



## **КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА**

### Вопросы программы для рубежного контроля-1

Название образовательной программы

«Общая врачебная практика»

Код дисциплины

OVP 7301-1

Дисциплина

«Детские болезни в ОВП»

Объем учебных часов кредитов

450 час/15 кред

Курс

7

Семестр

13,14

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН

**MEDISINA**

**АКАДЕМИАСЫ**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

**MEDICAL**

**ACADEMY**

АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»

Кафедра «Врач общей практики – 2»

044/62-11 ( )

**КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА**

2 стр. из 138

Составитель: доцент Биболова А.С.

Зав.кафедрой, д.м.н., профессор

А Досыбаева Г.Н.

Протокол № 10 от «24» 05 2024г.



<question> Внебольничная пневмония у детей возникает...

- <variant> до 48 часов после госпитализации
- <variant> при госпитализации из дома престарелых
- <variant> до 96 часов после госпитализации
- <variant> до 72 часов после госпитализации
- <variant> в течении одной недели после госпитализации

<question> Для купирования гипертермического синдрома назначается парацетамол в дозе:

- <variant> 15 - 20 мг/кг
- <variant> 10 - 15 мг/кг
- <variant> 5 - 10 мг/кг
- <variant> 2 - 14 мг/кг
- <variant> 20 - 25 мг/кг

<question> Клиника синдрома раздраженной кишки выражается:

- <variant> все перечисленные признаки
- <variant> апорами
- <variant> поносами
- <variant> болями
- <variant> вздутием живота

<question> Назовите признаки перехода хронического гепатита в цирроз печени

- <variant> все перечисленные
- <variant> расширение вен пищевода
- <variant> появление геморроидальных узлов
- <variant> "голова медузы"
- <variant> асцит

<question> Отметьте основной критерий хронического холецистита при ультразвуковой диагностике:

- <variant> утолщение стенки желчного пузыря
- <variant> деформация желчного пузыря
- <variant> наличие камней
- <variant> признаки застоя желчи
- <variant> увеличение желчного пузыря в размерах

<question> Укажите признаки внешнесекреторной недостаточности функции поджелудочной железы?

- <variant> все перечисленное
- <variant> снижение массы тела
- <variant> стеаторея
- <variant> амилорея
- <variant> диарея

<question> Наиболее важным критерием бронхолита является:

- <variant> признак дыхательной недостаточности
- <variant> температура выше 38,5-39°C
- <variant> асимметрия физикальных данных
- <variant> неравномерность пневматизации и усиление легочного рисунка на рентгенограмме
- <variant> выраженный нейтрофильный лейкоцитоз

<question> Длительность диспансерного наблюдения детей с муковисцидозом составляет:

- <variant> в течение всего периода жизни
- <variant> 1 год
- <variant> 3 года



<variant> 5 лет

<variant> зависит от частоты обострений заболевания

<question> При рахите II степени отмечаются ....

<variant> нервно-мышечные проявления с отчетливыми деформациями черепа, грудной клетки и конечностей

<variant> нервно-мышечные изменения и минимальные расстройства костеобразования

<variant> небольшие функциональные изменения со стороны внутренних органов

<variant> задержка развития статических и моторных функций

<variant> потливость, облысение затылка

<question>Белок женского молока, содержащий много незаменимых аминокислот:

<variant> α-лактоальбумин

<variant> казеин

<variant> β-лактоглобулин

<variant> Ig A

<variant> аполактоферрин

<question>Стеноз гортани это:

<variant> Патологический процесс, приводящий к затруднению прохождения воздуха при вдыхании и нарушению голосообразования

<variant> Острое воспаление слизистой оболочки трахеи

<variant> Острое инфекционно-воспалительное заболевание

<variant> Воспалительное заболевание слизистой оболочки носа

<variant> Хроническое аллергическое воспалительное заболевание дыхательных путей

<question>Назовите лекарственные препараты контролирующие течение бронхиальной астмы:

<variant> противовоспалительные препараты и пролонгированные бронходилататоры

<variant> бета 2-адреномиметики короткого действия

<variant> ингаляционные холинолитики

<variant> иммуностимуляторы

<variant> антигистаминные препараты

<question>Назовите факторы риска при неонатальной желтухе

<variant> Кефалогематома, гипогликемия, гипоальбуминемия

<variant> Кефалогематома, гипогликемия, гиперальбуминемия

<variant> Кефалогематома, гипергликемия, гиперальбуминемия

<variant> Снижения масса тела > 10% гипергликемия

<variant> Острый гемолиз, гиперальбуминемия

<question>Аntenатальная профилактика анемии препаратами железа проводится.

<variant> всем повторно беременным женщинам во втором и третьем триместре

<variant> всем повторно беременным женщинам в течение всего периода беременности

<variant> всем беременным в течение всего периода беременности

<variant> всем беременным женщинам во втором и третьем триместре

<variant> всем беременным женщинам в первом триместре

<question>Классификация диареи у детей от 0 до 5 лет по ИВБДВ:

<variant> тяжелое обезвоживание, умеренное и обезвоживания нет

<variant> тяжелое обезвоживание и обезвоживания нет

<variant> умеренное обезвоживание и обезвоживания нет

<variant> тяжелое обезвоживание, умеренное обезвоживание

<variant> тяжелое обезвоживание, обезвоживание есть

<question>Физиологический метод регидратации.

<variant> оральный



<variant> венопункция

<variant> катетеризация

<variant> ректальный

<variant> внутрикостный

<question>Судорожный синдром - это:

<variant> внезапные, частые, непроизвольные сокращения мышц, сопровождающийся расстройством сознания

<variant> внезапные, частые, непроизвольные сокращения мышц, не сопровождающийся расстройством сознания

<variant> внезапные, нечастые, непроизвольные сокращения мышц, сопровождающийся расстройством сознания

<variant> внезапные, частые, произвольные сокращения мышц, сопровождающийся расстройством сознания

<variant> внезапные, частые, непроизвольные сокращения мышц, сопровождающийся расстройством кишечника

<question>Для неспецифического язвенного колита характерны три ведущих симптома.

<variant> Боли в животе + лихорадка + нарушение функции кишечника

<variant> Выделение крови с калом + лихорадка + потеря аппетита

<variant> Нарушение функции кишечника + лихорадка + потеря аппетита

<variant> Лихорадка + выделение крови с калом + боли в животе

<variant> Боли в животе + выделение крови с калом + нарушение функции кишечника

<question>Синдром холестаза ...

<variant> кожный зуд, повышение уровня билирубина, щелочной фосфатазы;

<variant> эпизодические носовые кровотечения, «синячки» на коже в местах удара;

<variant> слабость, утомляемость, нарушение сна, депрессия, астения, апатия, снижение работоспособности;

<variant> желтушность кожи, склер, потемнение мочи и обесцвечивание кала;

<variant> повышение уровня гаммаглобулинов, артралгия, миалгия;

<question>Показания для экстренной госпитализации: (для детей до 5 лет по ИВБДВ)

<variant> Не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи или питья

<variant> Гиперосмолярная прекома и кома

<variant> Тяжелая гипогликемическая кома

<variant> Гипокальциемический криз

<variant> Скопление жидкости в суставе

<question>Доношенный ребенок имеет характерные признаки - ... .

<variant> ногти покрывают ногтевые ложа, половая щель у девочек прикрыта, яички у мальчиков опущены в мошонку

<variant> кости черепа мягкие, швы открыты

<variant> руки и ноги “пачки”, мацерация кожи

<variant> половая щель у девочек зияет, у мальчиков яички не опущены в мошонку

<variant> кожа гиперемирована, покрыта пушковым волосом

<question>Незрелый плод имеет характерные признаки - ... .

<variant> кости черепа мягкие, швы открыты

<variant> руки и ноги “пачки”, мацерация кожи

<variant> половая щель, у девочек зияет, у мальчиков яички опущены в мошонку

<variant> половая щель прикрыта у девочек, у мальчиков яички опущены в мошонку

<variant> кожа гиперемирована, покрыта пушковым волосом



<question>Определение диареи

<variant> Представляет собой экскрецию необычно жидкого и водянистого кала, как правильно, не менее 3 раз в течение 24 часов

<variant> Острая заразная болезнь кишок, кровавый понос

<variant> Инфекционное заболевание, передаваемое половым путем

<variant> Инфекционные заболевания кожи, вызываемые грибами

<variant> Врожденный порок развития толстой кишки

<question>Общий признак для неспецифического язвенного колита и болезни Крона:

<variant> Наличие язвенных дефектов в кишечной стенке

<variant> Строгая ограниченность зоны поражения

<variant> Воспаление затрагивает все слои кишечной стенки

<variant> Лимфоидная гиперплазия всех слоев кишечной стенки

<variant> Часто встречаются криптогенные абсцессы

<question> **Группа здоровья** ребенка 10 лет с диагнозом хронический бронхит:

<variant> III группа здоровья

<variant> I группа здоровья

<variant> II группа здоровья

<variant> II А группа здоровья

<variant> II Б группа здоровья

<question> **Длина зонда для кормления** недоношенных детей определяется:

<variant> от переносицы до мечевидного отростка грудины

<variant> от ребцов до IV ребра

<variant> от мочки уха до желудка

<variant> от переносицы до желудка

<variant> от ребцов до мечевидного отростка грудины

<question> У ребенка 2 лет стенозирующий, 1 степени ларингит. Для данного заболевания характерный кашель:

<variant> сухой «лающий»

<variant> малопродуктивный

<variant> продуктивный

<variant> коклюшеподобный

<variant> битональный

<question> К признакам пневмоторакса относят:

<variant> внезапное начало, смещение средостения и тимпанический звук с одной стороны грудной клетки

<variant> внезапное развитие механической обструкции дыхательных путей (ребенок подавился)

<variant> очаговые области астмоидного или ослабленного дыхания при аускультации

<variant> рентгенологически определяются вздутие легких и усиление бронхосудистого рисунка

<variant> на рентгенограмме чередование участков пониженной и гипервоздушной пневматизации

<question> Этиология пневмонии, развившейся в первые 2-3 дня от начала ОРВИ,

<variant> вирусная

<variant> микоплазменная

<variant> хламидийная

<variant> пневмококковая

<variant> стафилококковая



<question> Вирусная пневмония по форме является:

- <variant> интерстициальной
- <variant> крупозной
- <variant> деструктивной
- <variant> очаговой
- <variant> очагово-сливной

<question> В развитии острой пневмонии большую роль играет:

- <variant> нарушение проходимости бронхов, ателектаз, снижение иммунных реакций организма
- <variant> спазм сосудов , гипертензия в малом круге кровообращения
- <variant> эмфизема, повышение проницаемости сосудов
- <variant> расширение сосудов, повышение иммунных реакций
- <variant> анатомо-физиологические особенности строения бронхов у детей

<question> Вид дыхательной недостаточности, обусловленной нарушением альвеолярно-капиллярной диффузии газов, называется:

- <variant> диффузно-распределительный
- <variant> вентиляционный
- <variant> диффузный
- <variant> распределительный
- <variant> гипервентиляционный

<question> Пневмоцистная пневмония у детей старшего возраста НЕ характеризуется:

- <variant> выраженной дыхательной недостаточностью
- <variant> небольшой интоксикацией
- <variant> умеренной дыхательной недостаточностью
- <variant> склонностью к затяжному течению
- <variant> очаговыми сливными тенями на ограниченном участке легкого на фоне усиления легочного рисунка

<question> По общепринятой классификации НЕ предусмотрена острая пневмония - ... .

- <variant> прикорневая
- <variant> сегментарная
- <variant> крупозная
- <variant> очаговая
- <variant> интерстициальная

<question> Характерные аускультативные изменения со стороны легких при острой пневмонии  
-... .

- <variant> влажные мелкокалиберные хрипы локального характера
- <variant> сухие свистящие хрипы
- <variant> влажные крупнокалиберные хрипы
- <variant> сухие жужжащие хрипы
- <variant> влажные среднекалиберные хрипы

<question> При плевритах НЕ характерно:

- <variant> масса сухих хрипов на стороне поражения
- <variant> одышка
- <variant> вынужденное положение в постели на больном боку
- <variant> ослабление дыхания и голосового дрожания на стороне поражения
- <variant> укорочение перкуторного звука на пораженной стороне

<question> Соотношение частоты дыхания и пульса у ребенка в возрасте 1 года:

- <variant> 1:3,5

<variant> 1:3

<variant> 1:2,5

<variant> 1:4

<variant> 1:5

<question> Коробочный оттенок перкуторного звука НЕ отмечается при:

<variant> очаговой пневмонии

<variant> эмфиземе

<variant> бронхиальной астме

<variant> обструктивном бронхите

<variant> трахеобронхите

<question> Единственно правильная тактика ведения больного с гнойным плевритом это:

<variant> проведение лечебной пункции плевры

<variant> исследование крови в динамике

<variant> повторная рентгенограмма

<variant> усиление антибиотикотерапии

<variant> торакотомия

<question> Диагностическое значение при плеврите не имеет следующий вид обследования:

<variant> общий анализ мочи

<variant> анализ периферической крови

<variant> плевральная пункция с последующим цитологическим, бактериологическим исследованием

<variant> рентгенологический

<variant> ЭКГ

<question> Наиболее предпочтительный признак при неспецифическом язвенном колите:

<variant> примесь крови к каловым массам

<variant> нарушение общего состояния

<variant> повышение температуры

<variant> боли в животе

<variant> учащение стула

<question> Язвенный дефект у детей наиболее часто локализуется:

<variant> в луковице 12-перстной кишки

<variant> на малой кривизне желудка

<variant> в антральном отделе желудка

<variant> на большой кривизне желудка

<variant> в постбульбарном отделе

<question> Наиболее характерный симптом язвенной болезни желудка:

<variant> Мойнигановский ритм боли

<variant> разлитая боль в животе

<variant> приступообразная боль в эпигастрии

<variant> кинжальная боль

<variant> рвота фонтаном

<question> Изменения в легочной ткани у детей, позволяющие думать о бактериальной природе пневмонии:

<variant> Лобарный инфильтрат

<variant> Множественные участки снижения пневматизации легочной ткани по типу «матового стекла»

<variant> Двусторонний характер поражения

<variant> Периферическое расположение поражения



<variant> двустороннее полисегментарное поражение

<question> Д-витаминная интоксикация характеризуется всем, кроме:

<variant> размягчение костей

<variant> анорексия.

<variant> запоры

<variant> субфебрильная температура.

<variant> лейкоцитурия.

<question> Назовите признак, не характерный для пневмоторакса:

<variant> органы средостения смещены в большую сторону.

<variant> в акте дыхания не участвует пораженная сторона.

<variant> усиление одышки

<variant> повышение прозрачности пораженной доли легких на R-грамме.

<variant> отсутствие легочного рисунка на R-грамме

<question> Неотложные мероприятия при попадании инородного тела в трахею включают все перечисленное, кроме:

<variant> паровые ингаляции.

<variant> обеспечение проходимости дыхательных путей.

<variant> оксигенация.

<variant> введение кортикостероидов.

<variant> срочная госпитализация.

<question> Какие критерии диагностики СПИДа, за исключением:

<variant> лимфоцитоз

<variant> лимфопения

<variant> полилимфоадения

<variant> субфебрилитет

<variant> наличие в семье больного наркоманией

<question> Укажите признак, нехарактерный для анафилактического шока:

<variant> повышение АД

<variant> отек легкого

<variant> отек мозга

<variant> отек гортани

<variant> бронхоспазм

<question> В анализе крови у больных детей с острой пневмонией бактериальной этиологии отмечается:

<variant> лейкоцитоз

<variant> моноцитоз

<variant> тромбоцитопения

<variant> ретикулоцитоз

<variant> эозинофилия

<question> Ребенку 9 месяцев. Состояние тяжелое. Влажный кашель, генерализованный цианоз, одышка с участием вспомогательной мускулатуры. Над легкими – коробочный оттенок звука. Аускультативно – влажные мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон. На рентгенограмме – повышенная прозрачность легочных полей, низкое стояние диафрагмы. Механизм действия препарата, применяемого для купирования приступа бронхиальной обструкции-....

<variant> блокирует бета 2-адренорецепторы бронхов

<variant> повышает мукоцилиарный клиренс

<variant> блокирует мембраны тучных клеток

<variant> ингибирует фосфодиэстеразу

<variant> выраженное противовоспалительное действие

<question> У ребенка 13 лет, страдающего хроническим панкреатитом, после стрессовой ситуации возникла острая боль опоясывающего характера в верхней части живота, была рвота, не принеся облегчения. Положительные симптомы Кэра, Мейо-Робсона, Шоффара. Причина повышения протеолитических ферментов в крови... .

<variant> деструкция ацинарных клеток

<variant> освобождение катехоламинов

<variant> ингибирование протеиназ нейтрофилов

<variant> выделение альфа-1-антитрипсина

<variant> активация плазминогена

<question> Саша, 12 лет, при проведении фиброгастроуденоскопии были выявлены следующие изменения: умеренно выраженная эритема и рыхлость слизистой оболочки абдоминального отдела пищевода, кратковременное провоцированное субтотальное пролабирование слизистой оболочки пищевода на 1,5-2,0 см, выраженное снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера. Данные эндоскопические признаки характерны для... .

<variant> Гастроэзофагеального рефлюкса

<variant> Пищевода Барретта

<variant> Дуоденогастрального рефлюкса

<variant> Грыжи пищеводного отдела диафрагмы

<variant> Стриктуры пищевода

<question> Мальчик 2-х лет. Жалобы на повышение температуры до 39<sup>0</sup>С, одышку. Объективно: ЧД -56 в минуту. Кожа цианотична, крылья носа напряжены. Над легкими перкуторный звук укорочен справа и слева книзу от угла лопатки, на высоте вдоха выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Анализ крови: эритроциты - 2,5x10<sup>12</sup>/л, гемоглобин – 100 г/л, лейкоциты -20,6x10<sup>9</sup>/л, палочкоядерные – 10 %, сегментоядерные – 57%, эозинофилов – 1%, лимфоциты – 23%, моноциты – 9%, СОЭ – 38 мм/час Из нижеперечисленных наиболее вероятный возбудитель заболевания... .

<variant> стафилококк

<variant> грибы

<variant> пневмококк

<variant> микоплазма

<variant> вирусы

<question> Больного беспокоят постоянные боли в левом подреберье с иррадиацией в спину, возникшие после обильного приема жирной пищи. При пальпации болезненность в зонах Шоффара и Мейо-Робсона, понос без примеси крови, слабость, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз без существенного сдвига формулы влево. Из нижеперечисленных лабораторных данных наиболее информативным тестом у ребенка при данном заболевании является... .

<variant> определение в крови амилазы

<variant> определение в крови эластазы

<variant> определение в крови трипсина

<variant> определение в крови щелочной фосфатазы

<variant> определение в крови глюкозы

<question> У ребенка кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты в течение 6 месяцев. Из перечисленного наиболее приемлемым в обследовании пациента является ... .

<variant> бронхоскопия

<variant> ангиография

<variant> томография

<variant> бронхография



<variant> пункция плевральной полости

<question> Ребенок 1 года поступил в стационар с выраженным токсикозом, одышкой смешанного характера, температурой 38<sup>0</sup>С. При перкуссии определяется коробочный оттенок перкуторного звука. Выслушиваются рассеянные хрипы, справа под углом лопатки – стойкие мелкопузырчатые хрипы, на рентгенограмме – там же очаговая инфильтрация. Изменения в общем анализе крови ... наиболее вероятны у данного больного.

<variant> лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, ускоренное СОЭ

<variant> лейкоцитоз, лимфоцитоз, ускоренное СОЭ

<variant> лейкопения, лимфоцитоз, понижение СОЭ

<variant> токсическая зернистость нейтрофилов, прогрессирующая анемия

<variant> анемия, лимфоцитоз, понижение СОЭ

<question> У девочки 3,5 месяцев отмечается легкая потливость, мышечная гипотония, облысение затылка, легкий пероральный цианоз. Изменения-... в биохимическом анализе крови наиболее вероятны у данного больного.

<variant> гипофосфатемия, повышение щелочной фосфатазы

<variant> гипокальциемия, гипофосфатемия, повышение щелочной фосфатазы

<variant> гипофосфатемия, снижение щелочной фосфатазы

<variant> гипокальциемия, гипофосфатемия, снижение щелочной фосфатазы

<variant> гиперфосфатемия, повышение щелочной фосфатазы

<question> У ребенка семи месяцев на фоне ОРВИ на 4 день заболевания состояние ухудшилось, вновь повысилась температура до 37,8<sup>0</sup>С, появилась одышка экспираторного характера, оральные хрипы. При аускультации – удлиненный выдох, разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон. Изменения на рентгенограмме-... наиболее вероятны у данного больного.

<variant> усиление легочного рисунка в прикорневых зонах, повышение прозрачности

<variant> единичные очаговые тени

<variant> увеличение трахеобронхиальных лимфоузлов

<variant> деформация бронхов, расширение корней легких

<variant> снижение пневматизации медиальных отделов.

<question> На приеме мама жалуется на отсутствие активного гуления у ее трехмесячного ребенка. Наиболее правильная оценка данной ситуации... .

<variant> до 3 мес. отсутствие активного гуления является вариантом нормы

<variant> у ребенка снижена острота слуха, необходимо направить ребенка на консультацию к сурдологу, генетику

<variant> отставание в психомоторном развитии вследствие патологии ЦНС

<variant> отставание в развитии может быть у соматически ослабленного ребенка

<variant> необходимо отправить ребенка на консультацию к невропатологу

<question> Ребенку 2 недели. Находится на стационарном лечении по поводу некротической флегмоны. Через неделю после начала заболевания состояние резко ухудшилось: стал вялым, беспокойным, была 3-х кратная рвота, подъем температуры до 39°. Об-но: Состояние тяжелое, стонет. Кожные покровы бледные, чистые. Большой родничок 2x2см выбухает, пульсирует. Неврологический статус: ребенок беспокойный, монотонный резкий крик с периодическими вскрикиваниями, выражена гиперестезия. Положение в постели вынужденное на боку с запрокинутой головой. Выражена ригидность затылочных мышц. Обследование необходимое для уточнения диагноза в первую очередь... .

<variant> спинномозговая пункция (СМП)

<variant> бактериологический посев из содержимого флегмоны

<variant> УЗИ головного мозга



<variant> кровь на стерильность

<variant> кал на бактериологический посев

<question> У ребенка гиперестезия, тремор, мышечная гипотония, судороги, положительный синдром Хвостека. Изменения в биохимическом анализе крови... наиболее вероятны у данного больного.

<variant> гипокальциемия

<variant> гипогликемия

<variant> гипوماгниемиия

<variant> гиперкальциемия

<variant> гипергликемия

<question> Ребенок 7 мес – от II родов, протекавших физиологично. Объективно: самостоятельно не сидит, наблюдаются выраженные лобные и теменные бугры, пальпируются реберные «четки», борозда Гarrisона. Мышечный тонус снижен. Печень выступает из под края на 2 см. По другим органам без особенностей. Изменения ... в биохимическом анализе крови наиболее вероятны у данного больного.

<variant> гипокальциемия, гипофосфатемия, повышение щелочной фосфатазы

<variant> гипофосфатемия, повышение щелочной фосфатазы

<variant> гипофосфатемия, снижение щелочной фосфатазы

<variant> гипокальциемия, гипофосфатемия, снижение щелочной фосфатазы

<variant> гипокальциемия, гиперфосфатемия, повышение щелочной фосфатазы

<question> У ребенка 3 лет боли в горле при глотании, температура 39,2<sup>0</sup>С, головные боли, гнойный налет на миндалинах. Метод диагностического обследования... показан для уточнения диагноза.

<variant> мазок из зева на флору (BL)

<variant> общий анализ мочи

<variant> биохимический анализ крови

<variant> общий анализ крови

<variant> R-графия органов грудной клетки

<question> Ребенку 3 месяца, родился с весом 3000гр., ростом 50 см., оценка по шкале Апгар 8-10 баллов. К груди приложен в первые 30 минут после рождения, в настоящее время находится на искусственном вскармливании. Матери 17 лет, беременность первая, семья неполная, курила, образование 9 классов. Отца нет. Ухаживает за ребенком бабушка. Семья материально обеспечена. В 1,5 мес. возрасте при переводе на смешанное вскармливание появился гнейс, покраснение и мокнутие на щеках, молочница, неустойчивый стул. В 3 месяца на фоне обострения диатеза после дачи морковного сока присоединилась ОРВИ, осложненная отитом. Сроки проведения медицинских осмотров... .

<variant> 2 раза в месяц до 6 месяцев, далее при благоприятном течении ежемесячно

<variant> 3 раза в месяц до 6 месяцев, далее при благоприятном течении ежемесячно

<variant> 4 раза в месяц до 6 месяцев, далее при благоприятном течении ежемесячно

<variant> 1 раз в месяц до 6 месяцев, далее при благоприятном течении ежемесячно

<variant> ежемесячно до года

<question> Ребенку три месяца, родился с весом 3000гр., ростом 50 см., с оценкой по шкале Апгар 8-10 баллов. Закричал сразу, к груди приложен в первые 30 минут после рождения, в настоящее время находится на искусственном вскармливании. В 1,5 мес. возрасте при переводе на смешанное вскармливание появился гнейс, покраснение и мокнутие на щеках, молочница, неустойчивый стул. В 3 месяца на фоне обострения диатеза после дачи морковного сока присоединилась ОРВИ, осложненная отитом. Группа здоровья ребенка в 3 месяца... .

<variant> II Б группа здоровья



<variant> II A группа здоровья

<variant> I группа здоровья

<variant> III группа здоровья

<variant> III A группа здоровья

<question> Беременность у матери первая, возраст 17 лет, семья неполная, курит, образование 9 классов. Отца нет. На дородовом патронаже участковая медсестра должна поддержать общественную стратегию направленную на продолжение снижения частоты курения среди всего населения и в частности курения беременной женщины, потому что это приводит... .

<variant> к снижению массы тела новорожденного

<variant> фетоплацентарной недостаточности

<variant> уродствам плода

<variant> внутриутробной инфекции плода

<variant> к эклампсии

<question> Ребенку 1 месяц. Находится исключительно на грудном вскармливании. При посещении ребенка на дому участковый педиатр оценивает развитие ребенка и отмечает, что ребенок плавно прослеживает движущийся красный шар, прислушивается к голосу врача, улыбается, лежа на животе пытается поднимать и удерживать головку, издает отдельные звуки в ответ на разговор мамы с ним. Врач оценивает нервно-психическое развитие ребенка... .

<variant> нормальное развитие

<variant> ускоренное развитие

<variant> с задержкой в развитии на 1 эпикризный срок

<variant> с задержкой на 2 эпикризных срока

<variant> с опережением в развитии

<question> На рентгенограмме лучезапястного сустава ребенка 4 лет расширение метафизов длинных трубчатых костей, размытость линии зоны обызвествления, остеопороз. Са крови – 2,05 ммоль/л, Р – 0,65 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 2437 ЕД: Оцените представленные данные... .

<variant> Активный рахит, гипофосфатемия, Са снижен, ЩФ увеличена

<variant> Подострый рахит, гиперфосфатемия, Са и ЩФ в норме

<variant> Активный рахит, гипофосфатемия, Са и ЩФ в норме

<variant> Рецидивирующий рахит, гипофосфатемия, гипокальциемия, ЩФ снижена

<variant> Активный рахит, гипофосфатемия, гиперкальциемия, ЩФувеличена

<question>Ребенку 1год 8 месяцев. Температура в пределах нормы. Отстает в массе и росте от сверстников. При осмотре симптомы гиповитаминоза, анемии, снижение тургора тканей, приглушенность тонов сердца, живот увеличен, кал обильный, зловонный. Патологические симптомы развились после введения злакового прикорма. Причина данного заболевания... .

<variant> нарушение всасывания

<variant> микробный воспалительный процесс в тонком кишечнике

<variant> дисбиотиноз

<variant> функциональные нарушения

<variant> неправильное вскармливание

<question>Ребенку 1,5 года. Вес 8 кг. Жалобы на длительную диарею. Отмечено появление отеков на лице, конечностях, живот увеличен. При биопсии тонкой кишки выявлены лимфангиэктазии. Показатель, который вы ожидаете в лабораторных данных... .

<variant> сывороточный белок в кале

<variant> высокая протеинурия

<variant> гиперхолестеринемия

<variant> высокое СОЭ

<variant> патогенная флора в кале

<question>Ребенку 3 дня. Появилось беспокойство, температура повысилась до 38<sup>0</sup>С, кожа диффузно гиперемирована, осмотр и лабораторные данные патологии со стороны внутренних органов не выявил. Стул до 5 раз в день, жидкий с белыми комочками. Причина повышения температуры у ребенка...

<variant> Транзиторное нарушение теплового обмена

<variant> Сепсис

<variant> Системная реакция на воспаление

<variant> Острая кишечная инфекция

<variant> Стрептодермия

<question>Доношенный новорожденный, 7 дней. На грудном вскармливании, за одно кормление высасывает 20-30 мл молока. Молока у матери не хватает. Дополнительно молочные смеси и воду не получает. Отмечался подъем температуры до 38С. При осмотре катаральных явлений нет. По органам без патологии. Причина данного состояния...

<variant> обезвоживание

<variant> гипотрофия

<variant> транзиторная гипертермия

<variant> внутриутробная инфекция

<variant> вирусная инфекция

<question>Катя, 6 месяцев. При осмотре отмечаются теменные бугры, реберные четки, мышечная гипотония, пупочная грыжа. Вес, рост соответствуют норме. ЧД 38 в 1 мин. ЧСС 120 в 1 мин. Со стороны внутренних органов без отклонений. Этиология заболевания...

<variant> дефицитная

<variant> микробная

<variant> врожденная

<variant> вирусная

<variant> системная

<question>У ребенка первого года жизни отмечается позднее прорезывание зубов, деформация грудной клетки, черепа, сколиоз, мышечная гипотония, невровегетативные нарушения. По внутренним органам патологии нет. Изменение, которое происходит в организме при данной патологии...

<variant> нарушение минерализации костей

<variant> недостаточное поступление железа в организм

<variant> избыточная потеря Са с мочой

<variant> недостаточное образование активных метаболитов витамина Д в почках

<variant> низкий уровень паратгормона

<question>Больная 7 лет. После кормления рыбок появился приступообразный мучительный кашель, затрудненный выдох. В анамнезе частые простудные заболевания. До 2 лет отмечалась пищевая аллергия. В легких выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы, тахикардия. В основе патогенеза данного состояния лежит...

<variant> спазм бронхов

<variant> атрофия слизистой бронхов

<variant> высокая вязкость бронхиального секрета

<variant> деформация бронхов

<variant> высокое содержание IgA в секрете бронхов

<question>У ребенка 5 лет в течение 3-х лет повторные эпизоды удушья, которые купируются вентолином. При поступлении затруднен выдох, ЧД 56 в 1 мин, в легких свистящие хрипы, дыхание ослабленное с обеих сторон. Наиболее вероятные изменения в анализах крови...



<variant> высокий уровень общего IgE

<variant> нейтрофильный лейкоцитоз

<variant> лимфоцитарный лейкоцитоз

<variant> высокое СОЭ

<variant> анемия

<question> Девочка 8 лет доставлена машиной скорой помощи. Жалуется на нехватку воздуха, затруднение дыхания на выдохе, непродуктивный навязчивый кашель. Такое состояние возникло остро после урока физкультуры. Страдала детской экземой. В легких жужжащие хрипы с обеих сторон. ЧД= 48 в 1 мин, ЧСС= 128 в 1 мин. Наиболее вероятные изменения на рентгенограмме легких при данном заболевании... .

<variant> повышение прозрачности легочной ткани

<variant> диффузный пневмосклероз

<variant> очаговые тени

<variant> деформация и расширение корней легких

<variant> утолщение междолевой плевры

<question> У ребенка 3 мес после перенесенной ОРВИ вновь повысилась температура до фебрильных цифр. Срыгивает, ЧД 64 в 1 мин без затруднения дыханию. Крылья носа напряжены. При крике появляется периоральный цианоз. Перкуторный звук коробочный, дыхание жесткое, справа в нижних отделах ослаблено. Границы сердца не расширены. Заболевание, которое осложнило течение ОРВИ у ребенка...

<variant> Пневмония

<variant> Обструктивный бронхит

<variant> Плеврит

<variant> Приступ бронхиальной астмы

<variant> Поствирусный миокардит

<question> У ребенка 1 года жизни, на 3-й день болезни ОРВИ присоединился приступообразный сухой кашель, беспокойство, одышка с удлиненным выдохом и втяжением уступчивых мест грудной клетки. Температуры нет. В легких рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. Заболевание, которое ухудшило состояния ребенка... .

<variant> Обструктивный бронхит

<variant> Коклюш

<variant> Острый стенозирующий ларинготрахеит

<variant> Острый бронхиолит

<variant> Пневмония

<question> Ребенок 4-х месяцев. Болен 2 дня. Отмечается тяжелая одышка смешанного типа с ЧД до 72 в 1 мин, раздувание крыльев носа, цианоз носогубного треугольника. В легких диффузные влажные хрипы. Выставлен диагноз острого бронхиолита. Наиболее вероятная этиология заболевания... .

<variant> вирус парагриппа

<variant> пищевые аллергены

<variant> микоплазма

<variant> пневмококк

<variant> золотистый стафилококк

<question> У ребенка 5 лет, после переохлаждения, отмечался ринофарингит, в дальнейшем появлением высокой длительной температуры, одышки смешанного характера и укорочения перкуторного звука справа в нижних отделах. Наиболее вероятная этиология данного заболевания... .

<variant> пневмококк



<variant> микоплазма

<variant> стафилококк

<variant> вирус парагриппа

<variant> цитомегаловирус

<question> Девочка 8 мес. Температура субфебрильная. Поступила в стационар с малопродуктивным кашлем, беспокойством, ЧД 40 в 1 минуту. В легких рассеянные сухие и влажные хрипы с обеих сторон. Ожидаемое на рентгенограмме грудной клетки при данном заболевании... .

<variant> усиление легочного рисунка

<variant> сливные инфильтративные тени

<variant> мелкие очаговые тени

<variant> повышенная прозрачность легочных полей

<variant> низкое стояние купола диафрагмы

<question> Девочка 40 дней. Жалобы на желтушность кожи и склер, кровоточивость из мест инъекций. Печень и селезенка увеличены. Лабораторный показатель, который позволит выявить паренхиматозную желтуху... .

<variant> увеличение содержания трансаминаз

<variant> высокий лейкоцитоз

<variant> положительный анализ кала на скрытую кровь

<variant> выявление анемии в ОАК

<variant> гиперхолестеринемия

<question> Девочка 2,5 года, поступила в стационар с острым бронхитом, на 5-й день пребывания в отделении диагностирована правосторонняя сегментарная пневмония. Наиболее вероятная этиология данной пневмонии... .

<variant> грам-отрицательная флора

<variant> пневмококк

<variant> пневмоциста

<variant> микоплазма

<variant> вирус гриппа

<question> У ребенка с грубой задержкой психического развития в возрасте 1 года поставлен диагноз: Фенилкетонурия. Исследование, которое подтвердит данное заболевание... .

<variant> проба Фелинга

<variant> проба Апта

<variant> потовая проба

<variant> биохимический анализ крови

<variant> сахарная кривая

<question> Ребенок 1,5 лет родился от матери 40 лет. При осмотре выявлены следующие симптомы: плоское лицо, широкая переносица, «монголоидный» разрез глаз, отставание в психомоторном развитии, грубый систолический шум у левого края грудины, мышечная гипотония. Происхождение данного заболевания... .

<variant> хромосомное

<variant> вирусное

<variant> бактериальное

<variant> системное

<variant> иммунное

<question> Ребенок 5 лет. Беспокоят кратковременные колющие боли в правом подреберье. Температуры нет. Appetit сохранен. Печень не увеличена. Симптом Кера отрицателен. Стул не нарушен. Показатели общего анализа крови, характерные для данного состояния... .



<variant> нормальные показатели

<variant> лимфоцитарный лейкоцитоз

<variant> нейтрофильный лейкоцитоз

<variant> анемия

<variant> ускорение СОЭ

<question> У новорожденного ребенка с 1-го дня жизни желтуха, сохраняется больше месяца.

Выявлена гепатомегалия. В крови увеличен уровень прямого билирубина, высокие показатели трансаминаз. Характер желтухи... .

<variant> паренхиматозная

<variant> механическая

<variant> конъюгационная

<variant> физиологическая

<variant> гемолитическая

<question> Новорожденный 7 дней, самочувствие не нарушено, отмечается желтушность кожи, склер, которые появились на 3-й день жизни. Кожа без сыпи. Печень, селезенка не увеличены.

Кал окрашен. В крови гипербилирубинемия за счет непрямого билирубина, трансаминазы в пределах нормы. Исход, который наиболее вероятен при данном состоянии... .

<variant> исчезновение симптомов самопроизвольно

<variant> развитие энцефалопатии

<variant> гепатоспленомегалия

<variant> печеночная недостаточность

<variant> появление геморрагического синдрома

<question> Ребенок 9 мес. Подкожный жировой слой истончен на всех участках тела, прежде всего на животе. Индекс упитанности Чулицкой 10 см. Жировая складка дряблая. Рост ребенка не отстает от нормы. Нервно-психическое состояние соответствует возрасту, но ребенок раздражителен, беспокоен. Имеется склонность к срыгиваниям. Дефицит веса, который вы ожидаете у ребенка при этом состоянии (%)... .

<variant> 11-20%

<variant> до 10%

<variant> 21-30%

<variant> 31-40%

<variant> более 50%

<question> Ребенок 10 мес. Крайне истощен. Кожа бледновато-серого цвета, сухая, конечности холодные. Кожная складка не расправляется. Индекс упитанности Чулицкой отрицательный.

Дефицит массы тела 35%. Диетотерапию у дневного больного нужно начинать с... .

<variant> разгрузки суточного рациона

<variant> введения прикорма

<variant> введения белкового энпита

<variant> включения в рацион сливок

<variant> увеличения суточного объема пищи

<question> У ребенка явления аллергического ринита, со слов ребенка отмечается периодически круглый год, после контакта с мягкими игрушками. Вид аллергенов, ... являются причиной заболевания.

<variant> бытовые

<variant> пылевые

<variant> пищевые

<variant> химические

<variant> эпидермальные



<question> Девочка 14 лет, предъявляет жалобы на боли в животе после приема пищи, отрыжку, тошноту, жжение в эпигастрии, склонность к запорам в течение нескольких лет. Исследование для установления этиологии заболевания... .

<variant> обследование на хеликобактер

<variant> кал на скрытую кровь

<variant> дуоденальное зондирование

<variant> кал на дисбактериоз

<variant> pH метрия желудочного сока

<question> У ребенка семи лет последнее время появилось чувство распираания в правом подреберье, тошнота, горечь во рту, снижение аппетита. При обследовании выявлен хронический холецистит. Эхографические данные, подтверждающие диагноз... .

<variant> уплотнение стенки желчного пузыря

<variant> гомогенность содержимого желчного пузыря без осадка

<variant> повышенная эхоплотность печеночной паренхимы

<variant> перегиб желчного пузыря в пришеечном отделе

<variant> увеличение полости желчного пузыря

<question> Аминокислота женского молока, стимулирующая рост и дифференциацию сетчатки глаза, нервной системы, надпочечников, эпифиза и гипофиза у детей:

<variant> таурин

<variant> триптофан

<variant> валин

<variant> цистеин

<variant> тирозин

<question> В отделении физиологии и патологии новорожденных находится ребенок в возрасте 7 дней. Из анамнеза: ребенок от 2 беременности, от 1 родов в сроке 39-40 недель. Беременность протекала на фоне хронического пиелонефрита и хронического тонзиллита. Ребенок относится к 2 группе здоровья. В клиническом анализе крови получены следующие данные: эритроциты -  $5,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 183 г/л, ЦП - 1,0, лейкоциты -  $11,2 \times 10^9/л$ , палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 45%, эозинофилы - 3%, моноциты - 6%, лимфоциты - 45%. СОЭ - 2 мм/час. Показатели можно расценить как:

<variant> норма

<variant> анемия легкой степени

<variant> эритроцитоз

<variant> лейкоцитоз

<variant> лимфоцитоз

<question> В отделении недоношенных новорожденных отмечается рост летальности. Частая причина гибели недоношенных детей в раннем неонатальном периоде:

<variant> респираторный дистресс синдром

<variant> родовая травма

<variant> внутриутробные инфекции

<variant> врожденные пороки развития

<variant> пневмонии

<question> У больного 2мес. гипервозбудимость, гиперестезия, тремор подбородка, пронзительный раздраженный крик, тахикардия, высокие сухожильные рефлексy, отмечаются тонические судороги. Уровень глюкозы в крови - 5,5 ммоль/л, кальция - 0,9 ммоль/л, магния - 0,92 ммоль/л. Вероятная причина судорог у ребенка.

<variant> гипокальциемия

<variant> гипوماгниемиия



<variant> гипогликемия

<variant> гипергликемия

<variant> гипермагниемия

<question>К развитию ядерной желтухи у детей с ЗВУР может привести содержание билирубина в крови (мкмоль/л):

<variant> 180

<variant> 100

<variant> 150

<variant> 160

<variant> 90

<question>Мальчик, родился в срок с массой тела 3250 г Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 8-10 баллов. К груди приложен в первые сутки. Грудь взял хорошо. На 5 сутки жизни: кожные покровы чистые, розовые. Слизистые чистые. Отмечено симметричное увеличение грудных желез. Кожа над железами не изменена. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Стул при осмотре жидкий, желтый с белыми комочками, с примесью зелени и прожилками слизи. Живот несколько вздут, отмечено урчание при пальпации. Мошонка отечна, увеличена в размерах. Переходные состояния у ребенка имеются:

<variant> транзиторный катар кишечника, половой криз

<variant> мастит, транзиторный катар кишечника

<variant> гормональный криз, физиологическая эритема

<variant> дисбактериоз, мастопатия

<variant> дисбактериоз, водянка яичника

<question>Ребенку 2 дня. Родился доношенным, закричал сразу, к груди приложен в родзале. На 2-е сутки жизни появилось беспокойство, затем – рвота с желчью, вздутие живота, обезвоживание. Меконий не отходил. Мама заметила соленый вкус кожи ребенка. Вязкость и плотность мекония обусловлена:

<variant> Отсутствием трипсина

<variant> Недостаточной выработкой инсулина

<variant> Недостаточностью альфа1-антитрипсина

<variant> Недостаточностью амилазы

<variant> Обезвоживанием

<question>Ребенок родился с весом 2кг с резкими единичными дыхательными движениями. Число ЧСС 100 раз в 1 минуту. Кожа розовая, конечности цианотичные. Мышечный тонус снижен. Рефлексы не вызываются. Определите степень асфиксии.

<variant> асфиксия легкой степени

<variant> асфиксия умеренная

<variant> бронхиальная астма

<variant> асфиксия тяжелой степени

<variant> асфиксия средней степени

<question>В поликлинику на прием к врачу пришла девочка 2 лет. Жалобы на затрудненное дыхание, афония, дисфагия. Из анамнеза: частые ОРВИ, травма гортани. Поставлен диагноз Стеноз гортани. В цель лечения входит:

<variant> Устранение стеноза гортани с восстановлением самостоятельного дыхания

<variant> Очистление гнойной раны

<variant> Предупреждение развития осложнений

<variant> Купирование воспалительного процесса

<variant> Улучшение самочувствия и аппетита

<question>Школьник 11 лет. Жалобы на повышение температуры тела до 39,5,



сухой кашель, насморк, слабость, недомогание. При осмотре катаральные явления в зеве. В легких – выслушиваются рассеянные мелкопузырчатые хрипы. В ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Для подтверждения диагноза назначьте лабораторное исследование

<variant> рентгенограмма грудной клетки

<variant> бронхография грудной клетки

<variant> флюорограмма грудной клетки

<variant> бронхоскопия грудной клетки

<variant> УЗИ внутренних органов

<question>Беременной женщине 25 лет, соблюдающей режим питания и все рекомендации врача назначена фолиевая кислота. Фолиевая кислота назначена для:

<variant> снижении риска развития пороков нервной системы

<variant> предотвращении гестоза беременности

<variant> участия в формировании костного скелета

<variant> участия метаболизма белка

<variant> способствованию образованию гемоглобина

<question>К участковому врачу обратился ребенок 10 лет с жалобами на вялость, слабость, отсутствие аппетита, тошноту, однократную рвоту. Укажите исследование, которое является первоочередным для постановки диагноза данному ребенку:

<variant> Определение тимоловой пробы и уровня аминотрансфераз

<variant> Определение уровня билирубина в крови

<variant> Исследование мочи на желчные пигменты

<variant> Общий анализ крови и мочи

<variant> Копрологическое исследование

<question>Новорожденному проведена рентгенограмма органов грудной клетки. Назовите клинические изменения при РДС.

