КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

Вопросы программы для рубежного контроля-2

Название дисциплины: «Детские болезни на уровне ПМСП»

Код дисциплины: DBU PMSP 6302

Название и шифр ОП: «Общая врачебная практика» 6В10112

Объем учебных часов/ кредитов: 420 час/14 кред

Курс: 6

Семестр изучения: 11,12

Шымкент 2025 уч.г.

Составитель: асс Абдиева Б.М.

Зав кафедрой: д.м.н., профессор

Досыбаева Г.Н.

Протокол № 2 от «29» 08 2025 г.

<question> Больная 17 лет обратилась к участковому врачу с жалобами на боли в поясничной области, учащенное мочеиспускание, озноб. Из анамнеза: известно, что часто болеет ОРВИ. Около 5 лет периодически отмечает тупые боли внизу живота, на этом фоне бывает субфебрильная температура; иногда отмечается болезненное мочеиспускание. При осмотре: температура 37,8°С. Периферических отеков нет. Л/узлы не увеличены. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС– 78 в минуту. АД 110/70 мм РТ.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания положительный слева. Мочеиспускание учащенное до 8 раз в день, ночью – 3 раза, болезненное. Что из перечисленного является последующим действием при ведении данного больного?

<question>У больного имеют место симптомы бронхоэктазов, хронического ринита, синусита, а также частичное обратное расположение внутренних органов. Вероятный диагноз:

<question>Что является причиной развития синдрома раздраженной кишки?

<question>У мальчика 10 лет возникли высыпания на коже голеней. При осмотре: на коже голеней патологический процесс представлен пустулами диаметром 3- 5 мм на гиперемированном основании, отмечается незначительная болезненность. Какие лабораторные тесты подтвердят диагноз?

<question>Мальчик 11 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в суставах мигрирующего характера, одышку при умеренной физической нагрузке, колющие боли в области сердца. 2 недели назад перенес гнойную ангину. Объективно: мальчик пассивный из-за припухлости в голеностопных суставах. Границы относительной тупости сердца увеличены влево, тахикардия, систолический шум на верхушке. Голеностопные суставы припухшие, болезненные на ощупь. На туловище бледно-красные высыпания в виде безболезненных при пальпации пятен. ОАК: СОЭ – 28 мм/час, лейкоциты – 11 х109 /л, фибриноген – 6,4 г/л, АСЛ-О 1:750 ед. Какие характерные кожные проявления вероятно появились у ребенка?

<question>Девочка 8 лет жалуется на боли в коленных суставах, обычно появляются после физической нагрузки, общая слабость. Со слов мамы часто болеет ангиной и ОРВИ. Мама заметила, что по утром ребенок капризничает, долго не встает, предпочитает оставаться в постели до обеда. При осмотре: припухлость и дефигурация суставов кистей рук, ограничение объема движений, положительный симптом сжатия кисти. Отечность праого коленного сустава. В ОАК – эритроциты - 3,5 млн, Нв - 122 г/л, лейк – 10 тыс, Лф - 35%, эозинофилы -1%, моноциты -2%, тромбоциты – 360 тыс, СОЭ – 30 мм/ч, СРБ - положительный. РФ - отрицательный. АНА - положительный. Вероятный диагноз ?

<question>Девочка 14 лет, жалуется на колющие боли в области сердца, припухлость в коленных суставах, лихорадку до 38,5 градусов. Из анамнеза: часто болела ангинами с детства. В 7 летним возрасте отекали локтевые и правый коленный суставы, тремор и непроизвольные движения конечностей на фоне фебрильной лихорадки. Ухудшения состояния в течение 2 недель после перенесенной очередной ангины. Объективно: артрит коленных суставов. При аускультации: 1 тон ослаблен, систолический шум на верхушке. ЧСС 110 уд/мин., пульс 110 в мин., ритм правильный. Какой из ниже указанных состояний развился у девочки?

<question>Девочка 13 лет, жалуется на дискомфорт и боли в области сердца, тремор кистей, повышение температуры тела до 39 градусов. Со слов отца месяц назад перенесла гнойную ангину. Позже мама заметила изменения почерка ребенка, появились подергивания лицевой мускулатуры и тремор кистей. Объективно: границы относительной тупости сердца увеличены влево на 1,0 см. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. Общий анализ крови: СОЭ – 45 мм/час, лейкоциты – 11 тыс, фибриноген – 8,0 г/л, антистрептолизин «О» 1:850 ед. На ЭКГ - ритм синусовый, ЧСС – 100 в минуту, атрио-вентрикулярная блокада I степени. Вероятный диагноз?

<question>Девочка 11 лет, жалуется на боли и ограничения движения в правом голеностопном суставе, в левом коленном суставах, повышения температуры тела до 40 градусов. Из анамнеза: частые ангины с детства, последний эпизод 1 месяц назад после переохлаждения. Со слов мамы изменился почерк девочки в течение недели и стала забывчивей. Объективно: артрит в пораженных суставах, безболезненные узелки над локтевыми суставами. Границы относительной тупости сердца не увеличены. При аускультации: тоны сердца ясные, шумов нет. Температура тела – 38,7 градусов. ОАК: Лейкоциты- 11* 109/л, гемоглобин- 123 г/л, СОЭ 40 мм/ч. РФ – отрицательно, СРБ – 41 мг/мл. ЭКГ – ритм синусовый с ЧСС 88 в мин, вертикальное положен е ЭОС. ЭхоКГ – патологических потоков не выявлено. Выберите адекватную схему вторичной бициллинопрофилактики в данной ситуации:

<question>Мальчика 8 лет доставили в стационар в тяжелом состоянии, со слов мамы ребенок жалуется на боли в коленных, локтевых и плечевых суставах, далее появились высыпания, лихорадка до 39,8 градусов. Из анамнеза: заболел остро, 2 недели назад появилась артралгия, увеличилась шейные лимфоузлы, вчера присоединились высыпания и лихорадка. При осмотре: «земляничный» язык (фото), гиперемия конъюнктив, сухость и гиперемия губ, полиморфная сыпь на туловище и конечностях, увеличение заднешейных лимфоузлов. Отечность стоп. Объективно: границы сердца увеличены, тоны приглушены, систолический шум на верхушке. ОАК: Hb – 115 г/л, лейкоциты – 12 х109/л, тромбоциты – 410х109 /л, СОЭ – 42 мм/час. СРБ – 32 мг/мл, АНА – отрицательно, АСЛ-О – 100 МЕ/л. На ЭКГ признаки ишемии. Вероятный диагноз?

<question>Мальчик 10 лет болен в течение года. В росте не прибавил, похудел на 5 кг, часто хромает, отмечает боли в коленях, пятках, снижение зрение. Окулист выявил иридоциклит. Объективно: дефигурация обеих коленных суставов, мышечная атрофия. При обследовании: НЬ -121 г/л, лейкоциты 10х109/л, СОЭ - 23 мм/час. РФ – 10 МЕ/л, СРБ – 5 мг/л, HLA B27 положительный. Какая тактика лечения оптимальна в первую очередь?

<question>У девочки 8 лет отмечаются бледность кожных покровов, слизистых, слабость, головокружение, снижение аппетита, нравятся резкие запахи, есть сырое тесто. Кожа сухая, «заеды» в углу рта, глоссит. Тоны сердца звучные, короткий систолический шум на верхушке. Результаты исследований: сывороточное железо - 9,5 мкмоль/л, ферритин 25 нг/мл, Эритроциты 2,3х10^12/л, Гемоглобин 80 г/л, ЦП 0,7; ретикулоциты 4%. Какая терапия необходима?

<question>"Девочка 16 лет с юношеской артериальной гипертензией в течение 2 лет постоянно принимает эналаприл в дозе 10 мг в сутки с хорошим эффектом. Но в последние 2 месяца появился приступообразный сухой кашель. Проведите коррекцию в терапии:

<question>У мальчика 8 мес одышка, длительный кашель, особенно во время сна, вялость, частые простудные заболевания. Мальчик спокоен, малоподвижен, повышенной упитанности. Кожа бледная, с мраморным рисунком. Температура 36,0С. Частота дыхания 45 в 1 мин. Перкуторно - над легкими легочной звук, аускультативно - везикулярное дыхание. В анализе крови: СОЭ 5 мм/ч, лейкоцитов 5,2*109/л, лимфоцитов 83%, эозинофилов 4%. На рентгенограмме органов грудной клетки (см. вложение). Вероятный диагноз?

<question>У 11-месячной девочки в течение 6-8 недель после начала прикорма в виде злаковой каши отмечается снижение аппетита, метеоризм, обильный, жидкий стул со зловонным запахом, болезненность при пальпации живота, увеличение размеров живота, мышечная гипотония, слабость, вялость, признаки остеоидной гиперплазии. Вес 7800, масса при рождении 3500. Вероятный диагноз?

<question>"Мальчик 15 лет с жалобами на изжогу, отрыжку воздухом сразу после еды, иногда дисфагия и одинофагия, давящие боли за грудиной после приема пищи. На ФЭГДС: в нижней трети пищевода выявлены гиперемия, рыхлость слизистой, единичная эрозия, кардия зияет. Слизистая желудка и двенадцатиперстной кишки розовая.
Что из перечисленного необходимо в терапии 1 линии?

<question>Ребенок 12 лет поступает в сопорозном состоянии в приемный покой детской больницы в 6 утра. В последнее время мама отмечает слабость, похудание, иногда тошноту и боли в животе, много пьет и часто ходит в туалет. В анализах крови – гемоглобин 125 г/л, лейкоциты 7,9 *109, СОЭ 12 мм/ч, общий белок 65 г/л, глюкоза 12,5 ммоль/л, калий 3,5 ммоль/л, мочевина 6,9 ммоль/л. ОАМ – уде вес 1030, белок – отс, глюкоза 2,9, кетоновые тела +++, эритроциты 2-3 в п/зр, лейкоциты 4-5 в п/зр. Вероятный диагноз?

<question>Ребенку 5 месяцев. 2 месяца назад переехали из другой страны. Родился на 42 неделе, весом 4050, ростом 52 см. В роддоме позднее отхождение мекония. Мама жалуется на сниженный аппетит, затруднение при глотании, метеоризм, запоры. При осмотре масса тела 5600 г, рост 60 см, сухость, бледность и шелушение кожных покровов, холодные кисти и стопы, отеки лица и век, ломкие, сухие, тусклые волосы. Ваш предварительный диагноз?

<question>"У девочки 13 лет появились головные боли, боли в животе, боли в коленных, коленных и голеностопных суставах; кашель, сыпь по типу «бабочки» на лице. Объективно: АД 135/90 мм рт ст. в легких влажные рассеянные хрипы, печень +2-2,5 см из-под края реберной дуги. Лабораторно: гемоглобин 88 г/л, эритроциты – 3,9*1012 г/л, тромбоциты 90*109, СОЭ - 58 мм/час; в анализе мочи белок 1,2 г/л.
Какой из перечисленных методов исследования необходим для подтвердения диагноза?

<question>Мама 2-хлетнего мальчика жалуется на возникновение немотивированной усталости и пожелтение кожи в течение 2-х дней у ребенка. Неделю назад был насморк после переохлаждения. Прошел пятидневный курс по поводу желтухи новорожденных. Жизненные показатели в пределах нормы. Объективно – желтушности кожи и конъюнктивы. Селезенка пальпируется на 3 см ниже реберной дуги. Hb 98 г/л, средняя концентрация гемоглобина в эритроците (МСНС) 38%. Тест Кумбса отрицательный. Развитие какого осложнения вероятно?

<question>9-летний мальчик обратился по поводу болей при глотании и жжения во рту в течение последних 10 дней. За последние 3 недели появилась быстрая утомляемость. У отца

были камни в желчном пузыре, холецистэктомия в 30 лет. Объективно - Т тела 37,7^{O}С, пульс 105/мин, АД 110/65 мм рт ст., ЧДД 28/мин. Бледность слизистых оболочек, умеренная желтушность склер, опухший красный язык. В крови – Hb 98 г/л, MCV 102 мкм3, ретикулоциты 0,4%; эритроциты без центральной бледности. Что могло бы предотвратить жалобы пациента?

<question>14-летняя девочка с жалобами на повторяющиеся носовые кровотечения в течение нескольких месяцев. Эпизоды возникают неожиданно и прекращаются через несколько минут, если наклоняется и наклоняет голову вперед. Менструации регулярные, обильные, интервал 27 дней. Последний менструальный цикл был три недели назад. В крови – Hb 110 г/л, гематокрит 34%, лейкоциты 7000/мм3, тромбоциты 180 000/мм3, протромбиновое время 13 сек, частичное тромбопластиновое время 45 сек, время кровотечения 10 мин. Вероятный диагноз?

