета 0,5 единиц на кг массы тела
3. ввести 40% глюкозу внутривенно струйно быстро
4. глюкометрия
5. ввести диазепам ректально

346. Ребенок 12 лет с диагнозом сахарный диабет 1 типа, получает инсулин длительного действия (левемир). Отказался от завтрака, 12 часов дня появились симптомы: слабость, головокружение, головная боль, тремор конечностей, сильное чувство голода. Ваши действия:

1. быстро дать ребенку сладкий чай и булочку
2. ввести инсулин короткого действия
3. вызвать скорую помощь и наблюдать за ребенком
4. начать внутривенное введение физиологического раствора
5. ввести диазепам пер ректум.

347. Ребенок 13 лет на приеме заподозрен диагноз сахарный диабет. Ваши действия:

1. назначить инсулин короткого действия (актропид)
2. госпитализировать в специализированное отделение
3. госпитализировать в отделение реанимации
4. коррекция диеты и отправить домой
5. ввести внутривенно капельно физиологический раствор с 5 % глюкозой

348. Ребенок 15 лет с диагнозом обратился с жалобами на боли и онемение верхних и нижних конечностей по типу перчаток и носков, снижение чувствительности, слабость и отек рук и ног, медленное заживление ран, нарушения координации. Оцените состояние ребенка.

1. полинейропатия
2. ретинопатия
3. нефропатия
4. полирадикулоневрит
5. дефицит витамина В12

349. Подросток, 15 лет, обратился по поводу фурункулеза. Из анамнеза: предрасположен к простудным инфекциям, старший брат и отец болеют сахарным диабетом. Сахар крови натощак 5,5 ммоль/л. Объективно: пониженного питания, бледен, множественные фурункулы на коже туловища и шее. Ваше диагностическое предположение.

1. латентный сахарный диабет
2. клинически явный сахарный диабет
3. врожденный иммунодефицит
4. сепсис
5. ВИЧ инфицирован

350. Вызов к мальчику 9 лет. В течение 4-х лет болеет сахарным диабетом, получает инсулин. Неделю тому назад заболел пневмонией, на фоне которой появились жажда, полиурия, слабость, ухудшился аппетит, вскоре возникли тошнота, боли в животе. Оцените ситуацию.

1. диабетический кетоацидоз
2. гипогликемия
3. осложнение пневмонии
4. реакция на антибиотик
5. пищевое отравление

351. Одним из общих признаков опасности является:

1. одышка
2. кашель
3. судороги

4. боль в ухе
5. ригидность мышц затылка

352. Одним из общих признаков опасности является:

1. одышка
2. кашель
3. диарея
4. ригидность мышц затылка
5. ребенок не может пить и сосать грудь

353. Одним из общих признаков опасности является:

1. круп
2. рвота после каждого приема пищи и питья
3. кашель
4. стридор
5. ригидность мышц затылка

354. При проведении сортировки больных в первую очередь необходимо выявить:

1. жалобы
2. неотложные признаки
3. эпидемиологический анамнез
4. приоритетные признаки
5. анамнез жизни

355. У ребенка до 2-х месяцев частота дыхания считается учащенной (в минуту):

1. более 20
2. более 49
3. более 59
4. более 39
5. более 10

356. Ребенок доставлен в состоянии крайней тяжести с неотложным признаком (гипогликемическая кома). Первоочередным является:

1. коррекция сахара крови
2. кормление ребенка
3. кислородотерапия
4. восстановление проходимости дыхательных путей
5. введение инсулина

357. К Вам на прием доставлен ребенок 4-х лет с фебрильными судорогами. Ваша тактика:

1. снижение температуры физическими методами
2. введение жаропонижающих средств per rectum
3. кислородотерапия
4. введение диазепама per rectum
5. сернокислая магнезия внутривенно

358. Годовалый ребенок доставлен с нарушением проходимости дыхательных путей. После осмотра Вы предполагаете тяжелую пневмонию. Симптомы в пользу этого диагноза:

1. астмоидное дыхание
2. внезапное удушье

3. невозможность глотать
4. кашель в сочетании с учащенным дыханием и лихорадкой.
5. стридор

359. Ребенок 5 лет доставлен с нарушением проходимости дыхательных путей. После осмотра Вы предполагаете приступ бронхиальной астмы. В пользу этого свидетельствуют:

1. внезапно возникший стридор
2. положительный эффект от приема бронхолитических средств
3. «лающий» кашель
4. кашель в сочетании с учащенным дыханием и лихорадкой
5. осиплый голос

360. Ребенок 3-х лет поступил в состоянии заторможенности. Вы осмотрели и выявили признаки нарушения микроциркуляции, судороги, температура в пределах нормы. Вы предполагаете:

1. менингит
2. отравление
3. шок
4. травму головы
5. церебральную малярию

361. У ребенка до 5 лет при тяжелой бактериальной инфекции антибиотиками первого выбора являются:

1. цефтриаксон
2. метрид+пенициллин
3. ципрофлоксацин
4. ампициллин и гентамицин
5. амоксициллин

362. У ребенка с тяжелым нарушением питания гипогликемией считается уровень сахара менее (ммоль/л):