<variant> Снижение аэрации легких, снижение объема или слабо выраженная граница сердца

<variant> С целью исключения внутрижелудочковых кровоизлияний, врожденных аномалий ЦНС

<variant> С целью исключения открытого артериального протока, врожденных пороков сердца

<variant> С целью исключения сепсиса, до назначения антибактериальной терапии

<variant> С целью своевременной коррекции респираторных метаболических и электролитных нарушений

<question>При осмотре новорожденного врач выявляет следующие симптомы цианоз, тахипное, низкий уровень сатурации кислорода, пенистое отделяемое изо рта. При отсутствии терапии РДС у новорожденного может вызвать ...

<variant> Летальный исход

<variant> Дыхательная недостаточность

<variant> Сердечная недостаточность

<variant> Почечная недостаточность

<variant> Полное выздоровление

<question>Пузыри или вялые пузырьки на фоне эритематозных пятен, размером 0,2-0,5 см, наполненные серозно-гнойным содержимым. Располагаются в местах сдавления, отмечаются симптомы интоксикации. Появляются в конце первой недели жизни или позднее. Данная картина характерна для.

<variant> Пузырчатка новорожденных

<variant> Потницы

<variant> Некротической флегмоны новорожденных



<variant> Себорейного дерматита

<variant> Кандидоза новорожденных

<question>Наиболее информативным исследованием для выявления туберкулеза внутригрудных лимфоузлов является:

<variant> компьютерная томография легких

<variant> обзорная рентгенограмма легких

<variant> пикфлоуметрия

<variant> бронхоскопия

<variant> бронхография

<question>Мальчику 12 лет, поставлен диагноз «Системный склероз». Для уточнения диагноза в данном случае показано:

<variant> Исследование пищевода с барием

<variant> Эхография сердца

<variant> Реография сосудов

<variant> Рентгенография суставов

<variant> Компьютерная томография

<question>У больной с 8-10 лет развиваются отеки разной локализации, возникновение которых всегда связано с психоэмоциональным напряжением или травмой и никогда не сопровождается крапивницей и зудом. У данной больной в первую очередь следует заподозрить:

<variant> отек Квинке

<variant> вторичный иммунодефицит

<variant> врожденный дефект системы комплемента

<variant> посттравматический лимфостаз

<variant> дифтерия

<question>В поликлинике новорожденному ребенку было назначено общий анализ крови. В результате обнаружено одинаковый уровень нейтрофилов и лимфоцитов. Первый «перекрест» в формуле крови у доношенных детей происходит в возрасте:

<variant> на 5-й день жизни

<variant> в 1-й день жизни

<variant> на 10-й день жизни

<variant> на 20-й день жизни

<variant> на 30-й день жизни

<question>К врачу на прием пришла мама с ребенком 9 мес. Жалобы на большую прибавку в весе. Находится на искусственном вскармливании. Психомоторное развитие в норме. По органам патологии нет. Выявлена паратрофия II степени: Укажите избыток массы тела ребенка:

<variant> 21-30%

<variant> 3 - 5% и более

<variant> 6-10%

<variant> 11-20%

<variant> 31% и более

<question>На приеме мама с ребенком 6 месяцев. Обратилась с жалобами на беспокойство, похудание, снижение веса. При осмотре ребенок пониженного питания, кожные покровы бледные, сухие. Выявлена гипотрофия III степени. Укажите дефицит массы тела ребенка:

<variant> 31% и более

<variant> 21-30%

<variant> 3 - 5% и более

<variant> 6-10%

<variant> 11-20%



<question>К врачу на прием пришла мама с ребенком 3 месяцев. Жалобы на беспокойство, раздражительность, срыгивание. Из анамнеза вес при рождении 3200г. При осмотре состояние удовлетворительное. Подкожно-жировой слой на животе истончен, тургор мягких тканей снижен, дефицит массы тела составляет 18%, рост соответствует норме.

Масса тела для расчета питания данному ребенку:

<variant> 5,400г

<variant> 5,510г

<variant> 4,430г

<variant> 4,964г

<variant> 4,956г

<question>Ребенку 2,5 месяца. родился от второй беременности на фоне гестоза II половины.

При рождении масса 3600г., рост 53см. С 3,5 недель частые срыгивания до рвоты «фонтаном» после каждого кормления. Объективно: Кожные покровы бледные, суховатые с «мраморным» рисунком. Подкожно-жировой слой истончен, тургор тканей снижен, мышечная гипотония.

По внутренним органам без патологии. При осмотре вес ребенка 4300г. Диагноз наиболее вероятный у больного:

<variant> гипотрофия II степени, пилоростеноз

<variant> гипотрофия I степени пилоростеноз

<variant> гипотрофия I степени, пилороспазм

<variant> гипотрофия II степени, постнатальная

<variant> гипотрофия III степени, пилороспазм

<question>У ребенка, повышение температуры, слабость. С 2-х летнего возраста состоит на Д-учете по поводу хронического бронхолегочного процесса, обострения 2-3 раза в год. В легких разновысотные сухие и влажные среднепузырчатые хрипы. На рентгенограмме - деформация бронхов слева, расширение корней легких. Наиболее приемлемым следующим шагом в диагностике является:

<variant> бронхоскопия

<variant> томография

<variant> ангиография

<variant> томография

<variant> бронхография

<question>Показания к назначению жаропонижающих препаратов у детей:

<variant> лихорадка выше 38,5 у детей с врожденными пороками сердца

<variant> фоновые заболевания: гипотрофия, рахит, анемия

<variant> дети 2-3 года жизни с температурой 37,5 градусов

<variant> лихорадка выше 37,5 с аллергическими реакциями в анамнезе

<variant> лихорадка выше 37 градусов в подмышечной впадине

<question>Ребенку 7 лет, вызвали врача на дом. Со слов мамы жалобы на затрудненное дыхание, одышку, кашель повышение температуры тела до 38,2<sup>0</sup>С, болеет в течение 3 дней.

Общее состояние тяжелое, одышка в покое, ЧД – 52 мин в акте дыхания участвуют вспомогательная мускулатура, беспокойная, выслушиваются дистанционные хрипы.

Перкуторно – легочный звук с коробочным оттенком, выслушиваются крупнопузырчатые, влажные и сухие хрипы. Тоны сердца приглушены. Тахикардия 116 ударов в минуту

Наиболее приемлемым в обследовании пациента является:

<variant> рентгенография легких

<variant> спирография

<variant> бронхография

<variant> бронхоскопия

<variant> пикфлоуметрия

<question>У мальчика 7 лет, страдающего хроническим холециститом, при обследовании в желчи были обнаружены вегетативные формы лямблий.

Какой из перечисленных предварительных диагнозов **НАИБОЛЕЕ** правомочен в данном случае?

<variant> Лямблиозный холецистит

<variant> Хронический холецистит

<variant> Кишечный лямблиоз

<variant> Хронический холецистопанкреатит

<variant> Дискинезия желчевыводящих путей

<question>Мальчик 12 лет, предъявляет жалобы на боли, чаще голодные, в ночное время, раздражительность и слабость. Болен около 3-х лет, в последнее время боли участились, появилась отрыжка кислым, рвота, запоры. Объективно: бледный, пониженного питания, красный дермографизм. Язык обложен толстым белым налетом. Живот мягкий, локальная болезненность в эпигастрии.

Какой из перечисленных предварительных диагнозов является **НАИБОЛЕЕ** вероятным.

<variant> Язвенная болезнь 12-перстной кишки

<variant> Функциональная диспепсия

<variant> Хронический гастродуоденит

<variant> Дискинезия желчевыводящих путей

<variant> Хронический холецистит

<question>Девочка 11 лет. При осмотре тремор, мышечная ригидность, расстройства координации, нарушения речи и глотания, гепатомегалия, спленомегалия, желтуха. Осмотр с помощью щелевой лампой показал наличие зеленовато-бурого кольца по периферии роговицы. Какой из перечисленных предварительных диагнозов является **НАИБОЛЕЕ** вероятным?

<variant> Болезнь Вильсона-Коновалова

<variant> Врожденный гемохроматоз

<variant> Аутоиммунный гепатит

<variant> Недостаточность альфа1-трипсина

<variant> Хронический гепатит вирусной этиологии

<question>Ребенку 3 месяца. Мать с рождения отмечает шумное, слышное на расстоянии дыхание, усиливающееся при кормлении и беспокойств. Диагностирован стридор. Причиной стридора у данного ребенка может быть:

<variant> ларингомалация

<variant> острый ринит

<variant> инородное тело дыхательных путей

<variant> отек слизистой оболочки бронхов

<variant> ларингостеноз

<question>У ребенка семи месяцев на фоне ОРВИ на 4 день заболевания состояние ухудшилось, вновь повысилась температура до 37,8С, появилась одышка экспираторного характера, оральные хрипы. При аускультации – удлиненный выдох, разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон. Изменения на рентгенограмме у данного больного:

<variant> усиление легочного рисунка в прикорневых зонах, повышение прозрачности

<variant> деформация бронхов, расширение корней легких

<variant> единичные очаговые тени

<variant> увеличение трахеобронхиальных лимфоузлов

<variant> снижение пневматизации медиальных отделов



<question>Вызов на дом к ребенку 6 месяцев. Заболел остро. Со слов мамы у ребенка отмечаются повышение температуры до 39,5С, кашель, насморк. Была однократная рвота. При осмотре кожные покровы бледные. Зев гиперемирован. В легких жесткое дыхание, хрипы не прослушиваются. Укажите метод исследования для подтверждения диагноза:

<variant> метод иммунофлуоресценции

<variant> общий анализ крови и мочи

<variant> серологическая реакция

<variant> спинномозговая пункция

<variant> кал на бактериносительство

<question>На прием к врачу пришла мама с ребенком 2г 9мес , жалобы на повышение температуры, заложенность носа, нарушение дыхания, чихание, кашель. Болен 2-ой день. Состояние средней тяжести. В зеве яркая гиперемия. В легких жесткое дыхание, хрипов нет.

Первоочередные противоэпидемиологические мероприятия при ОРВИ:

<variant> изоляция больных, влажная уборка с 0,5% раствором хлорамина, масочный режим

<variant> влажная уборка с 5% раствором хлорамина, масочный режим

<variant> изоляция больных, влажная уборка проводится не регулярно масочный режим

<variant> проветривание помещения 1 раз в месяц, изоляция больных

<variant> в медицинских учреждениях персонал не должен работать в масках

<question>Вызов на дом к ребенку 8 лет. Жалобы на приступы удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудноотделяемой мокротой. Из анамнеза перенес ОРВИ, лечение получал дома , начались ежедневные приступы удушья с затрудненным выдохом, приступы в ночное время, купируются ингаляциями сальбутамол. Объективно: состояние средней тяжести, дистанционное свистящее дыхание, частота дыхания - 32 в минуту. Над легкими коробочный звук, дыхание жесткое с удлиненным выдохом, над всей поверхностью легких сухие свистящие хрипы. После проведенного лечения состояние улучшилось. Эффективность лечения ОРВИ оценивается по следующим индикаторам:

<variant> нормализация температуры тела, исчезновение интоксикации, купирование астмоидного дыхания

<variant> нормализация температуры тела, интоксикации удерживаются, купирование астмоидного дыхания

<variant> повышение температуры тела, исчезновение интоксикации, купирование астмоидного дыхания

<variant> нормализация температуры тела, исчезновение интоксикации, астмоидное дыхание не купировано

<variant> повышение температуры тела, исчезновение интоксикации, астмоидное дыхание не купировано

<question>У ребенка шести лет в течение последнего года неоднократные ОРВИ протекают с обструктивным синдромом. Настоящее заболевание началось 15 дней назад с кратковременного повышения температуры тела до 37,5С. При осмотре температура тела нормальная, экспираторная одышка, кашель, сухие хрипы в легких. У данного ребенка наиболее вероятен следующий диагноз:

<variant> бронхиальная астма

<variant> муковисцидоз

<variant> пневмония

<variant> обструктивный бронхит

<variant> ларингоспазм

<question>Ребенку 5 лет. Жалобы на приступообразный кашель, болен неделю.



При осмотре температура тела нормальная, экспираторная одышка, сухие хрипы в легких. При лечении бронхиальной астмы наиболее часто серьезные побочные эффекты развиваются при длительном применении:

- <variant> пероральных кортикостероидов
- <variant> рассасывающей терапии
- <variant> антибактериальной терапии
- <variant> ингаляционных кортикостероидов
- <variant> бета 2 - адреномиметиков

<question>Ребенку 3 года, со слов мамы болен 15 дней, жалобы на слабость, температуру, рвоту, жидкий стул, пьет не охотно, к врачу не обращались. При осмотре ребенок без сознания, запавшие глаза, не может пить, кожная складка расправляется очень медленно. Длительность диареи у детей:

- <variant> 14 дней и более
- <variant> 7 дней и более
- <variant> 10 дней и более
- <variant> 20 дней и более
- <variant> 30 дней и более

<question>Проведите расчет жидкости больному от потери на лихорадку.

- <variant> 10мл/кг на каждый градус свыше 37
- <variant> 15мл/кг на каждый градус свыше 38
- <variant> 10мл/кг на каждый градус свыше 38
- <variant> 15мл/кг на каждый градус свыше 37
- <variant> 10мл/кг на каждый градус свыше 39

<question>Ребенку 10 мес , мама пришла к врачу с жалобами на жидкий стул, беспокойствие, болен 2-й день. При осмотре кожная складка расправляется медленно, пьет с жадностью, глаза запавшие. Оцените состояние больного:

- <variant> умеренное обезвоживание
- <variant> тяжелое обезвоживание
- <variant> обезвоживания нет
- <variant> обезвоживания есть
- <variant> не тяжелое обезвоживание

<question>Ребенку 7 месяцев, жалобы на жидкий стул, рвоту в течение 3-х дней.

В анализе кала лейкоциты 10-15. Для уточнения диагноза показан диагностический метод обследования:

- <variant> кал на бактерионосительство
- <variant> мазок из зева на BL
- <variant> спинномозговая пункция
- <variant> кал на яйца глист и простейших
- <variant> УЗИ головного мозга

<question>Мама с ребенком 9 мес пришла на прием к врачу с жалобами на температуру, жидкий стул без примеси. Симптомы наиболее вероятны для:

- <variant> диареи А
- <variant> дизентерии
- <variant> энтерите
- <variant> сальмонеллезе
- <variant> холере

<question>Наиболее частая причина, вызывающая врожденный гипертензионно-гидроцефальный синдром:



<variant> аномалии развития ликворных путей

<variant> внутриутробные инфекции

<variant> внутричерепная родовая травма

<variant> пиодермия

<variant> менингококковая инфекция

<question>Ребенку 8 мес, наблюдается у невропатолога с врожденным гипертензионно – гидроцефальным синдромом. Укажите характерные изменения на глазном дне:

<variant> частая атрофия

<variant> отек диска зрительного нерва

<variant> нагноение

<variant> помутнение

<variant> слезотечение

<question>К развитию приобретенного гипертензионно - гидроцефального синдрома у детей первого года жизни наиболее часто приводит причина:

<variant> менингиты, арахноидиты

<variant> опухоль центральной нервной системы

<variant> черепно-мозговая травма

<variant> спазмофилия

<variant> кефалогематома

<question>Ребенку 1 год, наблюдается у невропатолога с диагнозом: Гипертензионно – гидроцефальный синдром. Профилактические мероприятия при гипертензионно – гидроцефальном синдроме:

<variant> измерение окружности головы ребенку до года ежемесячно, осмотр невролога 1 раз неделю, обследование на ВУИ

<variant> кал на стафилакокк, обследование на ВУИ, осмотр невролога 1 раз неделю

<variant> осмотр невролога 1 раз неделю, обследование на ВУИ, кровь на стафилакокк

<variant> осмотр невролога 1 раз неделю, обследование на ВУИ, кал на скрытую кровь

<variant> измерение окружности головы ребенку до года ежемесячно, общий анализ крови

<question>В эффективность лечения гипертензионно - гидроцефального синдрома включены индикаторы:

<variant> мониторинг роста окружности головы 1 раз в неделю, отсутствие судорог и общемозговой симптоматики

<variant> мониторинг роста окружности головы 1 раз в месяц, отсутствие судорог и общемозговой симптоматики

<variant> мониторинг роста окружности головы 2 раза в неделю, наличие судорог и общемозговой симптоматики

<variant> мониторинг роста окружности головы 1 раз в квартал, отсутствие судорог и наличие общемозговой симптоматики

<variant> мониторинг роста окружности головы 1 раз в год, отсутствие судорог и общемозговой симптоматики

<question>Ребенку 6 мес. Во время беременности мать перенесла вирусный гепатит, гестоз второй половины. Ребенок родился в срок с весом 2800г. С рождения ребенок беспокоен, монотонный плач, отмечается задержка психомоторного развития, судорожная готовность. Внутренние органы – без патологии. Фактором риска при судорогах у данного ребенка является:

<variant> отягощенный акушерский анамнез

<variant> поствакцинальные осложнения

<variant> отравление лекарствами

<variant> эпилепсия в анамнезе



<variant> низкий уровень кальция

<question>На приеме у врача мама с ребенком 3 мес, жалобы на частые срыгивания после кормления, наблюдается судорожная готовность. На УЗИ головного мозга - выраженная внутричерепная гипертензия. Необходимо ребенку дальнейшее обследование:

<variant> электроэнцефалограмма

<variant> рентгенограмма

<variant> диафаноскопия

<variant> магнитно-резонансная томография

<variant> пневмоэнцефалография

<question>Педиатр 4-х месячного ребенка направил на консультацию к неврологу. Поводом из перечисленных данных, зафиксированных в амбулаторной карте послужил:

<variant> тремор рук и подбородка

<variant> рефлекс Бабинского

<variant> рефлекс Моро

<variant> хватательный рефлекс

<variant> не может сидеть

<question>У ребенка 3 мес крик слабый, кожные покровы бледные, влажные, тремор подбородка, тахикардия. Глазные яблоки плавающие, нистагм. Уровень глюкозы в крови – 2,0 ммоль/л, уровень кальция – 2,3 ммоль/л, Уровень магния – 0,92 ммоль/л. Причина судорог у ребенка вызвана.

<variant> снижением глюкозы

<variant> снижением магния

<variant> снижением кальция

<variant> повышением кальция

<variant> повышением глюкозы

<question>У больного 2мес гипервозбудимость, гиперестезия, тремор подбородка, пронзительный раздраженный крик, тахикардия, высокие сухожильные рефлексы, отмечаются тонические судороги. Уровень глюкозы в крови – 5,5 ммоль/л, кальция – 0,9 ммоль/л, магния – 0,92 ммоль/л. Вероятная причина судорог у ребенка.

<variant> гипокальциемия

<variant> гипوماгнемия

<variant> гипогликемия

<variant> гипергликемия

<variant> гипермагниемия

<question>Наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии детей школьного возраста является:

<variant> пневмококк

<variant> микоплазма

<variant> клебсиелла

<variant> гемофильная палочка

<variant> синегнойная палочка

<question>Абсолютным противопоказанием для проведения фототерапии у новорожденных является.

<variant> прямая гипербилирубинемия

<variant> внутричерепное кровоизлияние

<variant> синдром нервно-рефлекторной возбудимости

<variant> токсическая эритема

<variant> вегето-висцеральные нарушения

ONTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2» <b>КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА</b>	044/62-11 ( ) 28 стр. из 138

Больной 7 лет, с жалобами на повышение температуры до 37,0-37,8 °С в течение трех недель, снижение аппетита, слабость, недомогание, повышенную потливость, схваткообразные боли в животе перед актом дефекации, частый (6 - 8 раз в сутки) жидкий стул с прожилками крови и слизи, боли в крупных суставах. При осмотре - кожа бледная, единичные узелки полушаровидной формы на голенях. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот не вздут, мягкий, резко болезненный в левой половине живота. Печень у края реберной дуги. В ОАК: НЬ 100 г/л, Эр - 3,8 10<sup>12</sup>, СОЭ - 17 мм/ч. Кал на скрытую кровь - положительно. При проведении ректороманоскопии выявлены отек и гиперемия слизистой оболочки прямой кишки, выраженная контактная кровоточивость, геморрагии, эрозии и две язвы неправильной формы, густые наложения на стенках кишки. Осложнением данного заболевания является:

- <variant> Кишечные кровотечения
- <variant> Токсическая дилатация кишечника
- <variant> язва желудка
- <variant> гельминтоз
- <variant> острый гастрит

Самым ранним рентгенологическим признаком неспецифического язвенного колита является.

- <variant> «Зернистость» слизистой оболочки кишечника
- <variant> Утолщение кишечной стенки
- <variant> Псевдополипоз
- <variant> Изъязвления стенки кишки
- <variant> Отсутствие гаустраций

Девочка 14 лет. Из анамнеза известно, что в двухмесячном возрасте появились первые проявления атопического диатеза в форме сухой детской экземы. В дальнейшем кожные высыпания распространились по всему туловищу, периодически возникало мокнущее. Состояние кожи ухудшалось после употребления куриного мяса, рыбы, шоколада, цитрусовых, гречневой каши. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. Наблюдается аллергологом и дерматологом по месту жительства. Данные аллергологического обследования: уровень общего IgE сыворотки - 550 ЕД/л (норма 70 ЕД/л), обнаружены аллерген-специфические IgE-антитела против овоальбумина (+++), овомуцина (+++), апельсина (+++), мяса курицы (++), домашней пыли (5 серий от + до +++), библиотечной пыли (++), шерсти собак (++), шерсти кошки (++) . Каков характер сенсибилизации у пациента .

- <variant> пищевая и бытовая
- <variant> пищевая
- <variant> бытовая
- <variant> лекарственная
- <variant> поливалентная

Мальчик 1 года с жалобами на бледность, похудание, плохой аппетит, вялость. Родился доношенным, от второй беременности. У матери во время беременности - анемия. С 3 мес - на смешанном вскармливании: смесь "Малютка", манная каша, овощное пюре. Страдает дисбактериозом кишечника. В возрасте 4 и 8 мес перенес острую кишечную инфекцию, в возрасте 3 мес - ОРВИ. Профилактика рахита не проводилась. К году не ходит, первые зубы прорезались в 11 мес. Выставлен диагноз: Железодефицитная анемия, нормохромная, гиперрегенераторная, тяжелая форма. Гипотрофия II степени алиментарно-инфекционной этиологии. Рахит II степени, подострое течение, период разгара. Укажите критерии эффективности лечения, за исключением.

- <variant> исчезновения костных изменений



<variant> улучшения общего состояния к 7 дню лечения

<variant> повышения уровня ретикулоцитов к 5-10 дню лечения

<variant> ежедневного повышения уровня гемоглобина

<variant> прибавки массы тела

<question> Девочка 4 мес., поступила в клинику с жалобами на бледность, плохой аппетит, вялость, потливость. Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом, угрозой а на сроке 9 нед. Родилась недоношенной, масса тела 2400 г, длина - 49 см. С 3 мес. на искусственном вскармливании - адаптированная молочная смесь, соки, овощное пюре. Укажите факторы риска недоношенного ребенка, за исключением.

<variant> несбалансированное питание

<variant> отягощенный акушерско-гинекологический анамнез

<variant> отсутствие профилактики дефицита железа 80 время беременности

<variant> развивающаяся гипотрофия и рахит

<variant> повышенная потребности в железе. при недостаточном его поступлении

<question> Осмотрен ребенок 7 лет из неблагополучных материально-бытовых и жилищных

условий. На первом году жизни перенес острую пневмонию с выздоровлением. С 2-х лет посещает ясли. Часто болеет ОРВИ. В 3-х летнем возрасте диагностированы аденоиды II степени и гипертрофия небных миндалин II степени. С 4 лет в осенне-зимний период возникает кашель со слизисто-гноной мокротой, продолжающийся до 3-3,5 нед. на фоне ОРВИ. Кашель сопровождается субфебрильной температурой тела. Осмотрен в период очередного обострения. Астеническое телосложение, пониженное питание. Температура тела 37,2°C. Симптомов хронической гипоксемии нет. Периферические лимфоузлы, за исключением подчелюстных не увеличены. Носовое дыхание затруднено. Небольшие слизистые выделения. ЧД - 18/мин. При перкуссии над легкими ясный легочный звук, сухие и среднепузырчатые влажные хрипы в небольшом количестве с обеих сторон. Выдох не удлинен. Ребенку поставлен диагноз: Рецидивирующий бронхит, период обострения. Необходимо исключить у данного ребенка заболевания, кроме.

<variant> Специфического процесса в бронхах (tbs)

<variant> Бронхиолита

<variant> Аномалии развития бронхов

<variant> Инородного тела бронхов

<variant> Пневмонии

<question> Мальчик 7 лет., заболел остро (контакт с больным ОРВИ). Повысилась температура тела до 39°C, отмечались: общее беспокойство, снижение аппетита, заложенность носа, редкое сухое покашливание. При осмотре температура тела 38°C, правильное телосложение, удовлетворительное питание, отмечены слизистые выделения из носа, периоральный цианоз, гиперемия конъюнктивы, сухое покашливание. ЧД - 34/мин, ЧСС - 138/мин. При осмотре ротоглотки: яркая гиперемия зева, зернистость задней стенки глотки, по короткой стекает густая слизь. Увеличены подчелюстные и шейные лимфоузлы, плотно эластические, безболезненные. Над легкими перкуторный звук с тимпаническим оттенком, дыхание жесткое, проводится во все отделы легких. С обеих сторон выслушиваются сухие и влажные среднепузырчатые хрипы. Край печени выступает на 3 см из-под края реберной дуги, мягкий, безболезненный. Выставлен диагноз: ОРВИ. Острый бронхит. План обследования включает.

<variant> бактериологического исследования мазков из зева и мокроты

<variant> клинического анализа крови

<variant> клинического анализа мочи

<variant> исследования мазка отпечатка методом иммунофлюоресценции

<variant> УЗИ органов брюшной полости



<question>Девочка 4 мес, заболела остро, повысилась температура до 38°C, появились беспокойство, нарушение сна, снижение аппетита, сухой кашель, заложенность носа. Получала панадол, супрастин, теплое питье, но самочувствие не улучшилось. На третий день заболевания усилились кашель, появилась одышка. При осмотре состояние тяжелое: температура тела 38,2°C, беспокойство, влажный частый кашель. Выражены облысение, скошенность затылка, мышечная гипотония, периоральный цианоз. ЧД - 52/мин с участием вспомогательной мускулатуры, выдох удлиннен. Над легкими перкуторный тон с коробочным оттенком. Дыхание жесткое, ослаблено справа в нижнемедиальных отделах. ЧС - 140/мин. Границы сердца в норме, тоны сердца приглушены. Живот вздут, печень на 3 см выступает из под реберной дуги. Ваш предварительный диагноз включает следующие заболевания и синдромы, кроме:

- <variant> Обструктивный синдром
- <variant> Острая бронхопневмония
- <variant> ОРВИ тяжелое течение
- <variant> Дыхательная недостаточность II степени
- <variant> Рахит 1 степени

<question>Ребенок 5 лет, в прошлом практически здоровый, жалуется на насморк и кашель. Заболел остро два дня назад, после переохлаждения: повысилась температура тела до 37,8°C, появилось жжение за грудиной. На третий день болезни температура снизилась до 37,1°C, появился влажный кашель со скудной слизистой мокротой. При объективном исследовании состояние удовлетворительное. ЧД 20/мин, ЧСС 88/мин. Кожа без сыпи, зев гиперимирован, налетов нет, слизистые выделения из носа. Над легкими ясный легочный звук. Дыхание жесткое, выслушиваются сухие хрипы в межлопаточной области, а на высоте вдоха единичные влажные крупнопузырчатые хрипы. Критериями для постановки диагноза "Острый бронхит" являются следующие признаки.

- <variant> жжение за грудиной
- <variant> острое начало заболевания
- <variant> сухой, а затем влажный кашель
- <variant> сухие и крупнопузырчатые влажные хрипы
- <variant> тяжелое общее состояние

<question>Мальчик 1 года 1 мес заболел ОРВИ. На второй день болезни ребенок стал более вялым, сонливым, температура тела повысилась до 39°C, возникли кратковременные (до 20-30с) клинико-тонические судороги. При осмотре состояние тяжелое, вялость, плаксивость, кожа бледная, синева под глазами. Зев гиперимирован, по задней стенке стекает слизь. ЧСС - 140/мин, тоны приглушены. ЧД - 38/мин. Над легкими тимпанический оттенок перкуторного звука, дыхание жесткое, хрипов нет. Живот мягкий безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Стула не было. Мочится реже обычного. От еды и питья отказывается. Принципы лечения ребенка с фебрильными судорогами на фоне ОРВИ включает назначение следующих средств, кроме:

- <variant> антибиотиков
- <variant> противосудорожных
- <variant> антипиретиков
- <variant> антигистаминных
- <variant> поливитаминов

<question>Ребенок 1 года 4 мес., с признаками рахита II степени тяжести, гипотрофией I степени и алергодерматозом, два месяца назад перенес очаговую бронхопневмонию с локализацией в S<sub>m</sub> справа, подтвержденную рентгенологически. Находился на стационарном лечении и получал комплексную терапию. На 9-й день лечения мать забрала ребенка домой с сохраняющимся кашлем и субфебрильной температурой тела. Спустя 2 мес после лечения мать



обратилась к пульмонологу поликлиники с жалобами на наличие у ребенка влажного кашля со слизистой и слизисто-гношной мокротой, длительный субфебрилитет до 37,4°C, снижение аппетита, потливость, одышку при нагрузке. При осмотре кожа бледная, носогубный треугольник с серым оттенком. ЧД - 36/мин. При перкуссии легочный звук с неотчетливым укорочением над правой ключицей, там же выслушиваются влажные мелко- и среднепузырчатые, крепитирующие хрипы. Границы сердца соответствуют возрасту. На рентгенограмме легких сегмент Sm уменьшен в объеме, прилегающие участки легкого эмфизематозно вздуты. О каком осложнении необходимо думать при указанной рентгенологической картине:

<variant> развитие ателектаза в сегменте Sm

<variant> развитие абсцесса легкого

<variant> развитие буллы легкого

<variant> развитие эмфиземы легкого

<variant> развитие пиоторакса

<question>Ребенку 5 месяцев. Родился в январе, поступил в клинику с судорожным синдромом.

Со слов матери, у ребенка при плаче появились судорожные подергивания лица, которые быстро распространялись на туловище и конечности. Через 2 -3 минуты судороги исчезли после вдыхания свежего воздуха. В возрасте 3 месяцев у ребенка был диагностирован рахит, проводилось активное лечение витамином Д. Кратковременные судороги вновь повторились в марте, но мать не придавала этому значения, при осмотре выявлены признаки рахита: большой родничок 1,5x 1,0, края плотные, грудная клетка с развернутой нижней апертурой. В крови уровень кальция -1,2 ммоль/л, фосфора - 0,9 ммоль/л. Укажите возможную причину судорожного синдрома:

<variant> Спазмофилия

<variant> Гипервитаминоз Д

<variant> Респираторно-аффективный синдром

<variant> Гидроцефально-гипертензионный синдром

<variant> Врожденная гидроцефалия

<question>Больной 1,5 лет. Клинические признаки: повторные гнойные инфекции, экзема, спленомегалия, геморагии дают основание врачу заподозрить иммунодефицитный синдром.

<variant> синдром Вискотта-Олдрича

<variant> синдром Ди-Джорджа

<variant> синдром Джобса

<variant> синдром Лум-Бар

<variant> Швейцарский тип агаммаглобулинемии

<question>На приеме ребенок 12 лет с жалобами на «голодные» боли в эпигастрии, натошак или через 1,5-2 часа после приема пищи. Объективно: кожные покровы чистые, розовые. Живот: синдром Менделя положительный в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс, болезненность в эпигастрии и пилорoduodenальной области. Печень не увеличена, безболезненна. По другим органам без патологии. Укажите наиболее частое осложнение данного заболевания:

<variant> кровотечение

<variant> перфорация

<variant> малигнизация

<variant> непроходимость

<variant> пенетрация в поджелудочную железу

<question>Мать 1,5 месячной девочки предъявляет жалобы на частые срыгивания ребенка, возникающие как сразу после еды, так и через какое-то время после кормления, а также перед



приемом пищи. Находится на грудном вскармливании, сосет активно. Срыгивает створоженным молоком. Стул и мочеиспускание без патологии. За 1 месяц жизни прибавила 700 грамм. Из анамнеза известно, что роды были стремительными. Срыгивает с первых дней жизни. Развилось данное заболевание:

- <variant> вследствие спазма привратника
- <variant> вследствие стеноза привратника
- <variant> вследствие кишечной непроходимости
- <variant> вследствие дисбактериоза кишечника
- <variant> вследствие лактазной недостаточности

<question>Ребенку 1 месяц. Мать предъявляет жалобы на частые срыгивания ребенка, возникающие как сразу после еды, так и через какое-то время после кормления, а также перед приемом пищи. Объем срыгиваемых масс непостоянный, чаще срыгивает створоженным молоком. Ест жадно, стул обычной консистенции, без патологических примесей, диурез достаточный. Прибавка массы тела за 1 месяц жизни составил 650 грамм. Из анамнеза известно, что роды были стремительными, оценка по шкале Апгар 5-7 баллов. Срыгивает с первых дней жизни. Причиной упорных срыгиваний является:

- <variant> неврогенный фактор
- <variant> дисбактериоз кишечника
- <variant> лактазная недостаточность
- <variant> алиментарная диспепсия
- <variant> ферментативная недостаточность

<question>Расширение желудочков головного мозга и увеличение субарахноидального пространства в результате повышения давления спинно-мозговой жидкости, сопровождающееся различными признаками и симптомами - это:

- <variant> гидроцефалия
- <variant> микроцефалия
- <variant> опухоль головного мозга
- <variant> киста головного мозга
- <variant> менингит

<question>Направить срочно в стационар, дать бициллин-1, дать одну дозу парацетамола при высокой температуре или болях – рекомендуется при:

- <variant> абсцесс глотки
- <variant> стрептококковый фарингит
- <variant> нестрептококковый фарингит
- <variant> корь
- <variant> мастоидит

<question>Больной, 14 лет. Поступил с жалобами на желтуху, утомляемость, потерю аппетита. Болеет с детства. Заболевание протекало волнообразно. При осмотре отмечается иктеричность склер, умеренная желтушность кожных покровов, вегетативная лабильность. Печень увеличена на +2см. Содержание непрямого билирубина 68 мкмоль/л; трансаминазы в пределах нормы. Какой предполагаемый синдром у данного ребенка?

- <variant> Синдром Жильбера
- <variant> Синдром Криглера Найяра
- <variant> Синдром Дрискола
- <variant> Синдром Ротора
- <variant> Синдром Дабина Джонсона



<question> Ребенку 3 месяца. Мать с рождения отмечает шумное, слышное на расстоянии дыхание, усиливающееся при кормлении и беспокойство. Диагностирован стридор.

Причина стридора у данного ребенка:

- <variant> ларингомаляция
- <variant> инородное тело дыхательных путей
- <variant> отек слизистой оболочки бронхов
- <variant> острый ринит
- <variant> ларингостеноз

<question> У ребенка 7-ми месяцев после перенесенного респираторно-вирусного заболевания с обструктивным синдромом в течение 1,5 месяцев сохраняется низкий субфебрилитет, редкий непродуктивный кашель, локальные мелкопузырчатые хрипы в подлопаточной области справа.

Можно заподозрить:

- <variant> фиброателектаз
- <variant> острый бронхит
- <variant> пневмонию
- <variant> плеврит
- <variant> эмфизему

<question> У ребенка, родившегося на 32-й неделе беременности, в первые дни жизни отмечены мышечная гипотония и гипорефлексия, периодические судороги и приступы асфиксии, брадикардия, вздутие живота, рвота фонтаном с примесью желчи, неустойчивый стул. В анализе крови лейкоциты  $15 \times 10^9/\text{л}$ .

Причина дисфункции желудочно-кишечного тракта у этого ребенка:

- <variant> порок развития ЖКТ (пилоростеноз)
- <variant> перинатальное поражение ЦНС
- <variant> внутриутробная пневмония
- <variant> сепсис
- <variant> энтероколит

<question> Ребенок четырех месяцев поступил в стационар в связи с недостаточной прибавкой массы с рождения. Родился на 36-й неделе беременности, протекавшей с неоднократной угрозой выкидыша. Первые дни жизни кормился через зонд, далее - сцеженным молоком матери. Постоянно срыгивает. Стул со склонностью к запорам.

Причина стойкой дистрофии у этого ребенка:

- <variant> перинатальное поражение ЦНС
- <variant> дефекты вскармливания
- <variant> порок развития ЖКТ
- <variant> недоношенность
- <variant> пилоростеноз

<question> Ребенок одного года с гипотрофией II степени. Из анамнеза известно, что с рождения отмечается одышка, навязчивый кашель. В легких выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. С года обращает внимание “большой живот”, обильный зловонный стул с жирным пятном на поверхности. Дважды отмечалось выпадение прямой кишки.

Причина гипотрофии у данного больного:

- <variant> муковисцидоз
- <variant> фенилкетонурия
- <variant> целиакия
- <variant> сепсис
- <variant> кишечная инфекция

<question> Ребенок 7,5 месяцев. Родился в срок, развивался хорошо. По поводу рахита получал витамин Д2, в течение двух месяцев по 15 тыс МЕ в сутки. В последнее время плохо ест, отмечается рвота, беспокойство, жажда, запоры, температура тела субфебрильная. Выражены лобные и теменные бугры, “четки”, большой родничок закрыт. Питание резко снижено, кожа сухая, бледная. Имеется лейкоцитурия.

Причина ухудшения состояния ребенка:

- <variant> гипервитаминоз Д
- <variant> мочевая инфекция
- <variant> дистрофия
- <variant> рахит
- <variant> гипотрофия

<question> Ребенок четырех месяцев на естественном вскармливании. Развивается хорошо.

Начато введение прикорма в виде манной каши. Стал беспокоен, капризен, появились гиперемия щек, подбородка, чешуйчатое шелушение в области бровей, зудящая сыпь на ногах. Небольшая гиперемия конъюнктив. Стул учащен, разжижен.

Появившиеся симптомы можно объяснить как:

- <variant> экссудативно-катаральный диатез
- <variant> крапивница
- <variant> лимфатико-гипопластический диатез
- <variant> респираторная инфекция
- <variant> кишечная инфекция

<question> В клинику поступил ребенок восьми месяцев, часто болеющий респираторными заболеваниями, протекающими тяжело и длительно. Ребенок избыточного питания, мало подвижен, подкожная клетчатка пастозная. За ушными раковинами корочки, после снятия которых появляется мокнутие. Имеют место блефарит, увеличение всех групп лимфоузлов.

При рентгенологическом обследовании выявлено увеличение вилочковой железы.

Имеющиеся у ребенка симптомы можно объяснить как проявления:

- <variant> лимфатико-гипопластической конституции
- <variant> микседемы (гипотиреоз)
- <variant> экссудативно-катарального диатеза
- <variant> лимфогранулематоза
- <variant> нервно-артритического диатеза

<question> Больной 14 лет, страдает бронхиальной астмой в течение 3-х лет. Внезапно после эпизода сухого кашля ухудшилось состояние, появилась одышка. В легких выслушиваются рассеянные сухие хрипы, справа (соответственно проекции верхней доли) ослабление дыхания.

Причина ухудшения состояния больного:

- <variant> развитие ателектаза на фоне бронхиальной астмы
- <variant> пневмония с ателектазом
- <variant> приступ бронхиальной астмы
- <variant> острый бронхит
- <variant> гемосидероз

<question> Последствия гипогликемии у новорожденных, перенесших асфиксию:

- <variant> апноэ, судороги
- <variant> острая почечно-печеночная недостаточность
- <variant> острая сердечно-легочная недостаточность
- <variant> острая крапивница
- <variant> синдром Лайела



<question> Появление видимого желтушного окрашивания кожных покровов и слизистых новорожденного вследствие повышения уровня общего билирубина в сыворотке крови является признаком

- <variant> неонатальной желтухой
- <variant> гемолитической болезнью новорожденных
- <variant> билирубинопатии
- <variant> атопического дерматита
- <variant> центральной гидроцелии

<question> Выберите срок, после которого желтуха считается «затяжной» у доношенного новорожденного

- <variant> после 14 –го дня жизни
- <variant> после 7 –го дня жизни
- <variant> после 4 –го дня жизни
- <variant> после 21 –го дня жизни
- <variant> после 18 –го дня жизни

<question> Выберите срок, после которого желтуха считается «затяжной» у недоношенного ребенка

- <variant> после 21 –го дня жизни
- <variant> после 14 –го дня жизни
- <variant> после 7 –го дня жизни
- <variant> после 4 –го дня жизни
- <variant> после 18 –го дня жизни

<question> Рассчитайте тяжесть состояния, если у ребенка в течение первых суток жизни пожелтело лицо:

- <variant> «опасная» желтуха
- <variant> средней степени тяжести
- <variant> легкой степени тяжести
- <variant> физиологическое состояние
- <variant> нормальное состояние

<question> Согласно шкале Крамера для определения локализации желтухи у новорожденных только в области лица соответствует

- <variant> I степени желтушности
- <variant> II степени желтушности
- <variant> III степени желтушности
- <variant> IV степени желтушности
- <variant> V степени желтушности

<question> При шоке, обусловленном острой кровопотерей, в стадии централизации кровообращения у новорожденного ребенка НЕ наблюдается:

- <variant> брадикардия
- <variant> симптом "бледного пятна"
- <variant> бледность кожных покровов, мраморный рисунок
- <variant> слабый пульс
- <variant> тахипноэ

<question> Ребенку 4 дня. В первые часы жизни у ребенка появилась рвота до 8 раз в сутки. Появляется рвота вскоре после кормления с примесью слизи, желчи, по объему несколько превышает съеденное молоко. Кожные покровы сухие, тургор и эластичность снижены, стул малыми порциями, меконий. Данное состояние характерно для:

- <variant> высокой кишечной непроходимости



<variant> трахеопищеводного свища

<variant> мекониальной непроходимости

<variant> пилороспазма

<variant> атрезии пищевода

<question> Следствием гипертермии у новорожденных детей может быть:

<variant> дегидратация

<variant> гипонатриемия

<variant> гипоосмолярность

<variant> повышение сродства гемоглобулина к кислороду

<variant> понижение сродства гемоглобулина к кислороду

<question> Укажите причину, вызывающую рвоту у новорожденного с первых дней жизни при наличии дополнительной триады симптомов: непереносимость молока, увеличение печени, врожденная катаракта:

<variant> галактоземия

<variant> муковисцедоз

<variant> целиакия

<variant> лактазная недостаточность

<variant> сольтеряющая форма аденогенитального синдрома

<question> У матери с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (3 аборта, кольпит, эндометрит), родился доношенный ребенок с весом 3500 гр. Закричал сразу, к груди приложен в родзале. Прививки получил в срок. Период адаптации протекал спокойно. В возрасте 3 месяцев, на фоне полного здоровья, мать заметила, что ребенок начал беспокоиться, появился цианоз носогубного треугольника, апноэ. Врач должен думать в первую очередь при данном состоянии об угрозе:

<variant> синдром внезапной смерти

<variant> пневмония

<variant> ВПС

<variant> родовая травма

<variant> сепсис

<question> В родильный дом поступила женщина 27 лет с тяжелым гестозом, с ОАА и родила недоношенного ребенка в сроке 23 недели с весом 560 г. Состояние ребенка было тяжелым, на 2 сутки ребенок умер. Будет отнесена данная смерть в категорию ... .