<question>9-летний мальчик с жалобами на болезненную припухлость в правом колене, которая появилась после столкновения во время футбольного матча с другим игроком. Несколько месяцев назад у него было сильное кровотечение после удаления зуба. При осмотре выраженная болезненность и припухлость правого коленного сустава. На нижних конечностях синяки разной стадии заживления. Показатели - тромбоциты – 235 000/мм3, АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время) 78 сек, протромбиновое время 14 сек, время кровотечения 4 мин. Концентрация какого показателя вероятнее всего будет снижена в плазме крови?

<question>16-летний мальчик обратился к врачу из-за жидкого стула в течение 3-х недель. Стул 2-3 раза в день, иногда с кровью. Периодически беспокоят спастические боли в животе, усталость, потеря веса 2 кг. Объективно - Т тела 37,1^{O}С, пульс 82/мин, АД 106/68 мм рт ст.. Болезненность нижней части живота при пальпации. Кал на я/г отрицателен. В крови – Hb 118 г/л, лейкоциты 12 400/мм3, СОЭ 14 мм/ч. На колоноскопии – воспаленная, рыхлая слизистая, при контакте с эндоскопом кровоточивость. Какая тактика целесообразна?

<question>Ранее здоровый 4-летний мальчик был доставлен к врачу его родителями в связи с лихорадкой, диффузной болью в суставах и сыпи на животе в течение прошлой недели. Он эмигрировал из Китая со своей семье 2 года назад. Посещает детский сад. О его прививках ничего не известно. Температура тела 38,5^{O}С, пульс 125мин, АД 100/60 мм рт ст. при осмотре – на теле полиморфная сыпь, конъюнктивит. Язык блестящий и красный, губы потрескавшиеся, руки и ноги красные и опухшие; правосторонняя передняя шейная лимфаденопатия. Какой следующий шаг рекомендован для управления заболеванием?

<question>Ергали, 9 лет, поступил с жалобами на боли за грудиной, кислый вкус во рту, изжога, снижение аппетита. Считает себя больным в течении 1 года, когда появились вышеуказанные жалобы. Объективно: состояние средней тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы бледные, чистые. Отеков нет. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, болезненность при пальпации в эпигастральной области, точке Кера. Язык густо обложен грязно - серым налетом. Стул неустойчивый. Ваш диагноз?

<question>Алина, 15 лет, регулярно принимает нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) в связи с ревматоидным артритом. В анамнезе НПВС-индуцированный эрозивный гастрит. Какая группа препаратов показана для профилактики возможного развития эрозивного гастрита?

<question> Федору, 13 лет, верифицирован диагноз язвенной болезни хеликобактерной этиологии. Была проведена эрадикационная терапия. Когда должен проводиться контроль эффективности эрадикации хеликобактер путем быстрого уреазного теста?

<question>"У подростка 13 лет появились острые боли внизу живота, рези при частом мочеиспускании. Заболел остро после переохлаждения. Об-но: кожные покровы обычной окраски, отеков нет. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, PS 78 уд. в мин. Живот мягкий, болезненный над лонным сочленением. АД 110/75 мм рт. ст. ОАК: лейкоциты- 10,9 10/л, СОЭ 16 мм/ч. ОАМ: лейкоциты 20-25 в п/з, эритроциты-6-8 в п/з., слизь++ , бактерии+++. Какой предварительный диагноз?

<question>На прием к врачу пришла мать с ребенком в возрасте 14 дней. Жалобы на частый стул до 7-8 раз в сутки, непереваренный, с комочками и зеленью. Такой характер стула отмечался еще в родильном доме с 3-4 дня жизни.
Следует ли заподозрить ОКИ у новорожденного?

<question>Девочка 12 лет пришла на прием с жалобами на выраженные боли в эпигастрии и пилородуоденальной зоне в течение последних 10 дней. Проведено ЭГДС: слизистая пищевода розовая, кардия сомкнута. В желудке мутная слизь; слизистая антрального отдела желудка гнездно гиперемирована, отечна, на стенках плоские выбухания. Слизистая луковицы отечна, гиперемирована, на передней стенке рубец 0.6 см, на задней – язвенный дефект 1.0х0.8 см округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++). Какое лечение из нижеперечисленного Вы назначите?

<question>Мальчик 12 лет. При профилактическом осмотре у врача ВОП выявлены протеинурия и лейкоцитурия, эритроцитурия. АД до 130/90 мм рт/ст. При осмотре - бледность лица и кожных покровов, пастозность век. В крови: общий белок 62 г/л, мочевина- 7.84 ммоль/л, креатинин 140 мкмоль/л. В ОАМ удел. вес 1020, белок – 1,0 г/л; макрогематурия, цилиндры гиалиновые до 10 в п/зр. Поставьте клинический диагноз.

<question>У ребенка 12 лет, на фоне получаемой эрадикационной терапии в связи с хр. гастродуоденитом хеликобактерной этиологии появилось расстройство стула в виде диареи до 4 раз в сутки. В копрограмме лейкоциты до 2-3 в п/зрения, слизь ++, иодофильная флора +++. Какой группы препарат должен быть первостепенным в терапии данной дисфункции кишечника?

<question>Девочка 13 лет. Состоит у ВОП на учете около 2-х лет с хроническим гастритом. Беспокоят тупые боли и тяжесть в эпигастрии после еды, отрыжка, тошнота, неприятный вкус во рту. Иногда жжение языка, чувство "ползания мурашек" в конечностях. Отмечается бледность кожных покровов, субиктеричность склер, "лакированный" язык. Метеоризм, диарея. Какая картина крови в ОАК характерна для данного заболевания?

<question>У мальчика 9 лет с тугоухостью, в моче - гематурия (дед по материнской линии умер в 45 лет от ХПН). Какой вероятный диагноз и тактика обследования?

<question>Ребенок родился на 41 неделе, весом 4300, ростом 56 см. Отмечается отечность лица и туловища. Родничок 4 х 4 см, открыт сагитальный шов на 0,5 см. Нарастает адинамия,

сонливость, приступы апноэ, стридорозное дыхание. Быстро охлаждается. Выраженная желтуха. Что из перечисленного является первостепенным шагом в диагностике?

<question>Вызов врача на дом к ребёнку, 10 мес., вес- 10 кг. Жалобы на повышение Т° тела до 39,1°С, на фоне которой появились непроизвольные подергивания конечностей и потеря сознания на несколько секунд. Состояние средней степени тяжести. Ребенок несколько заторможен. Аппетит снижен, но хорошо пьет. Кожные покровы влажные, горячие, умеренная гиперемия лица. Носовое дыхание затрудненно, отделяемое слизистое. Зев и задняя стенка глотки отѐчные, гиперемированы. В лѐгких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧД 36 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 132 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены. Менингеальных и очаговых знаков нет. В аптечке у Вас лежит ампула 0,5% р-р диазепама 2 мл/10мг и суспензия парацетамола 100мл, в 5 мл/120 мг. Окажите неотложную помощь ребенку.

<question>На приеме у врача общей практики девочка 11 лет. За месяц до обращения к врачу перенесла ангину. Последнее время стала уставать, хуже учиться, появились раздражительность, плаксивость, подергивания мимической мускулатуры, неустойчивость походки, изменился почерк. Объективно: расширение границ сердца, тахикардия, систолический шум на верхушке сердца; снижение мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, нарушение координационных проб. Ваш предполагаемый диагноз:

<question>Ребенку 3 года. Жалобы матери на плохой аппетит, вялость, плаксивость, негативизм при общении с детьми. При опросе выяснилось пристрастие к поеданию угля, сырого фарша, газетной бумаги. Объективно: бледность ладоней. Кожа суховатая, в углах рта мокнущие трещины, тургор тканей и тонус мышц несколько снижены. Дыхание жесткое. ЧДД 30 в мин. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке в 5 точке. Страдает энурезом. ОАК – эритроциты 4,1х1012/л, НВ 112 г/л, ЦП 0,7. Какое обследование следует назначить?

<question>Девочка, 7 мес. Масса при рождении 3140г, рост 51 см. Из анамнеза: на грудном вскармливании был до 4 месяцев, в рационе питания - кефир с 4 месяцев, яблочный сок 1-2 раза в неделю, с 6,5 мес. подключили овощное пюре, ест пюре неохотно, не каждый день. При обследовании: ребенок вялый, отмечается бледность и сухость кожных покровов, тахикардия, систолический шум на верхушке сердца. Вес-8 кг, рост – 70 см. В анализах крови - Нв - 84 г/л, эр. - 3,5х1012/л, ЦП - 0,6, отмечается анизоцитоз, пойкилоцитоз, СОЭ - 10 мм/час. Назовите какой из признаков относится к сидеропеническому синдрому?

<question>Девочка, 7 мес. Масса при рождении 3140г, рост 51 см. Из анамнеза: Во время беременности с 32 недели мать проходила курс лечения по поводу анемии, препараты железа принимала не регулярно. Девочка на грудном вскармливании была до 4 месяцев, в рационе питания - кефир с 4 месяцев, яблочный сок 1-2 раза в неделю, с 6,5 мес. подключили овощное пюре, ест пюре неохотно, не каждый день. При обследовании бледность и сухость кожных покровов, тахикардия, систолический шум на верхушке сердца. Вес-8 кг, рост – 69 см. В анализах крови - Нв - 84 г/л, эр. - 3,5х1012/л, ЦП - 0,6, отмечается анизоцитоз, пойкилоцитоз, СОЭ - 10 мм/час. ОЖСС 75 мкмоль/л, железо сывороточное 11,0 мкмоль/л. Вероятный диагноз?

<question>Девочка, 10 лет. Жалобы на тупые боли в правом подреберье, горечь во рту по утрам, неустойчивый стул в течении последних 2 недель. Из анамнеза: часто употребляет

газированные напитки, бургеры. Ведет малоподвижный образ жизни. При осмотре: отмечает болезненность при пальпации в правом подреберье, + симптомы Кера, Ортнера, Мерфи. Какой из основных перечисленных диагностических обследований необходимо провести на амбулаторном этапе:

<question>При оценке физического развития 8-месячного ребенка его масса тела составляла 7300 г, длина 68 см. Ребенок родился с массой тела 3200 г, длиной 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. В 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 5 раз. Ваш предположительный диагноз:

<question>Девочка 8 месячного возраста осмотрена участковым врачом. Со слов матери жалобы на повышение температуры тела до 39С, вялость, отказ от груди, рвоту. Сегодня, на 4-й день болезни присоединилась желтуха, ребенок стал резко возбужденным, отмечались судороги, рвота типа "кофейной гущи". В анамнезе: 3 месяца назад ребенку проводилось переливание крови. Общий билирубин 165 мкмоль/л, прямая фракция - 144 мкмоль/л, АЛТ - 5,8 мкмоль/л, АСТ - 3,7 мкмоль/л, тимоловая проба -12 Ед. Первоочередные действия участкового врача в данной ситуации:

<question>"У ребенка 1,5 лет после приема кока-колы и пиццы в торговом центре возникла двухкратная рвота, трехкратный жидкий стул, повышение температуры тела до 37, 50С, боль в животе при пальпации. Стул обильный, зловонный, типа «болотной тины», с комочками слизи. Какой антибактериальный препарат воздействует на этиологический фактор в данном случае?

<question>Больной 12 лет, заболел остро, через 3 часа после употребления торта с масляным кремом. Появились слабость, тошнота, многократная рвота съеденным. Присоединился жидкий стул, обильный, без примесей. Температура тела 37,8˚. Кожные покровы бледные, конечности холодные. Пульс 100 уд./мин. АД 90/60 мм рт. ст. Сердечные тоны приглушены. Какова тактика врача?

<question>Ерлан 6 лет, мать ребенка обратилась с жалобами на повышение температуры тела до 37,5, боли в животе, периодическую тошноту. В ОАК: эозинофилия, СОЭ 15 мм/ч. Эпидемиологический анамнез: правила личной гигиены соблюдаются не всегда. Данные микроскопии фекалия: обнаружены овальные яйца гельминтов, диаметром 0,1 мм с двуконтурной оболочкой. Назначьте эффективный препарат для лечения ребенка:

<question>"У девочки 7 лет отмечается температура 37,70С, рвота, слабость, отсутствие аппетита. При осмотре склеры и кожные покровы желтушные, сыпи нет, болезненность при пальпации в правом подреберье, печень выступает на 2,5- 3,0 см, моча темная, стул светлый. Суставы не изменены. Билирубин общий 95 мкмоль/л, ПИ 80% , Анти-HAV – JgM положительный,
Вероятный диагноз?