1. 5
2. 4
3. 7
4. 3
5. 2,5

363. Ребенку с весом 12 кг суточный водный баланс составляет (мл в сутки):

1. 1000
2. 1500
3. 800
4. 1100
5. 500

364. Доза диазепама для купирования судорог (per rectum) в мл/кг составляет:

1. 1,0
2. 0,05
3. 1,5
4. 2,0
5. 0,1

365. Стридор - это:

1. удлиненный, затрудненный выдох
2. приступ удушья
3. снижение сатурации
4. шумный вдох
5. степень нарушения сознания

366. Что означает «Сортировка больных детей в стационаре»

1. это осмотр всех поступающих детей на наличие инфекционных заболеваний
2. это распределение поступающих детей по профилю отделений
3. это процесс быстрой оценки всех поступающих в стационар детей на наличие неотложных и приоритетных признаков для определения очередности оказания помощи
4. заполнение истории болезни
5. проверка документов, удостоверяющих личность ребенка

367. При обеспечении проходимости дыхательных путей у младенца (до 12 мес), у которого нет подозрения на травму, какая часть тела должна быть направлена вверх?

1. подбородок
2. нос
3. нижняя челюсть
4. глаза
5. верхняя челюсть

368. Какая скорость (л/мин) подачи кислорода у детей от 2 мес. до 5 лет через носовые канюли?

1. 0,5л/мин
2. 1-2л/мин
3. 3-4л/мин
4. 5-6л\мин
5. более 10л\мин

369. Время капиллярного кровенаполнения удлинено, если:

1. более 1 секунды
2. более 3 секунд
3. более 5 секунд
4. более 6 сек
5. более 10сек.

370. Какой объем жидкости Вы дадите годовалому хорошо упитанному ребенку в состоянии шока с массой тела 11 кг при первом введении?

1. 500мл
2. 320мл
3. 220мл
4. 120мл
5. 520мл

371. Какой уровень сахара в крови считается низким (без тяжелого истощения)?

1. ниже 3ммоль/л
2. ниже 2,5 ммоль/л
3. ниже 1,5ммоль/л
4. ниже 1,0ммоль\л

5. ниже 4,0 ммоль\л

372. Какой объем 10% раствора глюкозы Вы дадите шестимесячному ребенку с массой тела 8 кг и с низким уровнем сахара в крови?

1. 80мл
2. 40мл
3. 20мл
4. 30мл
5. 100мл

373. При лечении тяжелого крупа не применяют:

1. гормоны
2. кислородотерапия
3. лазикс
4. ингаляция адреналина
5. интубация трахеи, если нарастает тяжелая дыхательная недостаточность

374. При лечении умеренного обезвоживания при диарее по плану Б ребенку надо давать следующие объемы ОРС:

1. 50мл/кг
2. 100мл/кг
3. 30мл\кг
4. 75мл/кг
5. 120мл\кг

375. К неотложным признакам не относится:

1. кома
2. центральный цианоз
3. высокая температура тела
4. тяжелая дыхательная недостаточность
5. асфиксия

376. При астмоидном дыхании препаратом выбора является:

1. антибиотики
2. муколитики
3. нестероидные противовоспалительные средства
4. быстродействующее бронхолитическое средство
5. противокашлевые средства

377. Растворами выбора при шоке являются:

1. 10% раствор глюкозы
2. реополиглюкин
3. 5% раствор глюкозы
4. раствор Рингер лактат
5. полиглюкин

378. Противостафилококковым антибиотиком является:

1. пенициллин
2. гентамицин
3. оксациллин
4. цефотаксим
5. цефтриаксон

379. Мальчик в возрасте 3 лет, ранее здоровый, поступил с анамнезом расстройств со стороны верхних дыхательных путей в течение последних 3 дней. При осмотре: ребенок вялый, но находится в полном сознании. У него отмечается учащение дыхания и втяжение грудной клетки умеренной степени. Цианоза нет, уровень SpO₂ при обычном дыхании - 89%. Температура тела: 39.5 °С, пульс: 120/мин; частота дыхания: 60/мин; АД: 88/45 мм рт. ст. Масса тела: 15 кг. Грудная клетка: слегка хрипящее дыхание, раздувание крыльев носа. Отмечалось притупление перкуторного звука и ослабленное дыхание при аускультации ниже-левой стороны грудной клетки сзади. Тоны сердца ясные, шумов нет. Живот: в норме. Какие неотложные признаки заболевания?

1. обструктивное нарушение дыхания
2. тяжелая дыхательная недостаточность
3. центральный цианоз
4. шок
5. очень высокая температура тела

380. 6-месячный мальчик, поступил в приемное отделение стационара из медицинского учреждения первичного уровня. На протяжении двух дней мальчик плохо пил. У него была неоднократная рвота. При оценке состояния: проходимость дыхательных путей и функции дыхания не нарушены, время капиллярного наполнения 4 секунды; конечности холодные, слабый частый пульс, заторможен. Выраженное отставание в весе. Ваши первые действия:

1. взятие крови на анализ и госпитализация в детское отделение
2. взятие крови на анализ, взвешивание ребенка, расчет необходимого объема жидкости и в/в введение жидкости из расчета 15 мл/кг массы тела
3. срочное проведение лабораторных и инструментальных исследований для установки диагноза
4. начать давать раствор ОРС и оценивать состояние ребенка каждые 2 часа
5. собрать анамнез и провести физикальное обследование, включая оценку статуса вакцинации, статуса питания

381. Мать ребенка в возрасте первой недели жизни, обратилась в территориальную больницу с высокой температурой на протяжении двух дней. Какие приоритетные признаки у этого ребенка?