<variant> перинатальную

<variant> антенатальную

<variant> интранатальную

<variant> неонатальную

<variant> позднюю неонатальную

<question> В родильный дом доставлена женщина 30 лет в эклампсии тяжелой степени.

Безводный период- 20 часов. Сердцебиение плода не выслушивается. Констатирована смерть.

Данная смертность считается:

<variant> антенатальной

<variant> интранатальной

<variant> ранней неонатальной

<variant> поздней неонатальной

<variant> неонатальной

<question> Длительная вентиляция легких при респираторном дистресс-синдроме у новорожденных детей опасна развитием таких осложнений, как:

<variant> бронхолегочная дисплазия



<variant> отечно-геморрагический синдром

<variant> пневмония

<variant> болезнь гиалиновых мембран

<variant> синдром Вильсона-Микити

<question> Девочка родилась от 1 беременности, срочных родов. У матери хронический пиелонефрит. На 30-32 неделе было обострение заболевания. Роды осложнились дородовым излитием околоплодных вод. Родилась с массой тела 3500 граммов. На 3-е сутки жизни у ребенка были обнаружены пустулы в естественных складках кожи, на волосистой части головы. Общее состояние ребенка не нарушено. Клиническая картина свидетельствует о наличии у ребенка:

<variant> везикулопустулеза

<variant> потницы

<variant> токсической эритемы

<variant> псевдофурункуллеза

<variant> аллергического дерматита

<question> Клинические проявления гипокалиемии, кроме:

<variant> олигурия

<variant> тахикардия

<variant> экстрасистолия

<variant> отеки

<variant> вялый паралич

<question> На фоне общей интоксикации, инфильтрации кожи, отмечается быстрое распространение гиперемии и инфильтрации, с флюктуацией в центре и выраженным венозным стазом. Данная картина характерна для:

<variant> флегмоны новорожденных

<variant> пузырьчатки новорожденных

<variant> везикулопустулеза

<variant> псевдофурункулеза

<variant> рожи новорожденных

<question> Наиболее чаще вызывает судорожный синдром у недоношенных детей ...

<variant> гипогликемия, гипокальциемия

<variant> гипоксия, гипофосфатемия

<variant> асфиксия, гипокалемия

<variant> внутричерепная родовая травма, гипермагниемия

<variant> пренатальное поражение ЦНС, гипомагниемия

<question> Не благоприятное влияние на внутриутробное развитие плода в первые 2 месяца беременности оказывает фактор:

<variant> вирусные инфекции

<variant> неправильное питание

<variant> повышенные физические нагрузки

<variant> токсикоз 1-й половины беременности

<variant> токсикоз 2-й половины беременности

<question> Новорожденный от I беременности при сроке гестации 42 недели, весом 4,5 кг, с отеками в области надключичных и подключичных ямок, голеней и стоп. Язык большой. Голос хриплый, широкая переносица. Сосет слабо. На 3 день жизни появилось умеренное окрашивание кожи, которое держится 2 недели. В анализе крови - Эритроцитов  $3,8 \times 10^{12}$  г/л, гемоглобин- 148 г/л. Наиболее информативным исследованием является:

<variant> билирубин и его фракции



<variant> сахар крови

<variant> тироксин крови

<variant> хромосомный набор

<variant> белок и белковые фракции

<question> Основным осложнением у новорожденных, находящихся длительно на ИВЛ является:

<variant> бронхолегочная дисплазия

<variant> синдром дыхательных расстройств

<variant> синдром персистирующих фетальных коммуникаций

<variant> синдром тахипноэ

<variant> геморрагический синдром

<question> Повторяющиеся ритмичные подергивания в половине лице, в конечностях с одной стороны – по гемитипу. На стороне судорог могут быть явления гемипареза. У детей сохранены реакции на внешние раздражители. Поражается одно полушарие (гематома, порок развития, ишемический инсульт). Определите вид судорог у новорожденного:

<variant> фокальные клонические судороги

<variant> мультифокальные клонические судороги

<variant> тонические судороги

<variant> миоклонические судороги

<variant> «минимальные» судороги

<question> Пневмонию новорожденных необходимо дифференцировать прежде всего: с ...

<variant> отечно-гемморагическим синдромом

<variant> перинатальной энцефалопатией

<variant> первичными ателектазами

<variant> аспирационным синдромом

<variant> энтероколитом

4<question> Ребенок родился в срок 40 недель гестации с массой 3750 г. Закричал сразу.

Приложен к груди в первые сутки, грудь взял хорошо, сосал активно. На третьи сутки жизни масса тела 3600 г. На коже груди, живота, конечностей отмечена пятнисто-папулезная сыпь розовой окраски. Во время осмотра на пеленке выявлены пятна кирпично-красного цвета.

Выявите переходные стояния:

<variant> транзиторная убыль массы тела, токсическая эритема, мочекислый инфаркт

<variant> физиологическая эритема, транзиторная убыль массы тела, олигурия

<variant> транзиторная убыль массы тела, мочекислый инфаркт, мелена

<variant> мекони, физиологическая эритема, транзиторная убыль массы тела

<variant> транзиторная убыль массы тела, олигурия, потница

<question> Рино-синцитиальной инфекцией вызывается заболевания:

<variant> бронхолит

<variant> вирусная диарея

<variant> острый ринит

<variant> пневмония

<variant> бронхит

<question> Ребенок Д (девочка- от первой беременности, матери 25 лет. Из анамнеза известно, что женщина страдает хроническим тонзиллитом, эрозией шейки матки. В последнем триместре беременности развился токсикоз. Проводилось лечение. Роды на 38 неделе. Ребенок с массой тела 2300 г, длина тела 48 см.. Оценка по шкале Апгар 7-8 балла. Состояние ребенка не нарушено, сосет хорошо. Причины, способствовавшие развитию у ребенка данной патологии:



- <variant> гестозы беременности
- <variant> дефекты питания и возраст матери
- <variant> хронический тонзиллит матери
- <variant> генитальные заболевания матери
- <variant> профессиональные вредности
- <question> Рефлекс новорожденного, когда в ответ на надавливание большими пальцами на ладони ребенка близ теноров, ребенок открывает рот и сгибает голову:
- <variant> рефлекс Бабкина
- <variant> рефлекс Моро
- <variant> рефлекс Кусмауля
- <variant> рефлекс Бабинского
- <variant> рефлекс Галанта
- <question> Субарахноидальные кровоизлияния возникают в результате:
- <variant> нарушения целостности менингеальных сосудов
- <variant> деформации черепа со смещением его пластин
- <variant> перелома костей свода черепа с разрывом сосудов эпидурального пространства
- <variant> повреждения концевых ветвей задних мозговых артерий
- <variant> повреждения концевых ветвей передних мозговых артерий
- <question> Симптом «белого пятна» свидетельствует о:
- <variant> гиповолемии
- <variant> гипертензии
- <variant> тахикардии
- <variant> аритмии
- <variant> кровоизлиянии
- <question> У новорожденного ребенка диагностирована кефалогематома, по каким признакам ее можно от дифференцировать от мозговых грыж:
- <variant> не переходит на соседнюю кость, не пульсирует, безболезненна
- <variant> образование переходит через швы, исчезает через 2—3 дня
- <variant> плоское, тестоватой консистенции, проходит над швами, флюктуирует
- <variant> пульсирует, отражая дыхательные движения, расположена чаще в области лба
- <variant> выпячивают мозговые оболочки и вещества мозга через родничок и дефекты кости
- <question> У новорожденного ребенка заподозрена мозговая грыжа, какие признаки подтверждают этот диагноз:
- <variant> выпячивают мозговые оболочки и вещества мозга через родничок и дефекты кости
- <variant> плоское, тестоватой консистенции, проходит над швами, флюктуирует
- <variant> пульсирует, отражая дыхательные движения, расположена чаще в области лба
- <variant> переходит через швы, исчезает через 2—3 дня
- <variant> не переходит на соседнюю кость, не пульсирует, безболезненна
- <question> У новорожденного ребенка отмечается тремор верхних и нижних конечностей, гиперестезия кожи, нистагм. Указанные симптомы характерны для периода:
- <variant> острый период
- <variant> ранний восстановительный
- <variant> поздний восстановительный
- <variant> период остаточных явлений
- <variant> период реконвалесценции
- <question> У новорожденного на вторые сутки наблюдаются гиперестезия, угнетение ЦНС, снижение аппетита. Есть подозрение на сепсис. Следует проводить дифференциальный диагноз:



<variant> гипогликемия

<variant> гиперкалиемия

<variant> гипوماгния

<variant> гипербилирубинемия

<variant> гипокальциемия

<question> У ребенка через несколько часов после рождения на губах появились пенистые выделения, отечность мягких тканей. На коже возникли петехии, цианоз, преимущественно ног. Объясните уменьшение размеров полей легких на рентгенограмме:

<variant> кровоизлиянием в легкие

<variant> появлением сегментарных ателектазов

<variant> нарушением вентиляционно-перфузионных соотношений

<variant> присоединением инфекции

<variant> нарушением проходимости бронхов

<question> У 3-х дневного ребенка, родившегося на 32-й неделе беременности с массой тела 1700г, развились 3 приступа апноэ, продолжительностью каждый 20-25с. Приступы следовали после кормлений. Во время приступов частота пульса снижалась со 140уд/мин до 100уд/мин, и ребенок переставал двигаться. В период между эпизодами поведение ребенка было нормальным. Содержание сахара в крови=5,0ммоль/л, кальция в сыворотке крови – нормальное. Эпизоды апноэ являются:

<variant> следствием незрелости дыхательного центра

<variant> разновидностью периодического дыхания

<variant> эквивалентом судорог

<variant> следствием скрытого поражения легких

<variant> являются вторичными при гипогликемии

<question> У недоношенного новорожденного 1 день, частота дыхания 70 в 1 мин, отмечается западение межреберных промежутков и грудины, стонущее дыхание. Грудная клетка бочкообразной формы, перкуторно разряжен, в анализе крови без патологии. У данного больного наиболее вероятные изменения на рентгенограмме:

<variant> ретикуло-нодозная сетка на фоне повышенной прозрачности легочных полей

<variant> снижение прозрачности легкого со смещением органов средостения в пораженную сторону

<variant> точечные уплотнения, чередующиеся с зонами просветления на фоне понижения прозрачности легочных полей

<variant> инфильтративная тень в легком с перифокальной реакцией

<variant> прозрачность легочных полей понижена, сосудистый рисунок усилен

<question> У новорожденного от матери с сахарным диабетом на 3 сутки появилось беспокойство, гиперестезия, тремор ручек, тахикардия, тахипноэ, тонические судороги.

Уровень глюкозы в крови 2,85 ммоль/л, РН крови 7,35, уровень кальция 1,75 ммоль/л. Наиболее правильно оценить данную ситуацию:

<variant> гипокальциемия

<variant> гипогликемия

<variant> ацидоз

<variant> гиперкальциемия

<variant> алколоз

<question> Этиологическим фактором омфалита является:

<variant> грамотрицательная флора

<variant> грамположительная флора

<variant> условно-патогенная флора



<variant> ассоциированная флора

<variant> грибковая инфекция

<question> Ребенок родился без дыхания, реанимационные мероприятия проведены успешно, но нормальное дыхание все еще не восстановилось. Межреберные пространства втянуты, наблюдается вздутие грудной клетки. Наиболее вероятными осложнениями являются:

<variant> пневмония

<variant> массивная аспирация мекония

<variant> болезнь гиалиновых мембран

<variant> пневмоторакс

<variant> ВПС

<question> Наиболее распространенными побочными эффектами бронхиальной астмы являются долгосрочные:

<variant> пероральный кортикостероиды

<variant> ингаляционные кортикостероиды

<variant> кромогликат

<variant> кетотифен

<variant> бетта 2 адrenomиметики

<question> У ребенка 2 лет с признаками дыхательной Недостаточности и с мелкопузырчатыми хрипами проведена рентгенография. Укажите из перечисленных рентгенологических признаков является НАИБОЛЕЕ достоверным для дифференциальной пневмонии от бронхолита:

<variant> инфильтративные тени в легких

<variant> опущение диафрагмы

<variant> усиление легочного рисунка

<variant> уменьшение легочного рисунка

<variant> повышенная воздушность легких

<question> Ребенок 9 месяцев. Жалобы при поступлении в клинику на кашель, одышку.

Повышение температуры до 38,0. Объективно состояние тяжелое, кожные покровы бледные, генерализованный цианоз, одышка с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно легочной звук с коробочным оттенком. В легких мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон. На рентгенограмме – повышенная прозрачность легочных полей, низкое стояние диафрагмы.

Поставлен диагноз: Острый бронхолит. Укажите ведущий симптом определяет тяжесть состояния острого бронхолита:

<variant> одышка с участием вспомогательной мускулатуры

<variant> навязчивый сухой кашель

<variant> умеренно выраженные явления ринита, назофарингит

<variant> в легких мелкопузырчатые хрипы

<variant> в рентгенограмме повышенная прозрачность легочных полей

<question> Ребенок 5 лет, болен 3 дня – лихорадка до 39 град.С, кашель. Вялый, капризный, кожа бледная с акроцианозом. Перкуторно – справа в подлопаточной области определяется обширное по площади укорочение перкуторного звука, там же дыхательные шумы ослаблены. На глубоком вдохе – очаговая крепитация. На рентгенографии – обширное затемнение нижней доли правого легкого, правый синус закрыт. Еще через 2 дня появилась острая боль в груди, цианоз кожи. ЧД 52 в минуту, ЧСС 144 в минуту. Границы сердца сместились влево на 2 см. Перкуторно справа коробочный звук, дыхание практически не проводится. АД 95/ 65 мм.рт.ст. Укажите причину ухудшения состояния больного:

<variant> напряженный пневмоторакс

<variant> пиопневмоторакс

<variant> сердечно-сосудистая недостаточность



<variant> экссудативный плеврит

<variant> подкожная эмфизема

<question> Ребенку 11 месяцев, диспропорционального телосложения, избыточного питания, дефицит веса 22 %. Естественные складки гиперемированы, на коже имеются экссудативно - эритематозные высыпания. Определяется генерализованная гиперплазия лимфоидной ткани, тимомегалия. В анализах крови – относительный лимфоцитоз, моноцитопения. Укажите характерный клинический синдром может развиваться у ребенка в дальнейшем:

<variant> бронхиальная астма тяжелой степени

<variant> желчнокаменная болезнь

<variant> язвенная болезнь

<variant> артериальная гипертензия

<variant> спастический колит

<question> Острое начало заболевания. Кратковременная субфебрильная гипертермия.

Появление на 3 день заболевания сухого «лающего» кашля, осиплости голоса, одышки при беспокойстве. Выявленное заболевание чаще вызывается:

<variant> вирусами

<variant> бактериями

<variant> аллергенами

<variant> грибами

<variant> простейшими

<question> Острое начало заболевания. Кашель в первые часы сухой, в последующие дни – продуктивный. Мокрота слизистая, необильная. Одышки нет. При аускультации выслушиваются диффузные сухие, крупно- и средне пузырьчатые хрипы. Рентгенологически определяется усиленный легочной рисунок без очаговых и инфильтративных изменений.

Локализация воспаления:

<variant> в бронхах среднего калибра

<variant> в бронхах мелкого калибра

<variant> в альвеолах

<variant> в носоглотке

<variant> в верхних дыхательных путях

<question> С рождения у ребенка одышка. Первый эпизод ОРВИ протекал с выраженными симптомами дыхательной недостаточности, длительно сохраняющимся кашлем, хрипами в легких. На рентгенограмме гомогенное затемнение одной из половин грудной клетки и резкое смещение средостения в сторону затемнения. Общее заболевание: Врожденный порок развития легких, аплазия легких При этой патологии имеют место:

<variant> отсутствие легкого

<variant> инфильтративные изменения легочной ткани

<variant> инфильтративные изменения плевральной полости

<variant> спадение альвеол легочной ткани

<variant> гипервоздушность легочной ткани

<question> Ребенку с муковисцидозом назначено обследование. Укажите на необоснованное назначение:

<variant> бронхография

<variant> бактериологическое исследование мокроты

<variant> определение хлоридов в поте

<variant> определение трипсина в кале

<variant> рентгенография органов грудной клетки



<question> Ребенку 8 лет. Диагностирована микоплазменная пневмония. ИФА диагностики острого периода предполагает:

<variant> высокие титры IgM

<variant> высокие титры IgG

<variant> низкие титры IgM

<variant> нормальные уровни IgM

<variant> высокие титры IgE

<question> Ребенку 5 лет диагностирована поздняя нозокомиальная вентилятор-ассоциированная пневмония. Сроки возникновения пневмонии:

<variant> развившаяся после 3 суток ИВЛ

<variant> в антенатальном периоде

<variant> постнатальном периоде

<variant> развившаяся в первые 48 часов ИВЛ

<variant> развившаяся в первые 3 суток ИВЛ

<question> Ребенку 2 года. Состояние тяжелое. Температура фебрильная, акроцианоз. Кашель продуктивный. Выраженная экспираторная одышка с участием всей вспомогательной мускулатуры. Грудная клетка эмфизематозно вздута. Над легкими тимпанический звук. На фоне ослабленного дыхания по всем легочным полям выслушивается масса влажных хрипов и крепитация. тахикардия до 160 в минуту. Наличие, следующего клинического симптома указывает на пневмонию:

<variant> наличие крепитации

<variant> кашель

<variant> одышка

<variant> ослабление дыхания

<variant> наличие влажных хрипов

<question> Ребенку 12 лет. Поступил в отделение с диагнозом «Хронический бронхит (ХБ)»

Основной клинический симптом ХБ:

<variant> влажный кашель со слизистой и/или слизисто-гнойной более 3-х месяцев

<variant> длительное сохранение малопродуктивного кашля после ОРВИ

<variant> слабость, недомогание, быстрая утомляемость

<variant> появление хрипов в период ОРВИ

<variant> длительное субфебрильное состояние

<question> Девочке 12 лет. Последние 5 лет по 2 – 3 раза в неделю беспокоят приступы удушья, исчезающие спонтанно или после приема эуфиллина. антибактериальная терапия неэффективна. ПСВ составляет 18% от должной величины. Отмечено урежение приступов удушья на фоне приема тайледа. Тяжесть течения бронхиальной астмы:

<variant> среднетяжелое течение

<variant> легкое интерметгирующее течение

<variant> легкое персистирующее

<variant> тяжелое течение

<variant> астматический статус

<question> Ребенку 3 месяца. недоношенный. Кашель сухой, коклюшеподобный. Выражены одышка и цианоз. Зон укорочения легочного звука нет, дыхание жесткое, единичные влажные хрипы. на рентгенограмме органов грудной клетке очаговые тени со смазанными краями («хлопья снега»), перемежающиеся с лобулярными вздутиями. Предполагаемый этиологический фактор пневмонии:

<variant> пневмоцисты

<variant> риносинцитиальный вирус



<variant> грибы рода Кандида

<variant> хламидии

<variant> цитомегаловирусы

<question> Острое начало заболевания, лихорадка, частый мучительный кашель, выраженная прогрессирующая одышка на фоне скудных перкуторных и аускультативных изменений в легких, НАИБОЛЕЕ характерны для:

<variant> сегментарной пневмонии

<variant> крупозной пневмонии

<variant> очагово-сливной пневмонии

<variant> интерстициальной пневмонии

<variant> очаговой пневмонии

<question> Обструктивный бронхит у детей раннего возраста встречается чаще при сопутствующих:

<variant> экссудативно-катаральном и лимфатико-гипопластическом диатезах

<variant> рахите и железодефицитной анемии

<variant> нервно-артритическом диатезе и паратрофии

<variant> гипотрофии и паратрофии

<variant> железодефицитной и В12 дефицитной анемии

<question> Рецидивирующим бронхитом называют бронхит, повторяющийся:

<variant> 3 и более раз в году в течение 2 лет, которые продолжаются более 2 нед.

<variant> 3 и более раз в году в течение 2 лет, которые продолжаются более 4 нед.

<variant> 3 и более раз в году, которые продолжаются более 2 нед.

<variant> 4 и более раз в году в течение 3 лет, которые продолжаются более 3 нед.

<variant> 6 и более раз в году в течение 2 лет, которые продолжаются более 2 нед.

<question> Для атопической формы бронхиальной астмы характерен следующий тип аллергической реакции:

<variant> I (немедленный)

<variant> II (цитотоксический)

<variant> IV (замедленный)

<variant> II (цитотоксический) и IV (замедленный)

<variant> I (немедленный) и II (цитотоксический)

<question> Наиболее высокая реактивность бронхов наблюдается:

<variant> в 4-6 ч утра

<variant> в 10-12 ч утра

<variant> в 16-18 ч дня

<variant> в 22-24 ч ночи

<variant> в 19-21 ч вечера

<question> Астматическое состояние - это приступ бронхиальной астмы, длящийся:

<variant> более 6ч

<variant> более 8ч

<variant> более 10ч

<variant> более 15ч

<variant> более 24ч

<question> Для II-стадии (декомпенсации) астматического состояния характерны:

<variant> отсутствие дыхательных шумов в отдельных сегментах, понижение артериального давления, страх удушья

<variant> учащенное шумное дыхание и потеря сознания, большое количество сухих и влажных хрипов



- <variant> повышение артериального давления, острая сердечная недостаточность, большое количество влажных хрипов
- <variant> острая сердечная недостаточность, потеря сознания, учащенное шумное дыхание
- <variant> диффузный цианоз кожи и слизистых, повышенное артериальное давление, одышка инспираторного характера
- <question> Для III- стадии астматического состояния (гипоксическая кома) НЕ характерно:
- <variant> большое количество сухих и влажных хрипов
- <variant> потеря сознания
- <variant> отсутствие дыхательных шумов ("молчание" в легких)
- <variant> острая сердечная недостаточность
- <variant> диффузный цианоз кожи и слизистых
- <question> При идиопатическом гемосидерозе легких в лабораторных анализах НЕ отмечается:
- <variant> повышение уровня конъюгированного билирубина
- <variant> ретикулоцитоз
- <variant> повышение уровня неконъюгированного билирубина
- <variant> снижение количества эритроцитов
- <variant> макрофаги с гемосидерином в мокроте
- <question> НАИБОЛЕЕ значимо при постановке диагноза сухого плеврита:
- <variant> боль в грудной клетке, при аускультации выслушивается «хруст снега»
- <variant> кашель, при аускультации выслушивается сухие свистящие хрипы
- <variant> одышка, диффузный цианоз кожи и слизистых
- <variant> повышение температуры, учащенное шумное дыхание
- <variant> жесткое дыхание, отсутствие дыхательных шумов в отдельных сегментах
- <question> К основным санаторным категориям больным с хронической пневмонией ... НЕ относятся.
- <variant> больные хронической пневмонией в момент обострения
- <variant> дети, не подлежащие хирургическому лечению
- <variant> больные в период предоперационной подготовки
- <variant> больные постоперационного периода
- <variant> дети с 2-х сторонней хронической пневмонией
- <question> При внешнем осмотре детей с хронической пневмонией выявляются ...
- <variant> деформация грудной клетки, акроцианоз
- <variant> четки, браслетки
- <variant> бледность с лимонным оттенком
- <variant> пигментация кожи
- <variant> кивающее дыхание
- <question> Больной, 12 лет, при проведении фиброгастроуденоскопии были выявлены следующие изменения: умеренно выраженная эритема и рыхлость слизистой оболочки абдоминального отдела пищевода, кратковременное спровоцированное субтотальное пролабирование слизистой оболочки пищевода на 1,5-2,0 см, выраженное снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера. Данные эндоскопические признаки характерны для:
- <variant> гастроэзофагеального рефлюкса
- <variant> пищевода Барретта
- <variant> дуоденогастрального рефлюкса
- <variant> грыжи пищеводного отдела диафрагмы
- <variant> стриктуры пищевода
- <question> Причиной развития хронического гастродуоденита, желудка и 12 перстной кишки является:

<variant> хеликобактер пилори

<variant> стафилококк

<variant> стрептококки

<variant> гарднереллы

<variant> кишечная палочка

<question> Ребенок 7 месяцев, находится на искусственном вскармливании. Принимает адаптированную смесь, но 2 дня назад мать дала коровье молоко, после чего у ребенка отмечался понос в сутки 10 раз и 1-2 кратная рвота. При осмотре ребенок беспокойный, тургор тканей понижен; глаза запавшие, при плаксивости нету слез, большой тродничок запавший, слизиистая оболочка сухая, губы красные, сердечные тоны приглушены.

Степень дегидратации:

<variant> средняя

<variant> легкая

<variant> тяжелая

<variant> дегидратации нет

<variant> очень тяжелая

<question> Ребенок 10 дней, масса тела при рождении 3400 г, выписан из роддома на 4 сутки.

После грудного вскармливания с первых дней отмечалась неоднократная рвота, понос, повышение температуры тела и симптомов отравления нет. В копрограмме Ph кала снижен на 5,5, жирная кислотность ++. Клиническо- лабораторные данные соответствуют:

<variant> недостаточности лактозы

<variant> дисбактериозу

<variant> недостаточности сахарозы

<variant> целиакии

<variant> кишечной форме муковисцидоза

<question> Диагноз хронического холецистита НЕ достоверен при выявлении:

<variant> скрыты симптомов кровопотери

<variant> боли в правом подреберье

<variant> воспалительной реакции крови

<variant> утолщения стенки желчного пузыря на УЗИ

<variant> признаков интоксикации

<question> Наиболее информативный лабораторный показатель диагностики острого и обострения хронического панкреатита:

<variant> амилазы в сыворотке крови

<variant> липазы сыворотке крови

<variant> трипсина сыворотке крови

<variant> диастазы в моче

<variant> диастазы в сыворотке крови

<question> Мальчик 7 дней, осмотрен участковым педиатром. Из анамнеза: беременность

первая, возраст матери 18 лет, мама курит, беременность протекала с токсикозом I и II половины. Роды со стимуляцией, безводный период 8 часов, родился с однократным обвитием пуповины вокруг шеи. Мама не работала, не замужем, живет с родителями, социально-бытовые условия удовлетворительные. Наследственность не отягощена. Ребенок на грудном вскармливании. К какой группе здоровья будет отнесен ребенок?

<variant> группа здоровья IIА

<variant> группа здоровья I

<variant> группа здоровья IIБ

<variant> группа здоровья III



<variant> группа здоровья IV

<question>Ребенку 1 месяц. Находится на грудном вскармливании. При посещении ребенка на дому участковый педиатр оценивает нервно-психическое развитие ребенка и отмечает, что ребенок плавно прослеживает движущийся красный шар, прислушивается к голосу врача, улыбается, лежа на животе пытается поднимать и удерживать головку, издает отдельные звуки в ответ на разговор мамы с ним. Как оценит врач нервно-психическое развитие ребенка?

<variant> нормальное развитие.

<variant> ребенок с опережением в развитии

<variant> скоренное развитие

<variant> с задержкой в развитии на 1 эпикризный срок

<variant> с задержкой на 2 эпикризных срока

<question>При обследовании нервно-психического развития ребенка 2 месяцев выявлено:

эмоциональные реакции - в ответ на общение быстро отвечает улыбкой; движения общие - длительно лежит на животе, опираясь на предплечья, высоко подняв голову; при поддержке за подмышки опирается на ножки, выпрямленные в коленных суставах; удерживает голову в вертикальном положении на руках у взрослого; речевые реакции - во время бодрствования гулит; зрительные ориентировочные реакции - длительно следит за движущимся предметом, смотрит на игрушки, находясь в вертикальном положении; слуховые ориентировочные реакции - при сильном звуке ищет его источник. Оцените нервно-психическое развитие."

<variant> опережение

<variant> нормальное

<variant> отставание

<variant> неравномерное

<variant> негармоничное

<question>Ребенку 12 месяцев. Выберите линию развития, свидетельствующую о норме, если он:

ползает, встает и стоит, держась, садится и сидит, катает, снимает, но не нанизывает, не вкладывает предметы один в другой, выполняет поручения и просьбы взрослого, понимает слово "нельзя", различает предметы по форме, обобщает названия предметов в понимаемой речи, говорит "мама", пьет из чашки, но не придерживает ее. Линия развития, соответствующая возрасту

<variant> понимание речи

<variant> речь активная

<variant> сенсорное развитие

<variant> действия с предметами

<variant> навыки

<question>Выберите преимущественную методику специального закаливания для часто

болеющего ребенка 3 лет, в генеалогическом анамнезе у которого три родственника с гипертонической болезнью и один с сахарным диабетом

<variant> постепенное снижение температуры при закаливании

<variant> интенсивное закаливание

<variant> методика Иванова

<variant> контрастный метод

<variant> быстрое снижение температуры

<question>Ребенок 7 лет, заболел остро, после переохлаждения, отмечался подъем температуры

до 39,0С, появился сухой кашель, головная боль. После осмотра диагностирована

правосторонняя пневмония и ребенок направлен на стационарное лечение. Как долго

необходимо наблюдение за ребенком в поликлинике после выздоровления?

<variant> 1 год



<variant> 6 мес.

<variant> 2 года

<variant> 5 лет.

<variant> до 15 лет.

<question> Ребенку 10 лет. Жалуется на кашель с ржавой мокротой. При обследовании обнаружена картина долевой пневмонии. Для какой формы пневмонии характерен данный симптом?

<variant> крупозная бронхопневмония

<variant> сегментарная бронхопневмония

<variant> интерстициальная бронхопневмония

<variant> очаговая бронхопневмония

<variant> очагово-сливная бронхопневмония

<question> Ребенок 1,5 года. Часто болеет простудными заболеваниями. В 5 месяцев синусит, в 7 месяцев отит. Имеет избыток массы тела. Клинический тип больного соответствует... .

<variant> оториноларингологический

<variant> соматический

<variant> инфантильный

<variant> смешанный

<variant> вегетативный

<question> На приеме ребенок 6 месяцев. Обратился с жалобами на беспокойство, похудание, снижение веса. При осмотре ребенок пониженного питания, кожные покровы бледные, сухие. Выявлена гипотрофия II степени.

Укажите дефицит массы тела у ребенка:

<variant> 20-30%

<variant> 5-6 %

<variant> 6-10%

<variant> 11-20%

<variant> 31-50%

<question> У ребенка на 2-ой день после рождения цианоз, грантинг; ретракция грудной клетки; тахипноэ; раздувание крыльев носа; низкий уровень сатурации кислорода; ослабленное дыхание в легких. Ваш предварительный диагноз:

<variant> респираторный дистресс синдром

<variant> неонатальная пневмония

<variant> внебольничная пневмония

<variant> легочная форма муковисцидоза

<variant> легочные проявления тетрады Фалло

<question> Острое желудочно-кишечное кровотечение характеризуется всем, кроме:

<variant> гипертермия.

<variant> кровавая рвота.

<variant> мелена.

<variant> бледность кожных покровов.

<variant> коллапс.

<question> Девочка 13 лет. Больна около 2-х лет хроническим гастритом. Беспокоят тупые боли и тяжесть в эпигастрии после еды, отрыжка, тошнота, неприятный вкус во рту. Метеоризм, диарея. Бледная, субиктеричность склеры, ""лакированный"" язык. Иногда жжение языка, чувство ""ползания мурашек"" в конечностях. В ОАК гиперхромная, макроцитарная анемия. Какая эндоскопическая картина хронического гастрита будет соответствовать этому клиническому описанию:"

<variant> атрофическая форма

<variant> эрозивная форма

<variant> гипертрофическая форма

<variant> поверхностная

<variant> смешанная форма

<question> У девочки 3,5 месяцев отмечается легкая потливость, мышечная гипотония, облысение затылка, легкий пероральный цианоз. Для постановки диагноза рахита какие диагностические исследования следует провести, за исключением:

<variant> проба Сулковича

<variant> фосфор сыворотки крови

<variant> кальций сыворотки крови

<variant> щелочная фосфатаза

<variant> общий анализ крови

<question> Для своевременного предупреждения гипервитаминоза "Д" при лечении рахита используют:

<variant> реакцию Сулковича

<variant> сулемовую пробу

<variant> тимоловую пробу

<variant> формоловую пробу

<variant> сиаловую пробу

<question> Ребенок 7 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на повышение температуры до 38,5 С, головную боль, кашель, рвоту, отсутствие аппетита. 2 дня назад прилетел после отдыха из Таиланда. Объективно: Кожа чистая, температура 39°С, зев гиперемирован, миндалины гипертрофированы, лимфоузлы увеличены до второго размера, язык обложен, густым белым налетом. В легких: жесткое дыхание, хрипы не прослушиваются. Частота дыханий 20 в минуту. Пульс-100 в минуту. Живот мягкий. Стул разжижен до 5 раз в сутки, без патологических примесей. Из перечисленных наиболее целесообразно провести...

<variant> серологическое исследование

<variant> рентгенография грудной клетки

<variant> анализ мокроты

<variant> общий анализ крови

<variant> бактериологическое исследование

<question> Девочка 10 месяцев. Жалобы на резкий запах аммиака от памперсов. Объективно: вялая, бледная, выражена чрезмерная потливость, красный дермографизм. Краниотабес, расширенная нижняя апертура грудной клетки, плоский таз, утолщения на фалангах пальцев. Зубы отсутствуют. Выявлены симптомы «складного ножа», «дряблых плеч», функциональный кифоз в поясничном отделе. Живот «лягушачий», печень не увеличена. Из перечисленных методов обследования информативным для постановки диагноза является...

<variant> биохимический анализ крови

<variant> УЗИ почек

<variant> кислотно-основного состояния

<variant> рентгенография трубчатых костей

<variant> биохимический анализ мочи

<question> У ребенка, повышение температуры, слабость. С 2-х летнего возраста состоит на Д-учете по поводу хронического бронхолегочного процесса, обострения 2-3 раза в год. В легких разновысотные сухие и влажные среднепузырчатые хрипы. На рентгенограмме- деформация бронхов слева, расширение корней легких. Из перечисленного наиболее приемлемым следующим шагом в диагностике является...



<variant> бронхоскопия

<variant> ангиография

<variant> томография

<variant> бронхография

<variant> пункция плевральной полости

<question> Ребенок 6 месяцев. Контакт с больным ОРВИ. Заболел остро. При осмотре: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Ребенок беспокоен. Периодически при беспокойстве отмечается инспираторная одышка до 60, лающий приступообразный кашель. В покое дыхание ровное, нет втяжения податливых участков грудной клетки. Голос осипший. Диагноз по классификации ОРВИ, ларинготрахеит, стеноз степени....

<variant> II

<variant> I

<variant> III

<variant> IV

<variant> V

<question> У ребенка 2,5 месяцев неустойчивый стул, отсутствие прибавки веса. Родился доношенным, масса–2600 кг, рост–49 см, массо-ростовой показатель–53. Грудное вскармливание до 1,5 месяцев, затем коровьим молоком. Объективно: кожные покровы сухие, тургор мягких тканей снижен, подкожно-жировая клетчатка истончена на животе, нижних конечностях. На момент осмотра вес ребенка 2880 кг (дефицит веса 28%). Печень выступает из под края реберной дуги на 1,5 см. Мочится мало. Предполагаемый диагноз-....

<variant> Дистрофия, гипотрофия II ст., пренатального и постнатального происхождения, алиментарной этиологии, период прогрессирования

<variant> Дистрофия, гипотрофия I ст., пренатального происхождения, смешанной этиологии, период прогрессирования

<variant> Дистрофия, гипотрофия II ст., постнатального происхождения алиментарной этиологии, период стабилизации

<variant> Дистрофия, гипотрофия III ст., постнатального происхождения, алиментарной этиологии, начальный период

<variant> Дистрофия, гипотрофия III ст., пренатального и постнатального происхождения, алиментарной этиологии, период стабилизации

<question> У ребенка второго полугодия жизни рентгенологически отмечается остеопороз, блюдцеобразный эпифиз, ядра окостенения присутствуют, но видны неотчетливо. Заболевание, которое обусловило данные изменения....

<variant> Рахит

<variant> Гипотрофия

<variant> Остеомиелит

<variant> Целиакия

<variant> Ювенильный ревматоидный артрит

<question> Ребенок, 1 год 5 месяцев поступил с жалобами на плохую прибавку массы тела, которая отмечается с первых месяцев жизни. При осмотре живот увеличен, периферические отеки, диарея. Со стороны почек, сердца без патологии. В крови гипопроотеинемия, в кале стеаторея. Исследование, которое наиболее точно установит диагноз....

<variant> эндоскопия тонкого и толстого кишечника

<variant> рентгеноконтрастное исследование ЖКТ

<variant> водородный дыхательный тест

<variant> сахарная кривая

<variant> копрограмма



<question>Мальчик 9 лет. Жалобы на частые простудные заболевания. Был выставлен диагноз рецидивирующий гнойный бронхит. У дяди синдром Картагенера. Объективно: температура 37,6С, кожа бледная с сероватым оттенком. Грудная клетка бочкообразная, в легких перкуторно коробочный звук, аускультативно масса влажных разнокалиберных хрипов. Рентгенологически: диффузная деформация бронхов. Наиболее информативным является исследование:

- <variant> бронхоскопия
- <variant> биопсия слизистой оболочки носа
- <variant> генетическое исследование
- <variant> посев мокроты
- <variant> тепловизионное исследование

<question>На прием к врачу пришла мама с ребенком 2 года. С жалобами на повышение температуры, лающий кашель, насморк. При осмотре состояние средней тяжести, одышка, признаки стридора. Назначьте основное диагностические обследование проводимые на амбулаторном уровне:

- <variant> Фарингоскопия
- <variant> ЭФГДС
- <variant> Рентгенография грудной клетки
- <variant> Электрокардиограмма
- <variant> Пикфлоуметрия

<question>Сформулируйте диагноз и определите тактику по отношению к ребенку, заболевшему остро с повышения температуры тела до 38,7С и снижения аппетита, появления выраженных катаральных явлений со стороны носоглотки, насморк, кашель. На грудном вскармливании, в развитии НЕ отстает.

- <variant> ОРЗ, средней степени, медотвод на 2-4 недели
- <variant> гипертермия, медотвод на 3-6 дней
- <variant> катаральная ангина, медотвод на 1-2 недели
- <variant> ОРЗ, легкой степени тяжести, медотвод на 2-3 недели
- <variant> ОРЗ, тяжелой степени тяжести, медотвод на 1 месяц

<question>Вызов на дому ребенку. Желтуха появилась после 4 сутки жизни. Состояние ребенка неудовлетворительное. Температура-37 С. Кожные покровы желтые: ярко выражены на стопах и кистях. Диагноз: Опасная желтуха. Укажите лабораторные исследования

- <variant> ОБС, АЛат, АСТ
- <variant> ОАК, АЛат, АСТ
- <variant> ОАМ, АЛат, АСТ
- <variant> ОБС, ОАК, ОАМ
- <variant> АЛат, АСТ

<question>Больная 6 лет с жалобами на неоднократное появление отека губ, языка при употреблении цитрусов. Первоочередное мероприятие в данном случае:

- <variant> устранить контакт с аллергеном, ввести антигистаминные препараты
- <variant> ввести антигистаминные препараты, не устраняя аллерген
- <variant> ввести антигистаминные препараты, антибиотики
- <variant> устранить контакт с аллергеном, назначить антибиотик
- <variant> устранить контакт с аллергеном, назначить витамины

<question>Ребенок 5 месяцев плохо прибавляет в массе, аппетит снижен. При осмотре бледен, подкожный жировой слой отсутствует на животе, значительно снижен на конечностях. Дефицит веса составляет 15%.

Продолжительность периода определения толерантности к пище при гипотрофии I степени составляет:



<variant> 1-2 дня

<variant> 3-7 дней

<variant> 10 дней

<variant> до 14 дней

<variant> 1 месяц

<question> На приеме ребенок 8 месяцев. Жалобы на беспокойство, снижение веса. При осмотре ребенок пониженного питания, кожные покровы бледные, сухие. Выявлена гипотрофия II степени. Продолжительность периода определения толерантности к пище при гипотрофии II степени составляет:

<variant> 3-7 дней

<variant> 14 дней

<variant> 1-2 дня

<variant> 10 дней

<variant> 1 месяц

<question> У ребенка 3 мес крик слабый, кожные покровы бледные, влажные, тремор подбородка, тахикардия. Глазные яблоки плавающие, нистагм. Уровень глюкозы в крови – 2,0 ммоль/л, уровень кальция – 2,3 ммоль/л, уровень магния – 0,92 ммоль/л.

Объясните причину судорог у ребенка:

<variant> гипогликемия

<variant> гипокальциемия

<variant> гипомагниемия

<variant> гиперкальциемия

<variant> гипергликемия

<question> Ребенку 1 год, перенес ОРВИ, однако продолжает лихорадить в течение 3 дней.

Состояние тяжелое, бледность, вялость, снижение аппетита. Цианоз носогубного треугольника в покое, раздувание крыльев носа, кашель влажный нечастый. В легких локальное укорочение перкуторного звука справа, ниже угла лопатки, там же на фоне ослабленного дыхания влажные мелкопузырчатые хрипы. Для уточнения диагноза из перечисленных методов исследования является НАИБОЛЕЕ информативным:

<variant> клинический анализ крови

<variant> рентгенография органов грудной клетки

<variant> бактериологический посев мокроты

<variant> цитология мокроты

<variant> ИФА с бактериальными и вирусными антигенами

<question> Ребенку 1 год, болеет ОРВИ, однако температура тела более 3-х дней держится на высоких цифрах. Состояние ребенка тяжелое, бледный, ослабленный, аппетит снижен.

Периоральный цианоз, отмечается раздувание крыльев носа, кашель влажный, не частый. ЧДД в мин. 60 раз с втяжением нижней части грудной клетки. Перкуторный звук над легкими под лопаткой справа укорочен, там же на фоне ослабленного дыхания выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Поставлен диагноз: острая пневмония. Назовите возможные варианты возбудителя пневмонии:

<variant> пневмококки

<variant> клебсиелла

<variant> стафилококки

<variant> стрептококки

<variant> хламидии

<question> Если у ребенка один из четырех общих признаков опасности, вам следует немедленно направить его в больницу на лечение. Это следующие симптомы, КРОМЕ:



<variant> сильный кашель

<variant> ребенок не может пить или сосать грудь

<variant> судороги во время этой болезни

<variant> рвота после каждого приёма пищи или питья

<variant> летаргичен или без сознания

<question> Ребенку 2 года. Поступил с жалобами на кашель, повышение температуры. В ходе обследования диагностирован острый бронхит. Какие симптомы со стороны респираторного тракта характерны для данного заболевания:

<variant> рассеянные сухие и влажные хрипы на вдохе

<variant> удлиненный свистящий выдох

<variant> сухие хрипы на выдохе

<variant> участие в акте дыхательных вспомогательных мышц

<variant> дыхательная недостаточность

<question> Ребенку 3 года. Жалобы на кашель, удлиненный выдох, одышку. В ходе обследования диагностирован острый обструктивный бронхит. Что является ведущим в патогенезе бронхиальной обструкции у детей раннего возраста:

<variant> воспалительный отек слизистой бронхов

<variant> бронхоспазм

<variant> нарушение мукоцилиарного клиренса

<variant> дискинезия бронхов

<variant> сдавление бронхов извне

<question> Основным дифференциально-диагностическим различием бронхиальной астмы и астматического бронхита является - ...

<variant> приступ удушья

<variant> бронхоспазм

<variant> длительный бронхоспастический синдром

<variant> аллергическая реактивность

<variant> наличие гиперчувствительности бронхов

<question> Ребенку 1 год, перенес ОРВИ, однако продолжает лихорадить в течение 3 дней.