<question>Пациент А, 15 лет, поступил в отделение нефрологии. При осмотре было выявлено болезненность в области поясницы справа. Пациент отмечает однократную рвоту, чувство дискомфорта при мочеиспускании и малый объём выделенной мочи. Вы - врач поручили

медицинской сестре подготовить пациента к цистоскопии с целью осмотра слизистой оболочки мочевого пузыря пациента. Пациент встревожен, настаивает на отсутствие необходимости в исследовании. Ваши действия:

<question>При остром пиелонефрите типичными признаками являются нижеперечисленные, кроме:

<question>Клиника синдрома раздраженной кишки выражается:

<question>Назовите признаки перехода хронического гепатита в цирроз печени

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

<question>Укажите признаки внешнесекреторной недостаточности функции поджелудочной железы?

<question>Длительность диспансерного наблюдения детей с муковисцидозом составляет:

<question>Назовите длительность диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими тубулоинтерстициальный нефрит:

<question>Укажите длительность диспансерного наблюдения детей, перенесших острый гломерулонефрит:

<question>Какая анемия сопровождается высоким ретикулоцитозом:

<question>При системной красной волчанке сыпь локализуется преимущественно на:

<question>Для инфекционного эндокардита характерны следующие симптомы:

<question>У больного с широким открытым артериальным протоком редко наблюдаются:

<question>При системной красной волчанке чаще наблюдается:

<question>Укажите признаки нефротического синдрома:

<question>При ревматизме часто поражается:

<question> Пиелонефрит характеризуется:

<question>Клинические проявления острой надпочечниковой недостаточности при первой стадии:

<question>При системной склеродермии наблюдаются:

<question>Укажите признаки тиреотоксикоза II степени:

<question>Назовите клинические признаки у больного с острым нефротическим синдромом:

<question>Наследственная фолиеводефицитная анемия характеризуется :

<question>B_{12}- фолиеводефицитные анемии НЕ являются следствием:

<question>Окончательный диагноз апластической анемии ставится на основании:

<question>При отеках назначают.

<question>Судорожный синдром - это:

<question>Лабораторный признак характерный для геморагической болезни новорожденных:

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

<question>Синдром холестаза:

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

<question>Для кожно-геморрагического синдрома при геморрагическом васкулите не характерно:

<question>Клиника хронического миелолейкоза сопровождается следующими симптомами, кроме:

<question>Особенностью кровоизлияний при гемофилии является все, кроме:

<question>В анализе крови при апластической анемии можно обнаружить все перечисленное, кроме:

<question>Диагностическими критериями при тромбоцитопенической пурпуре являются все ниже перечисленное, кроме:

<question> Предпочтительный признак при неспецифическом язвенном колите:

<question>Язвенный дефект у детей часто локализуется:

<question> Характерный симптом язвенной болезни желудка:

<question>Для гемофилии характерны все вышеперечисленное, кроме:

<question>Для болезни Верльгофа характерны вышеперечисленные признаки, кроме:

<question>Для геморрагического васкулита смешанной формы характерно все перечисленное, кроме:

<question>При болезни Верльгофа противопоказаны все перечисленное, кроме

<question>Какие инструментальные дифференциально-диагностические методы исследования, проводят при наследственных нефритах, кроме:

<question>У ребенка с гематурией для подтверждения диагноза наследственного нефрита важно выявить наличие у родственников следующих симптомов, кроме:

<question>Основными синдромами ХПН являются, за исключением:

<question>Для гипергликемической комы характерно следующее, кроме:

<question>Дифференцировать ревматическую хорею приходится со всеми перечисленными патологиями, кроме

<question>Укажите признак, нехарактерный для анафилактического шока:

<question>Для хореи характерны следующие клинические проявления, кроме:

<question>Какой признак является прогностически неблагоприятным при менингококкцемии?

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

<question>Противопоказаниями к проведению люмбальной пункции является все перечисленное, кроме:

<question>Какие критерии диагностики СПИДа, за исключением:

<question>Укажите признак , нехарактерный для анафилактического шока:

<question>У ребенка 3-х лет имеется извращение вкуса и обоняния, бледность кожи, вялость. При обследовании обнаружена анемия, снижен уровень сывороточного железа. Какая форма анемии имеется у данного ребёнка?

<question>Причиной клинических проявлений при геморрагическом васкулите является:

<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 Кэра, Мейо-Робсона, Шоффара. Причина повышения протеолитических ферментов в крови:

<question> Ребенку 3 года. Со слов матери в течение трех недель отмечается слабость, головокружение, повышение температуры, носовые кровотечения. При осмотре состояние ребенка тяжелое, отмечается кожный геморрагический синдром, гепатоспленомегалия, полилимфоаденопатия, симптомы интоксикации. Ваш предварительный диагноз:

<question> Саша, 12 лет, при проведении фиброгастродуоденоскопии 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:

<question> Мальчик 6 лет, предъявляет жалобы на зябкость, сонливость. Со слов мамы, очень медлительный, учится плохо, отстает в умственном развитии, с рождения склонность к запорам. При объективном осмотре – диспропорционального телосложения – короткие руки и ноги, широкие кисти рук с короткими пальцами, короткая широкая шея, широкая плоская переносица. Волосы тонкие, тусклые. Кожные покровы очень сухие, холодные на ощупь. Со стороны сердечно – сосудистой системы: пульс 60, АД 90/50 мм рт.ст., тоны сердца приглушены, систолический функциональный шум на верхушке. Живот вздут, расширено пупочное кольцо. При исследовании - обнаружена гипоплазия щитовидной железы. Механизм данных изменений:

<question> Саше 4 года. Состояние тяжелое. Обильное кровотечение из носа. Бледный. На коже туловища и конечностей обильная геморрагическая сыпь, полиморфная, полихромная, несимметричная. Пульс 100 в 1 мин. Селезенка 1,0 см. В развернутом анализе крови: Нв-92 г/л, эр.-2,7х10^9/л, лейк.-4,5х10 ^{9}/л, тромб.-15х10^9/л, с-68, л-32, СОЭ-18 мм/час, длительность кровотечения по Дюку-15 мин, свертываемость-3 мин.15 сек.-3 мин. 40 сек. Для данного заболевания характерно:

<question> Ребенок Т., 3 года, госпитализирован с диагнозом ОРВИ. На 3 день у больного появилась одышка, резкая слабость, нитевидный пульс, частый кашель с пенистой мокротой у рта. При аускультации в нижних отделах легких с обеих сторон влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, тахикардия. На рентгенограмме: альвеолярный отек легких, очаговых теней нет. На ЭхоКГ: снижение насосной функции левого желудочка. Осложнение,которое развилось у ребенка:

<question> Ребенку 12 лет. Болен хроническим гломерулонефритом. В сыворотке крови: остаточный азот-56,1 ммоль/л, креатинин-0,38 мкмоль/л, мочевина-16,9 ммоль/л. Что из перечисленного является вероятным объяснением?

<question> Исходя из диагностических критериев Киселя-Джонса - Нестерова, диагноз ревматизма правомочен при наличии:

<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 информативным тестом у ребенка при данном заболевании является:

<question> Мальчик 8 лет, находится в бессознательном состоянии в течение 1 часа, дыхание Куссмауля, гиперемия щек, сухость кожи, глазные яблоки мягкие, запах ацетона изо рта. В течение 3 недель беспокоила жажда, частые мочеиспускания, похудел на 1 кг. Из ниже перечисленных лабораторных данных у больного ожидаются:

<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. Из перечисленного вероятным объяснением судорог у ребенка является:

<question> У ребенка по поводу необычно тяжело протекающей фолликулярной ангины в общем анализе крови обнаружено: Нв – 75 г/л, СОЭ-72 мм/ч, эр.- 2,1х 10^{12}/л, тромб.- 42,5х10 ^{9}/л, Л – 3,2х10 ^{9}/л, бласты - 35%, с/я-8, лимф-50, мон–7%. Из нижеперечисленных методов приемлемым скрининговым тестом в диагностике анемии является:

<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 2х2см 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:

<question> Ребенок родился на 42 неделе, весом 4000, ростом 51 см. Отмечается отечность лица и туловища. Б.Р. 4 х 4 см, открыт сагитальный шов на 0,5 см. Нарастает адинамия, сонливость, приступы апноэ, стридорозное дыхание. Плохо удерживает тепло. Затяжная желтуха. Из перечисленного приемлемым следующим шагом в диагностике является:

<question>У ребенка, страдающего лимфатико-гипопластическим диатезом, внезапно появились озноб, бледность, снижение артериального давления, брадикардия, тошнота, рвота, частое мочеиспускание. Причина вышеперечисленных симптомов :

<question>У девочки школьного возраста в течение нескольких дней отмечается артрит, гиперкинезы, выявлено расширение границ сердца влево. Заболевание, связь с которым можно выявить при данной патологии:

<question>Ребенку 12 лет, в течение 2-х лет отмечаются рецидивы заболевания в виде нестойкого артрита, хореи, носовых кровотечений, с повышением уровня С реактивного белка и антистрептолизина О. Симптом, который ожидаете обнаружить при объективном осмотре:

<question> У 9-летнего ребенка после удаления зуба началось кровотечение. В коже наблюдаются геморрагические элементы, кровоизлияния в склеру. Предположительно диагноз тромбоцитопеническая пурпура. Необходимым показателем предполагаемой диагностики является :

<question>У ребенка 3 лет с жалобами на геморрагическую сыпь, слабость, периодическое повышение температуры предположен острый лейкоз. Изменения в крови, которые вы ожидаете:

<question>Ребенку 5 лет. Жалобы на длительные носовые кровотечения, обильное кровотечения из мест инъекций, возникающие спустя 1,5ч, повышение температуры до 37,8°С, болезненность и увеличение в объеме правого коленного сустава. При осмотре множественные экхимозы на коже туловища, конечностей. Заподозрена гемофилия. Симптом, который достоверно свидетельствует в пользу гемофилии:

<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:

<question>Мальчик 14 лет. Высокая температура, однократная рвота, вялость, отсутствие аппетита. Отмечает острые боли в правом подреберье. Кожа бледная. Тахикардия. Печень не пальпируется. Положительный симптом Ортнера. Стула не было сутки. Диурез не нарушен. Вероятная этиология заболевания:

<question>Ребенку 3 дня. Появилось беспокойство, температура повысилась до 38^0С, 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:

<question>Ребенок 12 лет. Страдает пузырно-мочеточниковым рефлюксом, вторичным пиелонефритом. Последние месяцы отмечает повышенный диурез. Предположено нарушение функции почек. Лабораторный показатель, который это подтвердит:

<question>Девочка 8 лет поступила на 6 день заболевания с фебрильной температурой, энурезом, поллакиурией. Отеков и артериальной гипертензии не обнаружено. В крови нейтрофильный лейкоцитоз. Мочевой синдром характерный для данной патологии:

<question>Девочка 6 лет, в анамнезе эпизод дизурии. Беспокоят боли в животе, плохое самочувствие, субфебрильная температура. АД 90/60 мм рт ст. Живот при пальпации безболезненен. В пробе Нечипоренко лейкоцитов – 12 тыс., эритроцитов 1 тыс. Изменения, которые будут обнаружены при УЗИ почек:

<question>Ребенок 14 лет, 7 лет наблюдается с хроническим гломерулонефритом. Отмечается обострение: асцит, олигоурия, высокая протеинурия, азотемия, гиперхолестеринемия, микрогематурия. АД не повышено. Показатель, который свидетельствует о нарушении функции почек у данного больного:

<question>Ребенок 8 лет. В течение 3х дней субфебрильная температура, боли в животе, моча цвета кока-колы, АД 145/90 мм рт ст, выделил за день 380 мл, на лице и голени отеки. Предположено заболевание почек. Мочевой синдром характерный для данной патологии:

<question>Ребенок 2 года поступил с урежением мочеиспускания, отеками на лице и ногах. АД 90/60 мм рт ст. Живот увеличен, притупление в боковых областях. Печень +2 см. Моча желтая, олигоурия. В пробе Зимницкого удельный вес мочи 1005-1014. В крови остаточный азот 32 ммоль/л. Симптом, который в большей степени указывает на нефротический синдром:

<question>Ребенку 6 лет. В течение нескольких лет отмечается микрогематурия. У родственников заболеваний почек нет, у дедушки глухота с детства. При осмотре отеков, гипертензии, дизурии нет. В моче микрогематурия, следы белка. Аудиограмма выявила тугоухость. Происхождение данного заболевания:

<question>Мальчик 3 лет поступил с асцитом, гидротораксом, гидроперикардом, олигурией. АД 90/50 мм рт ст. В моче белок 3,0 г/л, цилиндрурия. Показатель, изменение которого в патогенезе обусловили данную клинику:

<question>Ребенку 14 лет, в течение 6 лет страдает смешанной формой гломерулонефрита. Поступил с жалобами на боли в ногах, отставание в росте, выявлено genu varum. Причина развития данных симптомов заключается в:

<question>На приеме мальчик 11 лет с вторичным пиелонефритом. Последние 6 мес отмечается повышение диуреза, слабость. В крови азотемия, снижение гемоглобина. Сывороточное железо 14 мкмоль/л. В моче 8-10 лейкоцитов в поле зрения. Причина развития анемии:

<question>Ваня, 9 лет. На «Д» учете не состоит. За последний год похудел. Жалуется на боль в горле, нарушения зрения. Пьет охотно. Дыхание шумное, кожа сухая, гнойнички, гиперемия щек, зев гиперемирован. ЧД 20 в 1 мин. В легких хрипов нет. Отеков нет. Ожидаемое в лабораторных данных:

<question>У ребенка второго полугодия жизни отмечается отставание в нервно-психическом развитии, муцинозные отеки, брадикардия, запоры. Ожидаемое в лабораторных данных при данном заболевании:

<question>У ребенка школьного возраста отмечаются упорные гнойничковые поражения кожи, жажда, энурез, потеря массы тела. Ожидаемое в лабораторных данных:

<question>Мальчик 10 лет. Страдает гипоацидным гастритом. Жалобы на светобоязнь, ночную слепоту. Кожные покровы бледные, ксероз коньюктивы, роговицы, кератомаляция, ксероз кожи, сухость, тусклость волос. Недостаточность какого витамина имеет место?

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

<question>Ребенок 1 год 6 мес. Имеет хорошую прибавку массы тела. Беспокоят частые простудные заболевания, бледность. Получает цельное молоко, вегетарианские прикормы. Кровоточивости, гепатоспленомегалии, температуры нет. В крови выявлена анемия. Ожидаемые изменения в лабораторных данных:

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

<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:

<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 вероятен при данном состоянии:

<question>На приеме больной 14-ти лет с жалобами на боли, припухлость и тугоподвижность в лучезапястных, голеностопных и коленных суставах, утреннюю скованность. Мальчик болен в течение 1,5 лет. Происхождение данного заболевания:

<question>Ребенок 1.5 года. Недостаточно прибавляет в весе. Аппетит сохранен. Температура на нормальных цифрах. Кожа сухая, опрелости в паховой области. На белье ребенка «крахмальные пятна». ЧД 36 в1 мин. ЧСС 112 в 1 мин. Печень на 1 см ниже края реберной дуги. Энурез. Изменения, которые вы ожидаете в анализах мочи:

<question>У девочки 10 лет артралгии, ЧД 20 в 1 мин, ЧСС 80 в 1 мин. Три недели назад перенесла лакунарную ангину. Обнаружено приглушение I - тона, дующий систолический шум на верхушке. Правый коленный сустав увеличен в объеме, болезненный при пальпации. Изменения на ЭхоКГ, которые вероятны в данном состоянии:

<question>Аскар, 3 года. Болен 4 года, в течение которого сохраняется артрит 3-х крупных суставов, отмечена их деформация, ограничение разгибания в коленном суставе. Выявлена полиадения, со стороны внутренних органов без патологии. Лабораторное исследование, которое необходимо для точной постановки диагноза:

<question>У ребенка 12-ти лет, впервые сразу после удаления зуба началось кровотечение, остановить которое не удавалось около 5 часов. При осмотре множественные синяки на коже, кровоизлияние в склеру, бледность, по органам без патологии. Дома однократно было необильное носовое кровотечение. Исследование, которое необходимо провести в первую очередь:

<question>Ребенку 1год 3 месяца. Плохо ест, любит сырое тесто. Кожа, слизистые бледные. По внутренним органам без особенностей. При обследовании: Нв – 85 г/л, эрит- $3,7x10^{12}$/л. Изменения в анализах крови, которые вы также ожидаете:

<question>У девочки 4-х лет в течение 1 месяца анорексия, быстрая утомляемость, предпочитает лежать. В последнюю неделю значительно побледнела, на коже появились отдельные кровоизлияния, периодически температурные «свечи».Исследование, которое будет информативным для диагноза:

<question>Мальчик 4 лет, жалобы на гематомы на нижних конечностях. Из анамнеза: отмечалась кровоточивость из пупочного остатка. С 2 летнего возраста у ребенка стали появляться гематомы. Из анамнеза установлено, что по материнской линии мальчики страдали кровоточивостью. Лабораторное обследование, которое позволит точно установить диагноз:

<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:

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

<question>Ребенок 1 месяц поступил с жалобами на затянувшуюся желтуху, беспокойство, срыгивания после кормления. При осмотре: выраженная желтушность кожных покровов, гипотония, гипорефлексия. Живот умеренно вздут. Гепатоспленомегалия. В крови анемия, тромбоцитопения, гипербилирубинемия. Достоверный метод исследования для установления этиологии внутриутробной инфекции:

<question>Ребенку 12лет. Длительно наблюдается с заболевание почек, протекающим с протеинурией, гематурией, нарушением слуха. Последние месяцы участился диурез, появились слабость, отеки, анемия. Информативный метод обследования для выявления осложнения данного заболевания:

<question>Ребенок 5 лет. Похудел. Аппетит сохранен. Температура на нормальных цифрах. Кожа сухая, опрелости в паховой области. ЧД 25 в1 мин. ЧСС 92 в 1 мин. Печень не увеличена. Энурез. Изменения в лабораторных данных, которые ожидаете:

<question>Девочка, 14 лет. Жалуется на повышенную потливость, беспокойство, плаксивость, снижение успеваемости. Эти явления отмечает у себя около года. При осмотре: поведение беспокойное, говорит много и быстро. Пониженного питания, кожа влажная на ощупь, экзофтальм, симптом Грефе, утолщение шеи. При аускультации сердца тоны усиленные, тахикардия. АД 130/70 мм.рт.ст. Исследование, которое позволят точно установить диагноз:

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

<question>При наборе клинико-лабораторных признаков острой надпочечной недостаточности дифференциальный диагноз проводиться с:

<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, имеющиеся у ребенка имеются:

<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:

<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:

<question>Назовите синдром проявляющийся увеличением размеров щитовидной железы, пучеглазием, тахикардией, повышением АД.

<question>Больному Ж, 11 лет. Ребенок был обследован в диагностическом центре, поставлен диагноз: Острый Нефритический синдром. Первоочередной целью лечения является:

<question>Ребенку 14 лет. Поставлен диагноз: Гломерулонефрит, обусловленным нефротическим синдромом. Назовите соответствующие клинические признаки:

<question> Информативным исследованием для выявления туберкулеза внутригрудных лимфоузлов является:

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

<question>Ребенок 1 год 2 мес. родился недоношенным, вскармливание искусственное, все виды прикорма получал с опозданием, часто болеет. При обследовании отмечается бледность, желтушный оттенок кожи, увеличение селезенки (на 4 см ниже края реберной дуги). В крови гемоглобин 80 г/л, эритроциты $2{,}0x10^{12}$/л, цветовой показатель - 1,2 ед, ретикулоциты 20%, непрямой билирубин 30,8 ммоль/л. Для установления диагноза в первую очередь необходимо:

<question>Девочке 7 лет выставлен диагноз вторичного приобретенного гипотиреоза.
Вероятная причина заболевания:

<question>У больного с аутоиммунной гемолитической анемией на высоте гемолитического криза в анализе периферической крови лейкоциты 15,8x109/л, резкий сдвиг влево до бластов (3%).
Вероятной интерпретацией в анализе крови будет:

<question>У подростка - хронический гломерулонефрит, имеется снижение функции почек (СКФ - 78 мл/мин белок в моче - 1,32 г/л). Этому больному показан золотой стандарт нефропротективной терапии:

<question>Ребенок 3 лет с гастроэнтеритом. Выявлены дегидратация, отеки, петехии, гепатоспленомегалия, микроангиопатическая анемия, тромбоцитопения, ОПН. НЕ характерное осложнение для этого заболевания

<question>Ребенку 12 лет, выраженные отеки, протеинурия 8 г/л, макрогематурия, АД 150/95 мм.рт.ст., СОЭ 65 мм/ч, холестерин 12,9 ммоль/л, СКФ 66 мл/мин. Вероятный диагноз:

<question>У больной с 8 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:

<question>У ребенка выраженные отеки лица, ног. Выставлен диагноз: Хроническая почечная недостаточность. Снижения СКФ ≤ 60 мл/мин/1,73м2. Стадия ХПН по международной классификаций:

<question>Девочка 11 лет с диагнозом хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Беспокоит одышка, тахикардия в покое, отеки. Ключевым исследованием при ХСН является:

<question>Мама с ребенком 5 лет на приеме у врача. Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Кожные покровы бледные. Печень и селезенка не увеличены. В анализе крови: Нв-96 г/л, эр.-3.1x10^9/л, цв. показатель – 0,85. Укажите диагностический критерий железодефицитной анемии по степени тяжести:

<question>На приеме девочка 8 лет. По назначению гематолога в течении 3 месяцев получала лечение по поводу железодефицитной анемии. Жалоб не предъявляет. При осмотре общее состояние удовлетворительное, по органам и системам патологических изменении нет. Эффективность проводимой ферротерапии отражает:

<question>Ребенку 6 лет , жалобы на слабость, недомогание, усталость, снижение аппетита. При осмотре участковый педиатр обратил внимание на бледность кожных покровов, печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови НВ - 93 г/л, эритроциты - 3,2 x 10^{12}, Ц.П. - 0,89.Главным диагностическим критерием железодефицитной анемии при наличии перечисленных характерных симптомов является:

<question>У ребенка по поводу необычно тяжело протекающей фолликулярной ангины в общем анализе крови обнаружено: Нв – 75 г/л, СОЭ-72 мм/ч, эр. 2,1x 10^{12}/л, тромб. 42,5x10^9/л, Л – 3,2x10^9/л, бласты - 35%, с/я-8, лимф-50, мон – 7%. Скрининговый тест в диагностике анемии:

<question>Ребенок 3-месячного возраста на приеме у врача по воду профилактических прививок. Жалоб нет. Ребенок развивается соответственно возрасту. При осмотре отмечается бледность и сухость кожных покровов. Из акушерского анамнеза выяснилось, что беременность у матери протекала с анемией 1 степени. Лабороторные анализы ребенка: ОАК – гемоглобин 100 г/л, анализы мочи и кала без патологии. Поставлен диагноз Анемия I степени. Длительность диспансерного наблюдения:

<question>Мать 1.5 месячного ребенка предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 37,8 С, частые, болезненные мочеиспускания. В моче лейкоцитурия до 10-15 в п/зр., эритроцитурия до 7-9 в п/зр. Вероятный возбудитель:

<question>Показания к назначению жаропонижающих препаратов у детей:

<question>У мальчика 7 лет, страдающего хроническим холециститом, при обследовании в желчи были обнаружены вегетативные формы лямблий.
Какой из перечисленных предварительных диагнозов правомочен в данном случае?

<question>Мальчик 12 лет, предъявляет жалобы на боли, чаще голодные, в ночное время, раздражительность и слабость. Болен около 3-х лет, в последние 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 вероятным?

<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 вероятным?

<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:

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

<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:

<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:

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

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

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

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

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

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

<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:

<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:

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

<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.