1. ребенок поступил по срочному направлению из другого медицинского учреждения
2. беспокойство
3. младенец до 2 месяцев и очень высокая температура тела
4. очень высокая температура тела
5. младенец до 2 месяцев

382. Ребенок в возрасте первой недели жизни, был доставлен в территориальную больницу с высокой температурой на протяжении двух дней, летаргией, и он не мог сосать грудь.

Из анамнеза выяснили, что ребенок родился дома, роды принимала соседка. Закричал сразу после рождения. Пуповина ребенка была перевязана не стерильным бинтом, и перерезана ножницами. Меконий выделился в течение первых 24 часов после родов. Ребенка кормили грудью нормально до тех пор, пока два дня назад у него не появилась лихорадка и летаргия. Этим утром он полностью прекратил сосать грудь. Ригидности затылочных мышц нет. Родничок нормальный. Ваш предварительный диагноз:

1. пневмония
2. пороки развития
3. вирусная инфекция
4. менингит
5. сепсис

383. Вас вызвали на дом к ребенку 2 года. У пациента после обычного кашля и насморка развился “лающий кашель”. На момент вашего прибытия вы видите, что ребенок в сознании, но беспокойный, кожные покровы бледные. У него расширенные ноздри, втяжения межреберных мышц, тахипноэ. Вдох шумный, затруднен в состоянии покоя. Каковы ваши действия:

1. дача преднизолона внутрь и госпитализация
2. назначение обильного теплого питья и соответствующего кормления
3. назначение антибактериального препарата
4. экстренная госпитализация в реанимационное отделение
5. кислородотерапия

384. Мать принесла своего трехлетнего сына в отделение неотложной помощи. Она объяснила, что мальчик внезапно перестал играть, у него был пристальный взгляд и подергивания рук и ног в течение примерно одной минуты. Во время судорог его губы посинели. После приступа он был спутан и стал очень сонным. В отделении неотложной помощи ребенок в сознании, интерактивен по отношению к родителям. Он прилагает достаточные дыхательные усилия, цвет кожи розовый. У мальчика наблюдается лихорадка. Ваш предварительный диагноз:

1. аффективно-респираторные припадки
2. фебрильные судороги
3. хорей
4. эпилепсия
5. спазмофилия

385. Поступил ребенок в отделение неотложной помощи. Со слов матери у ребенка появились слабость, мышечная гипотония, тремор рук и он потерял сознание, начались ритмичные подергивания всех конечностей. Эти движения прекратились, но он остается без сознания. Какое исследование необходимо провести в первую очередь для уточнения причины судорог и развития комы?

1. измерение АД
2. уровень глюкозы в крови
3. электроэнцефалография
4. МРТ
5. бактериологическая диагностика

386. Вас вызвали по скорой медицинской помощи по поводу судорог у годовалого ребенка. Масса тела ребенка 10 кг. Определите дозу диазепама:

1. 0,5 мг
2. 1,25 мг
3. 1 мг
4. 0,3 мг
5. 1,5 мг

387. Если через 10 минут судороги не прекращаются, необходимо ввести вторую дозу диазепама из расчета:

1. 0,1 мл/кг

2. 0,3 мл/кг
3. 0,01 мл/кг
4. 0,05 мл/кг
5. 0,5 мл/кг

388. У новорожденного ребенка в роддоме появились судороги. Каковы начальная и вторая дозы фенobarбитала, если масса тела ребенка 2000 г?

1. 0,3 мл и 0,15 мл соответственно
2. 0,2 мл и 0,1 мл соответственно
3. 1 мл и 0,5 мл соответственно
4. 0,02 мл и 0,01 мл соответственно
5. 0,5 мл и 0,25 мл соответственно

389. У ребенка с тяжелым обезвоживанием имеется тяжелое нарушение питания. Коррекция обезвоживания у этого ребенка проводится раствором:

1. ОРС
2. Рингер лактат
3. ReSoMal
4. физиологическим раствором
5. реополиглюкином

390. Расположение ребенка, находящегося в бессознательном состоянии разное в зависимости от наличия:

1. шока
2. обструктивного нарушения дыхания
3. тяжелого нарушения питания
4. судорог
5. подозрения на травму шеи

391. Перечислите заболевания, относящиеся к порокам развития головы?

1. кривошея
2. контрактура
3. высокое стояние лопатки
4. краниостеноз
5. косолапость

392. Перечислите заболевания, при которых длительность наблюдения составляет 1 год:

1. флегмона
2. диафрагмальная грыжа
3. атрезия пищевода
4. паховая грыжа
5. фимоз

393. Отметьте пороки развития передней брюшной стенки?