Состояние тяжелое, бледность, вялость, снижение аппетита. Цианоз носогубного треугольника в покое, раздувание крыльев носа, кашель влажный нечастый. В легких локальное укорочение перкуторного звука справа, ниже угла лопатки, там же на фоне ослабленного дыхания влажные мелкопузырчатые хрипы. Из перечисленных ниже рентгенологических изменений НАИБОЛЕЕ вероятным является:

<variant> очаговые тени в правом легком

<variant> очагово-сливная инфильтрация в правом легком

<variant> сегментарная инфильтрация в правом легком в стадии ателектаза

<variant> полисегментарная пневмония, осложненная плевритом

<variant> абсцесс правого легкого

<question> Больной, 10 лет, при проведении фиброгастродуоденоскопии были выявлены следующие изменения: умеренно выраженная эритема и рыхлость слизистой оболочки абдоминального отдела пищевода, кратковременное спровоцированное субтотальное пролабирование слизистой оболочки пищевода на 1,5-2,0 см, выраженное снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера. Данные эндоскопические признаки характерны для:

<variant> гастроэзофагеального рефлюкса

<variant> пищевода Барретта

<variant> дуоденогастрального рефлюкса

<variant> грыжи пищеводного отдела диафрагмы



<variant>стриктуры пищевода

<question>Ребенок 7 месяцев, находится на искусственном вскармливании. Принимает адаптированную смесь, но 2 дня назад мать дала коровье молоко, после чего у ребенка отмечался понос в сутки 10 раз и 1-2 кратная рвота. При осмотре ребенок беспокойный, тургор тканей понижен; глаза запавшие, при плаксивости нету слез, большой тродничок запавший, слизиистая оболочка сухая, губы красные, сердечные тоны приглушены.

Степень дегидратации:

<variant>средняя

<variant>легкая

<variant>тяжелая

<variant>дегидратации нет

<variant>очень тяжелая

<question>Ребенок 10 дней, масса тела при рождении 3400 г, выписан из роддома на 4 сутки.

После грудного вскармливания с первых дней отмечалась неоднократная рвота, понос, повышение температуры тела и симптомов отравления нет. В копрограмме Ph кала снижен на 5,5, жирная кислотность ++. Клиническо- лабораторные данные соответствуют:

<variant> недостаточности лактозы

<variant> дисбактериозу

<variant> недостаточности сахарозы

<variant> целиакии

<variant>кишечной форме муковисцидоза

<question> Мальчик, 9 лет болеет ревматизмом в течение 3-х лет. В течение последних 2-х месяцев появились боли и тяжесть в эпигастрии во время еды и сразу после еды, периодически тошнота, изжога. На фиброгастроуденоскопии: поражение антрального отдела желудка в виде гипертрофии слизистой, гастроэзофагеальный рефлюкс.

Ваш первоочередной метод обследования из дополнительных:

<variant> морфологическое исследование

<variant> копрограмма

<variant> желудочное зондирование

<variant> дуоденальное зондирование

<variant> ультразвуковое исследование

<question>Мальчик 12 лет предъявляет жалобы на ноющие боли в эпигастрии натощак или через 1,5-2 часа после приема пищи, изжогу, отрыжку, иногда бывает рвота кислым содержимым приносящая облегчение, аппетит хороший. При пальпации живота болезненность в пилородуоденальной зоне. Болен 1 год. Предположительный диагноз: язвенная болезнь хеликобактерной этиологии.

Золотой стандарт в диагностике хеликобактериоза:

<variant> гистологический

<variant> бактериологический

<variant> бактериоскопический

<variant> биохимический

<variant> серологический

<question>Девочка 14 лет, страдает экзогенно-конституциональным ожирением II степени, предъявляет жалобы на появление болей в животе в правом подреберье после бега, прыжков, приема мороженого, больна в течение года. Боли чаще сопровождаются субфебрилитетом, тошнотой, рвотой. При объективном исследовании: склеры слегка субиктеричны, положительные симптомы Кэра, Грекова – Ортнера, Менделя в зоне Шоффара. На УЗИ:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2» <b>КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА</b>	044/62-11 ( ) 55 стр. из 138

увеличение размеров желчного пузыря, с фокальными образованиями, деформация его стенок. Клинико-инструментальные данные соответствуют для:

- <variant> желчекаменной болезни
- <variant> хронического холангита
- <variant> цирроза печени
- <variant> хронического холецистита
- <variant> дискинезии желчевыводящих путей

<question> У ребенка 13 лет, страдающего хроническим панкреатитом. После стрессовой ситуации возникла острая боль опоясывающего характера в верхней части живота, была рвота, не принеся облегчения. Положительные симптомы Керте, Мейо-Робсона, Шоффара.

Причины повышения в крови протеолитических ферментов:

- <variant> деструкция ацинарных клеток
- <variant> освобождение катехоламинов
- <variant> ингибирование протеиназ нейтрофилов
- <variant> выделение альфа-1-антитрипсина
- <variant> активация плазминогена

<question> Девочка 14 лет жалуется на боли в животе с локализацией в эпигастрии, повышенный аппетит, изжогу. Больна в течение года, но ранее не обследовалась. Отец девочки страдает язвенной болезнью. При проведении фиброгастроуденоскопии выявлены следующие изменения: слизистая желудка отечна, гиперемирована, имеются множественные эрозии в антруме. Уреазный тест с биоптатом положительный. Тактика лечения больной:

- <variant> эрадикация хеликобактериоза
- <variant> коррекция гипопроteinемии
- <variant> коррекция водно-электролитных нарушений
- <variant> коррекция нарушенного пищеварения
- <variant> коррекция гиповитаминозов

<question> Спрогнозируйте время появления клинических симптомов целиакии у детей первого года жизни

- <variant> через 1,5–2 месяца после введения в рацион глютенсодержащих продуктов
- <variant> через 1,5–2 месяца после введения в рацион казеинсодержащих продуктов
- <variant> через 3 года после введения в рацион глютенсодержащих продуктов
- <variant> через 1 неделю после введения в рацион глютенсодержащих продуктов
- <variant> через 1 неделю после введения в рацион казеинсодержащих продуктов

<question> Ребенку, поступившему в отделение гастроэнтерологии, с жалобами на появление зловонного, сероватого цвета стула. Из данных объективного осмотра имеется болезненность в зоне Шоффара, точке Дежардена. Проведено копрологическое исследование, где выявлено наличие стеатореи 1 типа (нейтральный жир +++). Изменения в копрограмме это следствие:

- <variant> экзокринной недостаточности поджелудочной железы
- <variant> эндокринной недостаточности поджелудочной железы
- <variant> дискинезии сфинктера Одди
- <variant> дискинезии сфинктера Люткенса
- <variant> недостаточность эластазы-1

<question> Девочка 13 лет. Больна около 2-х лет хроническим гастритом. Беспокоят тупые боли и тяжесть в эпигастрии после еды, отрыжка, тошнота, неприятный вкус во рту. Метеоризм, диарея. Бледная, субиктеричность склеры, "лакированный" язык. Иногда жжение языка, чувство "ползания мурашек" в конечностях. В ОАК гиперхромная, макроцитарная



анемия. Эндоскопическая картина хронического гастрита соответствующая этому клиническому описанию:

- <variant> атрофическая форма
- <variant> эрозивная форма
- <variant> гипертрофическая форма
- <variant> поверхностная
- <variant> смешанная форма

<question> Ребенок 3 месяца, сосет активно, молока у матери достаточно, но после каждого кормления наблюдается срыгивание.

Склонность детей первого года жизни к срыгиванию и рвоте:

- <variant> слабое развитие кардиального сфинктера
- <variant> вход в пищевод расположен высоко
- <variant> малым физиологическим объемом желудка
- <variant> относительно короткий пищевод
- <variant> слизистая оболочка желудка относительно толще

<question> Ребенок 14 дней, масса тела при рождении 3400 г, выписан из роддома на 4 сутки.

После грудного вскармливания с первых дней отмечалась неоднократная рвота, понос, повышение температуры тела и симптомов отравления нет. В копрограмме Ph кала снижен на 5,5, жирная кислотность ++.

Клиническо- лабораторные данные соответствуют:

- <variant> недостаточности лактозы
- <variant> дисбактериозу
- <variant> недостаточности сахарозы
- <variant> целиакии
- <variant> кишечной форме муковисцидоза

<question> При остром и хроническом панкреатите значительный лабораторный показатель:

- <variant> амилаза в сыворотке крови
- <variant> липаза в сыворотке крови
- <variant> трипсин в сыворотке крови
- <variant> диастаза в моче
- <variant> диастаза в сыворотке крови

<question> У детей основной признак дифференциальной диагностики болезни Крона от неспецифического язвенного колита:

- <variant> кровь в стуле
- <variant> рвота с кровью
- <variant> скрытые признаки кровотечения
- <variant> анальные трещины
- <variant> парапроктит

<question> К функциональным нарушениям билиарного пути гиперкинетического типа характерно:

- <variant> схваткообразная боль в правом подреберье
- <variant> схваткообразные боли, часто по всему животу
- <variant> боли усиливаются в положении на правом боку
- <variant> опоясывающие боли
- <variant> боли в животе усиливаются при физическом нагружке

<question> Годовалому ребенку проводят обследование, которые с подозрением на синдром мальабсорбции. Выберите обследование, которые будет достоверным при данной патологии:



- <variant> тест с Д-ксилозой
- <variant> тест на толерантность к глюкозе
- <variant> рентгенологическое обследование толстой кишки
- <variant> йодлиповая проба
- <variant> амилаза крови
- <question> Ребенок страдает функциональным расстройством желудка смешанного типа. У матери – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Диспансерный учет должен составить:
- <variant> 3 года
- <variant> 6 месяцев
- <variant> 1 год
- <variant> 2 года
- <variant> 4 года
- <question> У больного язвенной болезнью боль возникает незадолго после еды, локализуется под мечевидным отростком, там же обнаруживается положительный симптом Менделя. Рвоты не бывает. Локализация язвенного дефекта:
- <variant> кардиальный отдел желудка
- <variant> антральный отдел желудка
- <variant> луковица двенадцатиперстной кишки
- <variant> постбульбарный отдел двенадцатиперстной кишки
- <variant> малая кривизна желудка
- <question> При изучении биоптата тонкой кишки у ребенка с поносом выявлены лимфангиэктазии, интерстициальный отек, капли жира и макрофаги в лимфатических сосудах. Данные признаки характерны для:
- <variant> экссудативной энтеропатии
- <variant> муковисцидоза
- <variant> лактазной недостаточности
- <variant> целиакии
- <variant> хронического энтероколита
- <question> Мальчик 10 лет жалуется на тяжесть в животе после принятия пищи, отрыжку тухлым, иногда рвоту, сниженный аппетит, склонность к разжиженному стулу. При осмотре – язык обложен белым налетом, болезненность в эпигастральной зоне. Выделите ведущий клинический синдром у ребенка:
- <variant> диспепсический
- <variant> астеновегетативный
- <variant> болевой
- <variant> интоксикационный
- <variant> полигиповитаминоз
- <question> У больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки изменился характер боли – стали усиливаться после применения еды, стали появляться при беге и быстрой ходьбе. Выявлены лабораторные признаки воспаления. Клинико – лабораторные данные свидетельствуют в пользу развития осложнения:
- <variant> перивисцерита
- <variant> кровотечения
- <variant> перфорации
- <variant> пенетрации
- <variant> стеноза привратника
- <question> Мальчику 12 лет. Диагноз язвенной болезни двенадцатиперстной кишки установлен год назад. Злоупотребляет острой едой. Отец также страдает язвенной болезнью



двенадцатиперстной кишки. При проведении желудочного зондирования дебит-час базальной секреции соляной кислоты составила 5 ммоль-л. Уреазный тест с биоптатом положительный. При морфологическом обследовании биоптата уковицы двенадцатиперстной кишки у пациента выявлены признаки желудочной метаплазии. Факторы, способствующие развитию желудочной метаплазии в двенадцатиперстной кишке:

- <variant> гиперацидоз
- <variant> погрешности в диете
- <variant> колонизация слизистой оболочки *H. pylori*
- <variant> наследственная предрасположенность
- <variant> давность заболевания

<question> Ребенку 1 месяца. На протяжении последних двух недель периодически беспокоит рвота после еды. В рвотных массах есть примесь желчи. При осмотре - легкая субиктеричность кожи и склер, вздутие верхней части живота. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. при проведении рентгенологического обследования установлено наличие газа в желудке, стеноз двенадцатиперстной кишки. Возможная причина развития вышеуказанной симптоматики:

- <variant> врожденная аномалия развития поджелудочной железы
- <variant> пилороспазм
- <variant> пилоростеноз
- <variant> фетальный гепатит
- <variant> кардиоспазм

<question> У ребенка 13 лет, страдающего хроническим панкреатитом, после стрессовой ситуации (контрольная работа в школе) возникла острая боль опоясывающего характера в верхней части живота, имело место рвота, не принеся облегчения. Пальпация живота выявила наличие положительных симптомов Керте, Мейо-Робсона, Шоффара. В крови выявлен повышенный уровень амилазы. Ведущим патогенетическим механизмом, лежащим в основе патологического процесса, является:

- <variant> активация протеолитических ферментов
- <variant> гиперсекреция желудочного сока
- <variant> гиперпродукция желчи
- <variant> увеличение синтеза жирных кислот
- <variant> гиперпродукция глюкагона

<question> У 5-месячного ребенка после введения прикорма появился понос. Испражнения в большом количестве, зловонные. Беспокоят также вялость и снижение массы тела. При осмотре – ребенок пониженного питания, живот увеличен в объеме. Прирост гликемии по лактозе – 3,5 ммоль-л. Причина развития поноса у данного ребенка:

- <variant> непереносимость глютена
- <variant> инфекционный энтерит
- <variant> нарушение переваривания и всасывания дисахаридов
- <variant> нарушение всасывания моносахаридов
- <variant> патология экзокринных желез

<question> При неспецифическом язвенном колите развивается хроническое воспаление слизистой оболочки кишечника. В связи с чем это происходит?

- <variant> с активацией Т-хелперов
- <variant> с активацией Т-супрессоров
- <variant> с активацией Т-киллеров
- <variant> с активацией макрофагов
- <variant> с активацией интерферонов



<question> Избыточная вязкость секрета выводных протоков желез при муковисцидозе обусловлена ...

- <variant> накоплением в клетке ионов хлора
- <variant> накоплением в клетке мукополисахаридов
- <variant> накоплением в клетке гликозаминогликанов
- <variant> накоплением в клетке ионов водорода
- <variant> накоплением в клетке ионов калия

<question> 7-летнюю девочку доставили к врачу по поводу рвоты, сопровождающейся появлением примеси крови в рвотных массах. Со слов матери, накануне дочь жаловалась на боль в эпигастрии и отсутствие аппетита. Утром в день осмотра у нее была многократная рвота, а в полдень – обильная рвота кофейной гущей. По пути в больницу у девочки появилось головокружение, и в смотровую отец принес ребенка на руках. Сразу по поступлении в пункт неотложной помощи следует провести все перечисленные мероприятия, КРОМЕ:

- <variant> эндоскопии верхних отделов желудочно-кишечного тракта для установления локализации и причины кровотечения
- <variant> катетеризации крупной вены для последующего вливания жидкостей
- <variant> взятия крови для определения гематокрита и групповой принадлежности
- <variant> введения назогастрального зонда
- <variant> подробного расспроса родителей для получения полных анамнестических данных

<question> У доношенного трехдневного ребенка внезапно появляется раздражительность, многократная рвота и двукратный кровавый стул. Объективное обследование особых изменений не выявило. Данные лабораторного исследования – гематокрит 50%, лейкоцитоз 15 тысяч (нейтрофилы 30%, лимфоциты 50%, моноциты 5%, эозинофилы 15%). Все перечисленные мероприятия необходимы для обследования и назначения лечения, кроме :

- <variant> ограничения лактозы в диете из-за возможного нарушения всасывания ее в кишечнике
- <variant> рентгенологического обследования брюшной полости для выявления незавершенного поворота кишечника с заворотом
- <variant> ректосигмоидоскопии и биопсии прямой кишки для исключения возможного аллергического энтероколита
- <variant> посева кала для исключения инфекционной природы гемоколита
- <variant> выяснения характера и качества питания, которое получал ребенок

<question> Диагностика хронической патологии печени должна включать все приведенные исследования, кроме:

- <variant> постановки серологических реакций на гепатит А
- <variant> постановки серологических реакций на гепатит В
- <variant> офтальмологического исследования
- <variant> постановки серологических реакций на антинуклеарные антитела
- <variant> постановки серологических реакций на антитела против гладкомышечных клеток

<question> Пациентка, 9 лет, жалуется на тошноту, снижение аппетита, боли в области правого подреберья. Со слов матери подобные жалобы беспокоят в течение последнего года, ухудшение состояния отмечается после употребления в пищу жареного. При осмотре девочка вялая, выраженная бледность кожи, отмечается густой желтоватый налет на языке, болезненность при пальпации живота, максимально выраженная в области правого подреберья, положительные симптомы Ортнера, Кера. Наиболее информативным методом параклинического исследования в данном случае будет:



<variant> ультразвуковое исследование

<variant> фиброгастродуоденоскопия

<variant> ирригография

<variant> колоноскопия

<variant> сцинтиграфия

<question> Дана 14 лет. Периодические отмечается иктеричность склер, у младшего брата пациента была дважды желтуха подобного рода. Физикальное исследование патологии не обнаружило. В биохимическом анализе: общий билирубин – 78мкмоль-л, прямой – 3,5 мкмоль-л, АЛТ 0,1 ммоль-л, АСТ 0,1\ммоль-л.,

Выберите из перечисленных предварительных диагнозов является НАИБОЛЕЕ вероятным:

<variant> болезнь Жильбера

<variant> синдром Ротора

<variant> хронический гепатит

<variant> синдром Дабин-Джонсона

<variant> синдром Криглер-Найяр

<question>Для обострения хронического холецистита характерно, кроме:

<variant> «положительный» Френикус-симптом слева

<variant> боли, связанные с приемом пищи

<variant> «положительный» симптом Кера

<variant> иррадиация болей в правое плечо, лопатку

<variant> субфебрильная температура

<question> При биохимическом исследовании крови у больных хроническим холециститом в стадии обострения обнаруживают:

<variant> диспротеинемию с увеличением глобулинов

<variant> диспротеинемию с увеличением альбуминов

<variant> гиперхолестеринемию

<variant> гиперазотемию

<variant> снижение щелочной фосфатазы

<question>Показанием для назначения метронидазола при хроническом холецистите является:

<variant> обнаружение в желчи лямблий

<variant> некупирующийся болевой синдром

<variant> со стороны крови высокий лейкоцитоз, увеличение СОЭ

<variant> в биохимическом анализе увеличение количества сиаловых кислот

<variant> сопутствующий дисбактериоз

<question>Мальчик 13 лет, страдающий хроническим панкреатитом, в течение 2 дней жалуется на резкое усиление болей, иррадиирующих в спину, повышение температуры тела до 38-39<sup>0</sup>С, многократной, не приносящей облегчение рвоту. При пальпации живота отмечается защитное напряжение мышц в верхнем отделе, больше слева, при глубокой пальпации там же имеется плотное образование. В генезе данного состояния имеет место:

<variant> аутолиз поджелудочной железы и реактивное воспаление брюшины

<variant> гиперплазия ацинарной части поджелудочной железы и инкапсуляция

<variant> фиброз паренхимы поджелудочной железы и сужение фатерова соска

<variant> значительный отек поджелудочной железы и холестаза

<variant> гипертрофия головки, тела поджелудочной железы и дуоденостаза

<question>Ребенку 4 дня. В первые часы жизни у ребенка появилась рвота до 8 раз в сутки.

Появляется рвота вскоре после кормления с примесью слизи, желчи, по объему несколько превышает съеденное молоко. Кожные покровы сухие, тургор и эластичность снижены, стул малыми порциями, меконий. Данное состояние характерно для:

<variant>высокой кишечной непроходимости

<variant>пилороспазма

<variant> трахеопищеводного свища

<variant> мекониальной непроходимости

<variant> атрезии пищевода

<question> Мальчик, 9 лет, жалуется на изжогу, отрыжку с примесью пищи, давящие боли в области эпигастрия и за грудиной сразу после приема пищи. На ФЭГДС: в нижней трети пищевода слизистая гиперемирована, отечная, кардия зияет. Слизистая желудка и двенадцатиперстной кишки шероховатая, розовая.

Назовите наиболее правильный предварительный диагноз:

<variant> гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

<variant> хронический эритематозный гастрит

<variant> хронический эрозивный гастрит

<variant> хронический атрофический гастрит

<variant> хронический гиперпластический гастрит

<question> Девочка 11 лет. Беспокоят тупые боли и тяжесть в эпигастрии после еды, отрыжка, тошнота, неприятный вкус во рту. Метеоризм, диарея. Бледная, "лакированный" язык. Иногда жжение языка, чувство "ползания мурашек" в конечностях. В ОАК гиперхромная, макроцитарная анемия.

При эндоскопии укажите наиболее правильные повреждения слизистой оболочки желудка:

<variant> атрофическая

<variant> смешанная

<variant> эрозивная

<variant> гипертрофическая

<variant> поверхностная

<question> У мальчика 14 лет, через 4 часа после приема жирной пищи появились схваткообразные боли в левом подреберье, тошнота, многократная рвота. При обследовании выявлена резкая болезненность в точке Мейо-Робсона. Укажите эффективную терапию:

<variant> ферменты поджелудочной железы

<variant> желчегонные

<variant> слабительные

<variant> блокаторы  $H_2$  гистаминовых рецепторов

<variant> ингибиторы протонной помпы

<question> 14-летняя девочка жалуется на частые боли в животе в течение последних 6 месяцев. Боли обычно локализуются в области пупка, часто провоцируются едой и сопровождаются тошнотой. Основной причиной данного состояния может быть все перечисленное, кроме:

<variant> патологии Меккелева дивертикула

<variant> непереносимости лактозы

<variant> язвенной болезни

<variant> синдрома раздраженной кишки

<variant> хронического панкреатита

<question> Выберите из перечисленных НАИБОЛЕЕ характерно повышение уровня соляной кислоты в межпищеварительной фазе секреции

<variant> язвенной болезни

<variant> хронического гастрита

<variant> хронического дуоденита

<variant> гастроэзофагеального рефлюкса

<variant> дуодено-гастрального рефлюкса



<question> Девочка 14 лет. Предъявляет жалобы на боли за грудиной. В течение 3-х лет наблюдается у гастроэнтеролога по поводу рефлюкс-эзофагита.

Что из перечисленного ниже является НАИБОЛЕЕ вероятной причиной болевого синдрома

<variant> раздражение слизистой оболочки пищевода

<variant> метеоризм

<variant> гиперацидность

<variant> спазм сфинктера Одди

<variant> повышение внутрибрюшного давления

<question> Укажите НАИБОЛЕЕ вероятную причину возникновения острых стрессовых язв:

<variant> гиперпродукция катехоламинов

<variant> нарушение выработки слизи

<variant> повышение уровня пепсиногена

<variant> нарушение выработки простагландинов

<variant> снижение кислотообразующей функции

<question> К агрессивному фактору, определяющему возможность развития язвенной болезни относится все, кроме:

<variant> антродуоденальный кислотный тормоз

<variant> пилорический хеликобактер

<variant> гиперпродукция HCl и пепсина

<variant> гастродуоденальная дисмоторика

<variant> травматизация гастродуоденальной слизистой оболочки

<question> В клинике хронических гастродуоденитов выделяют 2 основных клинических типа:

<variant> язвенно-подобный, дискинетический

<variant> эзофагитный, гастритный

<variant> энтеритический, колитный

<variant> холециститоподобный, дискинетический

<variant> панкреатитоподобный, дуоденитоподобный

<question> Общий признак для неспецифического язвенного колита и болезни Крона:

<variant> Наличие язвенных дефектов в кишечной стенке

<variant> Строгая ограниченность зоны поражения

<variant> Воспаление затрагивает все слои кишечной стенки

<variant> Лимфоидная гиперплазия всех слоев кишечной стенки

<variant> Часто встречаются криптогенные абсцессы

<question> Девочка 13 лет. Беспокоят тупые боли и тяжесть в эпигастрии после еды, отрыжка, тошнота, неприятный вкус во рту. Метеоризм, диарея. Бледная, "лакированный" язык. Иногда жжение языка, чувство "ползания мурашек" в конечностях. В ОАК гиперхромная, макроцитарная анемия.

Какая форма поражения слизистой оболочки желудка при эндоскопии наиболее вероятна?

<variant> атрофическая

<variant> смешанная

<variant> эрозивная

<variant> гипертрофическая

<variant> поверхностная

<question> У больного клинический диагноз: "Дерматомиозит идиопатический, активность 3 степени, острое течение, поражение глоточных, скелетных мышц, функциональная недостаточность (ФН)2".

Какой из перечисленных методов обследования является НАИБОЛЕЕ информативным?



<variant> Электромиография

<variant> Электrokардиография

<variant> Компьютерная томография

<variant> Ультразвуковое исследование

<variant> Рентгенография конечностей

<question> Девочка 12 лет в течении 15 минут пробыла под водой. При осмотре признаков жизни нет. Какие мероприятия необходимо провести?

<variant> освободить дыхательные пути от инородных тел, проводить сердечно-легочную реанимацию;

<variant> позвать на помощь прохожих;

<variant> транспортировать девочку в ближайшую больницу для реанимационных мероприятий;

<variant> сердечно-легочную реанимацию;

<variant> вызвать скорую помощь.

<question> У ребенка М. 1,5 годика отмечается низкий вес для возраста. Ваши действия:

<variant> оценить кормление ребенка, проконсультировать мать по вопросам кормления, рекомендовать явиться через 5 дней

<variant> направить срочно в стационар, дать витамин А

<variant> проконсультировать мать по вопросам кормления

<variant> рекомендовать явиться через 5 дней

<variant> дать витамин А, проконсультировать мать по вопросам кормления

<question> Ребенку 1 год 7 мес. Жалобы на внезапный кашель, одышку, которая исчезла через 15 мин. При осмотре: температура тела нормальная, ребенок активен, при аускультации легких слева в верхней доле свистящие хрипы на выдохе, перкуторно коробочный звук.

Предположительный диагноз:

<variant> Инородное тело бронха

<variant> Бронхиальная астма

<variant> Обструктивный бронхит

<variant> Бронхиолит

<variant> Коклюш

<question> 13-летнего мальчика отмечается периодически иктеричность склер, у младшего брата пациента была дважды желтуха подобного рода. Физикальное исследование патологии не обнаружило. Печеночные пробы выявили: общий билирубин - 38,8 мкмоль/л, прямой - 3,5 мкмоль/л, АСТ, щелочная фосфатаза - норма, сканирование - норма. Наиболее вероятным диагнозом у больного является:

<variant> болезнь Жильбера

<variant> вирусный гепатит

<variant> врожденная гемолитическая анемия

<variant> синдром Дабин-Джонсона

<variant> желчекаменная болезнь

<question> Патронажный осмотр новорожденного 7 дней дал следующую картину: пузыри в нижней половине живота, на конечностях, в складках на разных стадиях развития (размеры от 0,5 до 1,5 см в диаметре, наполненные серозно-гнойным содержимым, основание пузырей несколько инфильтрировано на фоне эритематозных пятен). Симптом Никольского отрицательный. После вскрытия пузырей остаются эрозии. Корки на месте бывших пузырей не образуются. Общее состояние ребенка не нарушено. Температура тела субфебрильная. Ваш диагноз:

<variant> Пемфигус (пузырчатка новорожденного)



<variant> Врожденный буллезный эпидермолиз

<variant> Врожденный сифилис

<variant> Синдром Лайела

<variant> Эксфолиативный дерматит Риттера

<question> При оценке физического развития восьмимесячного ребенка его масса тела составляла 7300 г, длина 68 см. Ребенок родился с массой тела 3200 г, ростом 50 см. До 4 мес. был на грудном вскармливании, затем переведен на адаптированную смесь. С 5,5 мес. введен один прикорм в виде каши (манной, овсяной), с 6,5 мес. - овощное пюре, с 7 мес. - мясо. До 5 мес. развитие соответствовало возрасту, затем отмечались низкие прибавки массы тела, по 80-100 г, а после 7 мес. - потеря массы тела. Стул 2-3 раза в день, периодически до 5 раз. Ваш предположительный диагноз:

<variant> Муковисцидоз

<variant> Целиакия

<variant> Галактоземия

<variant> Лактазная недостаточность

<variant> Сахарозная недостаточность

<question> Ребенок 7 мес - от II родов, протекавших физиологично. Вскармливание с 2 месяцев цельным коровьим молоком. Овощное пюре ест неохотно. В питании преобладают каши.

Объективно: самостоятельно не сидит, наблюдаются выраженные лобные и теменные бугры, пальпируются реберные "четки", борозда Гаррисона. Мышечный тонус снижен. Печень выступает из под края на 2 см. По другим органам без особенностей.

Предполагаемый диагноз:"

<variant> Рахит I, разгар, подострое течение

<variant> Рахит I, разгар, острое течение

<variant> Рахит II, разгар, острое течение

<variant> Рахит II, разгар, рецидивирующее течение

<variant> Рахит II, разгар, подострое течение

<question> Мальчику 2,5 месяца. От второй беременности на фоне гестоза II половины. Родился с массой 3600г., рост 53см. С 3,5 недель частые срыгивания до рвоты "фонтаном" после каждого кормления. Объективно: Кожные покровы бледные, суховатые с "мраморным" рисунком. Подкожно-жировой слой истончен, тургор тканей снижен, мышечная гипотония. По внутренним органам без патологии. Вес ребенка при осмотре 4300г. Поставьте диагноз:

<variant> пилоростеноз, гипотрофия II степени

<variant> ацетонемическая рвота

<variant> гипотрофия I степени,

<variant> постнатальная, эндогенная (пилороспазм), гипотрофия II

<variant> гипотрофия III

<question> При проведении III послеродового патронажа к новорожденному мама ребенка пожаловалась участковому педиатру, что 2 часа назад у нее повысилась температура до 37,5, появилось болезненное при пальпации уплотнение на левой груди, небольшая гиперемия. При сцеживании молоко обычного цвета, без примесей слизи и крови. Действия участкового педиатра.

<variant> продолжать кормить грудью с обязательным сцеживанием остатков молока после кормления

<variant> запретить кормление грудью

<variant> сцеживать молоко и кормить ребенка пастеризованным молоком

<variant> запретить кормление грудью назначив бактериологическое исследование молока

<variant> перевести ребенка временно на донорское молоко



<question>Ребенок 1 года поступил в стационар с выраженным токсикозом, одышкой смешанного характера, температурой 38С. При перкуссии определяется коробочный оттенок перкуторного звука. Выслушиваются рассеянные хрипы, справа под углом лопатки - стойкие мелкопузырчатые хрипы. Поставьте предварительный диагноз:

- <variant> пневмония
- <variant> бронхолит
- <variant> альвеолит
- <variant> бронхиальная астма, приступ
- <variant> обструктивный бронхит

<question>У ребенка семи месяцев на фоне ОРВИ на 4 день заболевания состояние ухудшилось, вновь повысилась температура до 37,8С, появилась одышка экспираторного характера, оральные хрипы. При аускультации - удлиненный выдох, разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон. Ваш предварительный диагноз:

- <variant> обструктивный бронхит
- <variant> бронхолит
- <variant> рецидивирующий бронхит
- <variant> пневмония
- <variant> плеврит

<question>У ребенка 10-ти лет боли в горле при глотании, температура 39,2С, головные боли, гнойный налет на миндалинах. Ваш предварительный диагноз:

- <variant> фолликулярная ангина
- <variant> аденоидит
- <variant> заглоточный абцесс
- <variant> фарингит
- <variant> паратонзиллярный абцесс

<question>В лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в период обострения применяются:

- <variant> все перечисленное
- <variant> антибиотики
- <variant> де-нол
- <variant> антисекреторные препараты
- <variant> фурановые препараты

<question> У ребенка 8 мес. отмечается неустойчивый, зловонный с блеском стул. Отстает в физическом развитии. При рождении отмечалась кишечная непроходимость вследствие мекониального илеуса. Наиболее вероятный диагноз у больного... .

- <variant> Муковисцидоз, кишечная форма
- <variant> Экссудативная энтеропатия
- <variant> Целиакия
- <variant> Лактозная недостаточность
- <variant> Сахарозная недостаточность

<question> Девочка 10 лет. Жалобы на кашель, озноб, боль в груди и животе. Объективно: температура 39,1°С, лежит на левом боку, заторможена, губы сухие. Левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, ЧД-40 в минуту. Анализ крови: гемоглобин-110 г/л, эритроциты-4,0x10<sup>12</sup>/л, лейкоциты-19x10<sup>9</sup>/л, палочкоядерные-10%, сегментоядерные-55%, эозинофилы-5%, лимфоциты-28%, моноциты-2%, СОЭ-32мм/час. Рентгенологически: инфильтративное затемнение левой доли правого легкого. Наиболее вероятный диагноз... .

- <variant> Крупозная пневмония
- <variant> Абсцесс легкого

<variant> Плеврит

<variant> Аппендицит

<variant> Менингит

<question> Девочка 7 месяцев. Жалобы на судороги кистей рук и стоп. Объективно: отмечается сокращение мышц конечностей кистей и стоп, продолжительностью несколько минут. Во время сокращения наблюдается временное косоглазие, тризм жевательной мускулатуры. Затылок уплощен, податливые кости черепа по ходу стреловидного и лямбдавидного швов, заметна Гarrisонова борозда, пальпируются реберные «четки». Размер родничка 4x4 см.

Из перечисленного необходимо назначить в первую очередь... .

<variant> глюконат кальция 0,25x 3 раз в день

<variant> витамин Д 4000МЕ ежедневно

<variant> цитратная смесь по 1 чайная ложка x 3 раза в сутки

<variant> хлорид аммония 10% по 1 чайной ложке x 3 раза в день

<variant> сульфат магния 25% по 08 мл/кг внутримышечно

<question> Мальчик 10 лет. Жалобы на повышение температуры до 39°C, озноб, сухой кашель, делирий, миалгии. Объективно: в легких справа резко ослабленное дыхание, влажные хрипы. В общем анализе крови: гемоглобин-110 г/л, эритроциты-4,0x10<sup>12</sup>/л, лейкоциты-11x10<sup>9</sup>/л, палочкоядерные-5%, сегментоядерные-65%, эозинофилы-5%, лимфоциты-15%, моноциты-10%, СОЭ-22мм/час. На R-грамме легких: инфильтративная тень справа, легочный рисунок усилен, прикорневые лимфоузлы увеличены. Ваш предварительный диагноз... .

<variant> Легионеллезная пневмония

<variant> Пневмококковая пневмония

<variant> Вирусная пневмония

<variant> Микоплазменная пневмония

<variant> Хламидийная пневмония

<question> Девочка 5 месяцев, болеет 2-й день. Объективно: вялая, срыгивает, бледная, периоральный цианоз, ЧД – 65 в минуту, дыхание со втяжением межреберий, температура тела 39° С, кашель редкий, сухой, PS – 165 в минуту. В легких–дыхание ослабленное, звучные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Рентгенологически: низкое стояние диафрагмы, усиление легочного рисунка, в задних отделах очаговые тени неправильной формы. Группа препаратов - ... - наиболее целесообразная для лечения.

<variant> полусинтетические пенициллины

<variant> фторхинолоны

<variant> макролиды

<variant> аминогликозиды

<variant> цефалоспорины

<question> Мальчик 3 месяцев. Жалобы на продуктивный кашель, насморк. Болеет 5-день. Лечение пенициллином без эффекта. Объективно: температура 38,5°C, не сосет, хрипит. Объективно: кожа бледная с серым оттенком, влажная, периоральный цианоз, смешанная одышка, ЧД -60 в мин, втяжение яремных ямок и межреберных промежутков, PS -160 в мин, в легких – на фоне ослабленного дыхания множество сухих и влажных разнокалиберных хрипов по всем полям. Рентгенологически: низкое стояние диафрагмы, в нижних отделах очаговые тени.

Препарат из группы... наиболее целесообразный для лечения.

<variant> макролидов

<variant> сульфаниламидов

<variant> фторхинолонов

<variant> цефалоспоринов



<variant> карбапенемов

<question> У ребенка семи месяцев на фоне ОРВИ на 4 день заболевания состояние ухудшилось, вновь повысилась температура до 37,8<sup>0</sup>С, появилась одышка экспираторного характера, оральные хрипы. При аускультации – удлиненный выдох, разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон. В общем анализе крови – лейкоциты – 5,8x10<sup>9</sup>/л, э – 14%, п/я – 1%, с – 48%, л – 29%, м – 8%, СОЭ – 3 мм/ч. Из нижеперечисленных диагнозов наиболее вероятен у больного...

<variant> Обструктивный бронхит

<variant> Бронхиолит

<variant> Рецидивирующий бронхит

<variant> Пневмония

<variant> Плеврит

<question> У ребенка 5 лет в анамнезе бронхит более 3 раз в год. Болен 3 день, температура 38<sup>0</sup>С, кашель сухой, укорочение легочного звука в межлопаточной области, аускультативно – сухие хрипы, на рентгенограмме – усиление легочного рисунка в области корней. Из нижеперечисленных диагнозов наиболее вероятен у больного...

<variant> Рецидивирующий бронхит

<variant> Острый простой бронхит

<variant> Хронический бронхит

<variant> Хроническая пневмония

<variant> Бронхиолит

<question> Девочка 6 лет. Жалобы на приступообразный кашель, шумное дыхание. Приступ удушья возник после употребления шоколада. При осмотре состояние средней тяжести, дыхание слышное на расстоянии, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, масса сухих хрипов по всей поверхности легких, тоны приглушены. Рентгенограмма грудной клетки – усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, повышение прозрачности, очаговых теней нет. Из нижеперечисленного необходимо назначить ... для купирования приступа.

<variant> сальбутамол

<variant> адреналин

<variant> глюканат кальция

<variant> эуфиллин

<variant> глюкоза

<question> Ребенок 1 года на дому с выраженным токсикозом, одышкой смешанного характера, температурой 38<sup>0</sup>С. При перкуссии определяется коробочный оттенок перкуторного звука. Выслушиваются рассеянные хрипы, справа под углом лопатки – стойкие мелкопузырчатые хрипы, на рентгенограмме – там же очаговая инфильтрация. При данном заболевании стартовая терапия включает...

<variant> аугментин

<variant> фенобарбитал

<variant> лазикс

<variant> сальбутамол

<variant> преднизолон

<question> У ребенка 10-ти лет боли в горле при глотании, температура 39,2<sup>0</sup>С, головные боли, гнойный налет на миндалинах. При данном заболевании стартовая терапия включает...

<variant> антибиотик

<variant> парацетамол

<variant> обработка р-ром Люголя

<variant> ингалипт

<variant> полоскание р-ром фурацилина



<question> Ребенку 1,8 года, выражена потливость волосистой части головы, повышена нервно-рефлекторная возбудимость. При осмотре: умеренный ларингоспазм с монотонным плачем на выдохе, дистальное тетаническое сокращение мышц в конечностях (верхние конечности - «рука акушера», нижние конечности – карпопедальный спазм). Из нижеперечисленных диагнозов наиболее вероятен у больного... .

<variant> Спазмофилия

<variant> Эпилепсия

<variant> Фебрильные судороги

<variant> Аффективно- респираторные приступы

<variant> Вегетативный пароксизм

<question> Мальчику 2,5 месяца. От второй беременности на фоне гестоза II половины. Родился с массой 3600г., рост 53см. С 3,5 недель частые срыгивания до рвоты «фонтаном» после каждого кормления. Объективно: кожные покровы бледные, суховатые с «мраморным» рисунком. Подкожно-жировой слой истончен, тургор тканей снижен, мышечная гипотония. По внутренним органам без патологии. Вес ребенка при осмотре 4300г. Из нижеперечисленных диагнозов наиболее вероятен у больного... .

<variant> Гипотрофия II степени, пилоростеноз

<variant> Гипотрофия I степени

<variant> Пилоростеноз

<variant> Гипотрофия II, постнатальная, (пилороспазм)

<variant> Гипотрофия III

<question> Ребенок М., от 4 беременности, 1 сутки, на УЗИ на сроке 27 неделе установлена поза плода «будды», значительное увеличение массы плаценты. Кожа резко бледная, с иктеричным оттенком, отеки по всей поверхности тела, гепатоспленомегалия. В биохимии – гипербилирубинемия. В ОАК – эр.  $2,5 \times 10^{12}$  /л, гемоглобин – 70 г/л, ЦПК- 0,75, тромбоциты- 100 тыс. Лечение ... из перечисленного при раннем назначении могло бы предупредить данное состояние новорожденного.

<variant> введение антирезусного иммуноглобулина

<variant> пересадка кожного лоскута мужа

<variant> плазмоферез

<variant> прерывание беременности

<variant> гемосорбция

<question> Вызов к ребенку 8 лет. Жалобы на повышение температуры до 38,8°C, боли в подложечной области, иррадиирующие в левую лопатку, поясницу, опоясывающего характера, жажду, тошноту, рвоту. Болен 2 года. Ухудшение в состоянии после погрешностей в диете. Перенесенные заболевания: ОРВИ, эпидпаротит в 6 лет. Объективно: живот вздут, болезненность в эпигастрии, в левом подреберье. По другим органам без особенностей. В анализе крови – Нв - 120 г/л, Эр. -  $3,95 \times 10^{12}$ /л, Л -  $11,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 15 мм/час. Диастаза мочи - 132 ЕД. Сахар крови - 6,8 ммоль/л. Предварительный диагноз... .

<variant> Хронический панкреатит

<variant> Хронический гастродуоденит

<variant> Хронический холецистит

<variant> Хронический гастрит

<variant> Хронический вирусный гепатит

<question> Ребенку 6 месяцев. Из анамнеза: с рождения задержка стула 1 раз в 2-3 дня, стул густой консистенции, после клизмы. При осмотре: живот увеличен в объеме, вздут, безболезненный. Выше пупка пальпируется продолговатой формы образование. Предварительный диагноз... .



<variant> Болезнь Гиршпрунга

<variant> Муковисцидоз

<variant> Опухоль кишечника

<variant> Кишечная непроходимость

<variant> Целиакия

<question> Ребенок 8 месяцев. Вес 9 кг. Обратились по поводу судорожного синдрома. При осмотре: температура тела 36,7 С, кожные покровы бледные, зубов нет. Голова «квадратной» формы, облысение затылка, выражены реберные четки. Отмечаются положительные симптомы Хвостека, Люста. Неотложные мероприятия... .

<variant> 10% раствор глюконата кальция в дозе 1,8 мл в/в

<variant> глюконат кальция 0,5 по 1 таблетке х 3 раза в день

<variant> 10% раствор глюконата кальция в дозе 3,2 мл в/в

<variant> 10% раствор глюконата кальция 3,8 мл в/в

<variant> 10% раствор глюконата кальция 0,5 мл peros

<question> Ребенку 2 года, фактическая масса тела-16 кг. Часто болеет респираторными заболеваниями. Вялый, апатичный, пастозный. Эластичность кожи, тургор мягких тканей снижены, мускулатура развита слабо. Увеличены все группы периферических лимфатических узлов до III-IV степени, не спаяны между собой и подлежащими тканями. Дыхание через нос затруднено, миндалины гипертрофированы. Рентгенограмма грудной клетки – капельное сердце, тимомегалия. В анализе крови: Нв-120 г/л, Эр.- $4,2 \times 10^{12}$ /л, Л- $6,4 \times 10^9$ /л, п-22%, с/я-25%, лимф-62%, мон-10%. Предполагаемый диагноз-... .

<variant> Лимфатико-гипопластический диатез

<variant> Нервно-артритический диатез

<variant> Аллергический дерматит

<variant> Атопический дерматит

<variant> Хронический тонзиллит

<question> Девочке 12 лет. Заболела несколько часов назад, когда появились сильные боли в животе, больше в области эпигастрия, иррадиирующие в позвоночник и имеющие опоясывающий характер. Дважды была рвота, не приносящая чувства облегчения. Объективно: бледная, язык обложен белым налетом, температура 37,8 С, живот вздут, несколько напряжен в эпигастрии. Симптом Ортнера сомнителен. Болезненность в точке Мейо-Робсона. Лейкоцитоз- $12,8 \times 10^9$ /л. Стул был после очистительной клизмы, каловые массы плотные, жирные.