<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:

<question>Больной 7 лет, с жалобами на повышение температуры до37,О-37,8 ^{0} 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, 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^{12}, СОЭ - 17 мм/ч. Кал иа 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:

<question>Самым ранним рентгенологическим признаком неспецифического язвенного колита является:

<question>Ребенок 8 лет, жалуется на головную боль, слабость, тошноту. Кожные покровы иктеричные , склеры белые. В анамнезе вторичный пиелонефрит, обструктивная уропатия. В анализах крови: о. белок 48 г/л, билирубин 18,2 ммоль/л, мочевина 16,3 ммолъ/л, остаточный азот 68 мм оль/л, креатинин 0,18 мкмоль/л, холестрин 7,2 ммоль/л. В общем анализе мочи белок 0,064 г/л, лейкоциты 8-10 в пзр., эр. 1-2 в пзр.У мальчика наблюдается:

<question>Девочка 7 лет. В течение 2-х лет беспокоят боли в поясничной области справа. Симптом поколачивания Положительный с обеих сторон. В анализах мочи: белок 0,03 г/л, эпителий 8-9 в п.зр., лейкоциты 20 -22 в п.зр., эр. 1-2 в п.зр. Проба Нечипоренко: лейк. 18.000, эр. 1200 в мл.У ребенка отмечается:

<question>Ребенок 1О лет, заболел остро, боли в животе схваткообразного характера. Высыпания симметричные на разгибательной поверхности конечностей. В анамнеэе -2 недели назад перенес ангину. В ан. мочи: белок abs, лейк. 8-10-12 в п.эр., эр. сплошь в п.зр. Предполагаемым диагнозом является:

<question>Больной 12 лет. С 5 лет аллергический дерматит, последние 2 года в анализах мочи: оксалаты- 36,2 мг/сут, эр. 2-4 в п.эр., белок 0,08 г/л,лейкоциты 2-3 в п.эр.Данное заболевание может осложниться развитием:

<question>Ребенку 9 лет. Проведено обследование. В пробе по Зимницкому выявлено: СД. - 1.200 мл. ДД. - 800 мл, НД. - 400 мл, удельный весь мочи от 1004 до 1007 ед.У пациента наблюдаются:

<question>Ребенку 9 лет. Проведено обследование. В пробе по Зимницкому выявлено: СД. - 1.200 мл. ДД. - 800 мл, НД. - 400 мл., удельный весь мочи от 1004 до 1007 ед. Показатели относительной плотности мочи характеризуют нарушение нефрона:

<question>Анализ крови в виде: мочевины 14,3 ммоль/л, креатинина 0,2 мкмоль/л, остат. азота 56,2 ммоль/л, У ребенка 8 лет с диагнозом хронический гломерулонефрит, смешанная форма свидетельствует о нарушении:

<question>Ребенок 2 года, Заболел остро с появления распространенных отеков. Обнаружен асцит. В ОАК: СОЭ 42 мм/ч., общ. белок 32 г/л, холестрии 18,4 ммоль/л, мочевина 6,2 ммоль/л, В ОАМ: о. белок 1О,1 г/л, сут. диурез 250 мл. При назначении кортикостероидов отмечалась положительная динамика. Учитывая возраст ребенка и клинические проявления поставлен диагноз:

<question>Ребенок 2 года, Заболел остро с появления распространенных отеков.Обнаружен асцит. В ОАК: СОЭ 42 мм/ч., общ. белок 32 г/л,холестрин 18,4 ммоль/л, мочевина 6,2 ммоль/л. В ОАМ: о. белок 1О,1г/л, сут. диурез 250 мл. При назначении кортикостероидов отмечалась положительная динамика.Морфологической картиной при данном состояний будет:

<question>Больная 15 лет. После переохлаждения появилась отеки. В анализах мочи: Суточный диурез 400мл, белок 4,4 г/л, Эр. 20-25 в п.зр. Выписалась стационара с ОАМ - белок 0,9 г/л, эр. 3-5 в п.зр. через 6 мес. вновь появились отеки, печень 3-4 см из подреберья, лимфоаденопатия, артралгии, миалыии. На коже уртикарные высыпания. В анализах крови СОЭ 36 мм/час, LE-клетки обнаружены. У ребенка развилась картина:

<question>Мальчик 6 мес., поступил в клинику с жалобами на бледность, астению, снижение аппетита. Ребенок от первой беременности с токсикозом второй половины родился недоношенным. С 2 мее на исскутсвенном вскармливании. В 3 мес перенес острую кишечную инфекцию, с 4 мес - дисбактериоз кишечника. Кожные покровы бледные с лимонно-желтым оттенком, не большая субектеричность склер. Пульс 110 уд/мин, симметричный, удовлетворительного наполнения, границы сердца: верхняя - II ребро, левая - 1 см -кнаружи от левой сосковой линии, правая - правая парастернальная линия. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Печень на 2 см выступае из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Анализ периферической крови: эритроциты - 3,17 х 10^{12}/л, Hb - 110 г/л, ЦПК - 0,93, лейкоциты- 5,б х 10^{9}/л, с/я - 32%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 72%, моноциты- 3%, ретикулоциты - б%, СОЭ - 4мм/ч. Макроцитоз +++, пойкилоцитоз+++, мегалобласты ++, тельца Жолли. В отделении ребенку выставлен диагноз: B_{12}-дефицитная анемия.План дополнительного обследования не включает определение:

<question>Мальчик 7 мес. поступил в клинику с жалобами на бледность, астению, снижение аппетита. Ребенок от первой беременности с токсикозом второй половины родился недоношенным. С 2 мес на искусственном вскармливании. В 3 мес перенес острую кишечную инфекцию, с 4 мес-дисбактериоз кишечника. Кожные покровы бледные с лимонно-желтым оттенком, небольшая субектеричность склер. По органам - без особенностей. Анализ периферической крови:эритроциты.. 3,17 х 10^{12}/л, Hb- 110 г/л;, ЦПК - 0,93, лейкоцит- 5,6 х10^{9}/л, с/я - 32%, эозинофилы - 3%, лимфоциты -72%, моноциты-3%,ретикулоциты- б%, СОЭ - 4мм/ч. Макроцитоз +++, пойкилоцитоз+++, мегалобласты ++, тельца Жолли. В отделении ребенку

выставленпредварительный диагноз: B_{12}-дефицитная анемия.Обозначьте критерии гематологической ремиссии:

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

<question>На приеме ребенок 12 лет с жалобами на «голодные» боли в эпигастрии, натощак 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 пилородуоденальной области. Печень не увеличена, безболезненна. По другим органом без патологии. Укажите частое осложнение данного заболевания:

<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:

<question>На приеме ребенок 11 лет, получивший стационаре с диагнозом В-12 дефицитнаяанемия. Продожает лечение: в/м цианокобаламин и внутрь фолиевую кислоту в возрастных дозировках. Причиной развития данной формы анемии послужило заболевание:

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

<question>Больная 15 лет, ХПН с анурией. Находится на программном гемодиализе 5 лет. АД на гемодиализе 75/40мм рт.ст. В междиализный период-120/75мм рт.ст. на фоне комбинированной антигипертензивной терапии. Видимых отеков нет. Какая из ниже перечисленных тактик в борьбе с синдиализной гипотонией целесообразна?

<question>Мальчик 6 лет заболел через 16 дней после перенесенного гриппа. Появился отечный синдром. В дальнейшем отеки нарастали, уменьшился диурез. АД=95/45 мм рт.ст. Выраженная отечность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки, поясничной области. Выделил за сутки 300 мл мочи. Общий анализ мочи: уд вес-1,028, белок – 6,0 г/л, лейкоциты – 0-1 в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр. Биохимический анализ крови: общий белок – 41 г/л, альбумины – 19 г/л, холестерин – 13 ммоль/л, общие липиды – 13,2г/л (норма – 1,7-4,5), калий –3,81 ммоль/л, мочевина – 5,1 ммоль/л, креатинин – 96 мкмоль/л (норма–до 110 мкмоль/л).Клиренс по эндогенному креатинину: 80,0 мл/мин. Оцените функциональное состояние почек:

<question>Мальчик 10 лет, две недели назад перенес ангину. Появились головная боль, стал мало мочиться, моча была темно-коричневого цвета, мутная. При осмотре отмечаются одутловатость лица, отеки на голенях. АД 145/90 мм.рт. ст. За сутки выделили 300 мл мочи. Общий анализ мочи: относительная плотность 1024, белок 1,5 г/л, эритроциты- измененные покрывают все поле зрения. Анализ крови: Hb 105 г/л; лейк. $9{,}2 \times 10^9$п/я 7% с/я 71% эоз. 1% лимф. 18% мон 3% тромб. 530×10^9, СОЭ 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л,

альбумины 32 г/л, мочевина 15 моль/л, креатинин 140 мкмоль/л, калий 6,1 мэкв/л. Клиренс по эндогенному креатинину – 52 мл/мин. Как вы оцениваете функцию почек у больного?

<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 вероятна?

<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?

<question> На приеме ребенок 12 лет. Обратился с жалобами на боли в правом подреберье возникающии через 20-30 минут после еды ноющего характера. При пальпации живота определяется болезненность в точке проекции желчного пузыря. Положительные симптомы Ортнера, Кера. Был выставлен диагноз дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу.
При диспансеризации в СВА детей с дискинезиями желчевыводящих путей не обязательно проводить:

<question> Ребенку 7 лет. Жалобы на субфебрильную температуру и повышенную утомляемость. Кожные покровы с сероватым оттенком, тени под глазами. Врач обнаружил у ребенка мелкие плотные многочисленные лимфатические узлы во всех группах.
Подобная реакция лимфатических узлов характерна для:

<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 $15x10^9$/л.
Причина дисфункции желудочно-кишечного тракта у этого ребенка:

<question> Ребенок поступил под наблюдение поликлиники в возрасте 1 месяца. Родился от беременности, которой предшествовал аборт. Настоящая беременность протекала с угрозой выкидыша, анемией. Родился в срок, в асфиксии. Вскармливается искусственно, адаптированной молочной смесью.
Прежде всего угрожает ребенку:

<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:

<question> Последствия гипогликемии у новорожденных, перенесших асфиксию:

<question> При нейросонографическом исследовании у ребенка 2-х месячного возраста наблюдается увеличение желудочков мозга, согласно клинической классификации – это … гидроцефалия

<question> При нейросонографическом исследовании у ребенка 4-х месяцев наблюдается увеличение желудочков мозга и расширение субарахноидального пространства, согласно клинической классификации - это гидроцефалия:

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

<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:

<question> Следствием гипертермии у новорожденных детей может быть:

<question> У новорожденного ребенка с кефалогематомой: тромбоциты 220х10*9/л,ретракции фибринового сгустка 75%, фибриноген 0,8 г/л, протромбиновый индекс 0,4, время кровотечения по Дьюку 5 мин, свертываемость крови по Ли-Уайту 20 мин. Вероятная причина изменений в данном случае:

<question> У новорожденного ребенка, родившегося с массой тела 2700,0, рост 48см, диагностировано субарахноидальное кровоизлияние. Укажите частую причину субарахноидального кровоизлияния:

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

<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:

<question> В этиологической структуре инфекции мочевой системы у доношенных новорожденных на 1-ом месте находится:

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

<question> К развитию дефицита витамин-К-зависимых факторов свертывания в организме новорожденного приводят:

<question> Общая интоксикация, увеличение гиперемии на фоне кожной инфильтрации, инфильтрация с выраженным венозным застоем и флюктуацией в центре характерно для:

<question> На субарахноидальное кровоизлияние у новорожденных указывает симптом:

<question> Чаще вызывает судорожный синдром у недоношенных детей :

<question> Конъюнктивит чаще наблюдается:

<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:

<question> Развитие геморрагического синдрома у новорожденных с атрезией желчных ходов обусловлено:

<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:

<question> Субарахноидальные кровоизлияния возникают в результате:

<question> Укажите уровень поражения нервной системы, если у ребенка обнаружены следующие клинические симптомы: спастический тетрапарез, вегетовисцеральный синдром, аритмия дыхания и сердечной деятельности, желудочно-кишечные дискинезии, нарушение терморегуляции, шок:

<question> У новорожденного ребенка диагностирована кефалогематома, по каким признакам ее можно от дифференцировать от мозговых грыж:

<question> У новорожденного ребенка заподозрена мозговая грыжа. Какие признаки подтверждают этот диагноз?