1. паховые грыжи
2. пупочная грыжа
3. врожденный пилоростеноз
4. незавершенный поворот кишечника
5. воронкообразная деформация грудной клетки

394. Укажите заболевания, при которых длительность наблюдения составляет не менее 3 лет:

1. флегмона новорожденных
2. болезнь Гиршпрунга
3. мембрана кишечника
4. врожденный пилоростеноз
5. болезнь Пертеса

395. Укажите пороки развития опорно-двигательного аппарата:

1. эписпадия
2. крипторхизм
3. врожденный вывих бедра
4. тендовагинит
5. плоскостопие

396. Выберите пороки развития мочеполовой системы:

1. эктопия устья мочеточника
2. мегадолихоколон
3. атрезия прямой кишки
4. болезнь Гиршпрунга
5. фимоз

397. Укажите пороки развития органов брюшной полости:

1. крипторхизм
2. мегадолихосигма
3. ранула
4. варикоцеле
5. фимоз

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

1. паховая грыжа
2. острый аппендицит
3. перитонит
4. врожденная мышечная кривошея
5. фимоз

399. Выберите пороки развития органов грудной клетки:

1. пилоростеноз
2. врожденный стеноз пищевода
3. незавершенный поворот кишечника
4. косолапость
5. болезнь Гиршпрунга

400. Укажите пороки развития аноректальной области:

1. атрезия прямой кишки
2. уретероцеле
3. болезнь Гиршпрунга
4. пилоростеноз
5. фимоз

401. Какие пороки развития центральной нервной системы вы знаете?

1. гидроцефалия

2. колюбома
3. незаращение верхней губы
4. незаращение твердого неба
5. грыжа спинного мозга

402. Назовите причину высокой кишечной непроходимости?

1. атрезия тонкой кишки
2. меконимальная непроходимость
3. атрезия и стеноз 12-перстной кишки
4. атрезия толстой кишки
5. атрезия ануса

403. Назовите причину низкой кишечной непроходимости?

1. синдром Ледда
2. атрезия средней кишки
3. заворот средней кишки
4. атрезия тонкой кишки
5. атрезия толстой кишки

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

1. растянутый желудок, отсутствие газа в петлях кишки
2. наличие двух газовых пузырей
3. дуоденостаз, расширение 12-перстной кишки с уровнем жидкости
4. в большой части живота определяется чаши Клойбера
5. наличие свободных газов

405. Что такое флегмона новорожденных?

1. воспаление потовых желез
2. воспаление сальных желез
3. воспаление кожи и подкожной клетчатки с образованием некроза клетчатки и обширным отслоением кожи
4. воспаление волосяного мешочка
5. воспаление мошонки

406. Как вскрывают некротическую флегмону новорожденных?

1. линейным разрезом
2. лампасным разрезом
3. насечки в виде шахматного порядка
4. окаймляющим разрезом
5. шприцом

407. Как производится консервативный метод лечения гемангиомы у детей?

1. антибактериальная терапия
2. криотерапия
3. гормонотерапия
4. физиолечение
5. прижигают коагулятором

408. Каким разрезом необходимо вскрывать острый парапроктит у детей?

1. линейным разрезом
2. треугольным разрезом

3. полулунным разрезом
4. крестообразным разрезом
5. Z - образным

409. Что такое эмбриональная грыжа пупочного канатика?

1. порок развития брюшной стенки в области пупка, при котором через дефект выпячиваются внутренности
2. пупочное кольцо, будучи нормальным анатомическим отверстием брюшной стенки, становится местом выхода грыжи
3. дефект развития белой линии живота, воротами для нее являются небольшие отверстия в апоневрозе
4. обычно расположены между мочевидным отростком и пупком
5. воспаление червеобразного отростка

410. Когда возникает полный свищ пупка?

1. нарушение облитерации дистального отдела желточного протока
2. нарушение облитерации на всем протяжении желточного протока
3. нарушение облитерации среднего отдела
4. нарушение облитерации проксимального отдела желточного протока
5. при травмах

411. С каким заболеванием дифференцируют мозговую грыжу?

1. кефалогематомой
2. гидроцефалией
3. микроцефалией
4. краниостенозом
5. гемангиомой

412. Какой дополнительный метод исследования наиболее информативен для спинномозговых грыж и их содержимого?

1. Р-графия спинномозговой грыжи
2. УЗИ
3. пневмоцистография
4. компьютерная томограмма спинномозговой грыжи
5. КТ

413. Сроки лечения спинномозговых грыж?

1. первые месяца жизни ребенка
2. после одного года
3. после трех лет
4. после пяти лет
5. после 8 лет

414. Что характерно для менингоцеле?

1. помимо оболочек в выпячивание вовлечена и мозговая ткань
2. имеется незаращение дужек позвонков и через дефект выпячиваются только оболочки спинного мозга
3. спинной мозг выпячивается вместе с оболочками через дефект позвоночника
4. полное расщепление мягких тканей, позвоночника, оболочек спинного мозга
5. без симптомное течение

415. Какая неотложная помощь при нарушении дыхания больны с синдромом Пьера-Робина?

1. подавать увлажненный кислород
2. искусственное дыхание рот в рот, рот в нос
3. интубация трахеи
4. подключить к аппарату
5. самостоятельное дыхание

416. Как надо кормить ребенка при синдроме Пьера-Робина?

1. положение на спине
2. положение на боку
3. положить на животе и кормление через зонд
4. вертикальное положение
5. горизонтальное положение

417. Причины возникновения срединных кист шеи?

1. нарушение облитерации вилочковой железы
2. происходит из остатков жаберной щели
3. нарушение обратного развития щитовидно-язычкового протока
4. воспаление лимфатических желез
5. врожденное

418. Что необходимо сделать во время операции для профилактики развития срединного свища шеи?

1. у основания прошить шелковым швом
2. обязательно резецировать подъязычную кость
3. у основания прошить шелковым швом и прокагулировать культю
4. после иссечения свища ранку обработать настойкой йода
5. склерозирующая терапия

419. Какой дополнительный метод исследования необходим для дифференциальной диагностики неполного свища пупка?

1. обзорная рентгенограмма брюшной полости
2. биопсия слизистой свищевого хода
3. фистулография
4. УЗИ передней брюшной стенки
5. рентгенограмма

420. Какой симптом характерен при пилоростенозе?

1. симптом Валя
2. симптом Ортнера
3. симптом песочных часов
4. симптом глины
5. симптом цифровых часов

421. Ребенок начинает удерживать головку к (мес.):

1. 4,0
2. 4,5
3. 3,0
4. 3,5
5. 1,5

422. Данные исследования физического развития по таблицам стандартных отклонений для мальчиков: весовая кривая с рождения от -1CO до $+2\text{CO}$. Оцените физическое развитие.

1. нормальное
2. умеренное нарушение питания
3. острое нарушение
4. хроническое нарушение
5. тяжелое нарушение питания

423. Психомоторное развитие ребенка в возрасте 3 месяца:

1. хорошо держит головку в вертикальном положении и лежа на животе
2. имеются атетозоподобные движения, гипертонус сгибателей, симптомы натяжения
3. бодрствует между кормлениями 3-3,5 часа, общий сон 15-16 суток
4. тянется к предметам руками, захватывает их
5. фиксирует взор, не узнает мать

424. К психомоторному развитию ребенка в 6 месяцев не относится:

1. 2-3 разовый дневной сон
2. имеются безусловные врожденные рефлексы (хватательный, автоматической ходьбы)
3. самостоятельно сидит
4. переворачивается в постели
5. удерживает длительно игрушки, тянет их в рот, бросает, произносит отдельные слоги

425. Словарный запас к году жизни составляет (слов):

1. 2
2. 5 – 6
3. 8-10
4. 20 –24
5. 30 –40

426. Избыточная масса тела – это стандартные отклонения равные:

1. $+1\text{CO}$
2. $+2\text{CO}$
3. $+2\text{CO}$ до $+3\text{CO}$
4. $+3\text{CO}$
5. более $+3\text{CO}$

427. Дефицит массы тела умеренной степени соответствует стандартным отклонениям в пределах:

1. -1CO
2. -2CO
3. от -2CO до -3CO
4. -3CO
5. более -3CO

428. У ребенка к 12 месяцам жизни прорезывается молочных зубов (количество):

1. 4
2. 6
3. 8

4. 10

5. 12

429. Шейный изгиб у грудных детей формируется при:

1. гулении
2. держании головы
3. переворачивании со спины на живот
4. ползании
5. стоянии

430. Прорезывание молочных зубов заканчивается к возрасту:

1. 1-1,5 года
2. 1,5-2 года
3. 2-2,5 года
4. 2,5-3 года
5. 3-3,5 года

431. Постоянные зубы появляются в возрасте:

1. 3-4 года
2. 4-5 лет
3. 5-6 лет
4. 7-8 лет
5. 8-10 лет

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

1. 7 месяцев
2. 8 месяцев
3. 9 месяцев
4. 10 месяцев
5. 12 месяцев

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

1. 4 месяца
2. 5 месяцев
3. 6 месяцев
4. 7 месяцев
5. 8 месяцев

434. Режим кормления грудью подразумевает:

1. кормление только днем
2. ограничение времени кормления грудью 15 мин.
3. только когда ребенок плачет
4. кормление “по требованию” и “по потребности”
5. кормление строго по часам

435. Укажите признак эффективного сосания ребенка при грудном кормлении:

1. во рту ребенка находится только сосок
2. медленные глубокие сосательные движения с паузами для глотания
3. щеки втянуты
4. мать чувствует болезненность при кормлении
5. ребенок крутит головой во время сосания

436. Здоровых новорожденных можно прикладывать после рождения к груди матери при отсутствии противопоказаний:

1. через сутки
2. через 2 часа
3. через 6 часов
4. через 12 часов
5. в первые 30 минут

437. Ценные свойства молозива заключаются во всем, за исключением:

1. повышенного содержания казеина
2. повышенного содержания белка
3. антисептического свойства за счет повышенного содержания Jg A и др. факторов
4. высокой энергетической ценности
5. высокого содержания минеральных солей и витаминов

438. Противопоказанием к естественному вскармливанию со стороны ребенка является:

1. гиполактазия
2. выраженные проявления аллергического диатеза
3. целиакия
4. фенилкетонурия
5. муковисцидоз

439. 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

440. В молозиве содержится большое количество:

1. иммуноглобулина М
2. иммуноглобулина G
3. иммуноглобулина А
4. иммуноглобулина Е
5. иммуноглобулина D

441. Дополнительное питание искусственными молочными смесями при дефиците материнского молока называется:

1. дополнительный фактор
2. прикорм
3. докорм
4. коррекция питания
5. дотация питания

442. 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

443. В качестве злакового прикорма ребенку первого года жизни рекомендуется давать следующие виды каши:

1. манную, кукурузную, рисовую
2. овсяную, пшеничную, рисовую кашу
3. гречневую, рисовую, кукурузную кашу
4. кукурузную, рисовую, ячневую кашу
5. рисовую, манную, гречневую кашу

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

1. клубничного
2. яблочного
3. виноградного
4. апельсинового
5. вишневого

445. Прикорм при естественном вскармливании необходимо начать с возраста (мес.):

1. 4
2. 4,5
3. 5
4. 5,5
5. 6

446. В качестве первого прикорма вводят:

1. овощное пюре
2. творог
3. кисломолочные смеси
4. фруктовое пюре
5. мясной фарш

447. Показаниями к переводу ребенка на смешанное вскармливание являются:

1. истинная гипогалактия
2. введение прикорма
3. нежелание матери кормить ребенка грудным молоком
4. неуверенность в качестве белков, жиров, углеводов в материнском молоке
5. низкая общая и санитарная культура кормящей матери

448. Наиболее богаты железом:

1. грудное молоко
2. коровье молоко
3. адаптированные смеси
4. мясные продукты
5. фрукты

449. Основным правилом введения докорма является:

1. докорм дается до кормления грудью
2. докорм дается после кормления грудью
3. дается в любом возрасте до 1 года
4. докорм дается между кормлениями

5. докорм дается перед сном

450. Особенностью кисло-молочных смесей по сравнению со сладкими не является:

1. более медленная эвакуация из желудка
2. более быстрая эвакуация из желудка
3. стимулируют перистальтику
4. нормализуют микрофлору кишечника
5. содержат биологически активные добавки

451. Необходимость введения прикорма ребенку 1 года жизни связана с:

1. замедлением прибавки массы во 2-м полугодии
2. необходимостью увеличения жиров в питании
3. увеличением потребности ребенка в нутриентах и энергии
4. необходимостью увеличения белков в питании
5. потребностью в ночном питании

452. Частота прикорма в 7-8 месяцев:

1. 2-3 раза в день и частое грудное вскармливание
2. 3 прикорма 2 перекуса и частое грудное вскармливание
3. 3 прикорма 1 перекус и частое грудное вскармливание
4. 4 прикорма 2 перекуса и редкое грудное вскармливание
5. 4 прикорма 1 перекуса и редкое грудное вскармливание

453. Гормоны, регулирующие лактацию:

1. пролактин, тТГ, СТГ
2. фсг, окситоцин, лГ
3. окситоцин, пролактин, тТГ
4. пролактин, окситоцин
5. эстроген, окситоцин

454. Какой объем прикорма на одно кормление должен быть в 6 мес?

1. 180 мл (12 столовых ложек)
2. 225 мл (15 стол. ложек)
3. начинать с 2-3 столовых ложек постепенно доводя до 150 мл (10 стол. ложек)
4. 300мл (20 стол. ложек)
5. 255 мл (17 стол. ложек)

455. ГБН по Rh-фактору развивается если:

1. у матери Rh (+); у ребенка Rh(-)
2. у матери Rh (+); у ребенка Rh(+)
3. у матери Rh (-); у ребенка Rh(+)
4. у матери Rh (-); у ребенка Rh(-)
5. у матери и отца Rh (-)

456. ГБН по системе АВО развивается если:

1. у матери АВ (IV); у ребенка О(I)
2. у матери О (I); у ребенка А(II) или В(III)
3. у матери А (II); у ребенка АВ(IV)
4. у матери В (III); у ребенка О (I)
5. у матери О (I); у ребенка О (I)

457. Критический уровень билирубина для развития ядерной желтухи у доношенных - это (мкмоль/л):

1. 115 - 125
2. более 340
3. 280 - 300
4. 180 – 230
5. более 280

458. У новорожденного ребенка в возрасте 5 дней отмечается желтушность кожных покровов. Пожелтел с конца 2-х суток (окраска по Крамеру 3 зоны). Самочувствие не страдает, сосет активно, усваивает. Уровень общего билирубина 162 мкмоль/л. Клинически здоров. Физиологические отправления в норме. Ваш предварительный диагноз:

1. здоров
2. гемолитическая желтуха новорожденного
3. механическая (обтурационная) желтуха новорожденного
4. паренхиматозная желтуха новорожденного
5. транзиторная желтуха (гипербилирубинемия) новорожденного

459. К клиническим проявлениям фетального гепатита не относится:

1. желтуха
2. увеличение размеров печени
3. гнойнички на коже
4. темная моча
5. обесцвеченный стул

460. Какое из утверждений не характерно для физиологической желтухи

1. каловые массы нормально окрашенного цвета
2. моча не содержит желчных пигментов
3. желтуха появляется на 2—3-й день жизни и продолжается 5—7 дней
4. новорожденные с физиологической желтухой не нуждаются в проведении фототерапии
5. имеет волнообразное течение

461. Причиной непрямой гипербилирубинемии у новорожденного не может быть:

1. несовместимости крови по системе АВ0
2. резус-конфликта
3. физиологической желтухи
4. синдрома Криглера-Найяра
5. атрезии желчевыводящих путей

462. Причинами прямой гипербилирубинемии у новорожденного не может быть:

1. атрезии желчевыводящих путей
2. кисты общего желчного протока
3. дефицита альфа-1-антитрипсина
4. галактоземия
5. желтухи от материнского молока

463. Какое из утверждений истинно для конъюгированной (прямой) гипербилирубинемии

1. всегда является признаком патологического состояния
2. относится к физиологическим состояниям

3. не относится к признакам холестаза
4. вызывает ядерную желтуху
5. наблюдается при физиологической желтухе

464. Причинами конъюгированной (прямой) гипербилирубинемии не может быть:

1. парентерального питания
2. атрезии желчевыводящих путей
3. естественного вскармливания
4. неонатального гепатита
5. аномалии развития желчевыводящих путей

465. Основным источником билирубина в организме является:

1. миоглобин
2. цитохром
3. гемоглобин эритроцитов
4. трансферрин
5. плазматические клетки

466. В основе гемолитической болезни новорожденных по Rh-фактору лежит:

1. изосенсибилизация по Rh-фактору
2. наличие гетероиммунных антител в крови матери
3. фетоплацентарная недостаточность
4. изосенсибилизация по АВ0-антигенам
5. изосенсибилизация по редким факторам

467. В основе ГБН по АВ0-системе лежит

1. изосенсибилизация по АВ0-антигенам
2. наличие гетероиммунных антител в крови ребенка
3. фетоплацентарная недостаточность
4. изосенсибилизация по Rh-фактору
5. изосенсибилизация по редким факторам

468. Наиболее существенным параметром, подтверждающим гемолитическую болезнь новорожденных по системе АВ0, следует считать:

1. микроцитоцитоз у ребенка
2. обнаружение иммунных антител (анти-А или анти-В) в крови матери
3. наличие у матери группы крови 0 (I), у ребенка - А (II) или В (III)
4. положительную прямую пробу Кумбса
5. наличие у матери группы крови 0 (I), у ребенка - АВ (IV)

469. Клиническими симптомами желтушной формы ГБН не являются:

1. появления желтухи в первые сутки жизни
2. иктеричности кожных покровов и склер
3. гепатоспленомегалии
4. окрашенного стула
5. обесцвеченного стула

470. К факторам риска развития билирубиновой энцефалопатии не относятся:

1. недоношенности
2. гипоксических поражений ЦНС
3. естественного вскармливания ребенка
4. внутриутробной инфекции

5. сепсис

471. Осложнениями фототерапии не являются:

1. обезвоживания
2. синдрома «бронзового ребенка»
3. лихорадки
4. транзиторного дефицита рибофлавина
5. нарастания анемии

472. При несовместимости крови матери и плода по резус-фактору гемолитическая болезнь новорожденного чаще развивается:

1. при первой беременности
2. при повторных беременностях
3. не развивается
4. развивается крайне редко
5. развивается при определенных условиях

473. Более тяжелое течение гемолитической болезни новорожденного отмечается при несовместимости крови матери и плода по:

1. резус-фактору
2. группе крови
3. редкой группе крови
4. по ABO системе
5. по редким факторам

474. Желтуха при гемолитической болезни новорожденного появляется:

1. до 48 часов жизни
2. после 48 часов жизни
3. после 7 дня жизни
4. после 10 суток жизни
5. после 3 суток

475. Физиологическая желтуха исчезает у доношенных новорожденных:

1. на 2-3 день жизни
2. на 4-5 день жизни
3. на 7-10 день жизни
4. на 14-15 день жизни
5. на 21 день жизни

476. По шкале Крамера 1 зоне соответствует, какой показатель билирубина в мкмоль/л:

1. 100
2. 150
3. 200
4. 250
5. больше 250

477. По шкале Крамера 2 зоне соответствует какой показатель билирубина в мкмоль/л:

1. 100
2. 150
3. 200

4. 250
5. больше 250

478. По шкале Крамера 3 зоне соответствует какой показатель билирубина в мкмоль/л:

1. 100
2. 150
3. 200
4. 250
5. больше 250

479. По шкале Крамера 5 зоне соответствует какой показатель билирубина в мкмоль/л:

1. 100
2. 150
3. 200
4. 250
5. больше 250

480. Фототерапия применяется для лечения:

1. гипербилирубинемии новорожденного
2. инфекционных заболеваний кожи
3. фетального гепатита
4. атрезии желчевыводящих путей
5. недоношенных

481. Одышкой считается у новорожденных и младенцев до 2 месяцев дыхание свыше:

1. 30 в мин.
2. 40 в мин.
3. 50 в мин.
4. 60 в мин.
5. 70 в мин.

482. К опасным признакам у новорожденных и младенцев не относится:

1. неспособность сосать грудь
2. судороги
3. сонливость или отсутствие сознания
4. появление сыпи
5. сильное втяжение грудной клетки

483. Для судорог у детей раннего возраста характерен:

1. тонический характер
2. клонический характер
3. клонико-тонический характер
4. опистотонус
5. локальный характер

484. Выбухание большого родничка у детей отмечается при:

1. рахите
2. эксикозе
3. менингите

4. микроцефалии
5. анемии

485. При гнойном омфалите назначаются антибиотики:

1. всем новорожденным
2. не назначаются ни кому
3. у недоношенных и ослабленных
4. наблюдают в динамике
5. по клиническим проявлениям

486. Брадипноное считается у новорожденных детей, когда частота дыхания менее:

1. 30 в мин.
2. 40 в мин.
3. 20 в мин.
4. 45 в мин.
5. 50 в мин.

487. При наличии явлений дыхательной недостаточности неотложным мероприятием является:

1. дать кислород и перевод в специализированное отделение
2. наблюдение в динамике
3. вызвать на помощь
4. дать кислород и наблюдать
5. дать антибиотик

488. При геморрагической болезни новорожденному необходимо назначить:

1. антибиотик
2. гидрокарбонат натрия
3. витамин К 1
4. преднизолон
5. противовирусный препарат

489. Центральные цианоз это:

1. синюшная окраска кожи и слизистых оболочек полости рта
2. синюшность дистальных отделов конечностей
3. перiorальный цианоз
4. цианоз определенного участка
5. цианоз вокруг пораженного органа

490. Девочка 14 дней, t° до 38°C , стала беспокойной, отказывалась от груди, начала срыгивать, появилась одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки, перечислите все имеющиеся опасные признаки:

1. отказ от груди, срыгивание, одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки
2. отказ от груди, одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки
3. отказ от груди, начала срыгивать
4. беспокойство, отказ от груди
5. беспокойство, отказ от груди, срыгивание

491. Мальчик 8 дней не сосет, тепло удерживает плохо, температура тела $38,5^{\circ}\text{C}$. Имеются признаки недоношенности. Кожа бледная с сероватым оттенком, центральный цианоз перечислите все имеющиеся опасные признаки:

1. не сосет, тепло удерживает плохо
2. не сосет, тепло удерживает плохо, температура тела 38,5°C
3. кожа бледная с сероватым оттенком, центральный цианоз
4. не сосет, центральный цианоз
5. температура тела 38,5°C, центральный цианоз

492. Девочка 10 дней, не сосет, сознание отсутствует. Тонико-клонические судороги, срыгивание, акроцианоз, перечислите все имеющиеся опасные признаки:

1. не сосет, сознание отсутствует, тонико-клонические судороги
2. тонико-клонические судороги, срыгивание, акроцианоз
3. не сосет, сознание отсутствует, акроцианоз
4. тонико-клонические судороги, срыгивание, акроцианоз
5. не сосет, срыгивание

493. Начальная доза фенobarбитала при судорогах

1. 15 мг/кг
2. 10 мг/кг
3. 5 мг/кг
4. 20 мг/кг
5. 25 мг/кг

494. Судороги у новорожденного ребенка не может быть следствием:

1. нейроинфекции
2. внутричерепной родовой травмы
3. асфиксии
4. электролитные нарушения
5. анемии

495. При лечении сепсиса у новорожденных используются следующие виды терапии:

1. инфузионная, антибактериальная, иммунодепрессивная
2. антибактериальная, инфузионная, иммунокорректирующая
3. антибактериальная, инфузионная, гепатопротекторная
4. мануальная, цитопротективная
5. только антибактериальная

496. К инфекционным заболеваниям кожи и подкожной клетчатки у новорожденных не относятся:

1. везикулопустулез
2. токсическую эритему новорожденного
3. эпидемическую пузырчатку
4. эксфолиативный дерматит Риттера
5. некротическую флегмону

497. Пневмопатиями у новорожденных не являются:

1. аспирация мекония
2. транзиторное тахипноэ
3. первичные ателектазы
4. болезнь гиалиновых мембран
5. отечно-геморрагический синдром

498. Инфузионная терапия в раннюю фазу сепсиса направлена на:

1. восстановление объема циркулирующей крови (ОЦК)
2. улучшение микроциркуляции
3. уменьшение вязкости крови и тканевой гипоксии
4. уменьшение тканевой гипоксии
5. все ответы верные

499. Наличие у новорожденного ребенка задержки внутриутробного развития, гепатоспленомегалии, желтухи, кожной экзантемы, нарушений функции сердечно-сосудистой системы и ЦНС, геморрагического синдрома, анемии тромбоцитопении, изменений структуры головного мозга при нейросонографии позволяет:

1. поставить диагноз цитомегаловирусной инфекции
2. поставить диагноз сепсиса
3. поставить диагноз токсоплазмоза
4. заподозрить внутриутробную инфекцию и провести дополнительное обследование для идентификации возбудителя
5. поставить диагноз сифилиса

500. Наиболее распространенной клинической формой ОРВИ у новорожденных детей является:

1. ларингит
2. ринит
3. бронхит
4. бронхиолит
5. фарингит