Предположительный диагноз-... .

<variant> Острый панкреатит

<variant> Острый гастродуоденит

<variant> Острый гастрит

<variant> Острый дуоденит

<variant> Острый холецистит

<question> Ребенку четыре месяца. Вес ребенка 5400 грамм. Вес при рождении 2800 грамм.

Находится на искусственном вскармливании. Ребенку в сутки необходимо... .

<variant> 900 мл адаптированной молочной смеси, 30 мл сока

<variant> 700 мл адаптированной молочной смеси, 20 мл сока

<variant> 800 мл адаптированной молочной смеси, 20 мл сока

<variant> 600 мл адаптированной молочной смеси, 20 мл сока

<variant> 1000 мл адаптированной молочной смеси, 30 мл сока

<question> Ребенок 10-и лет находится на амбулаторном лечении по поводу бронхиальной астмы. Матери выдан лист временной нетрудоспособности на 10 дней. Но ребенок продолжает болеть. Тактика участкового педиатра в отношении листа временной нетрудоспособности... .



<variant> лист временной нетрудоспособности закрыть

<variant> лист временной нетрудоспособности продлить на 3 дня

<variant> лист временной нетрудоспособности продлить на 6 дней

<variant> открыть новый лист временной нетрудоспособности на 3 дня

<variant> открыть новый лист временной нетрудоспособности на 6 дней

<question> Ребенок 1 год, вес 10 кг. Отмечается повышение температуры до 39,5 С, кожа бледная с цианотическим оттенком ногтевых лож и губ, положительный симптом «белого пятна». Конечности холодные. Неотложные мероприятия... .

<variant> 100 мг парацетамол+сосудорасширяющие препараты

<variant> 100 мг парацетамол

<variant> 120 мг парацетамол+ обтирание спиртово-водочным раствором

<variant> 150 мг парацетамол+лед на область крупных сосудов

<variant> 200 мг парацетамол+ампициллин 250 мг

<question> Мать девочки 8 лет обратилась к семейному врачу с жалобами на низкие темпы роста ребенка, отсутствие прибавки в весе, головные боли, боли в ногах, вздутие живота, эпизоды рвоты, учащенный обильный стул. В анамнезе: вздутие живота и беспокойство отмечалось с 6-месячного возраста (введен злаковый прикорм- геркулесовая каша). А с 1,5 лет боли в животе, увеличение его размеров, вздутие, обильный частый стул, рвота. В анализе кала на капрологию - стеаторея. При ФГДС выявлен субатрофический дуоденит. Предварительный диагноз... .

<variant> Целиакия

<variant> Дуоденит

<variant> Панкреатит

<variant> Синдром раздраженного кишечника

<variant> Муковисцидоз

<question> Ребёнок 6 месяцев с рахитом 2 степени, получал витамин «Д» - 3000 МЕ/сут., дозировку которого мать ребенка не соблюдала, глицерофосфат кальция, цитратную смесь. На фоне лечения повышение температуры тела до 37,3°С, вялость, отсутствие прибавки в весе. Ваш диагноз-... .

<variant> Гипервитаминоз «Д»

<variant> Спазмофилия

<variant> Витамин-Д-зависимый рахит

<variant> Витамин-Д-дефицитный рахит

<variant> Витамин-Д- резистентный рахит

<question> Ребенок 2 месяца. Отказывается от груди. При осмотре отмечается втяжение грудной клетки, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Тактика врача согласно ИВБДВ... .

<variant> дать первую дозу антибиотика, направить срочно в стационар

<variant> дать первую дозу антибиотика, оставить под наблюдение участкового врача

<variant> дать первую дозу антибиотика, повторный осмотр через два дня

<variant> дать первую дозу антибиотика, направление на обследование

<variant> антибиотик не нужен, наблюдение на дому

<question> Часто болеющие дети на поликлиническом этапе нуждаются в назначении... .

<variant> витаминов, антиоксидантов, пробиотиков, иммуномодуляторов

<variant> витаминов, метаболитов

<variant> витаминов, лизоцим-ингибиторов протеолиза, гормонов

<variant> антиоксидантов, гомеопатических препаратов



<variant> витаминов, гомеопатических препаратов, лизоцим-ингибиторов протеолиза, метаболитов, антиоксидантов, пробиотиков.

<question> Ребенок 15 дней, часто срыгивает, как сразу, так и через какое-то время после кормления, чаще створоженным молоком. Сосет активно, стул обычной консистенции, без патологических примесей, диурез достаточный. Из анамнеза: роды стремительные, оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Срыгивает с первых дней жизни. Предварительный диагноз-... .

<variant> Пилороспазм

<variant> Пилоростеноз

<variant> Перинатальная энцефалопатия

<variant> Дисбактериоз кишечника

<variant> Лактазная недостаточность

<question> Жалобы матери на плохой аппетит, срыгивание у ребенка 4 мес. Ребенок от срочных родов с массой 3,400 гр. С месяца на искусственном вскармливании. Вес 4,700 гр. При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледно-серые, сухие, легко собираются в складку, плохо расправляются. Слизистая рта ярко-розовая, суховата. Подкожно-жировой слой слабо выражен. Мышцы дряблые. Живот слегка вздут. Стул неустойчив. Диагноз по классификации... .

<variant> Дистрофия, гипотрофия II степени, период прогрессирования, постнатального происхождения, алиментарного генеза

<variant> Дистрофия, гипотрофия II степени, период стабилизации, постнатального происхождения, алиментарного генеза

<variant> Дистрофия, гипотрофия I степени, начальный период, постнатального происхождения, смешанного генеза

<variant> Дистрофия, гипотрофия I степени, период прогрессирования, постнатального происхождения, смешанного генеза

<variant> Дистрофия, гипотрофия III степени, период разгара, постнатального происхождение, смешанного генеза

<question> У ребенка в возрасте 1 года 6 месяцев отмечается втяжение нижней части грудной клетки, частота дыхания составляет 40. Ваш диагноз по классификации ИВБДВ... .

<variant> Тяжелая пневмония или очень тяжелое заболевание

<variant> Пневмонии нет, кашель или простуда

<variant> ОРВИ, ОДН II степени

<variant> Острый бронхит, ОДН I степени

<variant> Обструктивный бронхит, ОДН I степени

<question> При осмотре у ребенка имеются кашель и температура 37,4°C. Поставьте диагноз по программе ИВБДВ... .

<variant> Пневмонии нет, кашель или простуда

<variant> Бронхит

<variant> Ларинготрахеит

<variant> ОРВИ

<variant> Трахеит

<question> Патогномичной терапией генерализованной герпетической инфекции у новорожденных является... .

<variant> ацикловир в дозе 60 мг/кг/сут не менее 21 дня

<variant> ацикловир в дозе 45 мг/кг/сут 10-14 дней

<variant> назначение интерферона и местной противогерпетической терапии

<variant> внутривенное введение специфического иммуноглобулина

<variant> назначение виферона и интерферона



<question> Для лечения нозокомиальных инфекций у новорожденных рекомендуются ... .

<variant> цефалоспорины III поколения

<variant> защищенные пенициллины

<variant> линкосамиды

<variant> макролиды

<variant> фторхинолоны

<question> При лечении бронхиальной астмы наиболее часто серьезные побочные эффекты развиваются при длительном применении ... .

<variant> пероральных кортикостероидов

<variant> ингаляционных кортикостероидов

<variant> кромогликата

<variant> кетотифена

<variant> бета- 2- адреномиметиков

<question> При лечении пневмонии, вызванной бета- лактамаза продуцирующими штаммами гемофильной палочки, целесообразно использовать ... .

<variant> амоксициллин, в комбинации с клавулановой кислотой

<variant> феноксиметилпенициллин

<variant> амоксициллин

<variant> ампициллин

<variant> азитромицин

<question> При лечении микоплазменной пневмонии у детей раннего возраста целесообразно использовать ... .

<variant> макролиды

<variant> природные пенициллины

<variant> полусинтетические пенициллины

<variant> цефалоспорины I- го поколения

<variant> аминогликозиды

<question> При лечении микоплазменной инфекции у детей старше 8 лет могут быть использованы ... .

<variant> доксициклин и макролиды

<variant> природные пенициллины

<variant> полусинтетические пенициллины

<variant> цефалоспорины

<variant> аминогликозиды

<question> У девочки 12 лет в течение нескольких месяцев отмечаются ночные боли в эпигастрии, аппетит сохранен, имеются признаки ваготонии. На ФГДС дефект слизистой двенадцатиперстной кишки. Наиболее частое осложнение данного заболевания-.... .

<variant> кишечное кровотечение

<variant> стеноз привратника

<variant> нарушение всасывания

<variant> перфорация кишечника

<variant> кишечная непроходимость

<question> Ребенок 8 лет жалуется на ноющие боли в области эпигастрия вскоре после еды. Изредка беспокоит тошнота, часто отрыжка, постоянно запоры. При осмотре: умеренная пальпаторная болезненность в эпигастрии, обложенность языка. Стул “овечий”. Наиболее вероятный диагноз... .

<variant> Гастродуоденит

<variant> Холецистит

<variant> Панкреатит

<variant> Дискинезия желчных путей

<variant> Колит

<question>Больной 12 лет, поступил в стационар с жалобами на сильные приступообразные боли, режущего, колющего характера в эпигастральной области, чаще всего в ночное время. В дневное время боли стихают после приема пищи. Пальпация живота затруднена, отмечается болезненность в пилорoduodenальной зоне, положительной симптом Менделя. Наиболее вероятный диагноз... .

<variant> Язвенная болезнь 12-перстной кишки

<variant> Синдром раздраженного кишечника

<variant> Острый гастрит

<variant> Острый холецистит

<variant> Острый аппендицит

<question>Девочку 13 лет, в течение последних 4 месяцев беспокоит наличие жидкого стула от 2 до 4 раз в день, преимущественно в утренние часы, при эмоциональном возбуждении отмечает императивные позывы к дефекации. Стул часто содержит примесь слизи, в ночное время стула не отмечается. При осмотре отклонений нет. Наиболее вероятный диагноз... .

<variant> Синдром раздраженного кишечника

<variant> Целиакия

<variant> Острая кишечная инфекция

<variant> Хронический гастрит

<variant> Лактазная недостаточность

<question>У ребенка 8 месяцев отмечается недостаточная прибавка массы тела, раздражительность, Находится на грудном вскармливании, в течение двух месяцев получает овсяную и манную каши. При осмотре: патологии со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой систем нет, имеет место псевдоасцит, стул обильный с жирным блеском. В копрограмме стеаторея. Количество натрия, хлора в поту не превышает нормы. Наиболее вероятный диагноз... .

<variant> Целиакия

<variant> Муковисцидоз

<variant> Острая кишечная инфекция

<variant> Экссудативная энтеропатия

<variant> Вторичная лактазная недостаточность

<question>У девочки, 14 лет, отмечаются длительные боли и чувство распирания в правом подреберье. При обследовании: желтухи нет, положительный симптом Кера, температура субфебрильная, СОЭ — 30 мм/ч. Наиболее вероятно обострение ....

<variant> Хронического холецистита

<variant> Дискинезии желчевыводящих путей

<variant> Язвенной болезни желудка

<variant> Хронического гастродуоденита

<variant> Кишечной формы муковисцидоза

<question>Ребенку 9 мес. Со 2 месяца жизни недостаточно прибавлял в весе. В росте отстает на 7 см. На момент осмотра апатичен, конечности холодные, подкожно-жировая клетчатка отсутствует, не сидит, не ползает, кожа сухая, слизистые ярко красные, тахипноэ, гипотония, приглушенность тонов сердца, мочится редко. Наиболее вероятный диагноз... .

<variant> Гипотрофия III степени

<variant> Гипотрофия II степени

<variant> Гипотрофия I степени



<variant> Врожденный нефротический синдром

<variant> Врожденный гипотиреоз

<question> Девочка 6 лет. Жалобы на приступообразный кашель, шумное дыхание. Приступ удушья возник после употребления шоколада. Дыхание шумное, слышное на расстоянии, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, масса сухих хрипов по всей поверхности легких, тоны приглушены. ОАК – лейкоцитоза нет, СОЭ – 3 мм/ч. Наиболее вероятный диагноз... .

<variant> Бронхиальная астма

<variant> Острая пневмония

<variant> Обструктивный бронхит

<variant> Крапивница

<variant> Муковисцидоз

<question> Ребенок 8 лет, страдающий респираторным аллергозом, поступил в реанимацию с периоральным цианозом, выраженной экспираторной одышкой, приступообразным мучительным кашлем. В анамнезе: одышка сохраняется 8 часов, 6 раз за это время проведена ингаляция вентолина. В легких дыхание ослабленное, хрипов нет. Наиболее вероятный диагноз... .

<variant> Астматический статус

<variant> Астматический бронхит

<variant> Обструктивный бронхит

<variant> Бронхиальная астма, тяжелый приступ

<variant> Острая пневмония

<question> На приеме у педиатра мама с ребенком 6 месяцев, находящимся на искусственном вскармливании. Получает адаптированную молочную смесь. Вес и рост ребенка соответствуют возрасту. Продукты, которые можно посоветовать включить ребенку в суточный рацион питания... .

<variant> овощное пюре, кашу

<variant> сливки, яичный белок

<variant> цитрусовые, козье молоко

<variant> рыбу, цельное молоко

<variant> мясной фарш, растительное масло

<question> На приеме ребенок 2 месяцев на грудном вскармливании. Мама отмечает, что в одной молочной железе у нее мало молока, поэтому ребенок плачет, не наедается. Правильные рекомендации для мамы по питанию ребенка... .

<variant> приложить ребенка ко второй груди

<variant> докормить кефиром

<variant> докормить кашей

<variant> докормить молочной смесью из бутылочки

<variant> перевести на искусственное вскармливание

<question> Ребенок 6 мес. При рождении отмечался меконеальный илеус, дважды перенес пневмонию. Беспокоит упорный коклюшеподобный кашель с первого месяца жизни. На момент осмотра: аппетит удовлетворительный, но в весе не прибавляет. Одышки нет. В легких разнокалиберные влажные и сухие хрипы с обеих сторон. Запоры. Наиболее вероятный диагноз... .

<variant> Муковисцидоз

<variant> Обструктивный бронхит

<variant> Острый простой бронхит

<variant> Очаговая пневмония



<variant> Аллергический трахеит

<question>Ребенок 6-ти месяцев болен ОРВИ. На 3-й день появилась одышка смешанного типа, раздувание крыльев носа, цианоз носогубного треугольника. Температура субфебрильная. Перкуторный звук над легкими коробочный, с обеих сторон выслушиваются многочисленные мелко- и среднепузырчатые распространенные хрипы. Наиболее вероятный диагноз... .

<variant> Бронхиолит

<variant> Пневмония

<variant> Обструктивный бронхит

<variant> Острый бронхит

<variant> Бронхиальная астма

<question>Ребенок 2 лет поступает в приемный отдел больницы с судорожным синдромом.

Объективно: светловолосый, голубоглазый, правильного телосложения, от ребенка исходит «мышинный запах», на коже рук элементы экземы; значительно отстает в психомоторном развитии. Наиболее вероятный диагноз... .

<variant> Фенилкетонурия

<variant> Болезнь кленового сиропа

<variant> Гликогеноз II типа

<variant> Синдром Клайнфельтера

<variant> Болезнь Дауна

<question>У ребенка школьного возраста отмечаются упорный кашель, дыхательная недостаточность, длительно сохраняющиеся локальные крепитирующие хрипы. На рентгенограмме обнаружен симптом «воздушных ловушек». Наиболее вероятный диагноз... .

<variant> Хронический облитерирующий бронхит

<variant> Хронический бронхит

<variant> Бронхиальная астма

<variant> Рецидивирующий бронхит

<variant> Острый простой бронхит

<question>Новорожденный, 25 дней. Отмечается с 3-го дня жизни желтушность кожи, склер, периодически осветленный кал. Печень +2см, селезенка не пальпируется. В крови гипербилирубинемия, присутствует прямой билирубин. Наиболее вероятный диагноз... .

<variant> Фетальный гепатит

<variant> Физиологическая желтуха

<variant> ГБН, желтушная форма

<variant> Фенилкетонурия

<variant> Ложная желтуха

<question>Ребенка беспокоит повышенная утомляемость, приступообразные, острые, боли в животе, повышение температуры. При пальпации живота болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Кэра, Орнтера. В анализе крови умеренный лейкоцитоз. Стул оформлен. Исследование, которое позволит наиболее точно выставить диагноз... .

<variant> УЗИ печени, желчного пузыря

<variant> копрограмма

<variant> биохимия крови

<variant> ФГДС

<variant> дуоденальное зондирование

<question>Ребенка беспокоит повышенная утомляемость, приступообразные, острые, кратковременные боли в животе без повышения температуры. При пальпации живота положительные симптомы Мерфи, Кера, область эпигастрия безболезненная. В анализе крови



без отклонений. При дуоденальном зондировании время закрытия сфинктера Одди - 9 мин. Лекарственные препараты... наиболее целесообразно включить в план общего лечения.

- <variant> спазмолитики
- <variant> желчегонные
- <variant> ингибиторы протонной помпы
- <variant> антибиотики
- <variant> обезбаливающие

<question>Ребенок 6 дней. Субфебрильная температура, срыгивает. В течение двух дней на коже туловища, бедрах на инфильтрированном основании отмечаются единичные полиморфные, окруженные венчиком гиперемии, вялые пузыри диаметром до 2 см с серозно-гнойным содержимым. По органам патологии нет. Мама обрабатывала кожу бриллиантовой зеленью. Препарат ...необходимо назначить больному.

- <variant> цефтриаксон
- <variant> диазолин
- <variant> ихтиоловая мазь
- <variant> анальгин
- <variant> преднизолон

<question>К врачу ВОП обратилась мама новорожденного ребенка возраста 5 дней. Беспокоит нагрубание молочных желез с двух сторон. При осмотре местной гиперемии нет, состояние ребенка не нарушено. Сосет активно, не беспокоится. Правильная тактика врача в данной ситуации... .

- <variant> объяснить маме, что это физиологическое состояние
- <variant> экстренно направить в стационар
- <variant> тщательно выдавить молочные железы
- <variant> назначить антибиотик
- <variant> направить на консультацию к хирургу

<question>Ребенка школьного возраста беспокоит утомляемость, длительная заложенность носа, густое отделяемое из носа, без повышения температуры и других симптомов. Дышит через рот. Гиперемия зева отсутствует. Препарат наиболее эффективный при данном заболевании... .

- <variant> интраназальный кортикостероид
- <variant> сосудосуживающий препарат
- <variant> гистаминоблокатор
- <variant> солевой раствор
- <variant> антибактериальный

<question>Ребенку 4 месяца поступил с непродуктивным кашлем, шумным дыханием, ЧД 68 в 1 минуту, в легких диффузные влажные и немногочисленные свистящие хрипы. Наиболее эффективным для улучшения состояния ребенка является... .

- <variant> ингаляция раствора сальбутамола через небулайзер
- <variant> ингаляция амбробене
- <variant> использование вентолина в аэрозоле
- <variant> ингаляция кислорода
- <variant> введение парентерально эуфиллина

<question>У ребенка 5 лет на первом году жизни отмечен постоянный влажный кашель, частые пневмонии (5-6 раз в год). Выражено отставание в физическом развитии. Стул жидкий и зловонный. Старшие братья умерли в раннем возрасте от пневмонии. Исследование, которое позволит наиболее точно установить диагноз... .

- <variant> потовая проба



<variant> спирография

<variant> пикфлоуметрия

<variant> биопсия слизистой тонкого кишечника

<variant> рентгенография грудной клетки

<question>Ребенок 10 мес, находится на стац. лечении по поводу очаговой пневмонии.

Беспокоит кашель, то нормальная, одышка в покое, без признаков бронхообструкции, участие вспомогательной мускулатуры в дыхании. Цианоз периоральный. Лечение для данного больного... .

<variant> кислородотерапия

<variant> ингаляции сальбутамола

<variant> постуральный дренаж

<variant> физиолечение

<variant> эуфиллин в/в

<question>Двухнедельный ребенок от отягощенной беременности. При осмотре: кожные покровы интенсивно желтушные, экзантемы. Гепатоспленомегалия. В биохимическом анализе крови повышен уровень общего билирубина, в основном за счет непрямой фракции. ИФА на ЦМВ положителен. Наиболее целесообразное назначение данному больному... .

<variant> специфический иммуноглобулин

<variant> фототерапия

<variant> антибиотик

<variant> желчегонный препарат

<variant> инфузионная терапия

<question>Новорожденный 5 дней. От 1 беременности, протекавшей на фоне анемии, 1 срочных родов. Вес при рождении 3400,0, рост 53см. На грудном вскармливании, сосет активно. Кожные покровы чистые. Физиологические рефлексы вызываются, живые. Тонус сгибателей на руках и ногах повышен. Фактический вес 3000,0. Стул 5-6 раз в день, кашицеобразный, желтого цвета. Тактика дальнейшего ведения ребенка... .

<variant> наблюдение в динамике

<variant> анализ кала

<variant> консультация инфекциониста

<variant> консультация невролога

<variant> консультация гематолога

<question>Новорожденный ребенок родился от матери пожилого возраста. При осмотре выявлены следующие симптомы: плоское лицо, широкая переносица, «монголоидный» разрез глаз, отставание в психомоторном развитии, грубый систолический шум у левого края грудины, мышечная гипотония. Исследование, которое необходимо для постановки диагноза... .

<variant> кариотип ребенка

<variant> ультразвуковое исследование внутренних органов

<variant> проба Феллинга

<variant> анализ родословной

<variant> определение гормонов щитовидной железы

<question>Девочка 3 лет. С 8 месячного возраста плохая прибавка в весе, вздутие живота, периодически возникающая рвота, обильный частый стул. В анализе кала - стеаторея. Обследование, которое позволит наиболее точно поставить диагноз... .

<variant> гистологическое исследование слизистой 12-перстной кишки

<variant> определение в кале сывороточного белка

<variant> потовый тест

<variant> проба Греггерсона



<variant> ФГДС

<question>Мальчик А. За первый месяц прибавил 800 грамм, стул был нормальным, после каждого кормления. В возрасте 1 месяца 2 недель из-за психо-эмоционального стресса со слов мамы у нее стало меньше молока, ребенок беспокоился, жадно начинал сосать грудь, тербил ее, в результате чего появились трещины сосков. Мама после каждого кормления сцеживала оставшееся молоко, ее количество было не более 15 мл. В весе за 2-й месяц набрал 400 гр. Рациональная тактика врача-...

<variant> докармливать адаптированной смесью

<variant> реже прикладывать к груди

<variant> маме увеличить в рационе объем коровьего молока

<variant> ввести первый прикорм

<variant> допаивать водой

<question>Ребенку 6 месяцев. Вес при рождении 3500 г. На момент осмотра вес ребенка составил 6100 г. Выражены лобные и теменные бугры, большой родничок 4x5 см, края мягкие, краниотабес, затылок уплощен. Пониженного питания, тургор кожи снижен, подкожно-жировая клетчатка истончена на животе. Отмечается мышечная гипотония, стул неустойчивый.

Выберите наиболее правильный метод лечения данного ребенка:

<variant> Аквадетрим в дозе 3000 МЕ в сутки в течение 30 дней

<variant> Аквадетрим в дозе 1000 МЕ в сутки в течение 30 дней

<variant> Аквадетрим в дозе 5000 МЕ в сутки в течение 45 дней

<variant> Аквадетрим в дозе 2000 МЕ в сутки в течение 45 дней

<variant> Аквадетрим в дозе 1500 МЕ в сутки в течение 45 дней

<question>Ребенку 21 день, масса тела 4100г в данное время. Родился от 1-ой беременности с угрозой выкидыша с массой 3300г. Выписан из роддома на 6-день жизни с массой 3500г. В последующие дни почти ежедневно бывает рвота до 3 раз в день, стул разжиженный до 4 раз в сутки, временами стула нет. Температура тела не повышена. Молока у мамы достаточно, ребенок сосет грудь активно, после кормления бывает спокоен. После рвоты, как правило, засыпает. С диагностической и лечебной целью наиболее целесообразно назначить:

<variant> Спазмолитики

<variant> Гормоны

<variant> Витамины

<variant> Противорвотные

<variant> Дезагреганты

<question>Новорожденный от III затяжных родов, родился в ягодичном предлежании, матери 48 лет. Объективно: правая рука ребенка приведена к туловищу, разогнута в локтевом суставе, повернута внутрь, ротирована в плечевом суставе, кисть повернута назад и кнаружи. Ваш предварительный диагноз:

<variant> Паралич Дюшена-Эрба

<variant> Перелом ключицы

<variant> Остеомиелит плеча

<variant> Врожденная миопатия

<variant> Врожденная гемигипоплазия

<question>У новорожденного характерен симптомокомплекс: спинальный шок, нарушения со стороны дыхательной системы, двигательные и чувствительные функции сфинктеров нарушено. Ваш диагноз:

<variant> кровоизлияние в спинной мозг

<variant> субарахноидальное кровоизлияние

<variant> внутрижелудочковое кровоизлияние



<variant> кефалогематома

<variant> травматическое повреждение плечевого сплетения

<question> У новорожденного в возрасте 4-х часов определяется распространенный отек мягких тканей в области теменных и затылочных костей черепа мягко-эластической консистенции.

Ваш диагноз:

<variant> Родовая опухоль

<variant> Флегмона волосистой части головы

<variant> Кефалогематома

<variant> Перелом костей черепа

<variant> Ушиб теменной области

<question> На приеме ребенок 7 месяцев. После осмотра обнаружено отставание в психомоторном развитии, редко гулит, мимика бедная, не сидит, не ползает, прорезывание зубов не намечается. Пот имеет специфический «мышинный» запах. Со слов матери у ребенка с рождения отмечается склонность к запорам. Предполагаемый диагноз:

<variant> фенилкетонурия

<variant> фруктоземия

<variant> галактоземия

<variant> гликогеновая болезнь

<variant> гипотиреоз

<question> Ребенок от 4 беременности, 1 родов в 42 недели. Первые 3 беременности закончились мед. абортми. Матери 35 лет страдает гипертонической болезнью. Беременность протекала в виде горохового супа. Масса ребенка после рождения 3000 г, длина тела 50 см. Оценка по шкале Апгар 2 балла, генерализованный цианоз полностью отсутствует, двигательная активность и рефлекторная возбудимость. Пульс нитевидный 60 раз в мин. Дыхание отсутствует. Укажите диагноз

<variant> асфиксия тяжелой степени

<variant> асфиксия умеренная

<variant> асфиксия легкой степени

<variant> асфиксия средней степени

<variant> бронхиальная астма

<question> На приеме ребенок 12 лет, страдающей бронхиальной астмой на протяжении 3 лет. В последнее время жалуется на головные боли и повышение артериального давления до 130/80 мм.рт.ст. и выше. На ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка. Больной ребенок регулярно принимает ингаляционный беротек. Не рекомендуется назначать в данной ситуации группу препаратов:

<variant> бета-адреноблокаторы

<variant> ингибиторы АПФ

<variant> блокаторы кальциевых каналов

<variant> антагонисты АТ II рецепторов

<variant> миотропные спазмолитики

<question> Ребенок 2 месяца. Appetit снижен, отказывается от груди. При осмотре отмечается втяжение грудной клетки, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Одышка.

Классификация по ИВБДВ:

<variant> тяжелая пневмония

<variant> очень тяжелое заболевание

<variant> пневмонии нет, кашель и простуда

<variant> пневмония, кашель

<variant> пневмония или простуда



<question>Девочка 4 месяцев. Жалобы на влажный продуктивный кашель, насморк. Болеет 3 дня. Сегодня состояние резко ухудшилось: температура 39С, грудь матери не сосет, дистанционные хрипы. Объективно: кожа бледная, влажная, периоральный цианоз, дыхание поверхностное, одышка смешанного типа, ЧД 60 в мин, втяжение яремных ямок и межреберных промежутков, PS 160 в мин, аускультативно – на фоне ослабленного дыхания множество сухих и влажных разнокалиберных хрипов по всем полям.

Наиболее вероятен предварительный диагноз:

- <variant> внебольничная пневмония, ДН II степени
- <variant> острый обструктивный бронхит, ДН II степени
- <variant> бронхолит, ДН II степени
- <variant> острый простой бронхит, ДН I степени
- <variant> бронхиальная астма, statusasthmaticus

<question>Мальчик 8 лет. Жалобы на резкую слабость, головокружение, боли за грудиной, иктеричность склер, кровохарканье, одышку. Первый приступ болезни был в 1 год. Следующие кризы длились обычно 2-4 дня. Объективно: кожа бледная с цианотичным оттенком, пальцы в виде «барабанных палочек». В легких жесткое дыхание, влажные хрипы. Печень и селезенка +1 см выступают из-под края реберной дуги. В анализе мокроты: макрофаги, нагруженные гемосидерином. Из перечисленных наиболее целесообразным является лечение:

- <variant> кортикостероиды
- <variant> муколитики
- <variant> гепатопротекторы
- <variant> антикоагулянты
- <variant> антибиотики

<question>Девочка 4 года. Жалобы на приступообразный, мучительный продуктивный, кашель с трудноотделяемой мокротой, одышку. Часто болеет простудными заболеваниями с затяжным течением. Брат девочки также состоит на учете с диагнозом рецидивирующий бронхит.

Объективно: девочка пониженного питания, пальцы в виде «барабанных палочек». В легких жесткое дыхание, влажные хрипы. Живот увеличен в размерах, мягкий. Хлориды пота 85 ммоль/л. Наиболее эффективным является препарат:

- <variant> N-ацетилцистеин
- <variant> амброксол
- <variant> гвайфенезин
- <variant> эуфиллин
- <variant> сальбутамол

<question>Ноющие, тупые боли в правом подреберье, усиливаются при сильных эмоциях, погрешностях в диете. Диспепсические явления. Прием спазмолитиков (но-шпы и других) не улучшает состояния. Наиболее вероятен предварительный диагноз:

- <variant> дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу
- <variant> дискинезия желчевыводящих путей по гипертоническому типу
- <variant> хронический панкреатит
- <variant> хронический энтерит
- <variant> хронический колит

<question>Ребёнок 8 месяцев. Со слов мамы у ребёнка отмечаются повышение температуры до 39,5С, затрудненное дыхание, одышка, кашель, слабость. При осмотре состояние тяжелое, ребёнок возбужден. Аускультативно дыхание 55 в минуту, влажные хрипы. В анамнезе крови: лейкоцитоз  $13,8 \cdot 10^9/\text{л}$ , СОЭ 25 мм/час. Ваш диагноз:

- <variant> Пневмония
- <variant> ОРВИ

<variant> Стеноз гортани

<variant> Менингит

<variant> Острый ларингит

<question>Врач на дому к ребёнку 9 месяцев, заболел остро. Со слов мамы у ребёнка отмечаются повышение температуры, кашель, одышка, слабость. При осмотре кожные покровы бледные. Зев гиперемирован. В легких влажные хрипы. Укажите первоочередной метод исследования для подтверждения диагноза:

<variant> Рентгенография грудной клетки

<variant> Кал на яйца клетки

<variant> Серологическая реакция

<variant> Спинномозговая пункция

<variant> Электrokардиография

<question>На приём к врачу пришла мама с ребёнком 1,5 год. Жалобы на повышение температуры, кашель, учащенное дыхание, вялость. Болеет 4-й день. Зев гиперемирован. В легких жесткое дыхание, влажные хрипы. На рентгенограмме инфильтративные изменения легочной ткани. Ваш диагноз:

<variant> Пневмония

<variant> ОРВИ, обструктивный бронхит

<variant> ОРВИ, ларинготрахеит

<variant> Серозный менингит

<variant> ОРВИ, нейротоксикоз

<question>В поликлинику на приём к врачу пришла девочка 5 лет. Жалобы на повышение температуры, кашель, затрудненное дыхание. Болеет 4-5 день. Состояние средней тяжести. Зев гиперемирован. В легких влажные хрипы. Тактика лечения данному больному согласно ИВБДВ:

<variant> Ампициллин 50 мг/кг в/м каждые 6 часов 5 дней

<variant> Ампициллин 100 мг/кг в/в каждые 8 часов 5 дней

<variant> Ампициллин 150 мг/кг в/м каждые 6 часов 5 дней

<variant> Ампициллин 120 мг/кг в/в каждые 6 часов 5 дней

<variant> Ампициллин 80 мг/кг в/м каждые 6 часов 5 дней

<question>У больного 1 год. Отмечается кашель с выделением гнойной мокроты, быстрое течение 24-48 часов развитие легочной диструкции нейтрофильный лейкоцитоз  $11 \times 10^9/\text{л}$ .

Назначьте лечение по стандарту ИВБДВ:

<variant> Гентамицин 7,5 мг/кг в/м 1 раз в день 5 дней

<variant> Гентамицин 5,5 мг/кг в/в 3 раз в день 5 дней

<variant> Гентамицин 4,0 мг/кг в/в 1 раз в день 5 дней

<variant> Гентамицин 8,5 мг/кг в/м 2 раз в день 5 дней

<variant> Гентамицин 7,0 мг/кг в/в 1 раз в день 5 дней

<question>Ребенку 10 месяцев. Со слов мамы у ребенка отмечаются кашель, срыгивания, затрудненное дыхание, осиплость голоса. При осмотре кожные покровы бледные, признаки стридора, одышка, цианоз. В легких хрипы не прослушиваются. Ваш диагноз:

<variant> Стеноз гортани

<variant> Острый отит

<variant> Пневмония

<variant> Острый бронхит

<variant> ОРВИ



<question>Вызов на дом ребенку 6 лет. Жалобы на осиплость голоса, афония, дисфагия. Состояние ребенка средней тяжести. При осмотре признаки стридора, одышка, цианоз. Назначьте медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне

<variant> Преднизолон 2-3 мг/кг в/в 7 дней

<variant> Преднизолон 5-6 мг/кг в/в 7 дней

<variant> Преднизолон 10-20 мг/кг в/в 7 дней

<variant> Преднизолон 4-5 мг/кг в/в 7 дней

<variant> Преднизолон 15-7 мг/кг в/в 7 дней

<question>Ребенку 2 года. Жалобы на повышение температуры до 39 С., снижение аппетита, кашель, насморк. Объективно: лающий кашель, вялость, инспираторные одышка, ЧДД 40 в минуту. Аускультативно: жеткое дыхание. Выставлен диагноз: ОРВИ осложненный с острым ларинготрахеитом, стеноз гортани I степени. Тактика лечения при стенозе гортани на амбулаторном уровне:

<variant> Режим, ингаляция, противогистаминные препараты

<variant> Горчишниковые ванны, витамины

<variant> Антихолинергические препараты, транквилизаторы

<variant> Режим диета, антикоагулянты, витамины

<variant> Диета режим, диуретики, противовирусные препараты

<question>Для купирования развившегося приступа бронхиальной астмы у ребенка 4 лет целесообразно использовать:

<variant> Сальбутамол 100мкг на ингаляцию

<variant> Сальметерол в дозе 50мкг х 2 раза

<variant> Будесонид 100мкг х 2-4 раза

<variant> Фликсотид 125 мкг х 2 раза

<variant> Бекламетазон 40мкг х 2 раза

<question>Мальчик 14 лет. Жалобы на изжогу, боли в эпигастрии, спустя 1,5-2 часа после приема пищи. В анамнезе отец страдает язвенной болезнью желудка. На ФГДС: язвенный дефект в антральном отделе желудка. К терапии первой линии относится:

<variant> омепразол 20 мг 2 раза в день через 12 ч., кларитромицин 15 мг/кг в 2 приема, метронидазол 20 мг/кг в 2 приема в течении 14 дней

<variant> субцитрат висмута 120 мг 4 раза, тетрациклин 25 мг/кг в 4 приема, фуразолидон 10 мг/кг в 3 приема.

<variant> сукральфат 500 мг по 1 таблетке 3 раза, Де-нол 120 мг по 1 таблетке 3-4 раза в день.

<variant> пантопризол 20 мг 1 раз в день, кларитромицин 30 мг/кг в 3 приема, амоксициллин 100 мг/кг 2 раза.

<variant> омепразол 50 мг 2 раза в день через 12 часов, метронидазол 50 мг/кг в 3 приема, тетрациклин 25 мг/кг в 4 приема.

<question>Вызов врача общей практики к ребенку 8 лет, который выявил у ребенка бледность, вялость, снижение мышечного тонуса, цианоз лица и рук, одышку в покое, ЧД - 50 в минуту, пульс – 140 в 1 минуту. Укорочение легочного звука ниже угла лопатки, там же влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Ваш диагноз и тактика:

<variant> бронхиолит, оставить дома

<variant> пневмония, госпитализировать

<variant> муковисцидоз оставить дома и продолжить наблюдение

<variant> бронхиальная астма, направить в дневной стационар

<variant> острый бронхит, оставить дома, открыть стационар на дому

<question>На приеме мальчик 12 лет . При осмотре отмечают повышение температуры



тела до 39,2С, кашель, насморк. Необходимо назначить мальчику препарат в дозе для снижения температуры тела

<variant> парацетамол - 0,1г

<variant> парацетамол - 0,01г

<variant> парацетамол - 0,025г

<variant> парацетамол - 0,05г

<variant> парацетамол - 0,2г

<question>Ребенку 2 года. Девочку уже не кормят грудью, и она получает пищу с общего семейного стола примерно 3 раза в день. Мясо в семье едят постоянно и дают ребенку. Из овощей и фруктов в рационе питания присутствуют картофель, морковь, капуста и яблоки. Порции еды небольшие и она съедает все, что ей предлагают. Мама просит врача дать совет по поводу питания ребенка. Совет врача:

<variant> на каждое основное кормление давать 250 мл пищи

<variant> кормить ребенка 4 раз в день

<variant> кормить ребенка 6 раз в день

<variant> между кормлениями давать чай

<variant> на каждое основное кормление давать 350 мл пищи

<question>У ребенка 6 месяцев обнаружено отставание в психомоторном развитии. Родители являются троюродными братом и сестрой. У них темные волосы и карие глаза. У девочки светлые волосы, голубые глаза и очень светлая кожа. Девочка редко гулит, мимика бедная, не сидит, не ползает, прорезывание зубов не намечается. Выражены явления алергодерматоза. Несмотря на отсутствие симптомов рахита, ребенок легко потеет. Пот имеет специфический «мышинный» запах. Со слов матери у ребенка с рождения отмечается склонность к запорам. В анамнезе дважды ОРВИ с судорожным синдромом. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant> фенилкетонурия

<variant> фруктоземия

<variant> галактоземия

<variant> гликогеновая болезнь

<variant> гипотиреоз

<question>Ребенок 10 лет, предъявляет жалобы на периодические приступы затрудненного дыхания. Из анамнеза: приступы затрудненного дыхания беспокоят в течение последних 1,5 лет, 3-4 раза в год, купируются самостоятельно, ночные приступы отсутствуют. В анамнезе атопический дерматит. При объективном осмотре и рентгенологическом исследовании органов грудной патологии не обнаружено. По данным спирографии ПСВ-85%. Поставьте диагноз:

<variant> интермиттирующая бронхиальная астма легкой степени тяжести

<variant> интерметирующая бронхиальная астма, средней степени тяжести

<variant> персистирующая бронхиальная астма легкой степени тяжести

<variant> персистирующая бронхиальная астма средней степени тяжести

<variant> персистирующая бронхиальная астма, тяжелой степени тяжести

<question>Ребенку А 13 лет, вызван врач по поводу приступа удушья. В анамнезе-бронхиальная астма в течение 8 лет. Обострения возникают в холодное время года. Ухудшение состояния в течение 12 часов на фоне ОРВИ за истекшие 12ч неоднократно пользовалась сальбутамолом, вначале с незначительным эффектом, затем без эффекта при осмотре: состояние тяжелое.

Сидит, опираясь руками в колени. На расстоянии слышны сухие хрипы, выдох удлинен. Кожа бледная с цианотичным оттенком. Число дыханий-36 в 1 мин. Кашель сухой, непродуктивный.

Пульс 120 в 1 мин ритмичный АД-140/90 мм рт,ст. В легких-сухие свистящие хрипы над всеми легочными полями, в нижних отделах дыхание ослаблено. ЭКГ отрицательный зубец Т во



Ц,ШавF, глубокий зубец S в грудных отведениях. В анализе крови: Нб -140 г/л, лейкоциты-10x10, СОЭ-25мм/ч

Тактика ведения больного

<variant> срочная госпитализация в палату интенсивной терапии пульмонологического отделения

<variant> необходимо назначение базисной терапии ИГКС, оценка и коррекция терапии через 3 месяца

<variant> назначение бронхоспазмолитической терапии каждые 4-6 часов бодрствования В2 агонисты в форме дозированного аэрозоля 2 ингаляции 4 раза в день, либо комбинированные препараты

<variant> на данный момент заболевание является частично контролируемым

<variant> осмотр аллерголога 1 раз в 3 месяца

<question>Ребенок А 3-х лет, 7 месяцев обратился в поликлинику с жалобами на кашель и приступы удушья. Из анамнеза известно, что с 2-х месяцев у ребенка отмечались проявления атопического дерматита, обострения которого отмечались при употреблении яиц, цитрусовых, на препараты пенициллинового ряда-крапивница. Весной в возрасте 3-лет и 2 месяцев ребенок принимал вынужденное положение, появлялось чувство страха, лечился эуфиллином, вентолин через ДАИ. Физическую нагрузку переносит плохо-кашель, затруднение дыхания. Последний приступ отмечался 3 дня назад- одышка, свистяще дыхание. В настоящее время сохраняется незначительный кашель. В легких выслушивается жесткое дыхание с удлиненным выдохом. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме.

Ваш диагноз

<variant> бронхиальная астма, атопическая форма, обострение

<variant> бронхиальная астма, атопическая форма, легкое персистирующее течение, неконтролируемая

<variant> бронхиальная астма, в стадии обострения. Осложнение:медленно развивающийся астматический статус

<variant> бронхиальная астма, обострение средней степени тяжести

<variant> бронхиальная астма, обострение

<question>Ребенок 7 лет, по поводу бронхиальной астмы состоит на диспансерном учете у семейного врача. Приступы удушья чаще 2 раз в месяц. ПСВ -70%, вариабельность ПСВ -23%. Регулярно использует ингаляции фенотерола. Ваш диагноз

<variant> персистирующая бронхиальная астма, легкое течение

<variant> персистирующая бронхиальная астма, тяжелое течение

<variant> интермиттирующая бронхиальная астма

<variant> обострение хронического обструктивного бронхита

<variant> персистирующая бронхиальная астма, средней тяжести

<question>Ребенок 2 месяца. Мама предъявляет жалобы на кашель, нарушение самочувствия ребенка. Объективно: шумное дыхание, акроцианоз, частый, сухой мучительный кашель, эмфизематозная вздутая грудная клетка, частота дыхания 66-72 в мин, ослабленное дыхание, обильные рассеянные сухие «музыкальные» хрипы. Ваш диагноз.

<variant> Облитерирующий бронхиолит

<variant> Острый бронхит

<variant> Острая пневмония

<variant> Бронхиальная астма

<variant> Обструктивный бронхит

<question>Новорожденный, родился в срок от I неосложненной беременности и родов. На третий день жизни на коже туловища, конечностей, появились единичные эритематозные



слегка плотноватые пятна с серовато-желтым оттенком в центре, размером 2-2,5см. Общее состояние ребенка не страдает, температура тела нормальная. Поставлен диагноз: Токсическая эритема. Наиболее рациональная терапия.

<variant> Лечение не требуется

<variant> Ультрафиолетовое облучение кожи

<variant> Фототерапия

<variant> Обработка кожи антисептиками

<variant> Антибиотикотерапия

<question>Доношенный ребенок в возрасте 5 дней, находится в физиологическом отделении родильного дома. Сосет активно, не срыгивает. Рефлексы врожденного автоматизма вызывается в полном объеме. По органам и систем без патологии. Из анамнеза: антенатальный и интранатальный период протекал без особенностей. Со слов мамы новорожденный мочится мало. После обхода заведующим отделением выяснилось, что у ребёнка все клинические изменение является признаками адаптации. Показатели ОАК, ОАМ в пределах возрастной нормы. Ваш диагноз.

<variant> Физиологическая анурия новорожденных

<variant> Экстренальная форма анурии

<variant> Субренальная форма анурии

<variant> Ренальная форма анурии

<variant> Аренальная форма анурии

<question>Ребенку 12 лет, жалуется на ноющие, тупые боли в правом подреберье, усиливаются при сильных эмоциях, погрешностях в диете. Диспепсические явления. Прием спазмолитиков (но-шпы и других) не улучшает состояния. Ваш диагноз.

<variant> дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу

<variant> дискинезия желчевыводящих путей по гипертоническому типу

<variant> хронический панкреатит

<variant> хронический энтерит

<variant> хронический колит

<question>Ребенку 3 месяца, масса при рождении 3200 г. Находится на естественном вскармливании, масса в 1 месяц = 3700 г; в 2 месяца = 4500 г. Беспокойный, мочится редко. За 3-й месяц прибавил в весе на 500 г. Кожа бледная, упругость и эластичность тканей снижены. При контрольном кормлении высасывает 50-60 гр. молока.

Укажите наиболее вероятный диагноз.

<variant> Белково-энергетическая недостаточность I степени

<variant> Белково-энергетическая недостаточность II степени

<variant> Белково-энергетическая недостаточность III степени

<variant> Железодефицитная анемия

<variant> Нервно-артритичный диатез

<question>При осмотре новорожденного врач выявляет следующие симптомы цианоз, ретракция грудной клетки, тахипноэ, раздувание крыльев носа, ослабленное дыхание в легких. Ваш диагноз:

<variant> РДС

<variant> Пневмония

<variant> Бронхит

<variant> Кардит

<variant> Пиелонефрит

<question>У доношенного новорожденного весом 2900 гр., ростом - 48 см., от II нормально протекавшей беременности и срочных родов, на 3-й день жизни появилось умеренное



желтушное окрашивание кожи. Мать имеет А(II) резус-положительную принадлежность крови, у ребенка В (III). резус-отрицательная кровь. Состояние ребенка не нарушено, сосет активно, рефлексы не угнетены. В анализе крови: Эр.- $4,2 \times 10^{12}$ /л, общий билирубин - 108 ммоль/л, непрямой 78ммоль/л. Выставлен диагноз «Неонатальная желтуха». Данная желтуха по клинической классификации относится к виду:

<variant> Конъюгационная желтуха

<variant> Гемолитическая желтуха

<variant> Механическая желтуха

<variant> Паренхиматозная желтуха

<variant> Смешанная желтуха

<question>Для новорожденных с желтухой и стабильной гипербилирубинемией, которая продолжается больше 3 недель, рекомендуется проведение теста на

<variant> Галактоземию

<variant> Галактозурию

<variant> Глюкозурию

<variant> Глюкоземию

<variant> Фруктоземию

<question>Девочка 11 лет, жалобы на заложенность носа, зуд, приступообразное чихание, головную боль. При осмотре краснота и раздраженность кожи носа и носогубного треугольника. Ваш диагноз.

<variant> аллергический ринит

<variant> простой ринит

<variant> ОРВИ

<variant> аденовирусная инфекция

<variant> риноинфекция

<question>Ребенок 1 год поступил в стационар с выраженным токсикозом, одышкой смешанного характера, температурой 38С. При перкуссии определяется коробочный оттенок перкуторного звука. Выслушиваются рассеянные хрипы, справа под углом лопатки – стойкие мелкопузырчатые хрипы. Поставьте предварительный диагноз:

<variant> пневмония

<variant> бронхолит

<variant> альвеолит

<variant> бронхиальная астма

<variant> обструктивный бронхит

<question>У ребенка семи месяцев на фоне ОРВИ на 4 день заболевания состояние ухудшилось, вновь повысилась температура до 37,8С, появилась одышка экспираторного характера, оральные хрипы. При аускультации – удлиненный выдох, разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон. Ваш предварительный диагноз:

<variant> обструктивный бронхит

<variant> бронхолит

<variant> рецидивирующий бронхит

<variant> пневмония

<variant> плеврит

<question>У ребенка 10-ти лет боли в горле при глотании, температура 39,2С, головные боли, гнойный налет на миндалинах. Ваш предварительный диагноз:

<variant> фолликулярная ангина

<variant> аденоидит

<variant> заглоточный абсцесс



<variant> фарингит

<variant> паратонзиллярный абсцесс

<question>Больной А., 7 лет. Жалобы на болезненность и отечность в месте укуса пчелы. При осмотре: на предплечье отмечается отек, гиперемия, уртикарии диаметром около 10 см. Поставьте диагноз:

<variant> инсектная аллергия

<variant> атопический дерматит

<variant> контактный дерматит

<variant> латексная аллергия

<variant> экзема

<question>Больная М. 9 лет. обратилась к аллергологу с жалобами на отек губ, век, лица при употреблении орехов. При осмотре кожа в зонах отека плотноэластической консистенции, белого цвета, припухлая. Ваш диагноз:

<variant> отек Квинке

<variant> острая крапивница

<variant> атопический дерматит

<variant> инсектная аллергия

<variant> латексная аллергия

<question>У ребенка 3 лет на фоне премедикации (лидокаин) через 15 минут появились затрудненное дыхание, отек в области шеи и лица, афония. Ваша тактика:

<variant> Ввести 2% раствор супрастина 0,1 мл/год жизни, 3 % преднизолон 1 мг/кг в/м

<variant> Ввести 2% раствор супрастина 0,1 мл/год жизни, провести интубацию

<variant> Вести 2% раствор супрастина 0,1 мл/год жизни, пенициллин 250 000 в/м.

<variant> Ввести 2,5% раствор пипольфена 0,1 мл/год жизни, пенициллин 250 000 в/м

<variant> Ввести 2,5% раствор пипольфена 0,1 мл/год жизни, провести интубацию

<question>Ребенок 13 лет со стенозом митрального клапана, последнее время беспокоит одышка, нарушение сна, появление страха, тахикардия. При осмотре пастозность лица, диффузный цианоз, в легких крепитирующие хрипы. Для снятия отека необходимо ввести:

<variant> Фуросемид 1 мг/кг разовая доза

<variant> 0,05 % строфантин 0,1 мл/год

<variant> Дроперидол 0,5 мг/год

<variant> Дигоксин 0,01 мг/кг

<variant> Морфина сульфат 0,15 мг/кг

<question>После употребления шоколадных конфет начались приступы удушья у девочки 10 лет. Жалобы на приступообразный кашель, шумное дыхание. При осмотре состояние средней тяжести, дыхание слышное на расстоянии. Лечение первостепенное для купирования приступа.

<variant> сальбутамол

<variant> лазикс

<variant> адреналин

<variant> эуфиллин

<variant> эфедрин

<question>Врач посетила на дому ребенка в возрасте 6 мес. Рекомендации по кормлению в целях развития здорового ребенка по программе ИВБДВ в возрасте 6 месяцев:

<variant> грудь по требованию 8 раз за 24 часа

<variant> грудь по требованию 6 раз за 24 часа

<variant> грудь по требованию 4 раз за 24 часа

<variant> грудь по требованию 7 раз за 24 часа

<variant> грудь по требованию 5 раз за 24 часа

<question>На осмотре ребенок 4месяцев. Общее самочувствие удовлетворительное, находится на грудном вскармливании, сосет активно, не срыгивает. Избыток массы тела 17%, рост соответствует норме. Ваш диагноз:

<variant> паратрофия I степени

<variant> гипостатура

<variant> гипотрофия I степени

<variant> гипотрофия II степени

<variant> гипотрофия III степени

<question>Ребенок трех месяцев плохо прибавляет в массе, аппетит снижен. При осмотре бледен, подкожный жировой слой отсутствует на животе, значительно снижен на конечностях. Дефицит веса 13%

Ваш диагноз:

<variant> Гипотрофия I степени

<variant> Гипотрофия II степени

<variant> Гипостатура

<variant> Паратрофия

<variant> Гипотрофия III степени

<question>Ребенок 4 месяцев, жалобы мамы на плохую прибавку в весе, аппетит снижен.

Родился с массой 3400, в данное время весит 5400 г. При осмотре: бледен, кожа дряблая, подкожный жировой слой отсутствует на животе, значительно уменьшен на конечностях, тургор тканей снижен. Ваш диагноз:

<variant> гипотрофия II степени

<variant> гипостатура I степени

<variant> гипотрофия I степени

<variant> гипотрофия III степени

<variant> паратрофия I степени

<question>На осмотре ребенок 3 месяцев. Общее самочувствие удовлетворительное, однако он раздражителен, беспокоен. Имеется склонность к срыгиваниям, истончение подкожно-жирового слоя на животе, снижение тургора мягких тканей, дефицит массы тела 15%, рост соответствует норме. Ваш диагноз:

<variant> гипотрофия I степени

<variant> паратрофия III степени

<variant> гипостатура I степени

<variant> гипотрофия II степени

<variant> гипотрофия III степени

<question>Ребенок 2 –х месяцев находится на грудном вскармливании, вес при рождении 3400г, в данное время весит 6000г. При осмотре кожные покровы розовой окраски, подкожный жировой слой развит нормально. По органам патологии нет. Профилактические мероприятия гипотрофии :

<variant> свободное грудное вскармливание

<variant> несвоевременное введение прикорма

<variant> грудное вскармливание через 3 часа

<variant> грудное вскармливание 2 раза в сутки

<variant> грудное вскармливание через 4 часа

<question>Ребенок 4 лет. заболел остро: повысилась температура до 39,2 градусов, появились катаральные явления. Доза парацетамола при высокой лихорадке выше 38,5 по ИВБДВ:

<variant> сироп 10мл (2 ч.л.) или таблетка ½ (250мг)



<variant> сироп 5 мл (1 ч.л.) или таблетка ¼ (125мг)

<variant> сироп 10 мл (2 ч.л.) или таблетка ¼ (125мг)

<variant> сироп 5 мл (1 ч.л.) или таблетка ½ (250мг)

<variant> сироп 15 мл (1 ч.л.) или таблетка ½ (250мг)

<question>Вызов на дом к ребенку 10 недель жизни, по ИВБДВ классифицировано как очень тяжелое фебрильное заболевание. Укажите дозу ампициллина и тактика дальнейшая ваша:

<variant> сироп 240 - 2,5 мл x 4 р/день, направить срочно в стационар

<variant> сироп 240 - 2,5 мл x 2 р/день, направить в ЦПМСП для обследования

<variant> сироп 240 - 5,0 мл x 2 р/день, лечить согласно руководствам ИВБДВ

<variant> сироп 240 - 5,0 мл x 4 р/день, направить срочно в стационар

<variant> сироп 240 - 7,0 мл x 2 р/день, направить срочно в стационар

<question>Участкового врач вызвали к ребенку 5 лет. Ребенок заболел остро: повысилась температура до 39 градусов, появились катаральные явления, беспокойство. Ваш диагноз:

<variant> ОРВИ, Гипертермический синдром

<variant> ОРВИ, Судорожный синдром

<variant> ОРВИ, Обструктивный синдром

<variant> ОРВИ, Аденовирусная инфекция

<variant> ОРВИ, Риновирусная инфекция

<question>Ребенок восьми лет обратился к врачу с подозрением на дифтерию зева на второй день болезни. Температура тела 38,0-39,0С, резкие боли при глотании, яркая гиперемия миндалин, островки желтовато-белых, рыхлых налетов в углублениях миндалин, болезненные, немного увеличенные тонзиллярные лимфоузлы. Ваш диагноз:

<variant> лакунарная ангина

<variant> грибковая ангина

<variant> дифтерия зева

<variant> фолликулярная ангина

<variant> катаральная ангина

<question>Ребенку 2 года, со слов матери жалобы на повышение температуры до 38,8С, ухудшение состояние ребенка, вялость, влажный кашель. Объективно: Кожные покровы бледные, периоральный цианоз, раздувание крыльев носа в момент кормления, ЧДД до 62/мин., втяжение межреберных промежутков. Перкуторно над легкими - коробочный оттенок, справа в подлопаточной области участок притупления, там же выслушиваются мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. ЧСС 160 /1 мин. Лабораторно: ОАК Нв-122г/л, Эр 3,8 x10<sup>12</sup>/л, L – 10,8 x10<sup>9</sup>/л, п/я - 4%, с- 53%, л-36%,м – 7%, СОЭ 18 мм/ч. R – грамма легких - очаговые инфильтративные тени в правом легком. Усиление сосудистого рисунка легких. В план общего лечения включить лекарственные препараты

<variant> цефазолин, сальбутамол

<variant> амбробене, интерферон

<variant> рифампицин, ацикловир

<variant> берудуал, дексаметазон

<variant> пантенол, цефазолин

<question>Ребенок 6 лет пришел на прием с мамой. Жалобы на подъем температуры тела до 37,2-37,5, в течение недели, упорный сухой кашель со скудной мокротой, снижение аппетита. Заболевание развилось постепенно с упорного кашля, подъема температуры до субфебрильных цифр. При осмотре: умеренные катаральные явления в зеве. Покраснение конъюнктивы век. В легких - перкуторно легочный звук, выслушиваются рассеянные мелкопузырчатые хрипы. В ОАК L 10,8x10<sup>9</sup>/л; СОЭ 17 мм/ч. На R-грамме грудной клетки - неоднородная очаговая



инфильтрации легочных полей. При бактериальном исследовании мокроты высеяна – микоплазма.

Лекарственный препарат наиболее целесообразно включить в план общего лечения:

<variant> азитромицин

<variant> цефазолин

<variant> ампициллин

<variant> стрептомицин

<variant> гентамицин

<question>У ребенка 3 лет боли в горле при глотании, температура 39,2<sup>0</sup>С, головные боли, гнойный налет на миндалинах. Метод диагностического обследования показан для уточнения диагноза:

<variant> мазок из зева на флору

<variant> общий анализ крови

<variant> общий анализ мочи

<variant> биохимический анализ крови

<variant> R-графия органов грудной клетки

<question>Девочка 11 лет, жалобы на заложенность носа, зуд, приступообразное чихание, головную боль. При осмотре краснота и раздраженность кожи носа и носогубного треугольника. Необходимое обследование.

<variant> риноскопия

<variant> спирография

<variant> небулайзер

<variant> глюкометрия

<variant> пикфлоуметрия

<question>Девочка 4 лет. Жалобы на кашель с приступами, шумное дыхание. При осмотре состояние средней тяжести, дыхание слышное на расстоянии, в легких масса сухих хрипов, тоны сердца приглушены. На рентгенограмме грудной клетки – усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах. Укажите дозу сальбутамола для данного больного:

<variant> сироп 5 мл

<variant> сироп 10 мл

<variant> сироп 15 мл

<variant> сироп 20 мл

<variant> сироп 25 мл

<question>В поликлинику обратилась девочка 13 лет, с жалобами на длительный кашель (в течение 3 месяцев), который начался зимой после простуды. По ночам девочка просыпается от кашля и сама слышит свистящие хрипы, кроме того, при беге она часто закашливается и останавливается, появляются свистящие хрипы. Часто закладывает нос. Температура тела нормальная, насморк. Мать страдает поллинозом. Подтверждает ваш диагноз:

<variant> спирография

<variant> бронхография

<variant> рентгенография

<variant> бронхоскопия

<variant> пикфлоуметрия

<question>У ребенка 2 лет, с острой респираторной вирусной инфекцией, ночью появился лающий кашель, охриплость, одышка с удлиненным вдохом. Ваш диагноз:

<variant> стенозирующий ларинготрахеит

<variant> обструктивный бронхит

<variant> острый ларингит



<variant> бронхиальная астма

<variant> острая пневмония

<question>На приеме мальчик 10 лет, обратился с жалобами на подъем температуры тела до 38,5С в течение недели, на упорный сухой кашель со скудной мокротой, снижение аппетита. Заболевание началось постепенно с упорного кашля, подъема температуры. При осмотре: кожные покровы чистые, розовые, в зеве умеренные катаральные явления. Покраснение конъюнктивы век. В легких - перкуторно легочный звук, выслушиваются рассеянные мелкопузырчатые хрипы. В ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. На рентгенограмме грудной клетки - неоднородная очаговая инфильтрации легочных полей.

Препаратом выбора является:

<variant> макролиды

<variant> тетрациклины

<variant> цефалоспорины

<variant> аминогликозиды

<variant> карбопенымы

<question>На приеме ребенок 5 лет. Жалобы на кашель. Из анамнеза ребенок болел вирусной инфекции, по поводу чего получал лечение, но кашель не проходит. При осмотре - общее состояние не страдает, кожные покровы чистые, бледные. Кашель сухой, редкий. Необходимый препарат для данного больного:

<variant> либексин

<variant> мукалтин

<variant> амброксол

<variant> амробене

<variant> амбро

<question>К врачу обратилась мама с 3-х мес ребенком, находящимся на искусственном вскармливании. При осмотре отмечают гиперемия и шелушение щек, в паховых и подмышечных складках покраснение кожи, мацерация, папулезная сыпь. Ваш диагноз:

<variant> атопический дерматит

<variant> пеленочный дерматит

<variant> нейродермит

<variant> контактный дерматит

<variant> стрептодермия

<question>Ребенок 4 месяцев. Контакт с больным ОРВИ. При осмотре: состояние средней степени тяжести, ребенок беспокойный, сознание ясное. При беспокойстве отмечается инспираторная одышка до 56, приступообразный лающий кашель. В покое дыхание ровное, нет втяжения податливых участков грудной клетки. Ваш диагноз по классификации:

<variant> ОРВИ, ларинготрахеит стеноз I степени

<variant> ОРВИ, ларинготрахеит стеноз II степени

<variant> ОРВИ, ларинготрахеит стеноз III степени

<variant> ОРВИ, ларинготрахеит стеноз IV степени

<variant> ОРВИ, ларинготрахеит стеноз V степени

<question>Вызов на дом к ребенку 6 месяцев. Заболел остро. Со слов мамы у ребенка отмечают повышение температуры до 39,5С, кашель, насморк. Была однократная рвота. При осмотре кожные покровы бледные, ребенок возбужден, наблюдается судорожная готовность, неотчетливые менингеальные симптомы. Ваш диагноз:

<variant> ОРВИ, нейротоксикоз

<variant> серозный менингит

<variant> токсическая пневмония



<variant> кишечный токсикоз

<variant> грипп Н<sub>1</sub>Н<sub>1</sub>

<question>Ребенку 6 месяцев. Выражены лобные и теменные бугры, краниотабес. Б/р. 3,0х3,5 см, края мягкие, податливые, затылок уплощен, облысевший. Липкий пот с кислым запахом. Зубов нет. Грудная клетка сдавлена с боков, края развернуты, на ребрах большие «четки».

Мышечная гипотония. Б/х. анализ крови: Са – 1,5 ммоль/л, Р.- 0,7 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 3,1 ммоль/л.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

<variant> Рахит II, период разгара, острое течение

<variant> Рахит III, период реконвалесценции

<variant> Железодефицитная анемия I степени

<variant> Рахит I, начальный период, острое течение

<variant> Железодефицитная анемия II степени

<question>В поликлинику на прием к врачу пришла девочка 3 лет, жалобы на повышение температуры, заложенность носа, чихание, сухой кашель. Болеет 2-3 день. Состояние средней тяжести. Зев гиперемирован. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Лечение данному больному по протоколу в условиях ПМСП в первую очередь:

<variant> виферон 500000 МЕ 2 раза в сутки ректально 10 дней

<variant> виферон 150000 МЕ 2 раза в сутки ректально 10 дней

<variant> виферон 500000 МЕ 1 раза в сутки ректально 10 дней

<variant> виферон 1000000 МЕ 2 раза в сутки ректально 10 дней

<variant> виферон 150000 МЕ 1 раза в сутки ректально 10 дней

<question>У мальчика 5 лет, состояние ближе к удовлетворительному, температура 37,8С, кашель, насморк. Болен 2-й день. Назначьте первоочередное лечение данному ребенку:

<variant> постельный режим, обильное питье

<variant> полупостельный режим, обильное питье

<variant> постельный режим, питье ограничено

<variant> можно посещать детский сад

<variant> свободный режим, питье ограничено

<question>Ребенку 1 год 6 мес, перенес ОРВИ дней пять назад, со слов матери жалобы на ухудшение состояние ребенка, вялость, повышение температуры до 38,2 С, влажный кашель. При осмотре - кожные покровы бледные, периоральный цианоз, раздувание крыльев носа в момент кормления, ЧДД до 62/мин. Перкуторно над легкими - коробочный оттенок, справа в подлопаточной области участок притупления, там же выслушиваются мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. ЧСС 160 /1 мин. Лабораторно: ОАК Нв-122г/л, Эр 3,8 x10<sup>12</sup>/л, L – 10,8 x10<sup>9</sup>/л, п/я - 4%, с- 53%, л-36%,м – 7%, СОЭ 17 мм/ч. R – грамма легких - очаговые инфильтративные тени в правом легком, усиление сосудистого рисунка легких. В лечении данного пациента первоначальным шагом являются:

<variant> амоксициллин, сальбутамол

<variant> амбробене, ацикловир

<variant> рифампицин, интерферон

<variant> берудуал, цефазолин

<variant> пантенол, дексаметазон

<question>В лечение диареи на дому детям до 2 лет, ОРС (в мл) применяют после каждого жидкого стула и в интервалах:

<variant> 50 - 100

<variant> 30 – 50

<variant> 70 - 100



<variant> 120- 150

<variant> 30 – 70

<question>Ребенку 3 мес , масса тела составляет 5300г. Определите количество ОРС в течение 4 часов данному ребенку:

<variant> 200-400мл

<variant> 300-700мл

<variant> 100-400мл

<variant> 200-300мл

<variant> 300-500мл

<question>Ребенку 5 месяцев, жалобы на жидкий стул, рвоту в течение 2-х дней.

Необходимо провести в первую очередь исследование в условиях ПМСП.

<variant> копрологическое исследование

<variant> УЗИ брюшной полости

<variant> биохимический анализ крови

<variant> вирусологическое исследование

<variant> кал на яйца глист

<question>Мама с ребенком 6 мес. обратилась к врачу с жалобами на жидкий стул, рвоту, температуру. При осмотре ребенок без сознания запавшие глаза, кожная складка расправляется очень медленно, пьет плохо.

Оцените состояние больного:

<variant> тяжелое обезвоживание

<variant> умеренное обезвоживание

<variant> обезвоживания нет

<variant> обезвоживания есть

<variant> не тяжелое обезвоживание

<question>На приеме у врача мама с ребенком 3 лет, жалобы на рвоту, жидкий стул, больна 3-й день. Дайте рекомендации маме по приему ОРС:

<variant> из чашки небольшими частыми глотками

<variant> давать жидкости из соски небольшими частыми глотками

<variant> давать жидкости из чашки большими частыми глотками

<variant> из бутылки небольшими частыми глотками

<variant> из соски большими частыми глотками

<question>Проведите расчет жидкости больному от потери с диареей:

<variant> 20-30 мл/кг/сут

<variant> 10-20 мл/кг/сут

<variant> 30-40 мл/кг/сут

<variant> 5-10 мл/кг/сут

<variant> 25-30 мл/кг/сут

<question>Ребенку 1 год. На втором месяце беременности мать перенесла вирусный гепатит, был гестоз второй половины. Роды в срок, масса при рождении 2900г, длина 50 см, окружность головы 38,4 см. С рождения часто плачет, вскрикивает. Отмечается задержка психомоторного развития. На момент осмотра окружность головы 64 см, окружность грудной клетки 45,6см. В неврологическом статусе – сходящее косоглазие, нистагм, глубокий нижний спастический парез. Голову держит с 8 мес., самостоятельно не ходит. Менингеальных симптомов нет.

Внутренние органы – без патологии.

Ваш диагноз.

<variant> гидроцефалия врожденная

<variant> опухоль головного мозга



<variant> нейроинфекция

<variant> гидроцефалия приобретенная

<variant> рахит

<question>Ребенку 1 год. На первом месяце беременности мать перенесла пиелонефрит. Роды в срок, масса при рождении 3100г, длина 52 см, окружность головы 39 см. Отмечается задержка психомоторного развития. В неврологическом статусе – сходящее косоглазие, нистагм, глубокий нижний спастический паразез. Голову держит с 10 мес., самостоятельно не ходит. Менингеальных симптомов нет. Внутренние органы – без патологии. Необходимое первоочередное исследование.

<variant> осмотр глазного дна

<variant> измерение температуры тела

<variant> измерение АД

<variant> общий анализ мочи

<variant> общий анализ крови

<question>У беременной женщины гестоз второй половины. Ребенку 11 мес. Родился в срок, масса при рождении 2750г, длина 49 см, С рождения беспокойная. Отмечается задержка психомоторного развития. На момент осмотра окружность головы 64 см, окружность грудной клетки 45,6см. В неврологическом статусе – сходящее косоглазие, нистагм, глубокий нижний спастический паразез. Голову держит с 9 мес., самостоятельно не ходит. Менингеальных симптомов нет. Внутренние органы – без патологии. В план лечения необходимо первоочередно включить:

<variant> психостимуляторы, дегидратационную и рассасывающую терапии

<variant> антибактериальную терапию, витамины и кортикостероиды

<variant> рассасывающую терапию, витамины и макролиды

<variant> дегидратационную терапию, физиолечение, психостимуляторы

<variant> психостимуляторы, кортикостероиды и витамины

<question>Вызов врача к ребенку 5 мес. Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи в первую очередь:

<variant> оценка сознания ребенка, измерение ЧД, ЧСС, АД

<variant> сбор жалоб и анамнеза, оценка состояния большого родничка

<variant> измерение ЧД, ЧСС, АД, сбор жалоб и анамнеза

<variant> физикальное исследование – измерение окружности головы

<variant> оценка состояния большого родничка, измерение ЧД, ЧСС

<question>Девочка от 1-й патологически протекавшей беременности, преждевременных, стремительных родов на 34-35-й неделе. Родилась в асфиксии, оценка по шкале Апгар 4-5 баллов. Состояние после рождения тяжелое, кожные покровы цианотичные, с «мраморным рисунком». Дыхание аритмичное, с втяжением межреберных промежутков, тахипноэ. Тоны сердца приглушены, тахикардия, негрубый систолический шум. Монотонный крик, судорожная готовность, вертикальный нистагм, симптом “заходящего солнца”, крупноразмашистый тремор конечностей. В анализе крови  $15 \times 10^9/\text{л}$  лейкоцитов. Наиболее информативное исследование для подтверждения диагноза у данного ребенка:

<variant> нейросонография

<variant> спинно-мозговая пункция

<variant> рентгенография грудной клетки

<variant> УЗИ сердца

<variant> бронхография

<question>Девочка от 3-й патологически протекавшей беременности, преждевременных стремительных родов на 32-34-й неделе. Родилась в асфиксии, оценка по шкале Апгар 4-5

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2» <b>КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА</b>	044/62-11 ( ) 95 стр. из 138

баллов. Состояние после рождения тяжелое, кожные покровы цианотичные. Крик слабый, судорожная готовность, нистагм, тремор конечностей. Наиболее вероятен следующий диагноз:

<variant> перинатальное поражение ЦНС

<variant> менингит

<variant> врожденный порок сердца

<variant> внутриутробная пневмония

<variant> гемолитическая болезнь

<question>Вызов на дом к ребенку 11 месяцев. Со слов мамы у ребенка отмечаются частые беспокойства, запрокидывание головы назад, дрожание подбородочной области. При осмотре отмечается выбухание большого родничка, пульсация. Первоочередное диагностическое обследование необходимо данному ребенку:

<variant> УЗИ головного мозга

<variant> УЗИ сердца

<variant> ЭКГ сердца

<variant> Пробу Сулковича

<variant> Пробу Нечипоренко

<question>Ребенку 1.2 мес. С рождения беспокойный, отмечается задержка психомоторного развития. На момент осмотра окружность головы 65 см, окружность грудной клетки 46,7 см. В неврологическом статусе – сходящее косоглазие, нистагм. Голову держит с 8 мес.

Менингеальных симптомов нет. Внутренние органы – без патологии. Направьте ребенка на консультацию к специалисту:

<variant> неврологу

<variant> аллергологу

<variant> фтизиатру

<variant> хирургу

<variant> кардиологу

<question>Ребенок от 2-ой беременности, преждевременных родов на 33-35-й неделе. Родился в асфиксии, оценка по шкале Апгар 4-5 баллов. При осмотре состояние тяжелое, кожные покровы цианотичные, клонико-тонические судороги, крик слабый.

Для ликвидации судорог данному ребенку необходимая доза препарата:

<variant> диазепам в дозе 0,5 мг/кг массы в/м

<variant> диазепам в дозе 1,0 мг/кг массы в/м

<variant> раствор седуксена 1,0 мл в/в

<variant> диазепам в дозе 1,5 мг/кг массы в/м

<variant> диазепам в дозе 0,1 мг/кг массы в/м

<question>У ребенка 5 мес крик слабый, кожные покровы бледные, тремор подбородка.

Глазные яблоки плавающие, нистагм. Уровень глюкозы в крови – 2,0 ммоль/л, уровень кальция – 2,3 ммоль/л, уровень магния – 0,92 ммоль/л. К первоочередным мероприятиям при судорожном синдроме относится введение:

<variant> диазепама

<variant> лазикса

<variant> преднизолона

<variant> витаминов

<variant> пенициллина

<question>Ребенку 9 мес. с мамой на приеме. Поставлен диагноз Микоплазменная пневмония.

При лечении у детей раннего возраста целесообразно использовать.

<variant> макролиды

<variant> природные пенициллины



<variant> полусинтетические пенициллины

<variant> дефалоспорины 1-го поколения

<variant> аминогликозиды

<question>Больной, 7 лет, с жалобами на повышение температуры до 37,5<sup>0</sup>-37,8<sup>0</sup> С в течение трех недель, снижение аппетита, слабость, недомогание, повышенную потливость, схваткообразные боли в животе перед актом дефекации, частый (6–8 раз в сутки) жидкий стул с прожилками крови и слизью, боли в крупных суставах. При осмотре кожа бледная, чистая. Живот не вздут, мягкий, резко болезненный в левой половине живота. В ОАК: Нв . 100 г/л, Эр - 3,8' 10<sup>12</sup>, СОЭ - 17 мм/ч. Кал на скрытую кровь положительно. При проведении ректороманоскопии выявлены отек и гиперемия слизистой оболочки прямой кишки, выраженная контактная кровоточивость, геморрагии, эрозии и две язвы неправильной формы, густые наложения на стенках кишки. В лечении данного заболевания является.

<variant> Спазмолитики

<variant> Сульфаниламидные препараты

<variant> Антидиарейные препараты

<variant> Заместительная ферментативная терапия

<variant> Антибиотики

<question>В детскую поликлинику обратилась мать с 3-х мес. ребенком, находящимся на искусственном вскармливании. В семье у старшего брата нейродермит. При осмотре отмечают гиперемия и шелушение щек, в паховых и подмышечных складках покраснение кожи, мацерация, папулезная сыпь. Ваш предположительный диагноз .

<variant> атопический дерматит

<variant> пеленочный дерматит

<variant> контактный дерматит

<variant> аллергический дерматит

<variant> нейродермит

<question>Родители новорожденной девочки 24 дней обратились к участковому врачу с жалобами на беспокойство ребенка в течение 3 дней, срыгивание нествороженным молоком до 6-8 раз в сутки. На грудном вскармливании - до 21-го дня жизни, сейчас ребенка кормят адаптированной смесью "Энфамил", разведенной цельным коровьим молоком, кормят при каждом крике ребенка. Для питья используют чай - 2 чайные ложки сахара на стакан воды. Масса тела 4300 г. На щеках покраснение, корочки, опрелости в паховых областях, гнейс на волосистой части головы. Живот вздут. При пальпации живота обильно срыгнула молоком. Печень на 2 см выступает из. под реберной дуги. Ваш предположительный диагноз .

<variant> Ферментативная недостаточность

<variant> Аллергодерматоз

<variant> Алиментарная диспепсия

<variant> Острая кишечная инфекция

<variant> Детская экзема

<question>На консультативном приеме осмотрена девочка 1.5 лет. С двухмесячного возраста - проявления атопического диатеза. Родилась от второй беременности, протекавшей с токсокозом II половины. На искусственном вскармливании с. 2-х мес. Обострения кожных проявлений мать связывает с употреблением молока и яиц. Наследственность: у матери рецидивирующая крапивница. При осмотре ребенка на разгибательной поверхности голени и предплечий кожа ярко гиперемизирована, отечна, покрыта микровезикулами с мокнутием в виде "колодцев". Анализ крови: НБ 120 г/л, эритроциты - 3.9 x 10<sup>12</sup>/л, лейкоциты - 8.2 x 10<sup>9</sup>/л, эозинофилы - 10%, п\я - 1%, с\я - 42%, лимфоциты - 43%, моноциты - 4%. Общий IgE сыворотки - 1 О МЕ\мл (норма - 20 МЕ\мл). Ваш предполагаемый диагноз.



<variant> Атопический диатез

<variant> Пищевая аллергия

<variant> Атопический дерматит

<variant> Эксудативно-катаральный диатез

<variant> Аллергический диатез

<question> Осмотрена девочка 9 мес., из многодетной семьи, живущей в плохих материально-бытовых условиях. Родилась от 7-й беременности, протекавшей с анемией и многоводием, недоношенной. Прикормы вводились с нарушением сроков, мясного прикорма не получает. Детскую поликлинику мать посещает нерегулярно, прививки - с нарушением графика. профилактика рахита не проводилась. При объективном исследовании: масса тела 7000 г, длина 63 см; кожа бледная, зев чистый, зубов нет. Форма головы "квадратная", грудная клетка килевидная, живот "трехлопастный", реберные "четки", гarrisонова борозда, симптом "складного ножа". Сидит неустойчиво, стоит с поддержкой. Поведение ребенка неустойчиво, эмоциональный тонус снижен. Определяются симптомы Труссо, Люста, Хвостека. Ваш предположительный диагноз:

<variant> Рахит II степени тяжести, период разгара, подострое течение.

<variant> Рахит I степени тяжести, период разгара, острое течение.

<variant> Рахит II степени тяжести, начальный период, острое течение

<variant> Рахит II степени тяжести, период реконвалесценции, подострое течение.

<variant> Рахит III степени тяжести, период разгара, острое течение

<question> Мальчик 1 г 3 мес., из многодетной семьи, по социальным показаниям госпитализирован в соматическое отделение клиники. При объективном исследовании: "квадратная" голова с выраженными теменными буграми, "четки на грудной клетке, "браслетки на руках и ногах, "О"-образное искривление нижних конечностей, «утиная походка». Ребенок эмоционально негативен, сидит неустойчиво, ходит мало, предпочитает лежать, не разговаривает. Кожа сухая, бледная. Зев бледен, чист. Зубов 6 с дефектами эмали, остроконечные. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны умеренно приглушены. При перкуссии над легкими ясный легочный звук, дыхание пуэрильное. Живот вздут, увеличен в объеме, пупочная грыжа. Печень на 4 см ниже реберной дуги, пальпируется край селезенки. Стул склонен к запорам. Ваш предположительный диагноз:

<variant> Рахит II степени тяжести, период разгара, подострое течение

<variant> Рахит I степени тяжести, период разгара, острое течение

<variant> Рахит II степени тяжести, начальный период, острое течение

<variant> Рахит III степени тяжести, подострое течение, период реконвалесценции

<variant> Рахит III степени тяжести, период разгара, острое течение

<question> Мальчик 7 мес. доставлен в клинику с жалобами на повторную рвоту, снижение аппетита, запоры, вялость, адинамию, потерю массы тела. Настоящие жалобы появились на фоне лечения рахита II степени витамином D<sub>2</sub> в масляном растворе. По вине матери мальчик ошибочно получал I чайную ложку препарата витамина D<sub>2</sub> в день в сочетании с рыбьим жиром по 1 чайной ложке 2 раза в день в течение 1 мес. При исследовании мочи реакция Сулковича резко положительная. Диагноз: Рахит II степени тяжести, подострое течение, период разгара. Гипервитаминоз D, хроническая форма. Ребенок направлен в стационар. Схема лечения ребенка с данным диагнозом включает назначение препаратов, за исключением:

<variant> витамина D

<variant> унитола

<variant> плазмофереза

<variant> мочегонных средств



<variant> преднизолона

<question> Мальчик 7 мес., заболел остро. Повысилась температура тела до 39°C, отмечались: общее беспокойство, снижение аппетита, заложенность носа, редкое сухое покашливание. При осмотре температура тела 38°C, правильное телосложение, удовлетворительное питание, на коже щек гиперемия, крошки, везикулы, отмечены слизистые выделения из носа, периоральный цианоз, гиперемия конъюнктивы, сухое покашливание. ЧД - 34/мин, ЧСС - 138/мин. При осмотре ротоглотки: яркая гиперемия зева, зернистость задней стенки глотки, по которой стекает густая слизь. Увеличены (до крупной горошины) подчелюстные и шейные лимфоузлы, плотноэластические, безболезненные. Над легкими перкуторный звук с тимпаническим оттенком, дыхание жесткое, проводится по все отделы легких. С обеих сторон выслушиваются сухие и влажные среднепузырчатые хрипы. Край печени выступает на 3 см из-под края реберной дуги, мягкий, безболезненный. Стул кашицеобразный, 2 раза в сутки. Отмечается урежение числа мочеиспусканий. Ваш предположительный диагноз.

<variant> Острого ринофарингита

<variant> Острого конъюнктивита

<variant> Острого бронхита

<variant> Острого бронхоолита

<variant> Атопического диатеза

<question> У девочки 6 мес через 2 дня после контакта с больным ОРВИ повысилась температура тела до 37,8°C, появилось беспокойство, снижение аппетита, слизистые выделения из носа, сухой кашель. На четвертый день заболевания кашель усилился, появились периоральный цианоз и одышка, усилилось беспокойство, нарушился сон ребенка. При осмотре состояние средней тяжести, частый влажный кашель. Заложенность носа. Температура тела 37,5°C. Кожа бледная, зев и задняя стенка глотки гиперемированы. Умеренно выражена интоксикация, ЧД - 50/мин. С участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно - коробочный оттенок. Аускультативно - жесткое дыхание, диффузные средне- и мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон. ЧСС - 140/мин. Границы сердца не расширены, тоны приглушены. Живот умеренно вздут. Наследственность нет.

Ваш предположительный диагноз.

<variant> Острая пневмония

<variant> ОРВИ, тяжелое течение

<variant> Острого бронхоолита, тяжелое течение

<variant> Дыхательной недостаточности 2 степени

<variant> Бронхообструктивного синдрома

<question> Мальчик 4,5 мес., родился от второй беременности, протекавшей с токсикозом.

Ребенок от первой беременности умер от кишечной непроходимости в возрасте 3 дней. Вторые роды срочные, без осложнений, масса тела 2900 г, длина - 48 см. За первый месяц прибавил в массе 230 г при хорошем аппетите. После введения в 2 мес прикорма (смесь "Энфамил") появился сухой навязчивый кашель, принявший затем навязчивый характер. Трижды обследован на коклюш. Участковым врачом был поставлен диагноз: "острый бронхит". Назначен курс вибромицина и бронхолитических препаратов с положительным эффектом. Через 2 нед кашель возобновился, стал более влажным. На рентгенограмме выявлено умеренное вздутие легких, расширение корней легких с обеих сторон и выраженные перибронхиальные изменения. При осмотре бледность, сухость кожных покровов, умеренный гиперкератоз, легкий периоральный цианоз. Подкожный жировой слой отсутствует на животе и груди, истощен на бедрах. ЧСС - 144/мин, тоны сердца приглушены, выслушивается короткий систолический шум с максимумом в точке Боткина. ЧД - 40/мин, над легкими перкуторно-тимпанит. Дыхание жесткое, над нижними отделами грубое, выдох умеренно удлинен;



выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы и единичные влажные, среднепузырчатые. Живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, край плотный; селезенка не пальпируется. Стул при осмотре обильный, светлый, с неприятным гнилостным запахом. Предполагаемый диагноз, учитывая сопутствующие заболевания и осложнения, включает следующие заболевания, кроме:

- <variant> хронической пневмонии, тяжелое течение
- <variant> муковисцидоза, смешанная форма
- <variant> вторичного обструктивного бронхита
- <variant> постнатальной типотрофии II конституциональной
- <variant> анемии легкой степени тяжести смешанной этиологии

<question>В детскую больницу поступил ребенок 3 лет с жалобами на экспираторную одышку, сильный кашель. Из анамнеза выяснено, что ребенок играл с бусами без присмотра взрослых. Внезапно у ребенка появился приступообразный кашель, затрудненное дыхание. При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 36,8°C, цианоз носогубного треугольника, западение межреберных промежутков справа. ЧСС - 130/мин, тоны сердца приглушены. При сравнительной перкуссии легких определяются приступление перкуторного звука справа ниже угла лопатки, аускультативно - в той же области резко ослабленное дыхание. Над остальными участками легких - пуэрильное дыхание. Ваш предположительный диагноз

- <variant> Инородное тело дыхательных путей
- <variant> Обструктивный бронхит
- <variant> ОРВИ, тяжелое течение
- <variant> Бронхиальная астма
- <variant> Острый бронхит

<question>Ребенок 2 мес болен 5 дней: повышение температуры тела до 37,7°C, слизистые выделения из носа, чихание. Сухой кашель. Аппетит снижен, спит беспокойно. Проводилось симптоматическое лечение ОРВИ. На 6-й день болезни состояние ухудшилось: температура повысилась до 38,5°C, кашель стал частым, влажным. При осмотре состояние тяжелое: дышит часто, поверхностно. Кожа бледная, периоральный цианоз. Зев ярко гиперемирован, слизистые выделения из носа, конъюнктивит. ЧД - 52/мин, ЧСС - 128/мин. Над легкими коробочный оттенок перкуторного звука, дыхание жесткое, особенно под углами лопаток. Там же выслушиваются звучные влажные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы, не исчезающие после кашля. Выдох не удлинен. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные; границы сердца в пределах возрастной нормы. Живот мягкий, печень выступает из-под реберной дуги на 2 см, пальпируется край селезенки. Описанная клиническая картина соответствует следующему заболеванию, учитывая осложнения и сопутствующую патологию

- <variant> Острая двусторонняя пневмония с локализацией в сегментах нижних долей
- <variant> Острый бронхит
- <variant> Острый бронхит
- <variant> Дыхательная недостаточность II степени
- <variant> Дыхательная недостаточность III степени

<question>Ребенок 5-летнего возраста с хроническим бронхитом и вторичным иммунодефицитом отделения больницы. На второй день после бронхоскопии состояние резко ухудшилось: повысилась температура тела до фебрильных цифр, появились симптомы интоксикации и дыхательной недостаточности. При физикальном исследовании над верхней долей правого легкого определяется выраженное приступление перкуторного звука, ослабление дыхания, на высоте вдоха единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. В анализе крови увеличена СОЭ до 56-72 мм/ч. На рентгенограмме легких - умеренное уплотнение легочной ткани в области верхней доли правого легкого. Состояние ребенка прогрессивно ухудшается:



лихорадка, нарастают симптомы интоксикации и дыхательной недостаточности. В отделении выставлен диагноз: "Первичная инфильтративно-нагноительная пневмония, острое течение.

Дыхательная недостаточность II степени". С учетом предполагаемого возбудителя, характера течения II степени тяжести заболевания выберите для лечения стартовый антибиотик:

<variant> сочетание цефалоспоринов с аминогликозидами

<variant> пенициллиновой ряд

<variant> цефалоспорины III-IV поколения

<variant> аминогликозиды

<variant> тетрациклины

<question> Маме 22 года, соматически здорова. Дородовый патронаж на 16 и 38 неделе беременности. Роды вторые. Беременность и роды без отклонений от нормы. Родился мальчик, по Апгар 8-9 баллов, вес 3450,0, рост 52 см. К груди приложен через 30 минут, сосал активно. Выписан в удовлетворительном состоянии. Отклонений в соматическом статусе нет. Рефлексы врожденного автоматизма вызываются, живые, содружественные. Группа здоровья данного ребенка?

<variant> I

<variant> II

<variant> III

<variant> IV

<variant> V

<question> Основные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне у пациентов с диарей:

<variant> Копрологическое, бактериологическое исследование

<variant> Общий анализ крови, мочи

<variant> Биохимический анализ крови, УЗИ

<variant> Кал на яйца глист и простейших, коагулограмма

<variant> УЗИ органов брюшной полости, копрология

<question> Оптимальным препаратом выбора для лечения рефлюкс-эзофагита III степени является:

<variant> омепразол

<variant> тетрациклин

<variant> коллоидный субцитрат висмута

<variant> цизаприд

<variant> метоклопромид

<question> На приеме у педиатра мальчик 12 лет с жалобами на схваткообразные боли в области пупка, спустя несколько часов, боль сместилась в правый нижний квадрант живота и стала постоянной. Наблюдалось несколько эпизодов рвоты. Доставлен в приемное отделение стационара. При рентгенографии органы брюшной и грудной полостей в норме. В крови умеренный лейкоцитоз. В анализе мочи три лейкоцита в поле зрения. Ваш предварительный диагноз:

<variant> аппендицит

<variant> дивертикулит

<variant> ущемление грыжи

<variant> кишечная непроходимость

<variant> перитонит

<question> На приеме 12-летняя девочка, у которой внезапно появилась постоянная усиливающаяся боль в нижнем квадранте живота. Наблюдается тошнота без рвоты.

Непосредственно перед началом болей у нее была нормальная дефекация. При осмотре



определяется разлитая болезненность и напряжение в правой подвздошной области, без симптомов раздражения брюшины, выслушиваются кишечные шумы. Количество лейкоцитов  $18,0 \times 10^9/\text{л}$ . Активность амилазы сыворотки крови в пределах нормы. Анализ кала на скрытую кровь отрицательный. Ваша тактика:

<variant> диагностическая лапаротомия

<variant> амбулаторное лечение с назначением анальгетиков

<variant> повторная госпитализация при усилении болей

<variant> ирригография

<variant> ректороманоскопия

<question> У ребенка 3 месяцев, на фоне ОРЗ повышение температуры тела до 38,9С.

Необходимо назначить для снижения температуры тела:

<variant> питьевой режим, физические методы охлаждения, парацетамол - 0,05г

<variant> питьевой режим, парацетамол - 0,01г

<variant> Физические методы охлаждения, парацетамол - 0,025г

<variant> питьевой режим, физические методы охлаждения, в/в физраствор 0,9%, парацетамол - 0,1г

<variant> питьевой режим, физические методы охлаждения, в/в 5% раствор глюкозы, парацетамол - 0,2г

<question> На приеме девочка А, 13 лет в течение 5 лет страдает бронхиальной астмой.

Приступы возникают 1-2 раза в неделю при вдыхании сильных запахов, при контакте с домашними животными. 2-3 раза в месяц просыпается от ночного удушья. Обострения заболевания отмечаются в осенне-весенний период. Базисной терапии ребенок не получает. Из анамнеза: мама страдает бронхиальной астмой. Спирометрия: ОФВ1, и ПСВ >80%; колебания ПСВ 20-30 % от жолжного. Во время приступов больная пользуется салбутамолом с положительным эффектом. Объективно: грудная клетка обычной формы, при аускультации дыхание жесткое, при пробе с форсированным выдохом выслушиваются единичные сухие хрипы по передней поверхности грудной клетки.

Поставьте диагноз в соответствии с классификацией:

<variant> бронхиальная астма, атопическая форма, легкое персистирующее течение, неконтролируемая. Тяжесть течения возможно оценить точнее после назначения базисной противовоспалительной терапии

<variant> бронхиальная астма, в стадии обострения. Осложнение: медленно развивающийся астматический статус. 1 стадия

<variant> бронхиальная астма, атопическая форма, обострение. (наличие приступов удушья, сопровождающихся кашлем, одышкой, удлиненный выдох, данные перкуссии и аускультации, неблагоприятный аллергоанамнез)

<variant> бронхиальная астма, обострение средней степени тяжести

<variant> бронхиальная астма, обострение

<question> Мать 1 месячного ребёнка обратилась в поликлинику из-за беспокойства ребенка.

Масса тела ребёнка при рождении 3700грамм, при осмотре - 4000 грамм. Промежутки между кормлениями составляют 3,5 часа. Ночной перерыв 6 часов. После каждого кормления мать сцеживает 20-30грамм молока. При контрольном кормлении ребёнок высосал 100грамм грудного молока. Из ниже перечисленного следует рекомендовать в данном случае

<variant> Перевод на 7-8-разовое кормление

<variant> Ничего не менять

<variant> Медикаментозную стимуляцию лактации

<variant> Докорм сцеженным молоком

<variant> Докорм донорским молоком



<question>У месячного ребенка отсутствует прибавка массы тела, стул обильный, зловонный. Диагностирован кистозный фиброз.

Из перечисленных мероприятий является НАИБОЛЕЕ целесообразным.

<variant> Зондовое кормление грудным молоком

<variant> Реополиглюкин

<variant> Витамины А, Е

<variant> Линекс+ Зондовое кормление грудным молоком

<variant> Мезим-форте + Зондовое кормление грудным молоком

<question>Ребенок от III беременности, протекавшей на фоне хронической фетоплацентарной недостаточности, анемии II степени, ОРЗ в I триместре, от II родов в 28 недель. Родился мальчик, с весом 800 грамм. Обильное лануго, подкожно-жировой слой истончен повсеместно, ушные раковины мягкие, швы и малый родничок открыты, яички не опущены в мошонку, пупочное кольцо низко расположено.

Из перечисленных предварительных диагнозов НАИБОЛЕЕ вероятен.

<variant> Недоношенность IV степени, жизнеспособный ребенок

<variant> Живорожденный нежизнеспособный плод

<variant> Живорожденный ребенок, недоношенность II степени

<variant> Недоношенность III степени, нежизнеспособный плод

<variant> Недоношенность IV степени, нежизнеспособный ребенок

<question>У кормящей женщины повысилась температура до 37,5°C, появилось уплотнение на груди, болезненность при пальпации, небольшая гиперемия. При сцеживании молоко обычного цвета, без примесей крови и гноя.

Из перечисленных мероприятий является НАИБОЛЕЕ целесообразным.

<variant> Продолжить грудное вскармливание со сцеживанием остатка

<variant> Запретить грудное вскармливание

<variant> Перевести на искусственное вскармливание

<variant> Назначить бактериологическое исследование молока

<variant> Кормить сцеженным пастеризованным грудным молоком

<question>Патронаж к ребенку в возрасте 21 дня. Мама жалуется на беспокойство, девочка плохо спит ночью, громкий требовательный крик, грудь и пустышку хватает жадно, охотно пьет воду, до 200 мл в сутки. Мама кормит ребенка строго по часам, 8 раз в сутки с ночным перерывом 6 часов, считает лактацию достаточной. Масса тела 4000, при контрольном кормлении ребенок высасывает 60 мл молока (за сутки при 8 разовом кормлении 480 мл).

Предположительный диагноз:

<variant> Дефицит молока у матери второй степени (гипогалактия II)

<variant> Дефицит молока у матери первой степени (гипогалактия I)

<variant> Дефицит молока у матери третьей степени (гипогалактия III)

<variant> Дефицит молока у матери четвертой степени (гипогалактия IV)

<variant> Дефицита молока нет, ребенок нуждается в обследовании для уточнения причины беспокойства

<question>Патронаж к ребенку в возрасте 21 дня. Мама жалуется на беспокойство, девочка плохо спит ночью, громкий требовательный крик, грудь и пустышку хватает жадно, охотно пьет воду, до 200 мл в сутки. Мама кормит ребенка строго по часам, 8 раз в сутки с ночным перерывом 6 часов, считает лактацию достаточной. Масса тела 4000, при контрольном кормлении ребенок высасывает 60 мл молока (за сутки при 8 разовом кормлении 480 мл).

Необходимый суточный объем молока для данного ребенка:

<variant> 800 мл в сутки

<variant> 500 мл в сутки



<variant> 600 мл в сутки

<variant> 700 мл в сутки

<variant> 900 в сутки

<question>Для купирования судорог больному ребенку с гидроцефалией назначается препарат:

<variant> диазепам

<variant> седуксен

<variant> люминал

<variant> фенобарбитал

<variant> фуросемид

<question>Больной ребенок 4 лет на приеме с диагнозом Гидроцефалия. С целью снижения внутричерепного и внутриглазного давления применяют:

<variant> диуретики

<variant> антибиотики

<variant> витамины

<variant> гормоны

<variant> макролиды

<question>Вызов на дом к девочке 7 месяцев. Диагноз: ОРВИ, фебрильные судороги. Для неотложной терапии судорог ребенку необходима доза диазепама:

<variant> 0,5 мг/кг ректально или в/м

<variant> 0,7 мг/кг ректально или в/м

<variant> 0,3 мг/кг ректально или в/м

<variant> 0,4 мг/кг ректально или в/м

<variant> 0,2 мг/кг ректально или в/м

<question> У годовалного ребенка появились диарея и рвота. Через 4 дней олигурия. В крови гиперазотемия и ацидоз. Какой из ниже перечисленных препаратов следует назначить больному?

<variant> Обильное жидкость

<variant> Вести бикарбонат

<variant> 12 ч. не кушать

<variant> Ограничение жидкости

<variant> Парентеральное питание

<question>У ребенка М. 1,5 годика отмечается низкий вес для возраста. Ваши действия:

<variant> оценить кормление ребенка, проконсультировать мать по вопросам кормления, рекомендовать явиться через 5 дней

<variant> направить срочно в стационар, дать витамин А

<variant> проконсультировать мать по вопросам кормления

<variant> рекомендовать явиться через 5 дней

<variant> дать витамин А, проконсультировать мать по вопросам кормления

<question>Мама 3-летнего Ивана обратилась к врачу по поводу диареи. Диарея в течение 2 дней, сегодня мама заметила в стуле прожилки крови. На момент осмотра ребенок спокойный, на осмотр реагирует положительно, воду пьет без жадности, кожная складка расправляется медленно, глаза не запавшие. Какой план лечения вы примените к данному больному:

<variant> дать ципрофлоксацин 250 мг по ½ таблетке 2 раза в день, давать ОРС по 100-200 мл после каждого стула

<variant> дать эритромицин по 250мг (1 табл) 4 раза в день, давать ОРС по 100-200 мл после каждого стула

<variant> дать амоксициллин по 250мг (1 табл) 4 раза в день, давать ОРС по 100-200 мл после каждого стула



<variant> дать невивграмон 500мг по 1/2 табл 4 раза в день, давать ОРС по 100-200 мл после каждого стула

<variant> дать фурудонин по 100 мг (1 табл) 4 раза в день, давать ОРС по 100-200 мл после каждого стула

<question>Мама привела 2-летнего Ермека к врачу по поводу диареи. Диарея в течение 3 дней. На момент осмотра ребенок спокойный, на осмотр реагирует положительно, воду пьет без жадности, кожная складка расправляется медленно, глаза не запавшие. Какой план лечения вы примените к данному больному:

<variant> продолжить кормить ребенка; давать побольше жидкости в виде рисового отвара, кисломолочных смесей, айрана; давать ОРС по 100 мл после каждого стула

<variant> давать ОРС в количестве 900 мл в течение 4 часов, продолжать кормить ребенка

<variant> начать регидратацию раствором ОРС в количестве 20 мл/кг в течение 6 часов (всего 120мл/кг)

<variant> начать внутривенное вливание физиологического раствора в объеме 100мл/кг в течение 3 часов, в первые 30 мин. 30 мл/кг, затем в оставшиеся 2,5 часа 70мл/кг

<variant> давать ОРС в количестве 900 мл в течение 4 часов, продолжать кормить ребенка, начать внутривенное вливание физиологического раствора в количестве 30мл/кг

<question>Мама привела 2-летнего Антона к врачу по поводу диареи. Диарея в течение 3 дней. На момент осмотра ребенок вялый, воду пьет неохотно, кожная складка расправляется очень медленно, глаза запавшие. Какой план лечения вы примените к данному больному:

<variant> начать внутривенное вливание физиологического раствора в объеме 100мл/кг в течение 3 часов, в первые 30 мин. 30 мл/кг, затем в оставшиеся 2,5 часа 70мл/кг

<variant> продолжить кормить ребенка; давать побольше жидкости в виде рисового отвара, кисломолочных смесей, айрана; давать ОРС по 100 мл после каждого стула

<variant> давать ОРС в количестве 900 мл в течение 4 часов, продолжать кормить ребенка

<variant> начать регидратацию раствором ОРС в количестве 200 мл/кг в течение 6 часов

<variant> давать ОРС в количестве 1000 мл в течение 4 часов, продолжать кормить ребенка, начать внутривенное вливание физиологического раствора в количестве 30мл/кг

<question>Мама 8 – месячного Анвара обратилась к врачу по поводу диареи. Диарея в течение 4 дней. На момент осмотра ребенок вялый, воду не пьет, кожная складка расправляется медленно, глаза запавшие. Какой план лечения вы примените к данному больному:

<variant> начать внутривенное вливание физиологического раствора в объеме 100мл/кг в течение 6 часов, в первый 1 час 30 мл/кг, затем в оставшиеся 5 часов 70мл/кг

<variant> продолжить кормить ребенка; давать побольше жидкости в виде рисового отвара, кисломолочных смесей, айрана; давать ОРС по 100 мл после каждого стула

<variant> давать ОРС в количестве 700 мл в течение 4 часов, продолжать кормить ребенка

<variant> начать регидратацию раствором ОРС в количестве 200 мл/кг в течение 6 часов

<variant> давать ОРС в количестве 700 мл в течение 4 часов, продолжать кормить ребенка, начать внутривенное вливание физиологического раствора в количестве 30 мл/кг

<question>В стационар поступает ребенок 8 месяцев (вес 8 кг), с жалобами на повышение температуры до 39<sup>0</sup>С, повторную рвоту, жидкий водянистый стул до 10 раз в сутки в течение 3-х дней. Объективно: ребенок болезненно раздражим, глаза запавшие, пьет с жадностью. Кожная складка расправляется немедленно. Классифицируйте проблему «диарея» по программе ИВБДВ и укажите объем оральной регидратации:

<variant> «Умеренное обезвоживание», план Б -600 мл в течение 4 часов

<variant> «Диарея. Нет обезвоживания», план А -100 мл после каждого жидкого стула

<variant> «Тяжелое обезвоживание», план В– 240 мл в вену в течение 2,5 часов

<variant> «Диарея. Нет обезвоживания», план А - 200 мл после каждого жидкого стула



<variant> «Тяжелое обезвоживание», план В -800 мл в течение 6 часов

<question>Больной без сознания. При осмотре – цианоз, на сонной артерии пульсации не обнаружено.

Какие мероприятия необходимо провести?

<variant> сердечно- легочную реанимацию;

<variant> лабораторные анализы;

<variant> поддерживать жизнедеятельность медикаментозно;

<variant> вызвать невропатолога;

<variant> снять ЭКГ.

<question>Девочка 12 лет в течении 15 минут пробыла под водой. При осмотре признаков жизни нет.Какие мероприятия необходимо провести?

<variant> освободить дыхательные пути от инородных тел, проводить сердечно-легочную реанимацию;

<variant> позвать на помощь прохожих;

<variant> транспортировать девочку в ближайшую больницу для реанимационных мероприятий;

<variant> сердечно-легочную реанимацию;

<variant> вызвать скорую помощь.

<question>Мальчик, 9 лет, жалуется на изжогу, отрыжку с примесью пищи, давящие боли в области эпигастрия и за грудиной сразу после приема пищи. На ФЭГДС: в нижней трети пищевода слизистая гиперемирована, отечная, кардия зияет. Слизистая желудка и двенадцатиперстной кишки шероховатая, розовая.

Какой диагноз наиболее вероятен?

<variant> гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

<variant> хронический эритематозный гастрит

<variant> хронический эрозивный гастрит

<variant> хронический атрофический гастрит

<variant> хронический гиперпластический гастрит

<question>Девочка 12 лет жалуется на боли в эпигастрии ноющего характера, проходящие после приема пищи, изжогу, иногда отрыжку кислым, склонность к запорам. Больна около трех лет. Бледная, раздражительная, красный дермографизм, повышенная потливость. Язык обложен белым налетом ближе к корню, отпечатки зубов. Живот мягкий, умеренная болезненность в эпигастрии и пилорoduodenальной зоне. Печень и селезенка не увеличены. Какой диагноз наиболее вероятен?

<variant> острый гастрит

<variant> хронический гастродуоденит

<variant> хронический холецистит

<variant> дискинезия желчевыводящих путей

<variant> хронический панкреатит

<question>Больной, 14 лет жалуется на боли в в области правого подреберья, боли ноющие, давящие, усиливаются после приема жирной пищи. Объективно у больного температура до 37, 2-37, 5 С, слабость, утомляемость, чувство горечи во рту. Положительные симптомы Керра, Ортнера, Мерфи. В анализе крови лейкоцитоз с нейтрофилезом, ускоренное СОЭ.

Какова наиболее целесообразная терапия при данной патологии?

<variant> Аmpiциллин + но-шпа + гепабене

<variant> Урсосан + креон + фитотерапия

<variant> Аmpiциллин + метронидазол+омез

<variant> Креон + контрикал+ кватател



<variant> Фуразолидон + мезим-форте + денол

<question>Больная Р., 12 лет, предъявляет жалобы на боли в животе с иррадиацией в в спину, многократную рвоту, нарушение , общего самочувствия. В биохимическом анализе крови: амилаза 120 Ед/л, в копрограмме эластаза 87 мкг/мл кала. При УЗИ органов брюшной полости - поджелудочная железа увеличена в размерах, уплотнена.

Какой наиболее приемлемый план лечения при данной патологии?

<variant> Голод, контрикал, квамател

<variant> Стол № 5, но-шпа, ампициллин

<variant> Стол № 1, амоксицилли, метронидазол

<variant> Стол № 4, мезим-форте, хилак-форте

<variant> Стол № 5, гепабене, но-шпа.

<question>У ребенка 13 лет, страдающего хроническим панкреатитом, после стрессовой ситуации возникла острая боль опоясывающего характера в верхней части живота, была рвота, не принесшая облегчения. Положительные симптомы Керте, Мейо-Робсона, Шоффара. В лечении данного ребенка необходимо:

<variant> Введение ингибиторов протеолитических ферментов

<variant> Введение прокинетиков

<variant> Введение холеретиков

<variant> Введение ферментных препаратов (мезим-форте, креон)

<variant> Назначение эрадикационной терапии

<question>Девочка 14 лет жалуется на боли в животе с локализацией в эпигастрии, повышенный аппетит, изжогу. Больна в течение года, но ранее не обследовалась. Отец девочки страдает язвенной болезнью.

При проведении фиброгастроуденоскопии выявлены следующие изменения: слизистая желудка отечна, гиперемирована, имеются множественные эрозии в антруме. Уреазный тест с биоптатом положительный. Поставьте диагноз:

<variant> Хронический эрозивный антральный гастрит, Нр+, период обострения

<variant> Хронический эрозивный гастродуоденит, период обострения

<variant> Хронический эрозивный гастродуоденит, Нр+, период обострения

<variant> Язвенная болезнь желудка, Нр+, период обострения

<variant> Хронический эрозивный антральный гастрит, средней степени тяжести, Нр+, период обострения

<question>Ребенку 8 лет. Давность заболевания 3 года. Жалобы на боли в эпигастральной области - тупые, ноющие, начинаются после еды, при приеме соленой и острой пищи. Иногда наблюдаются тошнота, редко рвота пищей, дающая облегчение. Общее состояние удовлетворительное. Девочка пониженного питания. Живот при пальпации болезненный в эпигастральной области. При фракционном исследовании желудочного сока дебит соляной кислоты натощак 50 мг, в базальную фазу секреции за 30 минут - 37 мг, в фазу часового напряжения секреции - 109 мг, объем желудочного сока натощак - 32 мл, базального секрета - 39 мл, часовое напряжение секреции - 72 мл. Рентгеноскопия желудка: пищевод и кардия свободно проходимы, желудок гипотоничен, натощак содержит значительное количество жидкости, которое увеличивается в ходе исследования, перистальтика его вязкая, складки слизистой извитые. Контуры желудка ровные. Луковица и петля 12-перстной кишки правильной формы, быстро опорожняются. Дуодено-еюнальный переход расположен обычно. Поставьте диагноз:

<variant> гастрит

<variant> язвенная болезнь желудка

<variant> дуодено-гастральный рефлюкс



<variant> функциональное расстройство желудка

<variant> гастродуоденит

<question> Девочка 6 лет. Поступила в стационар с жалобами на отсутствие прибавки в весе, низкие темпы роста, головные боли, боли в ногах, вздутие живота, учащенный обильный стул, эпизоды рвоты. В анамнезе вздутие живота и беспокойство ребенка с шестимесячного возраста (введен злаковый прикорм- геркулесовая каша). С 1,5 лет боли в животе, увеличение его размеров, вздутие, обильный частый стул, рвота. В анализе кала на копрологию- стеаторея. При ЭГДС выявлен субатрофический дуоденит. Ваш предварительный диагноз:

<variant> целиакия

<variant> панкреатит

<variant> пищевая аллергия

<variant> синдром раздраженного кишечника

<variant> муковисцидоз

<question> У девочки 10 лет, периодически после приема жирной пищи отмечается тошнота, тупая ноющая боль, тяжесть в правом подреберье. Страдает запорами с раннего возраста. ОАК – без патологии, на УЗИ - желчный пузырь увеличен в размере, имеются признаки застоя желчи в желчном пузыре. Других структурных изменений не выявлено. Предварительный диагноз:

<variant> Гипотоническая форма ДЖВП

<variant> Гиперкинетическая форма ДЖВП

<variant> Острый холецистит

<variant> Вирусный гепатит

<variant> Дисбактериоз

<question> У девочки, 11 лет, отмечаются длительные боли и чувство распирания в правом подреберье. При обследовании: желтухи нет, положительный симптом Кера, температура субфебрильная, СОЭ — 30 мм/ч. Предварительный диагноз:

<variant> Хронический холецистит в фазе обострения

<variant> Хронический панкреатит в фазе ремиссии

<variant> Язвенная болезнь желудка в фазе обострения

<variant> Хронический гепатит

<variant> Другое заболевание

<question> Ребенок, 9 лет, жалуется на тошноту, снижение аппетита, боли в области правого подреберья. Со слов матери подобные жалобы беспокоят в течение последнего года, ухудшение состояния отмечается после употребления в пищу жареного. При осмотре девочка вялая, выраженная бледность кожи, отмечается густой желтоватый налет на языке, болезненность при пальпации живота, максимально выраженная в области правого подреберья, положительные симптомы Ортнера, Кера. При УЗ-исследовании желчного пузыря выявлено- форма пузыря деформирована, стенки утолщены до 4,0 мм. Поставьте диагноз:

<variant> Хронический некалькулезный холецистит, период обострения.

<variant> Острый некалькулезный холецистит

<variant> Хронический калькулезный холецистит, стадия ремиссии

<variant> Острый калькулезный холецистит, стадия ремиссии

<variant> Дискинезия желчевыводящих путей по гипертоническому типу.

<question> Мальчику 10 лет. Жалобы на боли в подложечной области, отдающие в левую лопатку и поясницу (временами боль носит опоясывающий характер), тошноту, рвоту, жажду вздутие живота. Ухудшение в состоянии после погрешностей в диете. Болен 2 года. В анамнезе - эпидемический паротит в 6-летнем возрасте. Температура 38,8 град. Пальпаторно - болезненность в эпигастрии в левой подреберной области, положительные симптомы Кача, Мейо-Робсона, Керте, Воскресенского. В анализе крови – Нв - 120 г/л, Эр.-3,95 x 10<sup>12</sup>/л, Л-11,0



х  $10^9$ /л, СОЭ-15 мм/час. Диастаза мочи - 132 ЕД. Сахар крови - 6,8 ммоль/л. Предпочтительны в лечении:

- <variant> Антибиотики
- <variant> Сульфониламиды
- <variant> Гормоны
- <variant> Ферменты
- <variant> антигистаминные препараты

<question> Ребенка беспокоит повышенная утомляемость, приступообразные, острые, кратковременные боли в животе, которые связаны с приемом жирной пищи. При осмотре кожные покровы розовые, чистые. При пальпации живота положительные симптомы Мерфи, Керра. В анализе крови: Нв-126 г/л, Эр.- $3,96 \times 10^{12}$ /л, Л -  $5,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 2 мм/час, э-4, с-67, л-29. При дуоденальном зондировании: скорость выделения желчи порции - 10 мин, время закрытия сфинктера Одди - 9 мин., после повторного раздражителя вновь выделяется темная желчь. Ваш диагноз:

- <variant> дискинезия желчевыводящих путей по гипермоторному типу
- <variant> острый гастродуоденит
- <variant> острый дуоденопанкреатит
- <variant> дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу
- <variant> острый гастрит

<question> Девочке 12 лет. Заболела несколько часов назад, когда появились сильные боли в животе, больше в области эпигастрия, иррадирующие в позвоночник и имеющие опоясывающий характер. Дважды была рвота, не приносящая чувства облегчения. Объективно: бледная, язык обложен белым налетом, температура 37,8 град., живот вздут, несколько напряжен в эпигастрии. Симптом Ортнера сомнителен. Болезненность в точке Мейо-Робсона. Лейкоцитоз- $12,8 \times 10^9$ /л. Стул после очистительной клизмы, каловые массы плотные, жирные.

Ваш предположительный диагноз:

- <variant> острый панкреатит
- <variant> острый гастрит
- <variant> острый гастродуоденит
- <variant> острый дуоденопанкреатит
- <variant> острый холецистит

<question> Ребенок 2 года, с острой респираторной вирусной инфекцией, ночью появился лающий кашель, охриплость, одышка с удлиненным вдохом.

Ваш предварительный диагноз:

- <variant> стенозирующий ларинготрахеит
- <variant> острая пневмония
- <variant> обструктивный бронхит
- <variant> бронхиальная астма
- <variant> острый тонзиллит

<question> Вызов на дом к девочке 13 лет. Заболела несколько часов назад, когда появились сильные боли в животе, больше в области эпигастрия, иррадирующие в позвоночник и имеющие опоясывающий характер. Дважды была рвота, не приносящая чувства облегчения. Объективно: бледная, язык обложен белым налетом, температура  $38,2^{\circ}\text{C}$ , живот вздут, несколько напряжен в эпигастрии. Симптом Ортнера сомнителен. Отмечается болезненность в точке Мейо-Робсона. Лейкоцитоз- $12,8 \times 10^9$ /л. Стул был после очистительной клизмы, каловые массы плотные, жирные.

Ваш предварительный диагноз:

- <variant> острый панкреатит

<variant> острый холецистит

<variant> острый гастродуоденит

<variant> острый гастрит

<variant> острый дуоденит

<question> На приеме девочка 13 лет. Болеет 2,5 года. Жалобы на боли в правом подреберье, ноющие, давящие, усиливающиеся после приема холодной, жирной, жареной пищи, также беспокоит слабость, утомляемость, тошнота и горечь во рту. Изредка бывает рвота, стул неустойчивый.

Ваш предварительный диагноз:

<variant> хронический холецистит

<variant> острый гастрит

<variant> острый панкреатит

<variant> вирусный гепатит

<variant> энтероколит

<question> На приеме ребенок 2 месяцев, с 1 месячного возраста находится на искусственном вскармливании. Мама кормит сладкими неадаптированными смесями. При осмотре ребенок беспокоен, на щеках отмечается гиперемия, отечность, трещины, молочные корки, краснота в паховых областях, на шее, в подмышечных впадинах. Со слов мамы сон тревожный.

Ваш предварительный диагноз:

<variant> экссудативно-катаральный диатез

<variant> лимфатико-гипопластический диатез

<variant> аллергический дерматит

<variant> нейродермит

<variant> стрептодермия

<question> Ребенок 2 месяца. Отказывается от груди. При осмотре отмечается втяжение грудной клетки, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания.

Тактика врача согласно ИВБДВ:

<variant> дать первую дозу антибиотика, направить срочно в стационар

<variant> дать первую дозу антибиотика, оставить под наблюдение участкового врача

<variant> дать первую дозу антибиотика, повторный осмотр через два дня

<variant> дать первую дозу антибиотика, направление на обследование

<variant> антибиотик не нужен, наблюдение на дому

<question> Ребенку 5 лет, вес 20 кг. Во время эпилептического приступа необходимо ввести 0,5% седуксен.

Объем введения:

<variant> 1,0 мл в/в

<variant> 0,5 мл в/в

<variant> 1,5 мл в/в

<variant> 2,0 мл в/в

<variant> 2,5 мл в/в

<question> У ребенка семи месяцев на фоне ОРВИ на 4 день заболевания состояние ухудшилось, вновь повысилась температура до 37,8<sup>0</sup>С, появилась одышка экспираторного характера, оральные хрипы. При аускультации – удлиненный выдох, разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон. В общем анализе крови – Лейк – 5,8x10<sup>9</sup>/л, э – 14%, п/я – 1%, с – 48%, л – 29%, м – 8%, СОЭ – 3 мм/ч. На рентгенограмме – усиление легочного рисунка в области корней. При данном заболевании стартовая терапия включает:

<variant> сальбутамол

<variant> аугментин



<variant> амброксол

<variant> оксигенотерапия

<variant> преднизолон

<question> Ребенок 1 года на дому с выраженным токсикозом, одышкой смешанного характера, температурой 38<sup>0</sup>С. При перкуссии определяется коробочный оттенок перкуторного звука.

Выслушиваются рассеянные хрипы, справа под углом лопатки – стойкие мелкопузырчатые хрипы, на рентгенограмме – там же очаговая инфильтрация.

При данном заболевании стартовая терапия включает:

<variant> аугментин

<variant> фенобарбитал

<variant> лазикс

<variant> сальбутамол

<variant> преднизолон

<question> На приеме у невропатолога девочка с диагнозом «Энцефалоцеле». Ребенок от первой беременности и родов. Для того, чтобы снизить риск рождения второго ребенка с дефектом нервной системы данной женщине, при планировании повторной беременности необходимо назначить:

<variant> фолиевую кислоту

<variant> аскорбиновую кислоту

<variant> препарат йода

<variant> пантотеновую кислоту

<variant> глюконат кальция

<question> На приеме ребенок 11 месяцев. Со слов мамы ребенок длительное время получал противосудорожную терапию. Последнее время часто потеет, стал беспокойным, плохо спит. После осмотра врач поставил диагноз: Рахит II, подострое течение, период разгара. Развитию рахита способствовала прием препарата:

<variant> фенобарбитал

<variant> глюконата кальция

<variant> диазепам

<variant> пенициллина

<variant> препаратов железа

<question> На приеме девочка 14 лет. Жалуется на боли в животе, больше в эпигастральной области. Боль возникает через 1,5-2 часа после приема пищи. После полного клинико - лабораторного обследования врач поставил диагноз язвенная болезнь желудка, Нр ассоциированная.

Для эрадикации геликобактерии пилори целесообразно применить:

<variant> кларитромицин

<variant> азитромицин

<variant> амоксициллин

<variant> метронидазол

<variant> эритромицин

<question> Вызов на дом к ребенку 11 месяцев. Со слов мамы у ребенка отмечаются частые беспокойства, во время которых наблюдается дрожание конечностей. При осмотре отмечается гиперестезия, монотонный плач, тремор, мышечная гипотония, положительный симптом Хвостека, Труссо. Был выставлен диагноз спазмофилия.

При спазмофилии терапию необходимо начинать с введения препарата:

<variant> кальция

<variant> паратгормона



<variant> витамина D

<variant> фосфора

<variant> железа

<question> На приеме мальчик 8 лет, обратился с жалобами на подъем температуры тела до 37,2-37,5<sup>0</sup>С, в течение недели, на упорный сухой кашель со скудной мокротой, снижение аппетита. Из анамнеза: заболевание развилось постепенно с упорного кашля, подъема температуры до субфебрильных цифр. Объективно: Кожные покровы чистые, розовые. Умеренные катаральные явления в зева. Покраснение конъюнктивы век. В легких - перкуторно легочный звук, выслушиваются рассеянные мелкопузырчатые хрипы. В ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. На рентгенограмме грудной клетки - неоднородная очаговая инфильтрации легочных полей.

Препаратом выбора являются:

<variant> макролиды

<variant> тетрациклины

<variant> цефалоспорины

<variant> аминогликозиды

<variant> карбопенымы

<question> В поликлинику обратилась девочка 13 лет, с жалобами на длительный кашель (в течение 3 месяцев), который начался зимой после простуды. По ночам девочка просыпается от кашля и сама слышит свистящие хрипы, кроме того, при беге она часто закашливается и останавливается, появляются свистящие хрипы. Температура тела нормальная, насморк. Мать страдает поллинозом.

Диагноз может подтвердить:

<variant> спирография

<variant> рентгенография легких

<variant> бронхография

<variant> бронхоскопия

<variant> пикфлоуметрия

<question> Вызов на дом к ребенку 8 лет. Жалобы на приступы удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудноотделяемой мокротой. Из анамнеза с маленьких лет часто болеет бронхитами, обострения особенно в весенне-осенний период года. На протяжении последних 3 лет ежедневные приступы удушья с затрудненным выдохом, приступы в ночное время, купируются ингаляциями сальбутамола. Объективно: состояние средней тяжести, дистанционное свистящее дыхание, частота дыхания - 32 в минуту. Над легкими коробочный звук, дыхание жесткое с удлиненным выдохом, над всей поверхностью легких сухие свистящие хрипы.

В лечение необходимо добавить группу препаратов:

<variant> ингаляционные глюкокортикостероиды

<variant> муколитические препараты

<variant> антигистаминные препараты

<variant> антибактериальные препараты

<variant> бронхолитические препараты

<question> На приеме ребенок 5 месяцев. Жалобы на потливость, плохой сон, вздрагивание во сне. Ребенок находится на грудном вскармливании. При осмотре кожные покровы чистые, бледные, влажные, тонус мягких тканей снижены, краниотабес, уплощение затылка. В анализе крови содержания кальция 2,02ммоль/л, фосфора 1,71 ммоль/л. Был выставлен диагноз рахит I степени, острое течение, начальный период.

Назначается вит Д3 в дозе:



<variant> вит. Д3 2000 МЕ

<variant> вит. Д3 500 МЕ

<variant> вит. Д3 1000 МЕ

<variant> вит. Д3 1500 МЕ

<variant> вит. Д3 3000 МЕ

<question> На приеме ребенок 4 лет. Обратились с жалобами на пеннистую дефекацию возникающая после приема молочных каш. Со слов мамы стул ребенка светло-желтого цвета, с жирным блеском, без слизи и крови. При осмотре выявлены симптомы полигиповитаминоза, отставание в физическом развитии, живот увеличен, ребенок имеет вид паука. В амбулаторных условиях были проведены лабораторные исследование после чего врач поставил диагноз целиакия.

Из рациона питания ребенка необходимо исключить:

<variant> глютен

<variant> соли

<variant> микроэлементы

<variant> моносахара

<variant> витамины

<question> При проведении скринингового исследования новорожденных в поликлинике у одного ребенка в меконии выявлен альбумин.

Ваш предварительный диагноз:

<variant> муковисцидоз

<variant> фенилкетонурия

<variant> гипотиреоз

<variant> лактазная недостаточность

<variant> целиакия

<question> На приеме у семейного врача ребенок 4 месяцев. Вес – 6800 грамм, рост – 63см.

Нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Состоит на учете у невропатолога по поводу перинатального поражения ЦНС. Профилактические прививки получает по календарю.

Группа здоровья ребенка:

<variant> II Б группа здоровья

<variant> I группа здоровья

<variant> II А группа здоровья

<variant> III группа здоровья

<variant> VI группа здоровья

<question> Вызов на дом к девочке 14 лет. Жалобы на повышение температуры тела, резкие боли в животе, рвоту. Болезненность, дефанс мышц в правом подреберье, в зоне Шоффера.

Положительные симптомы Ортнера, Кера.

Тактика лечения:

<variant> спазмолитики, антибиотики

<variant> нитрофураны, эубиотики

<variant> антигистаминные, желчегонные

<variant> антибиотики, нитрофураны

<variant> гипертензивные, антипиретики

<question> Участкового педиатра вызвали к ребенку 2 лет. Ребенок заболел остро: повысилась температура до 39 градусов, появились катаральные явления, беспокойство. Внезапные кратковременные судороги.

Ваш предварительный диагноз:

<variant> фебрильные судороги

<variant> эпилепсия

<variant> спазмофилия

<variant> менингит

<variant> вирусный энцефалит

<question> Девочке 4 месяца. Жалобы на влажный продуктивный кашель, насморк. Болеет 3 дня. Сегодня состояние резко ухудшилось: температура 39<sup>0</sup>С, грудь матери не сосет, дистанционные хрипы. Объективно: кожа бледная, влажная, периоральный цианоз, дыхание поверхностное, одышка смешанного типа, ЧД 60 в мин, втяжение яремных ямок и межреберных промежутков, PS 160 в мин, аускультативно – на фоне ослабленного дыхания множество сухих и влажных разнокалиберных хрипов по всем полям.

Ваш предварительный диагноз:

<variant> внебольничная пневмония, ДН II степени

<variant> острый обструктивный бронхит, ДН II степени

<variant> бронхиолит, ДН II степени

<variant> острый простой бронхит, ДН I степени

<variant> бронхиальная астма, status asthmaticus

<question> Мальчик 4 год. Жалобы на тошноту, отсутствие стула в течение 4 дней. Из анамнеза известно, что такая задержка в течение 6 месяцев. Объективно: кожа сухая, шелушащаяся, отмечается повышенная ломкость ногтей и волос. Неприятный запах изо рта, в углах заеды. Живот вздут, увеличен в размерах. Пальпация живота безболезненна, определяются комки кала в нисходящей и сигмовидной кишках.

Диагностическое исследование:

<variant> ректороманоскопия

<variant> ирригоскопия

<variant> колоноскопия

<variant> гистологическое исследование

<variant> пальцевое исследование прямой кишки

<question> Вызов врача общей практики к ребенку 8 лет, который выявил у ребенка бледность, вялость, температура тела повышена до 39,0 градусов, акроцианоз, одышку в покое, ЧД - 50 в минуту, пульс – 100 в 1 минуту. Укорочение легочного звука ниже угла лопатки, там же влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены.

Ваш предварительный диагноз:

<variant> пневмония

<variant> бронхиолит

<variant> муковисцидоз

<variant> бронхиальная астма

<variant> острый бронхит

<question> Больного беспокоят постоянные боли в левом подреберье с иррадиацией в спину, возникшие после обильного приема жирной пищи. При пальпации болезненность в зонах Шофара и Мейо-Робсона, понос без примеси крови, слабость, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз без существенного сдвига формулы влево.

Информативный тест:

<variant> определение в крови амилазы

<variant> определение в крови трипсина

<variant> определение в крови эластазы

<variant> определение в крови щелочной фосфатазы

<variant> определение в крови глюкозы

<question> При диспансерном осмотре старшей группы детского сада выявлено несколько



постоянно кашляющих детей. Носовое дыхание у них заметно затруднено, рот открыт, из носа слизисто-гнойное отделяемое. Такой же секрет стекает по задней стенке глотки.

Слизистые ротоглотки обычной окраски.

Ваш предварительный диагноз:

<variant> аденоидит

<variant> острый ринит

<variant> синусит

<variant> бронхит

<variant> пневмония

<question> Ребенок в возрасте 8-ми месяцев с проявлениями атопического дерматита болен острым респираторным заболеванием. На 4-й день болезни появились лающий грубый кашель, общее беспокойство, одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки на вдохе, шумное дыхание, хриплый голос.

Ваш предварительный диагноз:

<variant> стенозирующий ларинготрахеит

<variant> коклюш

<variant> аспирация инородного тела

<variant> пневмония

<variant> бронхит

<question> У ребенка 2-х лет с длительным влажным кашлем и субфебрильной температурой до 37,7 появились одышка, цианоз носогубного треугольника, притупление перкуторного звука и ослабление дыхания в нижней доле правого легкого, небольшое смещение средостения вправо.

Ваш предварительный диагноз:

<variant> ателектаз

<variant> пневмония

<variant> эмфизема

<variant> плеврит

<variant> бронхит

<question> Ребенок восьми лет поступил в стационар с подозрением на дифтерию зева на второй день болезни. Температура тела 38,0-39,0<sup>0</sup>С, резкие боли при глотании, яркая гиперемия миндалин, островки желтовато-белых, рыхлых налетов в углублениях миндалин, болезненные, немного увеличенные тонзиллярные лимфоузлы.

Ваш предварительный диагноз:

<variant> лакунарная ангина

<variant> дифтерия зева (островчатая форма)

<variant> инфекционный мононуклеоз

<variant> ангина Симановского-Венсана

<variant> грибковая ангина

<question> На профилактическом приеме у врача ребенок 2-х лет. На 1-м году жизни частые простудные заболевания. При осмотре: затруднено носовое дыхание, гнусавый голос, увеличены все группы шейных лимфатических узлов, гиперплазия небных миндалин. Катаральных явлений в зева и выделений из носа нет.

Ваш предварительный диагноз:

<variant> аденоидит

<variant> ринит

<variant> хронический тонзиллит

<variant> лимфаденит



<variant> бронхит

<question> Ребенок 5 лет длительно лечился в стационаре в связи с затянувшейся пневмонией. Получал антибиотики, инфузионную терапию. Перед выпиской врач обнаружил в лакунах постоянно увеличенных и разрыхленных миндалин крошковатый белый, легко снимаемый налет, а также увеличение и уплотнение тонзиллярных лимфатических узлов, безболезненных при пальпации.

Ваш предварительный диагноз:

<variant> грибковая ангина

<variant> лакунарная ангина

<variant> инфекционный мононуклеоз

<variant> ангина Симановского-Венсана

<variant> фолликулярная ангина

<question> Ребенок 12 лет заболел остро: температура 39<sup>0</sup>С, выражены симптомы интоксикации, боли в горле при глотании. Диффузная гиперемия и умеренная отечность всего глоточного кольца. На миндалинах - отдельные красноватые везикулы с прозрачным содержимым. Тонзиллярные лимфоузлы увеличены, но безболезненны.

Ваш предварительный диагноз:

<variant> герпетическая ангина

<variant> фолликулярная ангина

<variant> инфекционный мононуклеоз

<variant> грибковая ангина

<variant> лакунарная ангина

<question> Ребенок 4 месяцев плохо прибавляет в массе, аппетит снижен. Родился с массой 3400гр. Сейчас - 5400 г. При осмотре: бледен, кожа дряблая, подкожный жировой слой отсутствует на животе, значительно уменьшен на конечностях. Тургор тканей снижен.

Ваш предварительный диагноз:

<variant> гипотрофия II степени

<variant> гипотрофия I степени

<variant> гипотрофия III степени

<variant> паратрофия

<variant> гипостатура

<question> Ребенок трех месяцев плохо прибавляет в массе, аппетит снижен. При осмотре бледен, подкожный жировой слой отсутствует на животе, значительно снижен на конечностях. Дефицит веса 23%.

Ваш предварительный диагноз:

<variant> гипотрофия II степени

<variant> гипостатура

<variant> паратрофия

<variant> гипотрофия I степени

<variant> гипотрофия III степени

<question> Ребенок 6 лет в психическом развитии опережает своих сверстников. Беспокоен, иногда агрессивен, страдает логоневрозом, энурезом. Нарушен сон, нередки ночные страхи.

Ваш предварительный диагноз:

<variant> нервно-артритический диатез

<variant> экссудативно-катаральный диатез

<variant> лимфатико-гипопластический диатез

<variant> атопический дерматит

<variant> нейродермит



<question> У ребенка 6 лет, весной, за городом, внезапно возник приступ удушья с кашлем. Приступ купировался через 10 минут без применения лекарств. Подобные кратковременные приступы имели место и в прошлом году. В анамнезе - пищевая аллергия. При осмотре: кашля и одышки нет, проявления атопического дерматита. В легких коробочный перкуторный звук, дыхание несколько ослаблено, хрипы не выслушиваются. В крови: лейкоциты -  $8,7 \times 10^9/\text{л}$ , эозинофилия до 9%, СОЭ - 10 мм/ч. На рентгенограмме органов грудной клетки – повышение прозрачности легких, некоторое усиление бронхосудистого рисунка, расширение корней.

Ваш предварительный диагноз:

- <variant> бронхиальная астма
- <variant> хронический бронхит
- <variant> стенозирующий ларингит
- <variant> инородное тело бронха
- <variant> пневмония

<question> Ребенок 4-х лет родился от 3-х родов (первые дети умерли в раннем возрасте от пневмонии и дистрофии). С первых месяцев жизни у ребенка постоянный приступообразный кашель с трудноотделяемой мокротой. Несколько раз в год болеет пневмониями. Резко отстает в физическом развитии. Отмечается деформация грудной клетки. В легких - мозаичность перкуторных и аускультативных данных. Масса сухих и влажных хрипов. Тоны сердца глухие. Печень выступает из подреберья на 3 см. Стул обильный, зловонный с большим количеством нейтрального жира. В анализе крови - нейтрофильный лейкоцитоз, ускоренная СОЭ. При бронхоскопии - диффузный катарально-гнойный эндобронхит.

Ваш предварительный диагноз:

- <variant> муковисцидоз
- <variant> хронический бронхит
- <variant> порок развития легких
- <variant> синдром Картагенера
- <variant> пневмония

<question> У ребенка шести лет в течение последнего года неоднократные ОРВИ протекают с обструктивным синдромом. Настоящее заболевание началось 15 дней назад с кратковременного повышения температуры тела до  $37,5^\circ\text{C}$ . При осмотре температура тела нормальная, экспираторная одышка, кашель, сухие хрипы в легких.

Ваш предварительный диагноз:

- <variant> бронхиальная астма
- <variant> муковисцидоз
- <variant> пневмония
- <variant> обструктивный бронхит
- <variant> ларингоспазм

<question> Ребенок 5 лет госпитализирован на 6-й день болезни с жалобами на повышение температуры тела, постоянный влажный кашель с отхождением слизисто-гнойной мокроты, одышку при физической нагрузке. В возрасте двух месяцев перенес коклюш, с 1 года повторные правосторонние нижнедолевые пневмонии. Отстает в физическом развитии. При аускультации в проекции средней доли справа мелкопузырчатые влажные хрипы.

Ваш предварительный диагноз:

- <variant> бронхоэктазия
- <variant> туберкулез
- <variant> ателектаз средней доли



<variant> муковисцидоз

<variant> гемосидероз

<question> Ребенок трех лет поступил в клинику с жалобами на приступообразный кашель, возникший накануне. Приступ кашля возник за ужином, внезапно, когда ребенок пил вишневый компот, продолжался 20-30 минут. Во время приступа лицо было багровым. Несколько приступов кашля повторилось ночью. При осмотре: гиперемия зева, голос осипший. Аускультативно справа в нижних отделах незначительное ослабление дыхания, умеренное количество влажных средне- и крупнопузырчатых хрипов над всей поверхностью правого легкого. В анамнезе аллергия на пыльцу растений в виде риноконъюнктивита. Информативный метод обследования для уточнения диагноза в данном случае:

<variant> бронхоскопия

<variant> рентгенография органов грудной клетки

<variant> исследование аллергостатуса

<variant> ларингоскопия

<variant> исследование мокроты на возбудителя коклюша

<question> Мальчик шести лет в периоде новорожденности перенес среднедезювую пневмонию. В последующем повторные пневмонии до 3 раз в год. Частые синуситы. Значительно отстает в физическом развитии. Кожа бледная, выраженный сосудистый рисунок на груди, микрополиадения. Гипертрофия миндалин. Тоны сердца глухие, выслушиваются справа от грудины по среднеключичной линии. В легких сухие и влажные разнокалиберные хрипы над всей поверхностью. Наследственность отягощена ХОБЛ у дяди и бронхиальной астмой у бабушки по линии отца.

Ваш предварительный диагноз:

<variant> синдром Картагенера

<variant> муковисцидоз

<variant> туберкулез

<variant> хронический бронхит

<variant> пневмония

<question> Ребенку 1,8 года, выражена потливость волосистой части головы, повышена нервно-рефлекторная возбудимость. При осмотре: умеренный ларингоспазм с монотонным плачем на выдохе, дистальное тетаническое сокращение мышц в конечностях (верхние конечности - «рука акушера», нижние конечности – карпо-педальный спазм).

Ваш предварительный диагноз:

<variant> спазмофилия

<variant> фебрильные судороги

<variant> эпилепсия

<variant> аффективно-респираторные приступы

<variant> вегетативный пароксизм

<question> Рассчитайте продолжительность антибактериального лечения бактериальной пневмонии новорожденных

<variant> 7 – 10 дней

<variant> 3 – 5 дней

<variant> 3 дня

<variant> 11 – 14 дней

<variant> 21 день

<question> Новорожденный, от I беременности и преждевременных родов в 27 недель. Оценка по Сильверману 7 баллов. С первых часов жизни у ребенка частота дыхательных движений до 78 в 1 минуту, «экспираторное хрюканье», втяжение межреберий. В легких - ослабленное



дыхание, единичные влажные хрипы. На рентгенограмме: участки затемнения, чередующиеся с участками повышенной прозрачности. Выставлен диагноз: Респираторный дистресс-синдром I типа, первичные ателектазы, тяжелой степени. Рациональная доза сурфактанта для терапии:

<variant> 200мг/кг

<variant> 100мг/кг

<variant> 150мг/кг

<variant> 50мг/кг

<variant> 250мг/к

<question> Новорожденный, родился в асфиксии, через два часа после рождения появилась одышка, частота сердечных сокращений-66уд/мин, «хрюкающий» выдох, западение грудины. Затем развился цианоз, напряжение крыльев носа, парадоксальное дыхание, пена на губах.

Поставлен диагноз: Респираторный дистресс синдром I типа. Назначен сурфактант. Сроки эффективного первого введения сурфактанта:

<variant> в первые 2 часа

<variant> в первые 10 часов

<variant> в первые 48 часов

<variant> в первые 72 часа

<variant> в любое время

<question> Новорожденный, от I-ой беременности, роды в срок. Вес при рождении-2900гр, рост-49 см. Мать имеет A(II) группу крови, Rh( ) фактор, ребенок - AB (IV), Rh(-) кровь. Оценка по шкале Апгар - 7-8 баллов. На 3-е сутки у ребенка появилось желтушное окрашивание кожных покровов. Самочувствие ребенка не нарушено. Сосет активно, не срыгивает. В анализе крови билирубин-60мкмоль/л за счет непрямой фракции, трансаминазы в норме. В крови: билирубин - 60мкмоль/л за счет непрямой фракции, трансаминазы в норме. Диагноз:

Физиологическая желтуха. Целесообразная тактика:

<variant> адекватное грудное вскармливание

<variant> глюкоза

<variant> фототерапия

<variant> активированный уголь

<variant> хафитол

<question> Новорожденный, 2 недели, сосет не активно, срыгивает, стул неустойчивый. Кожа гиперемирована, шелушится, на волосистой части головы себорейные корочки. В подмышечной и паховой области гиперемия с мацерацией, выражена опрелость. Укажите предварительный диагноз, являющийся вероятным в данной патологии:

<variant> себорейный дерматит

<variant> адипонекроз

<variant> ихтиоз

<variant> стафилодермия

<variant> стрептодермия

<question> Новорожденный 12 дней, родился в срок с массой 3,000, оценка по шкале Апгар 8 баллов. Жалобы на гнойное отделяемое из пупочной ранки, субфебрилитет. Объективно: ребенок вялый, срыгивает, плохо сосет, отек и гиперемия пупочного кольца, инфильтрация жировой клетчатки вокруг пупка, кожа горячая, расширены сосуды на передней брюшной стенке. Вероятный диагноз у больного:

<variant> омфалит

<variant> гангрена пупочного канатика

<variant> заболевание пупочных сосудов

<variant> язва пупка



<variant> мокнувший пупок

<question> Новорожденный из двойни, родился от I беременности, I родов, оценка по шкале Апгар 6 баллов. Сразу после рождения появились одышка, ЧД 60 в минуту, экспираторный шум (хрюкающий выдох). Объективно: западение грудной клетки на выдохе, напряжение крыльев носа, периоральный цианоз на фоне бледных кожных покровов, раздувание щек, ригидный сердечный ритм, западение передней брюшной стенки на вдохе, пена у рта, отек кистей и стоп. Назовите причину в основе данной патологии:

<variant> дефицит сурфактанта

<variant> кровоизлияние в легкие

<variant> ателектаз

<variant> пневмоторакс

<variant> синдром аспирации меконием

<question> Новорожденный из двойни, родился от I беременности, I родов, оценка по шкале Апгар 6 баллов. Сразу после рождения появились одышка ЧД 60 в минуту, экспираторный шум (хрюкающий выдох). Объективно: западение грудной клетки на выдохе, напряжение крыльев носа, периоральный цианоз на фоне бледных кожных покровов, раздувание щек, ригидный сердечный ритм, западение передней брюшной стенки на вдохе, пена у рта, отек кистей и стоп. Резко ослабленное дыхание, тахикардия, приглушение тонов сердца. Вероятный диагноз у данного больного:

<variant> синдром дыхательных расстройств

<variant> пневмоторакс

<variant> пневмония

<variant> ателектаз

<variant> синдром аспирации меконием

<question> Основными путями введения адреналина при реанимации новорожденного в родильном зале являются:

<variant> эндотрахеально, внутривенно

<variant> внутримышечно

<variant> в пупочную вену

<variant> внутрисердечно

<variant> внутриартериально, внутривенно

<question> Ребенку 21 день, масса тела 4100,0. Родился от беременности с угрозой выкидыша, с массой 3300,0. Выписан из роддома на 6 день жизни с массой 3500,0. В последующие дни почти ежедневно бывает рвота до 3 раз в день, стул разжиженный до 4 раз в сутки, иногда стула совсем нет. Молока у матери много, ребенок сосет грудь энергично, после кормления бывает беспокоен. После рвоты, как правило, засыпает. Вероятный предварительный диагноз:

<variant> пилороспазм

<variant> пилоростеноз

<variant> простая диспепсия

<variant> кишечный токсикоз

<variant> парентеральная диспепсия

<question> Ребенок 2 месяца. Мама предъявляет жалобы на кашель, нарушение самочувствия ребенка. Объективно: шумное дыхание, акроцианоз, частый, сухой мучительный кашель, эмфизематозно вздутая грудная клетка, частота дыхания 66-72 в мин, ослабленное дыхание, обилие рассеянных сухих «музыкальных» хрипов. Вероятный из перечисленных предварительный диагноз:

<variant> облитерирующий бронхолит

<variant> острый бронхит



- <variant> острая пневмония
- <variant> бронхиальная астма
- <variant> обструктивный бронхит
- <question> Ребенок родился с массой тела 2000 г, при сроке беременности 34 недели. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Оценка по шкале Сильвермана 0-1 балл. Ваш предварительный диагноз:
- <variant> недоношенность 34 недели. Малая масса тела при рождении
- <variant> недоношенность 34 недели
- <variant> недоношенность 34 недели. Асфиксия новорожденного легкой степени
- <variant> недоношенность 34 недели. РДС легкой степени
- <variant> недоношенность 34 недели. Асфиксия новорожденного средней степени
- <question> Сульфат магния используется как противосудорожное средство в дозе:
- <variant> 50 мг/кг массы в сутки
- <variant> 100 мг/кг массы в сутки
- <variant> 10 мг/кг массы в сутки
- <variant> 20 мг/кг массы в сутки
- <variant> 5 мг/кг массы в сутки
- <question> У новорожденного при рождении отсутствуют признаки дыхания, он бледен, не реагирует на раздражение, пульс около 84 ударов в минуту, конечности свисают. Предварительный диагноз:
- <variant> асфиксия тяжелой степени тяжести
- <variant> асфиксия средней степени тяжести
- <variant> асфиксия легкой степени тяжести
- <variant> мертворожденный
- <variant> респираторный дистресс синдром
- <question> Укажите препарат, при использовании которого могут наблюдаться побочные эффекты в виде тахикардии, судорог, возбуждения, рвоты, гипергликемии :
- <variant> эуфиллин
- <variant> глюконат кальция
- <variant> оксипутират натрия
- <variant> магния сульфат
- <variant> ГОМК
- <question> Укажите наиболее часто используемую в настоящее время длительность одного курса дексаметазона при бронхолегочной дисплазии (БЛД)
- <variant> 10-14 дней
- <variant> 1 мес-1,5 мес.
- <variant> 7-8 дней
- <variant> короткий трех-четырехдневный курс
- <variant> длительные курсы более 30 дней
- <question> Выберите тактику дальнейшего ведения новорожденного, если у него адекватное дыхание, срок гестации > 37 недель, вес >2500 г, отсутствуют пороки/травма:
- <variant> уход за здоровым ребенком
- <variant> начать реанимацию
- <variant> специальный уход за маловесным ребенком
- <variant> уход за ребенком с врожденным пороком/родовой травмой
- <variant> обложить ребенка грелками
- <question> Когда ребенок родился в состоянии апноэ ...
- <variant> немедленно нужно провести интубацию трахеи



<variant> показания к лечению определяются с опозданием на 1 минуту после проведения первой оценки по шкале Апгар

<variant> немедленно нужно провести тактильную стимуляцию

<variant> немедленно нужно ввести налоксон

<variant> немедленно нужно ввести адреналин

<question> Левая рука новорожденного ребенка приведена к туловищу, разогнута в локтевом суставе, повернута внутрь, ротирована в плечевом суставе, пронирована в предплечье, кисть в ладонном сгибании и повернута назад и кнаружи. Голова наклонена и повернута. Шея кажется короткой с большим количеством поперечных складок и упорным мокнутием. Данная клиническая картина относится к патологии:

<variant> паралич Дюшенна—Эрба

<variant> паралич Дежерин—Клюмпке

<variant> синдром Кофферата

<variant> синдром Бернара—Горнера

<variant> повреждение грудного отдела спинного мозга

<question> Молодая мама заметила увеличение молочных желез у своей новорожденной дочери, она обеспокоена тем, что кожа над ними слегка покраснела, при надавливании выделяется отделяемое серого цвета. Тактика врача будет верной в этой ситуации:

<variant> не трогать, наблюдать

<variant> наложить мазь Вишневского

<variant> обработать кожу спиртом

<variant> наложить марлевую повязку

<variant> обработать фурациллином

<question> Новорожденная девочка родилась от III беременности, III срочных родов в 39 недель с массой тела –2400, ростом –50 см, с окружностью головы- 36 см, окружностью груди – 35 см. Массо-ростовой показатель –48. Ваш предварительный диагноз:

<variant> ЗВУР по гипотрофическому типу III ст

<variant> ЗВУР по гипотрофическому типу I ст.

<variant> ЗВУР по гипотрофическому типу II ст

<variant> ЗВУР по гипопластическому типу

<variant> ЗВУР по диспластическому типу

<question> После быстрых родов новорожденный не дышит, неподвижен и синюшен, имея ЧСС 40. Околоплодные воды чистые. Начальные шаги реанимации:

<variant> быстро придать новорожденному правильное положение, сменить влажные пеленки, очистить рот и нос, вытереть новорожденного и стимулировать его

<variant> начать вентиляцию под положительным давлением со 100% кислородом

<variant> определить ЧСС новорожденного

<variant> начать непрямой массаж сердца

<variant> начать интубацию трахеи

<question> Ребенок родился в асфиксии. Через 2 часа после рождения появилась одышка (ЧСС 66 в 1 мин), "хрюкающий" выдох, западение грудины, затем развился цианоз, напряжение крыльев носа, раздувание щек, парадоксальное дыхание, пена на губах. Над легкими резко ослабленное дыхание. Ребенок вялый, гипотония мышц, гипорефлексия, олигурия, вздутие живота. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Ваш предварительный диагноз:

<variant> синдром дыхательных расстройств

<variant> пневмония новорожденного

<variant> внутриутробная пневмония

<variant> внутричерепная родовая травма

<variant> трахеопищеводный свищ

<question> Ребенку 1 месяц, находится на грудном вскармливании. За месяц прибавил 700 г, самочувствие не страдает, сон и аппетит не нарушены. Стул с рождения кашицеобразный, желтого цвета, до 4 раз в сутки. У матери при посеве молока выявлен эпидермальный стафилококк. У ребенка при исследовании кала выявлен золотистый стафилококк  $10^3$  КОЕ/г кала. НАИБОЛЕЕ целесообразная мероприятия:

<variant> продолжить грудное вскармливание

<variant> перевести на искусственное вскармливание

<variant> кормить сцеженным пастеризованным грудным молоком

<variant> запретить грудное вскармливание, назначить антибиотики

<variant> продолжить грудное вскармливание, назначить антибиотики

<question> Ребенок родился от 1 беременности, I срочных преждевременных родов в сроке 30 недель. Вес при рождении-1850, рост-42 см по шкале Апгар, оценен в 1-2 балла. Проведенные реанимационные мероприятия эффекта не дали, через 10 минут после рождения констатирована смерть. Это смертность будет относиться к смерти ребенка:

<variant> перинатальную

<variant> антенатальную

<variant> интранатальную

<variant> неонатальную

<variant> позднюю неонатальную

<question> Ребенок от I беременности, протекавшей без особенностей, I родов в 38 недель.

Вес при рождении - 2900 гр., рост - 49 см. Женщина имеет A(II), Rh(+), ребенок - AB (IV), Rh (-) кровь. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. На 3-е сутки у ребенка появилось желтушное окрашивание кожных покровов. Самочувствие не нарушено. Сосет активно, не срыгивает.

Рефлексы врожденного автоматизма вызываются активно. В биохимическом анализе крови:

билирубин 90 мкмоль/л за счет непрямой фракции, трансаминазы в норме. Ваш предварительный диагноз:

<variant> физиологическая желтуха

<variant> пренатальная гипотрофия

<variant> гемолитическая болезнь по Rh несовместимости

<variant> ГБН по ABO несовместимости

<variant> желтуха при асфиксии

<question> Ребенок от преждевременных родов в 27-28 недель гестации, состояние средней тяжести, масса 1100 г. Целесообразно начать кормить методом:

<variant> через зонд

<variant> приложить к груди

<variant> через рожок

<variant> через мензурки

<variant> из ложки

<question> Ребенок родился в срок, от 1-й благополучно протекавшей беременности. Имеется несовместимость по резус-фактору. За неделю до родов мать заболела гепатитом А. Масса тела при рождении 3250 г, длина тела 50 см. На 3-й день жизни появилось желтушное окрашивание кожи и склер. Ребенок активен, хорошо сосет. Стул желтый. Печень +1 см, пропальпировать селезенку не удается. Вероятнее всего, явилось причиной желтухи:

<variant> транзиторная желтуха новорожденных

<variant> гемолитическая болезнь новорожденного

<variant> вирусный гепатит

<variant> атрезия желчевыводящих путей



<variant> синдром Криглера-Найяра

<question> Ребенок К., выписан из родильного дома на вторые сутки жизни в удовлетворительном состоянии. Антенатальный и интранатальный периоды не осложнены. Антропометрия ребенка соответствует доношенному сроку. В конце вторых суток на коже у ребенка появилась мелкопапулезная сыпь, мономорфная с преимущественной локализацией в естественных складках. Младенец периодически беспокойный, грудь сосет активно, физиологические отправления не нарушены. Ваш предварительный диагноз:

<variant> потница

<variant> везикулез новорожденного

<variant> пемфигус новорожденного

<variant> флегмона новорожденного

<variant> псевдофурункулез новорожденного

<question> У новорожденного определяется опухолевидное образование в области левой теменной кости, флюктуирующее при пальпации. Ваш предварительный диагноз:

<variant> кефалогематома

<variant> флегмона волосистой части головы

<variant> родовая опухоль

<variant> перелом костей черепа

<variant> ушиб теменной области

<question> У доношенного новорожденного весом 2800 гр., ростом - 47 см., от 1 нормально протекавшей беременности и родов. Для профилактики конъюнктивита рекомендуется:

<variant> 1% тетрациклиновая мазь

<variant> раствор фурациллина 1:5000

<variant> 5% раствор калия перманганата

<variant> 30% раствор сульфацила натрия

<variant> 1% метилурациловая мазь

<question> Саша родился без каких-либо проблем на 36 неделе беременности с массой 1600гр. Дыхание нормальное, частота сердечных сокращений более 120 в минуту, цвет кожных покровов - розовый, реакции - хорошие, но проблема с сосанием. Как вы классифицируете состояние этого ребенка:

<variant> недоношенный ребенок с низким весом при рождении (маленький к сроку гестации)

<variant> ребенок с низким весом при рождении

<variant> здоровый ребенок

<variant> недоношенный новорожденный с массой тела, соответствующий гестационному возрасту

<variant> недоношенный ребенок с очень низким весом при рождении

<question> У ребенка обнаружена родовая травма позвоночного столба и спинного мозга, выполнена иммобилизация головы и шеи, для снятия болевого синдрома необходимо ввести седуксен, рассчитайте необходимую дозу препарата и кратность его введения, если вес ребенка составляет 3000г:

<variant> 0,3мг 2-3 раза в сутки

<variant> 0,3г 1раз в сутки

<variant> 60мг 2раза в сутки

<variant> 0,1мг 2-3 раза в сутки

<variant> 15мг 2 раза в сутки

<question> У доношенного новорожденного с массой тела 3 кг, родившегося с тугим двукратным обвитием пуповины вокруг шеи, от матери с тяжелым гестозом второй половины беременности, после рождения самостоятельное дыхание отсутствует, частота сердечных

ONTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2» <b>КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА</b>	044/62-11 ( ) 124 стр. из 138

сокращений 80 ударов в 1 минуту, отмечается легкая степень сгибания конечностей, гримаса, окраска кожи цианотичная. Следует начать неотложную помощь:

<variant> с освобождения дыхательных путей

<variant> с введения адреналина

<variant> с вентиляции легких

<variant> с непрямого массажа сердца

<variant> с введения налоксона

<question> У ребенка развился отек мозга. Необходимо ввести осмотический диуретик – 10% раствор сорбитола из расчета 0,25г/кг. Масса ребенка 4000г. Рассчитайте объем раствора, укажите кратность и путь введения препарата:

<variant> 10мл однократно внутривенно капельно

<variant> 15мл однократно внутривенно струйно

<variant> по 7мл 2 раза в сутки внутривенно капельно

<variant> 5мл однократно внутривенно капельно

<variant> по 1мл 2 раза в сутки внутримышечно

<question> У кормящей женщины повысилась температура до 37,5С, появилось уплотнение на груди, болезненность при пальпации, небольшая гиперемия. При сцеживании молоко обычного цвета, без примесей крови и гноя. Наиболее целесообразным является мероприятия:

<variant> продолжить грудное вскармливание со сцеживанием остатка

<variant> запретить грудное вскармливание

<variant> перевести на искусственное вскармливание

<variant> назначить бактериологическое исследование молока

<variant> кормить сцеженным пастеризованным грудным молоком

<question> У новорожденного с рождения рвота с зеленью, усиливающаяся после кормления. Ребенок вялый, адинамичный, отказывается от груди. На вторые сутки развились явления эксикоза. Живот вздут в эпигастральной области, нижняя половина западает. Стул отсутствует с рождения. На рентгенограмме органов брюшной полости наличие двух газовых пузырей и двух уровней жидкости, затемнение нижней половины брюшной полости. Наиболее вероятный диагноз у больного:

<variant> высокая кишечная непроходимость, атрезия 12-перстной кишки

<variant> пилоростеноз

<variant> адреногенитальный синдром

<variant> низкая кишечная непроходимость

<variant> диафрагмальная грыжа

<question> Девочка 5 лет, доставлена в клинику в тяжелом состоянии за счет дыхательной

Недостаточности II степени, интоксикации. Дыхание шумное, слышно на расстоянии, выдох затруднен. В легких коробочный оттенок легочного звука, аускультативно ослабленное

дыхание с шумным выдохом, масса сухих свистящих и влажных среднепузырчатых хрипов.

Укажите из перечисленных предварительных диагнозов является **НАИБОЛЕЕ** вероятным:

<variant> острый обструктивный бронхит

<variant> плеврит

<variant> острый бронхит

<variant> острая пневмония

<variant> острый бронхиолит

<question> У ребенка 8 лет клиника напряженного пневмоторакса. Какова **НАИБОЛЕЕ**

целесообразная тактика дальнейшего ведения больного:

<variant> плевральная пункция и дренаж

<variant> интубация и искусственное дыхание



<variant> положение на пораженной стороне

<variant> активная кислородотерапия

<variant> возвышенное положение

<question> У мальчика 3-х лет, ночью повысилась температура до 39,0С, сохранялась на протяжении 4-х суток, слабость, частота дыхания -38-40 в мин. В бакпосеве мокроты выделены бета-лактамазпродуцирующие штаммы пневмококка. Назначение следующего лекарственного препарата из перечисленных **НАИБОЛЕЕ** обосновано:

<variant> амоксицилин

<variant> амоксициллин

<variant> ампициллин

<variant> азитромицин

<variant> феноксиметилпенициллин

<question> Ребенок 9 лет, жалобы на кашель с отделением гнойной мокроты, слабость.

Объективно: в легких перкуторно - коробочный оттенок, аускультативно – жесткое дыхание, влажные разнокалиберные хрипы по всем полям. На бронхограмме – обрыв дистальных концов бронхов по типу «обрубленного дерева». Ваш диагноз:

<variant> хронический бронхит

<variant> очаговая пневмония

<variant> обструктивный бронхит

<variant> острый бронхиолит

<variant> бронхиальная астма

<question> Ребенку 2 года, лихорадит в течение 5-дней. Состояние тяжелое, температура 39 , влажный кашель, цианоз носогубного треугольника, раздувание крыльев носа, круги под глазами. В легких локальное укорочение легочного звука справа ниже угла лопатки, там же на фоне ослабленного дыхания, влажные мелкопузырчатые хрипы. Ваш диагноз:

<variant> острая пневмония

<variant> острый бронхит с обструктивным синдромом

<variant> острый бронхиолит

<variant> острый бронхит

<variant> плеврит

<question> Девочка 5 лет, доставлена в клинику в тяжелом состоянии, за счет дыхательной Недостаточности II степени, интоксикации. Дыхание шумное, слышно на расстоянии, выдох затруднен. В легких коробочный оттенок легочного звука, аускультативно ослабленное дыхание с шумным выдохом, масса сухих свистящих и влажных среднепузырчатых хрипов. В ОАК – умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. На R-графии грудной клетки отмечается усиление легочного рисунка, корень легких утолщен. Ваш диагноз:

<variant> острый обструктивный бронхит

<variant> острый пневмония

<variant> острый бронхиолит

<variant> острый бронхит

<variant> плеврит

<question> Ребенку 3 мес., t – 38,0 С, кашель в течении 3дней. В данное время беспокоит сухой кашель. Аускультативно: сухие, жужжащие, рассеянные и влажные среднепузырчатые хрипы, жесткое дыхание, перкуторно с коробочным оттенком. Укажите предварительный диагноз **НАИБОЛЕЕ** вероятен:

<variant> острый бронхит

<variant> острая пневмония

<variant> асматический бронхит

<variant> бронхиолит

<variant> плеврит

1295<question> Ребенок 9 месяцев. Жалобы при поступлении в клинику на кашель, одышку. Повышение температуры до 38,0. Объективно состояние тяжелое, кожные покровы бледные, генерализованный цианоз, одышка с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно легочной звук с коробочным оттенком. В легких мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон. На рентгенограмме – повышенная прозрачность легочных полей, низкое стояние диафрагмы. Поставлен диагноз: Острый бронхиолит. Какая лечебная тактика применяется прежде всего при остром бронхиолите:

<variant> коррекция дыхательной недостаточности

<variant> антибактериальная терапия

<variant> постуральный дренаж, вибрационный массаж

<variant> стимуляция защитных реакций организма

<variant> лечение сердечно-сосудистой недостаточности

<question> Девочка 6 лет, поступила с жалобами на кашель, вялость, t- тела 38,40. Объективно: бледность кожных покровов, частота дыхания 34 в мин.. В легких укорочение перкуторного звука справа, здесь же на фоне ослабленного дыхания сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы. .... является НАИБОЛЕЕ информативным методом обследования в диагностике.

<variant> Рентгенография

<variant> Бронхография

<variant> Бронхоскопия

<variant> Пикфлоуметрия

<variant> Спирография

<question> У ребенка с рождения на R-грамме имеется тонкостенная воздушная полость. 3 дня назад повысилась температура, появилась одышка, кашель. Укажите НАИБОЛЕЕ вероятный диагноз у больного:

<variant> нагноившаяся киста легкого

<variant> диафрагмальная грыжа

<variant> абсцесс легкого

<variant> булла легкого

<variant> пневмоторакс

<question> Ребенок 2-х лет во время игры внезапно закашлялся, посинел; кашель продолжался около 10-ти минут и больше не возобновлялся. На следующий день вновь появился кашель (неприступнообразный), большое количество сухих хрипов больше справа. Укажите эффективный метод диагностического обследования показан для уточнения диагноза:

<variant> бронхоскопия

<variant> спирография

<variant> R-графия органов грудной клетки

<variant> общий анализ крови

<variant> посев мокроты на флору

<question> У ребенка семи месяцев на фоне ОРВИ на 4 день заболевания состояние ухудшилось, появилась одышка экспираторного характер. При аускультации – удлиненный выдох, разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон. Назначение следующих лекарственных препаратов групп является НАИБОЛЕЕ целесообразным:

<variant> бронхомиметики

<variant> увлажненный кислород

<variant> гормоны

<variant> антибиотики



<variant> вибраторный массаж грудной клетки

<question> Вызов к ребенку 3 месяцев. Жалобы мамы ребенка на кашель в течение 2 дней, субфебрильную температуру, снижение аппетита, сегодня с утра отказывается есть и пить, наблюдается втяжение грудной клетки. Основная тактика наиболее целесообразна согласно ИВБДВ для лечения:

<variant> дать 1 дозу подходящего антибиотика, направить немедленно в стационар

<variant> смягчить горло и облегчить кашель с помощью безопасного средства, назначить последующий визит через 3 дня

<variant> дать 1 дозу быстродействующего бронхолитика, назначить последующий визит через 5 дней

<variant> дать 1 дозу быстродействующего бронхолитика, плюс сальбутамол, направить немедленно в стационар

<variant> дать антибактериальный препарат для пневмонии, назначить последующий визит через 2 дня

<question> Ребенку 5 лет. Острый приступ бронхиальной астмы, длительностью 2 часа.

Родители дали уже девочке бромгексин и эуфиллин. Ваши действия:

<variant> ингаляционно В2-агонисты короткого действия

<variant> ввести эуфиллин внутривенно

<variant> ингаляционные кортикостероиды

<variant> ингаляционно В2-агонисты длительного действия

<variant> кромонглициновую кислоту

<question> Школьник 8 лет, обратился с жалобами на подъем температуры тела до 37,2-37,5, в течение недели, на упорный сухой кашель со скудной мокротой, снижение аппетита. Из анамнеза заболевание развилось постепенно с упорного кашля, подъема температуры до субфебрильных цифр. Объективно: Кожные покровы чистые, розовые. Умеренные катаральные явления в зеве. Покраснение конъюнктивы век. В легких - перкуторно легочный звук, выслушиваются рассеянные мелкопузырчатые хрипы. В ОАК: Нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. На рентгенограмме грудной клетки - неоднородная очаговая инфильтрации легочных полей. Препаратом выбора является:

<variant> макролиды

<variant> тетрациклины

<variant> сульфадимезин

<variant> цефалоспорины

<variant> аминогликозиды

<question> Ребенок 10 лет, предъявляет жалобы на периодические приступы затрудненного дыхания. Из анамнеза: приступы затрудненного дыхания беспокоят в течение последних 1,5 лет, 3-4 раза в год, купируются самостоятельно, ночные приступы отсутствуют. В анамнезе атопический дерматит. При объективном осмотре и рентгенологическом исследовании органов грудной патологии НЕ обнаружено. По данным спирографии ПСВ-85%. Поставьте диагноз:

<variant> интермиттирующая бронхиальная астма легкой степени тяжести

<variant> интермиттирующая бронхиальная астма, средней степени тяжести

<variant> персистирующая бронхиальная астма легкой степени тяжести

<variant> персистирующая бронхиальная астма средней степени тяжести

<variant> персистирующая бронхиальная астма, тяжелой степени тяжести

<question> Больному 8 лет, с диагнозом экссудативный плеврит проведена плевральная пункция. Результаты анализа следующие: лимфоциты 80%, нейтрофилы 15%, эритроциты 5% .

Укажите характерный вид плеврита по результатам исследования у данного больного:

<variant> серозный



<variant> гнойный

<variant> геморрагический

<variant> слизистый

<variant> хилезный

<question> Ребенку 6 лет. Последние 3 года болеет бронхитами 3 и более раз в году. После перенесенного заболевания кашель и физикальные изменения в легких сохраняются более 3 недель. Общее состояние особо не страдает. Функция легких не нарушена. У ребенка рецидивирующий бронхит. Характерные прогностические ситуации:

<variant> с возрастом клинические проявления угасают

<variant> с возрастом клинические проявления усиливаются

<variant> трансформируется в бронхиальную астму

<variant> трансформируется в хронический бронхит.

<variant> приводит к склеротическим изменениям легких

<question> На 3 день госпитализации в кардиологическое отделение у 3-х летнего ребенка появились кашель, одышка, рассеянные влажные м/п хрипы по всем полям. На рентгенограмме легких выявлялись инфильтративно-воспалительные фокусы очагово-сливного характера. У ребенка острая пневмония. Основные критерии диагностики:

<variant> клинико-рентгенологические

<variant> клинические

<variant> рентгенологические

<variant> лабораторные

<variant> клинико-лабораторные

<question> Ребенку 6 лет. В анамнезе ЭКД. Первый эпизод обструктивного бронхита в 3 года, с последующими рецидивами по 2 – 3 раза в год. Провоцирующими факторами приступов удушья являются: ОРВИ, холод, неприятные раздражающие запахи. В межприступный период при спирографии выявлены нарушения вентиляционной способности легких по обструктивному типу 2 степени. У ребенка бронхиальная астма. Данное заболевание относится:

<variant> к хронической бронхолегочной патологии

<variant> к острой бронхолегочной патологии

<variant> к затяжной бронхолегочной патологии

<variant> к рецидивирующей патологии

<variant> к внелегочной патологии

<question> У ребенка 5 лет муковисцидоз, госпитализирован с обострением хронического бронхолегочного процесса с высевом из мокроты *P. aeruginosa*. Назначено лечение. Найдите ошибку в назначениях.

<variant> цефазолин 100мг/кг/сут в сочетании с амоксициллином 100 мг/кг/сут (в/м)

<variant> ацетилцистеин 30мг/кг/сут (ингаляторно и per os)

<variant> креон 10000 во время основного приема пищи

<variant> ингаляции с атровентом

<variant> вибрационный массаж

<question> Школьник. В анамнезе общения с домашними животными. Кашель сухой, одышка при физическом напряжении, периодический подъем температуры до субфебрильных цифр. В весе теряет. На рентгенограмме на фоне неизменной легочной паренхимы округлая тень с четкими контурами. В анализах крови эозинофилия (15 – 21%). Выявленное заболевание:

<variant> эхинококкоз легкого

<variant> эозинофильная пневмония

<variant> деструктивная пневмония

<variant> киста легкого



<variant> микотическая пневмония

<question> Ребенку 6 лет. Последние 3 года болеет бронхитами 3 и более раз в году. После перенесенного заболевания кашель и физикальные изменения в легких сохраняются более 3 недель. Общее состояние особо не страдает. Функция легких не нарушена. Это заболевание:

<variant> рецидивирующий бронхит

<variant> хронический бронхит

<variant> рецидивирующий обструктивный бронхит

<variant> хронический обструктивный бронхит

<variant> атипичная пневмония

<question> Ребенку 6 лет. В анамнезе ЭКД. Первый эпизод обструктивного бронхита в 3 года, с последующими рецидивами по 2 – 3 раза в год. Провоцирующими факторами приступов удушья являются: ОРВИ, холод, неприятные раздражающие запахи. В межприступный период при спирографии выявлены нарушения вентиляционной способности легких по обструктивному типу 2 степени. Выявленное заболевание:

<variant> бронхиальная астма

<variant> рецидивирующий обструктивный бронхит

<variant> хронический бронхит

<variant> муковисцидоз

<variant> врожденный порок развития легких

<question> С рождения у ребенка одышка. Первый эпизод ОРВИ протекал с выраженными симптомами дыхательной недостаточности, длительно сохраняющимся кашлем, хрипами в легких. На рентгенограмме гомогенное затемнение одной из половин грудной клетки и резкое смещение средостения в сторону затемнения. Общее заболевание: Врожденный порок развития легких С наибольшей вероятностью это:

<variant> агенезия (аплазия) легкого

<variant> гипоплазия легкого

<variant> плеврит

<variant> эмфизема легкого

<variant> абсцесс легкого

<question> С 2-х лет у ребенка частые обструктивные бронхиты. Характер мокроты гнойный. Постоянные влажные хрипы справа. Уменьшение объема правого легкого при рентгенографии легких. Смещение средостения вправо. Общее заболевание – врожденный порок развития легких. Выявленное заболевание:

<variant> гипоплазия легких

<variant> агенезия (аплазия) легкого

<variant> кисты легких

<variant> лобарная эмфизема

<variant> бронхомаляция

<question> Ребенку 2 года. Кожные покровы бледные с цианозом лица при плаче. Одышка в покое. Левая половина отстаёт в дыхании. При перкуссии в верхних отделах слева звук коробочный, дыхание здесь же резко ослаблено. на рентгенограмме увеличение объема и прозрачности верхушки левого легкого с обеднением легочного рисунка. органы средостения смещены вправо. Ваш предварительный диагноз:

<variant> эмфизема легких

<variant> полисегментарная пневмония

<variant> туберкулез легких

<variant> ателектаз легкого

<variant> эхинококкоз легкого



<question> Ребенок 14 лет, диагноз: идиопатический фиброзирующий альвеолит. Основной метод верификации диагноза методом:

- <variant> биопсия легкого
- <variant> бронхография
- <variant> цитология мокроты
- <variant> компьютерная томография легких
- <variant> бронхоскопия

<question> Ребенку 8 месяцев. У матери урогенитальная патология. Торпидно протекающий конъюнктивит в первые дни жизни. затяжной воспалительный процесс в легких. лихорадка отсутствует. кашель стакатто- непродуктивный, нарастающий. одышки нет. выдох форсирован. на рентгенограмме легких диффузная неомогенная инфильтрация за счет интерстициального компонента. В анализах периферической крови эозинофилия. Лабораторные методы, необходимые для верификации диагноза пневмония хламидийной этиологии:

- <variant> ПЦР, ИФА диагностика
- <variant> посевы крови на стерильность
- <variant> бактериологическое исследование мокроты
- <variant> биопсия легкого
- <variant> бронхоальвеолярный лаваж

<question> У ребенка школьного возраста клинико-рентгенологическая картина бронхоэктатической болезни. Инструментальные методы исследования, необходимые для верификации диагноза:

- <variant> бронхография
- <variant> обзорная рентгенография органов грудной клетки
- <variant> бронхоскопия
- <variant> торакоскопия
- <variant> спирография

<question> Ребенку 10 лет. В раннем детском возрасте неоднократно переносил стенозирующие ларингиты с использованием длительной интубации трахеи. На момент осмотра кашель сухой. постоянная инспираторная одышка в покое с втяжением надъяремной области. ослабленное везикулярное дыхание при аускультации легких Ваш предварительный диагноз:

- <variant> рубцовый стеноз трахеи
- <variant> острый ларингит
- <variant> рецидивирующий ларингит
- <variant> хронический фарингит
- <variant> обструктивный бронхит

<question> У ребенка 10 лет выставлен диагноз рубцовый стеноз трахеи. для профилактики рубцовых стенозов необходимо использовать:

- <variant> кортикостероиды
- <variant> антибиотики
- <variant> отхаркивающие средства
- <variant> бронхолитики
- <variant> противовирусные средства

<question> Препаратом выбора при пневмонии, вызванной пневмококком, является:

- <variant> пенициллин
- <variant> фуразолидон
- <variant> трихопол
- <variant> бисептол
- <variant> гентамицин



<question> При остром обструктивном бронхите назначают:

- <variant> эуфиллин в дозе 4 мг/кг на прием 3 раза в сутки
- <variant> антибиотики в дозе 50мг/кг на прием 3 раза в сутки
- <variant> увлажненный кислород в течение 30 мин 5л/мин
- <variant> преднизолон в дозе 2мг/кг на прием 2 раза в сутки
- <variant> гепарин 300 ЕД/кг в/м 1 раз в сутки

<question> Ребенку 2 года. Жалобы на общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 37,50С, сухой кашель. Болен второй день, заболевание мама связывает с переохлаждением. Перкуторно над легкими ясный легочной звук, аускультативно – жесткое дыхание, сухие жужжащие и влажные среднепузырчатые хрипы. ЧД 28 в минуту. Ваш диагноз:

- <variant> острый бронхит
- <variant> пневмония
- <variant> острый трахеобронхит
- <variant> ларинготрахеит
- <variant> обструктивный бронхит

<question> Для уменьшения вязкости мокроты при муковисцидозе НЕ используют:

- <variant> панкреатин
- <variant> трипсин, химотрипсин
- <variant> ацетилцистеин
- <variant> ингаляции физиологического раствора
- <variant> бромгексин

<question> Лечение ребенка в приступе бронхиальной астмы НЕ включает:

- <variant> перорально антибиотик
- <variant> проветрить помещение
- <variant> аэрозоль беродуал
- <variant> успокоить ребенка
- <variant> ингаляционный глюкокортикоид

<question> При пневмосклерозе НЕ назначают:

- <variant> отхаркивающие микстуры
- <variant> преднизолон внутрь
- <variant> эуфиллин
- <variant> электрофорез с йодом и магнием
- <variant> йод внутрь

<question> К муколитикам, используемым в борьбе с бронхообструкцией, относится:

- <variant> амброксола гидрохлорид
- <variant> трипсин
- <variant> йодид калия
- <variant> платифиллин
- <variant> атропин

<question> Девочка 14 лет, предъявляет жалобы на боли в животе после приема пищи, отрыжку, тошноту, жжение в эпигастрии, склонность к запорам. Данные жалобы в течение нескольких лет, не обследовано.

Ваш предварительный диагноз:

- <variant> хронический гастродуоденит
- <variant> язвенная болезнь 12-перстной кишки
- <variant> хронический холецистит
- <variant> язвенная болезнь желудка
- <variant> хронический гастрит



<question> Девочка 8 лет, болеет 1,5г, жалобы на недомогание, слабость, постоянные боли в правом подреберье с периодическими усилениями; боли тупые, ноющие, давящие, возникают через 1-1,5 часа после приема жирной пищи, или после физической нагрузки. Больна в течение 1,5 лет. Пальпация: болезненность в правом подреберье. Пузырные симптомы положительные; увеличена печень, болезненна. Ваш предварительный диагноз:

<variant> дискинезия желчевыводящих путей

<variant> хронический гепатит

<variant> хронический холецистит

<variant> хронический панкреатит

<variant> язвенная болезнь 12-перстной кишки

<question> У мальчика 1,5 года после перенесенной острой кишечной инфекции появились: жидкий, водянистый, кислый, пенистый стул; метеоризм, колики в животе. Ваш предварительный диагноз:

<variant> вторичная лактазная недостаточность

<variant> целиакия

<variant> муковисцидоз

<variant> острая кишечная инфекция

<variant> экссудативная энтеропатия