<question> Этиологическим фактором омфалита является:

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

<question>Больной, 12 лет, при проведении фиброгастродуоденоскопии 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:

<question>Причиной развития хронического гастродуоденита, желудка и 12 перстной кишки является:

<question> Диагноз хронического холецистита НЕ достоверен при выявлении:

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

<question> Мальчик 8 лет, находится в бессознательном состоянии в течение 1 часа, дыхание Куссмауля, гиперемия щек, сухость кожи, глазные яблоки мягкие, запах ацетона изо рта. В течение 3 недель беспокоила жажда, частые мочеиспускания, похудел на 1 кг. Длительность диспансерного наблюдения за больным после выписки из стационара составляет:

<question>Ребенок дошкольного возраста заболел остро, температура высокая, тяжело снижается, отказывается от еды, вялый. Отеков, повышения АД нет. В моче нейтрофильная лейкоцитурия. Этиология данного заболевания:

<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:

<question>У ребенка на коже несимметричная полихромная, полиморфная геморрагическая сыпь в виде синяков, носовое кровотечение, возникшее сразу после туалета носовых ходов. По органам без особенностей. Происхождение данного заболевания:

<question>У ребенка 10 лет при объективном обследовании в обоих подреберьях пальпируются болезненные бугристые, плотно-эластические образования. Имеются лабораторные признаки хронической почечной недостаточности. В первую очередь следует думать:

<question>У девочки 12 лет высокорослость, булимия, жажда, ожирение III степени, розовые стрии на коже молочных желез, бедер, плеч, живота. Артериальное давление - 135/ 85 мм рт. ст. Ваш предварительный диагноз:

<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:

<question>Мальчик 9 лет обратился к участковому педиатру. Из анамнеза: От II беременности, роды первые. Вес при рождении 3900, рост 51 см. Болеет редко. Любит сладкое, мучное. Ведет малоподвижный образ жизни. Родители полные. При осмотре: рост 136 см, вес 58 кг, распределение подкожно-жировой клетчатки равномерное, стрии нет. АД 100/50. Какие методы исследования необходимо ему провести, кроме:

<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 целесообразно провести:

<question> Мальчик 7 лет. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения. Из анамнеза известно, что после года от ушибов появляются обширные подкожные гематомы. Объективно: Кожные покровы бледные, на нижних конечностях гематомы, правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения ограничены.Из перечисленных методов исследования важным для подтверждения диагноза является:

<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:

<question> Девочка 4 года. Жалобы на частое мочеиспускание, слабость, чувство голода. Объективно: бледная, выражена мышечная слабость. В биохимическом анализе крови: сахар – 4,5 ммоль/л, остаточный азот – 4,8 ммоль/л, калий- 3,2 ммоль/л. В общем анализе мочи: белок- 0,002 ‰, сахар -1%, лейкоциты -5-7 в поле зрения.Из перечисленных вероятный диагноз:

<question>Ребенок 12-ти лет. Беспокоит раздражительность, артралгии, неустойчивая походка, затруднения при подъеме по лестнице. При пальпации тестоватая плотность мышц голеней и предплечий. Исследование, которое позволит точно установить диагноз:

<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 гипопротеинемия, в кале стеаторея. Исследование, которое позволит точно установит диагноз:

<question>Ребенку 1 год, 8 месяцев. Маму беспокоят опрелости, плохо поддающиеся лечению, недержание мочи. В весе не набирает. Пьет и ест охотно. На коже гнойнички. В сердце короткий систолический шум на верхушке. Мочится часто, безболезненно. В ОАК анемия легкой степени. Специалист, в консультации которого нуждается ребенок в первую очередь:

<question>На приеме ребенок 13 лет, заболел остро после перенесенной 2 недели назад стрептодермии. Жалуется на сильные головные боли в течение 3-4 дней, изменение цвета мочи до « мясных помоев». АД 140/90 мм.рт.ст. В анализе мочи по Аддиса – Каковскому: лейкоциты 3 млн, эритроциты более 100 млн. Необходимо провести данному ребенку обследование:

<question>На приеме больной 10 лет. Жалобы на отеки конечности, боли в животе, пояснице, повышение температуры, изменение цвета мочи (мясного помоя). Выставлен диагноз: Острый нефротический синдром. Укажите дополнительные диагностические методы исследования:

<question>Мальчик 7 лет болен в течение 6 месяцев. Беспокоит слабость, снижение аппетита. Родители отмечают бледность ребенка, малую подвижность, быструю утомляемость, замкнутость. Часто болеет простудными заболеваниями с увеличением лимфоузлов. При обследовании выявлена бледность кожи, бронзовая пигментация в подмышечных и паховых областях, на шее, половых органах, геморрагические проявления типа петехий на лице. Малые признаки дизэмбриогенеза (деформация ушных раковин, гипоспадия). Отставание в физическом развитии, пропорциональное снижение роста и массы тела. Снижено артериальное давление, тахикардия, при глушены сердечные тоны. Печень и селезенка не увеличены. Определите вариант анемии:

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

<question>У ребенка на приеме в СВА установлено повышение температуры тела, желтушность кожных покровов, боль в левом подреберье, спленомегалия. Лабораторно: нарастающая анемия с ретикулоцитозом, трансаминазы в норме. Пациент нуждается в лечении у специалиста:

<question>Ребенок 8 месяцев, перенес острую респираторную вирусную инфекцию, участковый педиатр при осмотре обратил внимание на бледность кожных покровов, печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови НВ - 90 г/л, эритроциты - 3,1 х 10^{12}, Ц.П. - 0,8. Поставлен диагноз: Железодефицитная анемия. Провести необходимые исследования:

<question>Часто встречающиеся коматозные состояния у детей сахарным диабетом:

<question> Риск заболевания диабетом ребенка, когда оба родителя больны диабетом составляет:

<question> Для тиреотоксического сердца не характерны следующий клинический симптом:

<question>Укажите значимый «глазной симптом» при тиреотоксическом зобе:

<question> Выделите менее значимые изменения нервной системы и психики при тиреотоксическом зобе:

<question> Определение гликозилированного гемоглобина в крови у пациента с сахарным диабетом необходимо для:

<question> Мальчик 8 лет. 2-3 недели назад появились жажда, частое мочеиспускание, похудел. Последние 2 дня стал вялым, заторможенным, появились тошнота и рвота. Час назад потерял сознание.Дыхание шумное “куссмаулевское”, гиперемия щек, сухость кожи. Запах ацетона. Язык “малиновый”, сухой. Печень +3см.Обследование должно быть направлено в первую очередь на исключение:

<question>Большое значение при обследовании у детей для определения функции щитовидной железы имеют:

<question>Какой степени увеличения щитовидной железы отвечает характеристика: «толстая шея», увеличенная железа, хорошо видна при осмотре:

<question> Первичная хроническая недостаточность коры надпочечников характеризуется:

<question> Пониженный уровень ТТГ и свободных фракций Т4, Т3 в крови является характерным признаком:

<question> Выберите признак, нехарактерный для сахарного диабета 1 типа:

<question> Назовите изменения в гормональном профиле, характерные для первичного гипогонадизма у мальчиков допубертатного возраста:

<question>Назовите изменения в гормональном профиле, характерные для вторичного гипогонадизма у мальчиков:

<question> Когда необходимо определять уровень гликемии для исключения синдрома «утренней зари» у детей с сахарным диабетом?

<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:

<question> Больная 12 лет. Страдает сахарным диабетом 4 года. Получает инсулинотерапию. Во время урока физкультуры потеряла сознание, были кратковременные судороги. Кожа влажная.
У ребенка вероятнее всего:

<question> Больная 13 лет. Страдает сахарным диабетом 1 типа. Постоянно декомпенсирована. Рост низкий, масса избыточна, вторичных половых признаков нет, печень увеличена. Гликемия в течение суток 14,0 – 22,0 ммоль/л. Получает инсулин в дозе 1,4 ед/кг/сутки. Отец страдает сахарным диабетом 2 типа.
Вероятная причина хронической декомпенсации диабета:

<question> У ребенка жажда, полиурия, признаки обезвоживания. Гликемия во все часы не превышает норму, реакция мочи на ацетон и глюкозу отрицательная. Анализ мочи без патологии. Гиперазотемии нет. Удельный вес мочи в течение суток 1000,0-1004,0-1007,0.
Определите имеющееся состояние:

<question> Больной, 10 лет, при проведении фиброгастродуоденоскопии 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:

<question> Ребенок 7 месяцев, находится на исскуственном вскармливании. Принимает адаптированную смес, 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:

<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 фиброгастродуоденоскопии: поражение антрального отдела желудка в виде гипертрофии слизистой, гастроэзофагеальный рефлюкс.
Ваш первоочередной метод обследования из дополнительных:

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

<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:

<question>Девочка 14 лет, страдает экзогенно-конституциональным ожирением II степени, предъявляет жалобы на появление болей в животе в правом подреберье после бега, прыжков, приема мороженного, 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: увеличение размеров желчного пузыря, с фокальными образованиями, деформация его стенок. Клинико-инструментальные данные соответствуют для:

<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 фиброгастродуоденоскопии выявлены следующие изменения: слизистая желудка отечна, гиперемирована, имеются множественные эрозии в антруме. Уреазный тест с биоптатом положительный. Тактика лечения больной:

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

<question> Ребенку, поступившему в отделении 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:

<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:

<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:

<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 ++.
Клинико- лабораторные данные соответствуют:

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

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

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

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

<question> Ребенок страдает функциональным расстройством желудка смешанного типа. У матери – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Диспансерный учет должен составить:

<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:

<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:

<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:

<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:

<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:

<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:

<question> У ребенка 13 лет, страдающего хроническим панкреатитом, после стрессовой ситуации (контрольная работа в школ- возникла острая боль опоясывающего характера в верхней части живота, имело место рвота, не принесшая 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:

<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:

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

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

<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:

<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 :

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

<question>У ранее здорового 8-месячного мальчика, у которого в течение 4 дней отмечаются понос, нарушения всасывания, сниженный диурез, имеются раздражительность, сухость слизистых оболочек, сниженный тургор кожи, тахикардия, тахипноэ, холодные конечности. Какая из следующих мер НЕ подходит для обследования и лечения ребенка:

<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. Информативным методом параклинического исследования в данном случае будет:

<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 синдром:

<question> Характерные изменения секреторной и кислотообразующей функции желудка при язвенной болезни у детей:

<question> Для обострения хронического холецистита характерно, кроме:

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

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

<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^{0}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:

<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:

<question> Больной С., 13 лет, в связи с развившимся полиартритом 2-й месяц принимает внутрь индометацин. Внезапно появились боли в эпигастрии, слабость, повторная рвота темными массами. При осмотре бледный, пульс-120 в минуту, А\Д 90\70 мм.рт. ст. Живот при пальпации мягкий, мышечного напряжения нет. Назовите тип часто встречающихся осложнений:

<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 кишкишероховатая, розовая.
Назовите предварительный диагноз:

<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 тип повреждения слизистой оболочки желудка:

<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:

<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:

<question>Выберите из перечисленных : при каком заболевании характерно повышение уровня соляной кислоты в межпищеварительной фазе секреции?

<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 вероятной причиной болевого синдрома:

<question>Укажите вероятную причину возникновения острых стрессовых язв:

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

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

<question>Для декомпенсированной стадии ДВС-синдрома не характерны:

<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 информативным?

<question>У ребенка З., 10 лет, в течение последнего года отмечается утренняя скованность в суставах, слабость в руках, невозможность сжать их в кулак. При осмотре: веретенообразная деформация межфаланговых суставов пальцев рук, ограничение движения в них. СОЭ в пределах 25-35 мм/час. Предварительный диагноз:

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

<question>Вызов врача на дом к ребенку 10 лет. Болен вторые сутки. Температура тела 39,0°С. Боли в животе и пояснице, головная боль. Кожа бледная, чистая. Не мочился в течение 19 ч. Предположительный диагноз:

<question>Девочке 8 лет. Вызов на дом. Заболела остро 2 дня назад. Температура тела в течение суток повышалась до 38,0-40,0°С; озноб. Девочка осунулась. Мочится часто, моча мутная. Предположительный диагноз:

<question>Ребенку 7 лет. Болен 5-й день. Температура тела 37,6°С. Жалобы на затрудненное дыхание, инспираторную одышку, слабость. При осмотре: налеты в зеве, речь шепотом, кожа бледная, ЧСС 120 в 1 мин, глухие тоны, левая граница сердечной тупости на 2 см кнаружи от соска. Предположительный диагноз:

<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. Вероятным диагнозом у больного является:

<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:

<question>Ученица 10 класса жалуется на резкий озноб, мучительную головную боль, жажду. Больна первый день. Температура тела 40,0° С. Сознание спутанное. Кожные покровы цианотичные, на ягодицах, бедрах геморрагические высыпания от мелкоточечных петехий до кровоизлияний размером 3-4 см. Единичные розеолезные и розеолезно-папулезные элементы на коже живота, спины, верхних конечностей. Ригидность мышц затылка, симптом Кернига сомнительный, пульс 120 ударов в 1 мин, слабого наполнения, тоны сердца глухие, АД 85/55 мм рт. ст., ЧД 28 в 1 мин. В крови: лейкоцитоз 22х10 9 /л со сдвигом влево, СОЭ 26 мм/ч. Прежде всего следует думать о:

<question>Мальчик 8 лет, находится в бессознательном состоянии в течение 1 часа, дыхание Куссмауля, гиперемия щек, сухость кожи, глазные яблоки мягкие, запах ацетона изо рта. В течение 3 недель беспокоила жажда, частые мочеиспускания, похудел на 1 кг. Ваш предварительный диагноз:

<question>Ребенку 1 год, заболел остро, подъем температуры до 38. 9 гр., дважды рвота, не связанная с приемом пищи, общее беспокойство, плачь, отказывается употреблять пищу, скорой помощью доставлен в приемный покой стационара, при осмотре на коже ягодиц, нижних конечностей мелкоточечная геморрагичесая сыпь, гиперестезия на осмотр, вынужденное положение - запрокидывание головы, напряжение затылочных мышц. Ваше мнение о диагнозе:

<question>Ребенку 8 лет, поступил в клинику с жалобами на головную боль, головокружение, однократную рвоту, тошноту, общую слабость. Из анамнеза: на уроке физкультуры ребенок упал, ударился головой о землю, было кратковременное нарушение сознания, ретроградная амнезия, в неврологическом статусе: нарушение конвергенции с обеих сторон, сглаженность

носогубной складки справа, гипотония, D>S, анизорефлексия, симптом Бабинского справа, менингеальных симптомов нет. На 4 - 6 сутки имеющаяся неврологическая симптоматика регрессировала.
Ваш диагноз:"

<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" рисуноком. Подкожно-жировой слой истончен, тургор тканей снижен, мышечная гипотония. По внутренним органам без патологии. Вес ребенка при осмотре 4300г. Поставьте диагноз:

<question>Мальчик 5 лет, поступает в стационар с жалобами на отказ от еды, боли в животе, жидкий стул 2-4 раза в день, рвоту, сыпь. Об-но: состояние средней тяжести, симптомы интоксикации, бледность кожи, сыпь папулезная, симптомы "перчаток" и "носков", эксикоз не выражен, стул 3-4 раза в день, обильный, буро-зеленого цвета, с неприятным запахом. РПГА на зоонозы - 1:400. Ваш диагноз?

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

<question>У девочки 7 лет, частое болезненное мочеиспускание, мочится малыми порциями, боль при пальпации в надлобковой области, лейкоцитурия. Предполагаемый диагноз:

<question> У мальчика 14 лет имеет место деформация кисти по типу «бутоньерки», гипотрофия мышц тыла кистей, ограничение объема движений. В анализах крови СОЭ-33мм/ч, РФ в латекс-тесте 1:40. Кроме этого, есть изменения на глазном дне и миопия средней степени. Препарат противопоказанный для лечения основного заболевания :

<question> Девочка, 8 лет, поступила в клинику с жалобами на появление сыпи на теле. При осмотре состояние особо не страдает, выявлена геморрагическая сыпь, локализующаяся вокруг суставов, симметричная, не исчезает при надавливании, петехиальная. В лечении назначается:

<question> Пациенту 10 лет. Поступил в стационар через 3 дня после перенесенной ангины, с жалобами на повышение температуры тела до 38^0, недомогание, головную боль, отеки на лице, изменение прозрачности мочи. Объективно: кожа бледная, пастозность лица, АД 115/70 мм. рт.ст. В анализе крови: СОЭ - 34 мм/ч, лейкоциты – 13,0 х 10^9/л, с/я - 84%. В общем анализе мочи: прозрачность - мутная, удельный вес - 1008, белок - 0,66 г/л, эритроциты – до 10 п/зр, лейкоциты - 25-38-45 в п/зр. В уроцитограмме: сегментоядерные лейкоциты –84%, лимфоцитарные – 16%. Ваш диагноз:

<question> Девочка 9 лет, направлена к эндокринологу. Беспокоят ощущения приливов, потливость. За 3 месяца похудела на 5 кг. При объективном осмотре: эмоционально неустойчива, возбудима, плаксива. Повышена двигательная активность – заметен мелкий тремор пальцев рук. Кожные покровы влажные, горячие на ощупь; при взгляде вниз виден участок склеры над радужкой. Положительный симптом Грефе. Щитовидная железа диффузно увеличена, плотноэластической консистенции, над железой прослушивается сосудистый шум. Тахикардия в покое, границы сердца расширены влево, усилен верхушечный толчок. Стул частый. Ваш предполагаемый диагноз:

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

<question> У девочки 9 лет боли в правом коленном суставе, одышка при физической нагрузке. Температура тела 37,8С. Две недели назад перенесла лакунарную ангину. Обнаружено приглушение 1-тона, систолический шум на верхушке. Правый коленный сустав увеличен в объеме, болезненный при пальпации. Из перечисленного приемлемое лечение:

<question> Мальчик 12 лет. Жалобы на боли в правом коленном суставе. Из анамнеза известно, что месяц назад перенес ангину, осложнившуюся конъюнктивитом, уретритом. Объективно: конъюнктива обоих глаз гиперемирована. Правый коленный сустав деформирован, теплый на ощупь, движения ограничены и болезненны. Печень выступает на 1,0 см из-под края реберной дуги. При мочеиспускании отмечается жжение и боли. Вероятный диагноз:

<question> У ребенка 8 лет в течение последнего года отмечается утренняя скованность в суставах, трудно вставать с постели, одеваться. При осмотре: деформация межфаланговых суставов пальцев рук, коленных суставов, ограничение движения в них. Со стороны внутренних органов патологии нет. Вероятный диагноз:

<question> У ребенка появилась мелкая папулезно-геморрагическая сыпь на руках и ногах, симметричная, более выраженная в области коленных и голеностопных суставов, температура тела субфебрильная, жалуется на боли в животе. В общем анализе крови: нейтрофильный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. Из перечисленного приемлемой фармакотерапией является:

<question> В ОАМ у ребенка 3-х лет отмечаются лейкоцитурия, бактериурия, в ОАК – лейкоцитоз, нейтрофилез, повышенное СОЭ. Объективно: лихорадка, симптомы интоксикации. Что из перечисленного является приемлемым следующим шагом в диагностике?

<question> Девочка 14 лет. Жалобы на субфебрильную температуру в течение 2 месяцев, покраснение на лице, увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов, похудание, полиартралгии. Объективно: на лице покраснения в области скуловых дуг и переносицы. Лимфатические узлы в подмышечной области, в области шеи увеличены до размеров фасоля, безболезненные, не спаянные с окружающей тканью, эластической консистенции. Из перечисленных методов обследования первоочередным является:

<question> Мальчик, 10 лет. Жалобы на носовые кровотечения. Объективно: экхимозы различной величины и давности. На лице, шее и руках петехиальные элементы. Все периферические лимфатические узлы с фасоля, подвижные, безболезненные. Печень и селезенка не пальпируются. Анализ крови: эритроциты - $3,2x10^{12}$/л, гемоглобин - 101 г/л, лейкоциты - $6,4x10^{9}$/л, палочкоядерные - 2%,сегментоядерные -59%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 28%, моноциты - 8%, СОЭ - 5 мм/час, тромбоциты-12x109/л. Целесообразно назначение лекарственного препарата :

<question> При осмотре ребенка в возрасте 3,5 лет выявлено раздражение и расчесы вокруг заднепроходного отверстия. Из нижеперечисленных заболеваний вероятный диагноз:

<question> У ребенка 2,5 лет жалобы на частые болезненные мочеиспускания. Данные жалобы связаны с переохлаждением и беспокоят в течение 2 дней. Состояние средней тяжести за счет дизурических явлений. Периферических отеков нет, интоксикация не выражена. При обследовании выявлена лейкоцитурия. Из нижеперечисленных вероятный диагноз у больного:

<question>У ребенка 10 лет, состояние средней тяжести за счет симптомов интоксикации, температура 38,7^{0}С, положительный симптом поколачивания. В ОАМ - лейкоцитурия, бактериурия. УЗИ признаки воспалительных изменений в ЧЛС. Из нижеперечисленного необходимо назначить для ликвидации гипертермии у данного ребенка:

<question> У ребенка 8 месяцев фебрилитет, выраженная интоксикация, тени под глазами, прорезываются зубы, редко мочится. В ОАК – лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ –25мм/час; в ОАМ – лейкоцитурия, бактериурия. Из нижеперечисленных вероятный диагноз у больного:

<question> Ребенку 3 года. После ОРЗ на теле появились синячки, петехии, носовое и десневое кровотечение. В ОАК: эрит-4,6х1012/л, Нв-130г/л, Ц.П-0,9, лейкоц-7,4х109/л, тромб-50тыс., СОЭ-5мм/ч. Из нижеперечисленных вероятный диагноз у больного:

<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. 2,5х10 ^{12} /л, гемоглобин – 70 г/л, ЦПК- 0,75, тромбоциты- 100 тыс. Лечение, которое при раннем назначении могло бы предупредить данное состояние новорожденного:

<question> Мальчик 8 лет, находится в бессознательном состоянии в течение 1 часа, дыхание Куссмауля, гиперемия щек, сухость кожи, глазные яблоки мягкие, запах ацетона изо рта. В течение 3 недель беспокоила жажда, частые мочеиспускания, похудел на 1 кг. Лечение, которое при раннем назначении могло бы предупредить данное состояние ,пациента:

<question> Вызов к ребенку 8 лет. Жалобы на повышение температуры до 38,8°С, 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. - 3,95х10^{12}/л, Л - 11,0х10^9/л, СОЭ - 15 мм/час. Диастаза мочи - 132 ЕД. Сахар крови - 6,8 ммоль/л. Предварительный диагноз:

<question> Девочка, 6 лет. Жалобы на боли в мышцах и суставах конечностей, спины, затруднение при глотании твердой пищи. Объективно: кожные покровы красно-фиолетовой окраски, отечная эритема на верхних веках, определяется признак Готтрона. Предварительный диагноз:

<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:

<question> Ребенок 2 года, вес 12 кг. Жалобы на зуд в заднем проходе, чаще в ночное время. Ребенок стал раздражительным, капризным, ухудшился аппетит. В соскобе с перианальной складки обнаружены яйца остриц. Рассчитайте суточную дозу пирантела:

<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:

<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- 12,8х10^9/л. Стул был после очистительной клизмы, каловые массы плотные, жирные. Предположительный диагноз:

<question> Через неделю после ОРЗ по всему телу ребенка появилась сыпь несимметричная полиморфная, полихромная, кровоизляние на слизистой рта, кровотечение из носа. Объективно: со стороны сердца умеренная тахикардия, тоны приглушены, систолический шум на верхушке. Предварительный диагноз:

<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:

<question> Ребенок 11 лет, жалобы на похудание (потеря веса 7кг), боли в правом подреберье, эпигастрии, тошноту, головную боль, раздражительность, повышенную потливость, лихорадку. Объективно: отстает в физическом развитии. Кожные покровы субиктеричные. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, точке желчного пузыря. В ОАК: Нв- 90г/л, Эр.--3,0 х10^{12}/л, лейк- 10,5 х10^9/л, п/я- 2%, сегментоядерные- 55%, э-8%, лимф -25%, м- 10%, СОЭ-17мм/ч. Кал на я/г- найдены яйца гельминта. Диагноз глистная инвазия:

<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:

<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:

<question>У ребенка 12 лет после ангины выявлены: субфебрилитет, вялость, расширение границ сердца, глухость I-тона на верхушке, здесь же дующий систолический шум; артрит коленного сустава. В анамнезе частые ангины. Вероятный диагноз:

<question>12-летняя девочка больна в течение нескольких месяцев. Отмечается лихорадка, сыпь на теле, в брюшной полости и перикарде экссудат, в моче протеинурия и гематурия. В анализе крови ускоренная СОЭ, анемия, лейкопения. Предварительный диагноз:

<question>Ребенок 13-ти лет. Беспокоит раздражительность, артралгии, неустойчивая походка, затруднения при подъеме по лестнице. При пальпации тестоватая плотность мышц голеней и предплечий. В крови креатинфосфокиназа, СОЭ повышены. Вероятный диагноз:

<question>Девочка 9 лет. Поступила в хирургическое отделение с болью в животе. Температура тела 37.8^0 С. В крови лейкоцитоза нет. Утром на коже конечностей отмечена макуло-папаулезная сыпь, неисчезающая при надавливании. Вероятный диагноз:

<question>Девочка 1,5 года. Маму беспокоит, что девочка ест мел. При осмотре бледность кожи, слизистых, ломкость ногтей. Кровоточивости нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, выслушивается короткий систолический шум на верхушке. Печень +1 см. Селезенка не пальпируется. Сывотороточное железо 7 ммоль/л. Вероятный диагноз:

<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. Частое осложнение данного заболевания:

<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”. Вероятный диагноз:

<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 пилородуоденальной зоне, положительной симптом Менделя. Вероятный диагноз:

<question>Ребенку 2 недели, находится на грудном вскармливании. В весе прибавил 100гр. Температуры, интоксикации нет. Беспокоен. При осмотре живот вздут. Кал пенистый, кислый, желто-зеленый. Вероятный диагноз:

<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. Вероятный диагноз:

<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. Вероятный диагноз:

<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. Вероятное обострение:

<question>Ребенку 8 мес. Отстает в физическом развитии. Наблюдается у нефролога. Периодически возникают выраженные отеки, в моче высокая протеинурия. Лечение малоэффективно. У родственников больного отмечалась ранняя детская смертность. Вероятный диагноз:

<question>У недоношенного ребенка на 9 сутки жизни ухудшилось состояние. гипотония, потерял в массе 40г, однократно рвота «кофейной гущей». При осмотре: кожа бледная, с сероватым оттенком, единичные элементы петехиальной сыпи. Пальпируется пупочная вена. Выявлены хрипы в легких, одышка, тахикардия, гепатоспленомегалия, стул с зеленью. Вероятный диагноз:

<question>Новорожденный ребенок вял, отказывается от груди, срыгивает. В весе потеря к 5 дню жизни более 18%. Кожа бледно-серая. Признаки менингоэнцефалита. В легких крепитирующие хрипы. Живот вздут, гепатолиенальный синдром. Пупочная ранка покрыта корочкой, гноится. В крови – лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево. Вероятный диагноз:

<question>У девочки 10 месяцев отмечены фебрильная температура в течение 5 дней, мочится часто, плачет при мочеиспускании, срыгивает, трижды рвота, жидкий стул. Кашля, изменений в легких нет. В копрограмме отклонений нет. Вероятный диагноз:

<question>У девочки после купания в холодной реке отмечена боль внизу живота, частое мочеиспускание, рези при мочеиспускании. Отеков, гипертензии нет. В моче белка нет, лейкоцитурия, эритроциты свежие, плоский эпителий. Вероятный диагноз:

<question>У ребенка трех лет массивные отеки на лице, туловище, голенях и стопах, асцит, печень +3см. Суточный диурез составил 300 мл, АД – 95/55 мм рт.ст. В биохимическом анализе крови гипопротеинемия, гиперхолестеринемия, остаточный азот 14,2 ммоль/л, мочевина 5,5 ммоль/л. В моче высокая протеинурия, эритроцитов и лейкоцитов нет. Вероятный диагноз:

<question>Ребенку 2 года, часто болеет. Выявлена бледность кожи, слизистых, энурез, ломкость ногтей. При осмотре температура в норме, кожа и слизистые бледные. Кровоточивости нет. Выслушивается систолический шум на верхушке. Печень +2 см. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание не учащено. Сывороточное железо 9 ммоль/л. Вероятный диагноз:

<question>У ребенка в возрасте 2 недель на волосистой части головы в области устьев волосяных фолликул появились элементы гнойничковой сыпи, окруженные слабовыраженным венчиком гиперемии. Отмечаются умеренные симптомы интоксикации, температура повысилась до 37,30. В ОАК – анемия, лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная СОЭ. Вероятный диагноз:

<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. Вероятный диагноз:

<question>Ребенок 2 лет поступает в приемный отдел больницы с судорожным синдромом. Объективно: светловолосый, голубоглазый, правильного телосложения, от ребенка исходит «мышиный запах», на коже рук элементы экземы; значительно отстает в психомоторном развитии. Вероятный диагноз:

<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. Вероятный диагноз:

<question>Девочка 5 лет, Жалобы на однократную рвоту, отеки на лице, ногах, появление мочи в виде «мясных помоев». Заболела через 2 недели после перенесенной ангины, суточный диурез 300-400мл. Вероятный диагноз:

<question>Больная 12 лет. Страдает сахарным диабетом 4 года. Получает инсулинотерапию. Во время урока физкультуры потеряла сознание, были кратковременные судороги. Кожа влажная. Температура в норме. Вероятный диагноз:

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

<question>У 8-летнего ребенка через 12 дней после перенесенной ангины появилась припухлость обоих коленных суставов, через 3-4 дня эти признаки исчезли. При осмотре признаки кардита. На коже туловища и плеч кольцевидная эритема. СОЭ – 45 мм/час. Антибиотик, который необходим для лечения данного заболевания-это:

<question>Мальчику 12 лет, в связи с болями в эпигастрии, проведена фиброгастродуоденоскопия со взятием биопсии. Диагностирован поверхностный гастродуоденит. При исследовании биоптата обнаружена Helicobacterpylory. Препарат для эрадикации возбудителя:

<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 препарат, который целесообразно включить в план общего лечения:

<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:

<question>Новорожденный мальчик. Отмечается снижение рефлексов, вялое сосание. Родился переношенным, вес при рождении 4000кг. При осмотре: кожа сухая, бледная, пастозная; брадикардия. Живот увеличен, большой язык, пупочная грыжа. Стул через день. Скрининг тест, который необходимо провести для установления диагноза:

<question>У девочки 3-х лет дизурия, высокая температура. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Отеков нет. В ОАК нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево. В ОАМ следы белка, пиурия. Ваша дальнейшая тактика для постановки диагноза:

<question>Девочка 7 лет. Жалобы на боли в животе, учащенное мочеиспускания. Температура тела 38^0, кожные покровы бледные, отеков нет, пальпация левой почки болезненна. В ОАК: лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, ускорение СОЭ. ОАМ: белок-0.09г/л, эритроциты-1-2 в п/з., бактериурия, лейкоциты- сплошь все поля зрения. Лечение, которое необходимо назначить при данном заболевании:

<question>Мальчик 9лет, поступил с жалобами на отеки, слабость, отсутствие аппетита. Часто болеет фарингитами. Объективно: выраженные периферические и полостные отеки. АД-150/80мм.рт. ст. В ОАМ: высокая протеинурия, макрогематурия, цилиндурия. Препараты для симптоматической терапии при данном заболевании:

<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. Целесообразно назначение данному больному:

<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:

<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 точно поставить диагноз:

<question>Девочка 5 лет. Жалуется на боли в животе, нарушение зрения, дыхание Куссмауля, гиперемия щек, сухость кожи, глазные яблоки мягкие, запах ацетона изо рта, зев гиперемирован, тахикардия. В течение нескольких недель беспокоила жажда, частые мочеиспускания, похудел на 2 кг. Отделение, в которое необходима госпитализация:

<question>У пятилетней девочки в течение четырех дней отмечается лихорадка до 38,50С. В моче обнаружен белок – 0,33 г/л, в осадке – лейкоциты сплошь, эритроциты 0-1 в поле зрения. Рациональной диетотерапией при данном заболевании является:

<question>Больной 12 дневный, родился в срок с весом 4,5кг. Ребенок рыхлый, полный, подкожно жировой слой развитый хорошо. Тонус мышцы снижен, дыхание шумное затрудненое, голос грубый. При сосании появляется цианоз, беспокойный. На ренгенограме грудной клетки тень средостения, вверху расширена, «капельное» сердце. Периодическое повышение температуры. Получал активное гормональное, дезинтоксикационное лечение,

антибиотикотерапию, безрезультатно. Ребенок умер от нарастаюшей ДН. Вероятный предварительный диагноз:

<question>В отделении патологии новорожденных доношенный ребенок 11 дней. У малыша отмечается склонность к запорам (стул после введения газоотводной трубки) и сохраняется желтушность кожных покровов, недостаточная прибавка массы тела. Из анамнеза: мама наблюдается у эндокринолога. Ребенок родился с весом – 4200г. При осмотре: широкая переносица, широко расставлены глаза, открытый рот, большой толстый язык, пупочная грыжа, общая пастозность. Ребенок вялый, сонливый. Взгляд фиксирует, но следит кратковременно. Выраженная вегето-сосудистая реакция кожи по парасимпатическому типу. Некоторая мышечная гипотония на фоне нормальных глубоких рефлексов. Несколько снижен рефлекс опоры и шаговой рефлекс. Очаговой симптоматики нет. ЧДД – 38 в 1 минуту, ЧСС 100 в 1 мин. Внутренние органы без видимой патологии. Заместительной терапией для данного состояния является:

<question>На приеме ребенок 6 лет. Жалобы на боли в суставах, утреннюю скованность, лихорадку. Суставной синдром с 2 лет. Эффект от нестероидных препаратов временный. При осмотре, состояние тяжелое, отстает в физическом развитии, пользуется костылями в связи с поражением тазобедренных суставов. Пальпируются подмышечные, локтевые лимфоузлы. Коленные, голеностопные, лучезапястные суставы, увеличены в объеме, горячие на ощупь, с ограничением движения. Границы сердца расширены влево. Печень +5 см. В ОАК: Hb-90 г/л, L-15,0·10^9/л, СОЭ-45мм/час. В ОАМ:белок-0,33% в п/зрения. Ваш диагноз:

<question>Девочка, 6 лет. Жалобы на боли в мышцах и суставах конечностей, спины, затруднение при глотании твердой пищи. Объективно: кожные покровы красно-фиолетовой окраски, отечная эритема на верхних веках, определяется признак Готтрона. Предварительный диагноз:

<question>При осмотре обнаружено, что у ребенка 2-х месяцев имеется отставание в росте, который составляет 25% от нормы. Нервно- психическое развитие соответствует возрасту. Вероятный диагноз:

<question>Больная 14 лет, жалуется на прогрессирующее уплотнение и утолщение кожи на пальцах рук, затрудненное дыхание, появление болей в левой половине грудной клетки и ощущение «кома» в горле после проглатывания пищи. В течение 2 месяцев синдром Рейно. Вероятный диагноз:

<question>Больная 10лет, жалуется на повышение температуры тела до 37,8^{0}С, боли в суставах. В анамнезе 2 недели назад переболела ангиной. Перкуторно: границы сердца расширены на 1 см вправо, аускультативно –притупление обоих тонов, систолический шум. ФКГ: высокочистотный эндокардиальный шум. Лабораторно: СОЭ – 20 мм\час., L- 8,5х10^9\л, количество антистрептолизина 0 увеличено.
Поставьте диагноз:

<question>Ребенку 2 дня. Родился от 4-ой беременности, первые 3 беременности закончились выкидышами на раннем сроке. За 2 недели до родов у матери поднялась температура до 39 градусов, боли в пояснице, частые мочеиспускания. При осмотре - температура тела 38,5 С, кожные покровы бледные, папулезно-розеолезная сыпь на туловище, в легких дыхание

ослабленное, крепитирующие хрипы. Пальпируются увеличенные шейные лимфоузлы, печень +2см. Мать проживает в сельской местности.
В первую очередь нужно исключить врожденную инфекцию:

<question>Ребенку 7 дней, извлечен щипцами. При осмотре малоактивен, сосет хорошо, крик громкий. Левая рука прижата к боку, ротирована, движения в ней отсутствуют, беспокойство при пеленании, вялый парапарез верхних конечностей. Диагноз у ребенка: перелом левой ключицы. Целесообразная тактика лечения новорожденного:

<question>Ребенок 7 дней, родился от первых родов с массой 3800г, оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. У матери группа крови 0(I), у ребенка А (II). В анамнезе задержка отхождения мекония, рвота. При осмотре кожные покровы и склеры желтушной окраски, сухие, петехиальная сыпь на туловище, пупочная грыжа, лицо несколько отечно, переносица уплощена, макроглоссия, редкий стул, брадикардия, периодически ахоличный стул.
Ваш предварительный диагноз:

<question>Новорожденный 12 дней, родился в срок с массой 3000г, 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. Ваш предварительный диагноз:

<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: