

1). У 4-МЕСЯЧНОГО РЕБЕНКА С ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ ЧАСТЫЙ ВОДЯНИСТЫЙ СТУЛ. ВСКАРМЛИВАНИЕ ЕСТЕСТВЕННОЕ. У МАТЕРИ ПОСЛЕ ПРИЕМА МОЛОКА ПОЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬ В ЖИВОТЕ И ЖИДКИЙ СТУЛ. РЕБЕНОК АКТИВЕН, НО ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА У НЕГО – 24%. СТУЛ 3 – 5 РАЗ В СУТКИ, ЖИДКИЙ ВОДЯНИСТЫЙ, С КИСЛЫМ ЗАПАХОМ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНО: ХЛОРИДЫ ПОТА 20,4 МЭКВ/Л, БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОСЕВ КАЛА – ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ. КАКАЯ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРИЧИНА ГИПОТРОФИИ У РЕБЕНКА?

- 1.Энтерит
- 2.Врожденная лактозная недостаточность
- 3.Целиакия
- 4.Муковисцидоз
- 5.Эксудативная энтеропатия

2). СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ ЗНАКОМИТСЯ С ОСНОВНЫМИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМИ ДАННЫМИ 2-Х ДЕВОЧЕК 13 И 15 ЛЕТ ИЗ ОДНОЙ СЕМЬИ. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ДЛЯ ОЦЕНКИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА (ИНДЕКС КЕТЛЕ), ЭТО:

- 1.Масса тела умноженная на рост
- 2.Масса тела разделенная на рост
- 3.Рост разделенный на массу тела
- 4.Рост в квадрате отнять массу тела
- 5.Масса тела (кг) разделенная на квадрат роста (м)

3). ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА ПРОВОДЯТ С:

1. инородное тело бронхов
2. аскаридоз
3. бронхиальная астма
4. муковисцидоз
5. все перечисленное

4). БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1. простой бронхит
2. инородное тело верхних дыхательных путей
3. рецидивирующий бронхит
4. бронхиальная астма
5. острая респираторная вирусная инфекция

5). ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ПРОВОДЯТ С:

1. острый бронхоиолит
2. муковисцидоз
3. инородное тело бронхов
4. аспергиллез
5. все перечисленное

6).ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НАЛИЧИЕ СИМПТОМА «WHEEZING» СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

1. о синдроме бронхиальной обструкции
2. о врожденном стридор
3. о плевропневмония
4. об инородное тело верхних дыхательных путей

7).НЕОТЛОЖНУЮ ПОМОЩЬ ПРИ ТЯЖЕЛОМ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ ПРОВОДЯТ ИСПОЛЬЗУЯ:

1. спазмолитики
2. антигистаминные средства
3. в2-агонисты короткого действия и ИГКС
4. Антибиотики

8).ПОТЕНЦИАЛЬНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ ДЕЙСТВИЯ ВИРУСА КАК ПРОВОКАТОРА ФОРМИРОВАНИЯ И ОБОСТРЕНИЯ АСТМЫ (СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ) ЯВЛЯЮТСЯ:

1. развитие сенсibilизации
2. деструкция эпителия дыхательных путей
3. повышение активности медиаторов
4. стимуляция выработки IgE-антител
5. все перечисленное.

9).КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ СПОСОБСТВУЕТ РАЗВИТИЮ ОБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА:

1. наличие врожденного стридора

2. снижен мукоцилиарный клиренс
3. узость носовых ходов
4. высокая бифуркация трахеи
5. высокое стояние диафрагмы

10). РЕБЕНКУ 4 МЕСЯЦА. НАХОДИТСЯ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ. КАКОЙ МЕТОД РАСЧЕТА СУТОЧНОГО ОБЪЕМА ПИЩИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ?

1. Объемно-весовой
2. Зайцевой
3. Тура
4. Финкельштейна
5. Калорийный

11). У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 4 МЕСЯЦЕВ ДИАГНОСТИРОВАНА ГИПОТРОФИЯ II СТЕПЕНИ. КАКОЙ ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА У РЕБЕНКА?

1. 21-30%
2. 10-20%
3. 31-50%
4. 5-10%
5. 51-70%

12). ДЛЯ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО

1. осмотическая диарея
2. стул с прожилками крови
3. повышенная масса тела
4. запор
5. полифекалия
6. отечный синдром

13). ПРИ ФЕНИЛКЕТОНУРИИ ДОМИНИРУЕТ:

1. Поражение кишечника и нарастающая гипотрофия
2. депрессия гемопоэза
3. неврологическая симптоматика
4. экзема и альбинизм
5. нефропатия

14). БОЛЕЗНЬ ФАБРИ - ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ДЕФЕКТОМ ЛИЗОСОМНОГО ФЕРМЕНТА А-ГАЛАКТОЗИДАЗЫ А. ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ:

1. Х- сцепленный рецессивный тип
2. Аутомно-рецессивный тип
3. Аутомно-доминантный тип
4. Мультифакториальное заболевание

15). У БОЛЬНЫХ ОБЩЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОЙ ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РЕЗКО СНИЖЕНО КОЛИЧЕСТВО :

1. CD3 лимфоцитов
2. Ig M, A, G
3. нейтрофилов
4. моноцитов

16). ДЛЯ АГАММАГЛОБУЛИНЕМИИ БРУТОНА ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ

1. отсутствие В-лимфоцитов в крови
2. отсутствие Т-лимфоцитов в крови
3. практически полное отсутствие сывороточных Ig
4. отсутствие антител к антигенам АВ0

17). К ГРУППЕ МУКОПОЛИСАХАРИДОЗОВ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1. синдром Хантера
2. синдром Санфилиппо
3. синдром Гурлер
4. синдром Дауна
5. синдром Шершевского- Тернера

18). НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ЖАЛОБЫ ПРИ ФРУКТОЗЕМИИ:

1. значительное увеличение размеров живота
2. рвота
3. отвращение к сладкому

4. жидкий стул
5. повышение температуры

19). МАРКЕРОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. лимфаденопатия
2. одышка
3. похудание
4. инфекция, в том числе оппортунистическая
5. длительная лихорадка

20). ДЛЯ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА Д ( РАХИТА) ХАРАКТЕРНЫ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ:

1. Краниотабес
2. Реберные четки
3. Гепатоспленомегалия
4. Рахитические браслетки
5. Жидкий стул

21). КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА С ( ЦИНГИ ) ЯВЛЯЮТСЯ:

1. геморрагическая сыпь
2. кровоточивость десен
3. патологическая ломкость костей
4. парадонтоз
5. кариес

22). РЕБЕНКУ 6 МЕСЯЦЕВ, ПОЛУЧАЕТ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ГИПОТРОФИИ II СТЕПЕНИ АЛИМЕНТАРНОГО ГЕНЕЗА, ПЕРИОД РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ. НАХОДИТСЯ НА ЭТАПЕ МАКСИМАЛЬНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ. ПРИ РАСЧЕТЕ ПИТАНИЯ ВОЗНИК ДЕФИЦИТ БЕЛКОВОЙ ЧАСТИ РАЦИОНА. ЧЕМ ЛУЧШЕ КОРРЕКТИРОВАТЬ НЕДОСТАТОК БЕЛКА?

1. Кефир
2. Каша
3. Творог
4. Овощное пюре

## 5.Фруктовые соки

23).РЕБЕНКУ 5 МЕСЯЦЕВ. ВСКАРМЛИВАНИЕ ПОЛНОЕ ГРУДНОЕ. ВО ВРЕМЯ ОСМОТРА ВРАЧ ВЫЯВИЛ У РЕБЕНКА ГИПОТРОФИЮ I СТЕПЕНИ. КАКОЙ ПЕРВЫЙ ПРИКОРМ НАИБОЛЕЕ ЖЕЛАТЕЛЬНЫЙ ДЛЯ ЭТОГО РЕБЕНКА?

- 1.Овощное пюре
- 2.5% манная каша
- 3.10% манная каша
- 4.Гречневая каша
- 5.Овсяная каша

24).ПОСЛЕ БЕСЕДЫ С МАТЕРЬЮ 7-МЕСЯЧНОГО МАЛЬЧИКА, КОТОРЫЙ НАХОДИТСЯ НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, ПЕДИАТР ВЫЯСНИЛ, ЧТО ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ 7 РАЗ В СУТКИ. КАКАЯ КРАТНОСТЬ КОРМЛЕНИЙ УСТАНОВЛЕНА ДЛЯ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДАННОГО ВОЗРАСТА?

- 1.7 раз
- 2.3 раза
- 3.4 раза
- 4.6 раз
- 5.5 раз

25).ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА СЛЕДУЮЩИЕ:

1. расширение правой границы сердца
2. акцент I тона на легочной артерии
3. расширение легочной артерии на рентгенограмме
4. правограмма на ЭКГ
5. все перечисленное

26).ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОВОДЯТ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ:

1. облитерирующий бронхолит
2. муковисцидоз
3. синдром мунье-куна
4. инородное тело нижних дыхательных путей
5. стенозирующий ларинготрахеит

27).ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ БРОНХОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. продуктивный кашель
2. повторная локализация пневмонии (справа или только слева)
3. кашель с репризами
4. выраженные симптомы интоксикации
5. дыхательная недостаточность

28). СТРОГИМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. фебрильная температура
2. частый продуктивный кашель
3. умеренно выражены симптомы интоксикации
4. ранний возраст ребенка с симптомом ДН
5. значительный сдвиг формулы крови влево

29). ПРИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМАХ ОСТРОГО БРОНХИТА СОХРАНЯЮЩИХСЯ БОЛЕЕ ТРЕХ НЕДЕЛЬ МОЖНО ДУМАТЬ О:

1. бактериальной инфекции
2. муковисцидозе
3. орви
4. инородном теле верхних дыхательных путей
5. ларинотрахеите

30). БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ ВКЛЮЧАЕТ:

1. антибиотики
2. ферменты, противокашлевые средства
3. антигистаминные препараты
4. ферменты, муколитики

31). НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ВКЛЮЧАЕТ:

1. В2 агонисты короткого действия ингаляционно
2. антибиотики.
3. но-шпа

4. антигистаминные препараты нового поколения.
5. ингаляционные глюкокортикостероиды через небулайзер

32).УКАЖИТЕ СИМПТОМЫ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА У ДЕТЕЙ:

1. раширение границ относительной сердечной тупости вправо
2. правограмма на ЭКГ
3. расширение легочной артерии на рентгенограмме
4. акцент 2-го тона на легочной артерии
5. блокада правой ножки пучка Гиса на ЭКГ

33).НЕОТЛОЖНУЮ ПОМОЩЬ ПРИ ТЯЖЕЛОМ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ ПРОВОДЯТ ИСПОЛЬЗУЯ:

1. спазмолитики
2. антигистаминные средства
3. в2-агонисты короткого действия
4. антибиотики
5. ингаляционные глюкокортикостероиды

34).НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В НЕБУЛАЙЗЕРАХ:

1. физиологический раствор
2. отвары трав
3. масла
4. минеральные воды

35).БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ ВКЛЮЧАЕТ:

1. антибиотики
2. ферменты, противокашлевые средства
3. антигистаминные препараты
4. ферменты, муколитики

36).ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОВОДЯТ С:

1. муковисцидоз



2. синдром Мунье-Куна
3. обструктивный бронхит
4. простой бронхит
5. инородное тело нижних дыхательных путей

37).СИНДРОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

1. дефицит  $\alpha_1$ -антитрипсина
2. синдром Вильямса-Кэмпбелла
3. стенозирующий ларинготрахеит
4. врожденный порок сердца
5. простой бронхит

38).ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. ночные приступы удушья (экспираторной одышки)
2. снижение ПОСВ
3. повышение показателей ПОСВ
4. бронхообструктивный синдром на фоне орви
5. положительный тест на скрытый бронхоспазм

39).РЕБЕНОК 2 ЛЕТ. НАХОДИТСЯ В СТАЦИОНАРЕ С ДИАГНОЗОМ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ. ИЗ АНАМНЕЗА ИЗВЕСТНО ЧТО СТАРТ ПЕРВОГО ЭПИЗОДА ОБСТРУКЦИИ НАЧАЛСЯ С ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ И ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПО НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ. РЕБЕНОК ПОНИЖЕННОГО ПИТАНИЯ, БЛЕДНЫЙ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ В ОАК УМЕРЕННЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ, СДВИГ ФОРМУЛЫ КРОВИ ВЛЕВО. В ОАМ БЕЗ ПАТОЛОГИИ. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ: УСИЛЕНИЕ ЛЕГОЧНОГО РИСУНКА ЗА СЧЕТ УТОЛЩЕНИЯ СТенок БРОНХОВ. В КОПРОЦИТОГРАММЕ СТЕАТОРЕЯ. ВЫРАЖЕНА ПОЛИФЕКАЛИЯ.

ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. глистная инвазия
2. муковисцидоз
3. бронхиальная астма
4. инородное тело бронхов

40).РЕБЕНОК 14 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР С ЦЕЛЬЮ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА. НАХОДИТСЯ ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА С ДИАГНОЗОМ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ БРОНХИТ. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ СОСТОЯНИЕ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ. ЖАЛОБ НЕТ. ПО ОРГАНАМ БЕЗ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ.

ПЛАН ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ:

1. аденоидные вегетации
2. бронхиальная астма
3. аллергический ларинготрахеит
4. простой бронхит

41).РЕБЕНОК 1,5 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР С ЖАЛОБАМИ НА ЧАСТЫЙ МАЛОПРОДУКТИВНЫЙ КАШЕЛЬ, ВЫРАЖЕНА ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА 45 В МИНУТУ, ПУЛЬС 125 В МИН. ПРИ ОСМОТРЕ ГИПЕРЕМИЯ ЗЕВА, УЧАСТИЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ В АКТЕ ДЫХАНИЯ. ПЕРКУТОРНО НАД ЛЕГКИМИ ЗВУК С КОРОБОЧНЫМ ОТТЕНКОМ. НА ФОНЕ ЖЕСТКОГО ДЫХАНИЯ ПО ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ЛЕГКИХ МАССА ВЛАЖНЫХ РАЗНОКАЛИБЕРНЫХ И СУХИХ ХРИПОВ. В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ УМЕРЕННЫЙ ЛИМФОЦИТОЗ.

ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. острый простой бронхит
2. обструктивный бронхит
3. обструктивный бронхиолит
4. острая респираторная вирусная инфекция

42).РЕБЕНОК 6 ЛЕТ МНОГОКРАТНО НАХОДИТСЯ В СТАЦИОНАРЕ ПО ПОВОДУ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА. С ЦЕЛЬЮ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ПРОВЕДЕНА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ БРОНХОСКОПИЯ. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНО: ВЫПЯЧИВАНИЕ В ОБЛАСТИ МЕМБРАННОЙ ЧАСТИ ТРАХЕИ, ПРОЛАБИРОВАНИЕ ЕЕ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ, НАЛИЧИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ТРАХЕЕ И БРОНХАХ.

ПОСТАВЬТЕ ДИАГНОЗ:

1. хронический бронхит
2. синдром Мунье-Куна
3. синдром Вильямса-Кэмпбелла
4. облитерирующий бронхиолит

43).РЕБЕНОК 3 ЛЕТ С ДИАГНОЗОМ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР. СОСТОЯНИЕ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ. ВЫРАЖЕНЫ СИМПТОМЫ ИНТОКСИКАЦИИ: БЛЕДНЫЙ, ВЯЛЫЙ, ОТСУТСТВИЕ АППЕТИТА. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ СУХИЕ, МАССА ТЕЛА СНИЖЕНА. ТЕМПЕРАТУРА 36.6 С. ДЫХАНИЕ 30 В МИНУТУ. ПУЛЬС 105 В МИНУТУ. ПЕРКУТОРНО НАД ЛЕГКИМИ ЗВУК С КОРОБОЧНЫМ ОТТЕНКОМ. АУСКУЛЬТАТИВНО: НА ФОНЕ ЖЕСТКОГО ДЫХАНИЯ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ СУХИЕ СВИСТЯЩИЕ И ВЛАЖНЫЕ РАЗНОКАЛИБЕРНЫЕ ХРИПЫ.В ОАК ЭОЗИНОФИЛИЯ. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ: ЛЕГКИЕ ЭМФИЗЕМАТОЗНЫ, ИНФИЛЬТРАТИВНЫХ ТЕНЕЙ НЕ ВЫЯВЛЕНО, ТЕНЬ СЕРДЦА БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. ЖИВОТ МЯГКИЙ БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ. БЕСПОКОИТ ЗУД В ОБЛАСТИ АНУСА.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРОВОДИМ С:

1. инородное тело бронхов
2. дефицит  $\alpha_1$ -антитрипсина
3. туберкулез
4. глистная инвазия
5. врожденный порок сердца

44).КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОГНОМАНИЧНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МУКОВИСЦИДОЗА:

1. спирография
2. потовый тест, ДНК диагностика
3. бронхография
4. рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции
5. исследование мокроты

45).ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ БРОНХОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. продуктивный кашель
2. повторная локализация пневмонии (справа или только слева)
3. кашель с репризами
4. выраженные симптомы интоксикации
5. дыхательная недостаточность

46).ПРОФИЛАКТИКА МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ:

1. пренатальная диагностика
2. обследование семей пробандов

3. проведения потового теста
4. антибактериальная терапия 4 раза в год
5. постоянная бронхолитическая терапия

47).ПРИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМАХ ОСТРОГО БРОНХИТА СОХРАНЯЮЩИХСЯ БОЛЕЕ ТРЕХ НЕДЕЛЬ МОЖНО ДУМАТЬ О:

1. бактериальной инфекции
2. муковисцидозе
3. микроаспирационном синдроме
4. инородном теле бронхов
5. все перечисленное

48).ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОВОДЯТ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ:

1. облитерирующий бронхолит
2. муковисцидоз
3. синдром Мунье-Куна
4. инородное тело нижних дыхательных путей
5. стенозирующий ларинготрахеит

49).К КАКОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ «ПУЛЬМОЗИМ»:

1. муколитики
2. антибиотики
3. сердечные гликозиды
4. ингаляционные стероиды

50).ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ МУКОВИСЦИДОЗА:

1. аутосомно- доминантное
2. аутосомно- рецессивное
3. доминантное сцепленное с X хромосомой наследование
4. рецессивное сцепленное с X хромосомой наследование
5. сцепленное с Y хромосомой, или голандрическое наследование

51).ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ ДЕФИЦИТА АЛЬФА-1-АНТИТРИПСИНА

1. аутосомно- доминантное
2. аутосомно- рецессивное
3. доминантное сцепленное с X хромосомой наследование
4. рецессивное сцепленное с X хромосомой наследование
5. сцепленное с Y хромосомой, или голандрическое наследование

52).КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОДТВЕРДИТ НАЛИЧИЕ БРОНХОЭКТАЗОВ:

1. пневмотахометрия
2. бронхография
3. бронхоскопия
4. рентгенография органов грудной клетки
5. пикфлоуметрия

53).КРИТЕРИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. постоянное откашливание мокроты
2. продуктивный кашель и постоянные хрипы в легких в течение 1 мес..
3. продуктивный кашель и постоянные хрипы в легких в течение 3 мес..
4. продуктивный кашель и постоянные хрипы в легких в течение 6 мес..
5. продуктивный кашель и постоянные хрипы в легких в течение 3 мес. при наличии обострений не меньше 2-х раз в год в течение 2-х лет.

54).СИНДРОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

1. дефицит  $\alpha_1$ -антитрипсина
2. синдром Вильямса-Кэмпбелла
3. стенозирующий ларинготрахеит
4. врожденный порок сердца
5. простой бронхит

55).БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ ВКЛЮЧАЕТ:

1. антибиотики
2. ферменты, противокашлевые средства
3. антигистаминные препараты
4. ферменты, муколитики

56).ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА КАРТАГЕНЕРА ВКЛЮЧАЕТ:

1. хроническая бронхолегочная патология
2. риносинусопатия
3. полифекалия
4. стеаторея
5. обратное расположение внутренних органов (situs inversus)

57).ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ФИБРОЗИРУЮЩИЙ АЛЬВЕОЛИТ (СИНДРОМ ХАММЕНАРИЧА) ВКЛЮЧАЕТ:

1. влажные крупнопузырчатые хрипы
2. воспаление в интерстиции легких
3. легочному фиброзу
4. синдром дыхательной недостаточности
5. проводные хрипы

58).ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ СОСУДИСТЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. рентгенография
2. ангиопульмонография
3. компьютерная томография
4. УЗИ
5. мрт

59).АГЕНЕЗИЯ ЛЕГКОГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. недоразвитие респираторных отделов лёгкого
2. полное отсутствие лёгкого и главного бронха
3. синдром дыхательной недостаточности

4. недоразвитие бронхов

60).ВРОЖДЕННАЯ ЛОБАРНАЯ ЭМФИЗЕМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. вздутие доли или сегмента лёгкого
2. сужения просвета долевого или сегментарного бронха
3. расширение просвета бронхов
4. дыхательная недостаточность

61).СЕКВЕСТРАЦИЯ ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. аномальный участок лёгочной ткани, не связанный с бронхиальной системой
2. аномальный участок лёгочной ткани кровоснабжаемый аномальной артерией
3. сужения просвета долевого или сегментарного бронха
4. расширение просвета бронхов

62).ГИПОПЛАЗИЯ БРОНХОВ (СИНДРОМ МУНЬЕ-КУНА) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. врожденное недоразвитие эластических волокон трахеи и главных бронхов
2. врожденное недоразвитие мышечных волокон трахеи и главных бронхов
3. сужение трахеи
4. сужение бронхов

63).РЕБЕНОК 5 ЛЕТ МНОГОКРАТНО НАХОДИТСЯ В СТАЦИОНАРЕ ПО ПОВОДУ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА. С ЦЕЛЬЮ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ПРОВЕДЕНА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ БРОНХОСКОПИЯ. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНО: ВЫПАЧИВАНИЕ В ОБЛАСТИ МЕМБРАННОЙ ЧАСТИ ТРАХЕИ, ПРОЛАБИРОВАНИЕ ЕЕ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ, НАЛИЧИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ТРАХЕЕ И БРОНХАХ.

ПОСТАВЬТЕ ДИАГНОЗ:

1. хронический бронхит
2. синдром Мунье-Куна
3. синдром Вильямса-Кэмпбелла
4. облитерирующий бронхиолит

64).РЕБЕНОК 2 ЛЕТ. НАХОДИТСЯ В СТАЦИОНАРЕ С ДИАГНОЗОМ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ. ИЗ АНАМНЕЗА ИЗВЕСТНО ЧТО СТАРТ ПЕРВОГО

ЭПИЗОДА ОБСТРУКЦИИ НАЧАЛСЯ С ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ И ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПО НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ В ОАК УМЕРЕННЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ, СДВИГ ФОРМУЛЫ КРОВИ ВЛЕВО. В ОАМ БЕЗ ПАТОЛОГИИ. В КОПРОЦИТОГРАММЕ СТЕАТОРЕЯ. ВЫРАЖЕНА ПОЛИФЕКАЛИЯ.

ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. глистная инвазия
2. муковисцидоз
3. бронхиальная астма
4. инородное тело бронхов

65). РЕБЕНОК 5 НАХОДИТСЯ В СТАЦИОНАРЕ С ЖАЛОБАМИ НА ЧАСТЫЙ ПРОДУКТИВНЫЙ КАШЕЛЬ, ОДЫШКУ, ТЕМПЕРАТУРУ 38,7 С. ВЫРАЖЕНЫ СИМПТОМЫ ИНТОКСИКАЦИИ: БЛЕДНЫЙ, ВЯЛЫЙ, ОТКАЗ ОТ ЕДЫ. ПЕРКУТОРНО НАД ЛЕГКИМИ СПРАВА В МЕЖЛОПАТОЧНОЙ ОБЛАСТИ УКРОЧЕНИЕ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА. ТАМ ЖЕ ДЫХАНИЕ ОСЛАБЛЕНО И ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ СПРАВА ЗАТЕМНЕНИЕ НЕПРАВИЛЬНОЙ ФОРМЫ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ИНТЕНСИВНОСТИ С ПРОСВЕТЛЕНИЕМ В ТОЛЩЕ.

ВАШ ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. бронхоскопия
2. бронхография
3. мскт легких
4. узи

66). ПОРОК СЕРДЦА. В ПРОЦЕССЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ВЫЯВЛЕНЫ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ, КОТОРЫЕ БЫЛИ РАСЦЕНЕНЫ КАК ПРАВОСТОРОННИЙ КАВЕРНОЗНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ. ОДНАКО, ПАЦИЕНТ БЛЕДНЫЙ, АКРОЦИАНОЗ, СИМПТОМ «БАРАБАННЫХ ПАЛОЧЕК». ПРИ ОСМОТРЕ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК НАД ЛЕГКИМИ НЕ ИЗМЕНЕН. ДЫХАНИЕ ЖЕСТКОЕ, ХРИПОВ НЕТ. НА ТОМОГРАММАХ СПРАВА ВО ВТОРОМ И ТРЕТЬЕМ МЕЖРЕБЕРЬЯХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УСИЛЕНИЕ ЛЕГОЧНОГО РИСУНКА С ОТДЕЛЬНЫМИ УЧАСТКАМИ ПРОСВЕТЛЕНИЙ, ОБРАЗУЮЩИХСЯ ЗА СЧЕТ СОСУДОВ.

ВАШ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. бронхоскопия
2. ангиопульмонографии
3. бронхография
4. узи



67).РЕБЕНОК 4 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ДИАГНОЗОМ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ. ИЗ АНАМНЕЗА: ЧАСТЫЕ ОБОСТРЕНИЯ, ПОЯВИЛСЯ КАШЕЛЬ, СЛИЗИСТО-ГНОЙНАЯ МОКРОТА. ПРИ ОСМОТРЕ: ЗАДЕРЖКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, СИМПТОМ «БАРАБАНЫХ ПАЛОЧЕК», ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА, ПО ВСЕЙ ПО-ВЕРХНОСТИ ЛЕГКИХ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ВЛАЖНЫЕ И СУХИЕ ХРИПЫ. ПЕРКУ-ТОРНЫЙ ЗВУК С КОРОБОЧНЫМ ОТТЕНКОМ, УКРОЧЕНИЕ ЗВУКА В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ЛЕГКИХ С ОБЕИХ СТОРОН. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЛЕГКИЕ ЭМФИЗЕМАТОЗНЫ, ДЕФОРМАЦИЯ ЛЕГОЧНОГО РИСУНКА.

ВАШ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. бронхоскопия
2. ангиопульмонографии
3. бронхография (кинобронхография)
4. узи

68).СКЛОННОСТЬ К АТЕЛЕКТАЗАМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕНА:

1. незрелость дыхательного центра
2. хорошим кровоснабжением легких
3. узостью бронхов
4. слабым развитием эластической ткани
5. хорошим развитием мышечной ткани

69).ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НАЛИЧИЕ СИМПТОМА «WHEEZING» СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

1. синдроме бронхиальной обструкции
2. о врожденном стридор
3. о плевропневмонии
4. инородном теле верхних дыхательных путей

70).ПРЕДРАСПОЛОГАЮЩИМИ ФАКТОРАМИ К РАЗВИТИЮ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ КРОМЕ:

1. незрелость дыхательного центра
2. переохлаждение
3. низкая активность сурфактанта в осенне-зимний период

4. искусственное вскармливание
5. слабое развитие эластической и мышечной ткани

71). БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1. простой бронхит
2. инородное тело верхних дыхательных путей
3. рецидивирующий бронхит
4. бронхиальная астма
5. острая респираторная вирусная инфекция

72). ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ БРОНХОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. продуктивный кашель
2. повторяющееся возникновение пневмонии в данной локализации
3. кашель с репризами
4. выраженные симптомы интоксикации
5. дыхательная недостаточность

73). ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ ВКЛЮЧАЕТ:

1. один раз в месяц
2. один раз в квартал
3. наблюдение педиатра и пульмонолога в течение всего периода детства
4. один раз в 6 месяцев
5. два раза в месяц

74). ЭТИОЛОГИЯ ОСТРЫХ БРОНХИТОВ ВКЛЮЧАЕТ:

1. бактериальная инфекция 80%
2. атипичная флора 30%
3. ОРВИ 80%
4. инородные тела 5%
5. гастроэзофагальный рефлюкс 15%

75).СТРОГИМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. фебрильная температура двое суток
2. частый продуктивный кашель
3. умеренно выражены симптомы интоксикации
4. ранний возраст ребенка с симптомом дн
5. гастроинтестинальный синдром

76).ПРИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМАХ ОСТРОГО БРОНХИТА СОХРАНЯЮЩИХСЯ БОЛЕЕ ДВУХ НЕДЕЛЬ МОЖНО ДУМАТЬ О:

1. бактериальной инфекции
2. муковисцидозе
3. микроасперационном синдроме
4. инородном теле бронхов
5. все перечисленное

77).ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НАЛИЧИЕ СИМПТОМА «WHEEZING» МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ ОБ:

1. обструктивном бронхите
2. обструктивном бронхиолите
3. о плевропневмония
4. бронхиальной астме

78).ПРЕДРАСПОЛОГАЮЩИМИ ФАКТОРАМИ К РАЗВИТИЮ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙРАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. незрелость дыхательного центра
2. переохлаждение
3. низкая активность сурфактанта в осенне-зимний период
4. искусственное вскармливание
5. смешанное вскармливание

79).СТРОГИМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. фебрильная температура
2. выраженный сдвиг формулы крови влево
3. выражены симптомы интоксикации
4. симптом дн третьей степени
5. атопический дерматит

80).КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА КАШЛЯ ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ:

1. синекод
2. ацц
3. проспан
4. лазалван
5. кодеин

81).ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ БРОНХОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. продуктивный кашель
2. повторяющееся возникновение пневмонии в данной локализации
3. кашель с репризами
4. отсутствие положительной клинической динамики заболевания при лечении острого бронхита
5. дыхательная недостаточность первой степени

82).ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ОСТРОГО ПРОСТОГО БРОНХИТА ПРОВОДЯТ С:

1. аденоидные вегетации третьей степени
2. инородное тело бронхов
3. кашель с репризами
4. острая респираторная вирусная инфекция
5. пневмония

83).ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА И ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИОЛИТА ВКЛЮЧАЕТ:

1. возраст ребенка

2. сухие и влажные хрипы по всей поверхности легких
3. крепитирующие хрипы на высоте вдоха
4. «ложнокрепитирующие хрипы» на вдохе и выдохе
5. фебрильная температура

84). ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ РЕНТГЕНОГРАФИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. выражены симптомы интоксикации
2. сухие и влажные хрипы по всей поверхности легких
3. локальное укорочение перкуторного звука после проведения пастурального дренажа
4. отсутствие симптомов дыхательной недостаточности
5. длительный период фебрильной температуры

85). ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ЧАСТО ПОВТОРЯЮЩЕГОСЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ПРОВОДЯТ С:

1. муковисцидоз
2. инородное тело бронхов
3. аллергический ринит
4. аллергический трахеит
5. аденоидные вегетации третьей степени

86). НЕОТЛОЖНУЮ ПОМОЩЬ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ПРОВОДЯТ С:

1. флемоксин
2. но-шпа
3. вентолин
4. пульмикорт
5. супрастин

87). РЕБЕНОК 5 ЛЕТ, МАТЬ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА СУБФЕБРИЛЬНУЮ ТЕМПЕРАТУРУ, КАШЕЛЬ МАЛОПРОДУКТИВНЫЙ, СНИЖЕНИЕ АППЕТИТА. ПРИ ОСМОТРЕ КОНТАКТНЫЙ, ГИПЕРЕМИЯ ЗЕВА, ИЗ НОСА СЛИЗИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ. ЧД 25 В МИНУТУ, ПУЛЬС 100. ПЕРКУТОРНО НАД ЛЕГКИМИ ЯСНЫЙ

ЛЕГОЧНОЙ ЗВУК. АУСКУЛЬТАТИВНО С ОБЕИХ СТОРОН ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ЕДИНИЧНЫЕ СУХИЕ И ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ.

ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. простой бронхит
2. обструктивный бронхит
3. обструктивный бронхиолит
4. острая респираторная вирусная инфекция

88).РЕБЕНОК 4 МЕСЯЦЕВ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ. КОЖНЫЕ ПОКРОВА БЛЕДНЫЕ, ПЕРОРАЛЬНЫЙ ЦИАНОЗ. САТУРАЦИЯ КИСЛОРОДА 95%, ПУЛЬС 150 В МИНУТУ, КРАТНОСТЬ ДЫХАНИЯ 55 В МИН. ВЫРАЖЕНА ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА. УЧАСТИЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ В АКТЕ ДЫХАНИЯ. ПЕРКУТОРНО НАД ЛЕГКИМИ КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК. ПО ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ЛЕГКИХ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ МАССА ВЛАЖНЫХ ЛОЖНОКРЕПИТИРУЮЩИХ ХРИПОВ НА ВДОХЕ И ВЫДОХЕ. В ОАК УМЕРЕННЫЙ ЛИМФОЦИТОЗ. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ ЛЕГКИЕ ЭМФИЗЕМАТОЗНЫ, ИНФИЛЬТРАТИВНЫХ ТЕНЕЙ НЕ ВЫЯВЛЕНО. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. острый простой бронхит
2. обструктивный бронхит
3. обструктивный бронхиолит
4. острая респираторная вирусная инфекция

89).РЕБЕНОК 14 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР С ЦЕЛЬЮ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА. НАХОДИТСЯ ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА С ДИАГНОЗОМ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ БРОНХИТ. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ СОСТОЯНИЕ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ. ЖАЛОБ НЕТ. ПО ОРГАНАМ БЕЗ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ.

ПЛАН ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ:

1. аденоидные вегетации
2. бронхиальная астма
3. аллергический ринит
4. аллергический ларинотрахеит

90).КАКОЙ КАШЕЛЬ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ЛЯРИНГОТРАХЕИТЕ:

1. лающий
2. битональный

3. сухой навязчивый
4. продуктивный
5. болезненный

91).БИТОНАЛЬНЫЙ КАШЕЛЬ ХАРАКТЕРЕН ПРИ:

1. увеличение внутригрудных лимфатических узлов
2. ларинготрахеите
3. простом бронхите
4. аллергическом рините
5. плевропневмонии

92).КАКОЙ ХАРАКТЕР КАШЛЯ ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ:

1. сухой
2. битональный
3. болезненный
4. хронический
5. ночной

93).КАКОЙ ХАРАКТЕР КАШЛЯ ПРИ КОКЛЮШЕ:

1. хронический
2. малопродуктивный кашель
3. ночной кашель
4. кашель усиливается в зависимости от положения тела.
5. кашель с репризами

94).ПРИЧИНАМИ КАШЛЯ МОГУТ БЫТЬ:

1. иммунное воспаление дыхательных путей
2. заболевания др органов с формированием раздражения рефлексогенных зон
3. механическое сдавление дыхательных путей
4. побочное действие медикаментозной терапии
5. все перечисленное

95).ПРИЧИНАМИ КАШЛЯ МОГУТ БЫТЬ:

1. гастроэзофагальная рефлюксная болезнь
2. опухоли бронхов
3. сердечная недостаточность
4. воспаление женских половых органов
5. все перечисленное

96).ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ПРОВОЦИРУЮЩИМИ КАШЕЛЬ МОГУТ БЫТЬ:

1. острая респираторная вирусная инфекция
2. бактерии
3. аспергиллез
4. аллергические реакции
5. все перечисленное

97).СИМПТОМ «ЛАЮЩЕГО КАШЛЯ» МОЖЕТ ИМЕТЬ МЕСТО ПРИ:

1. отек гортани при ОРВИ
2. отек гортани аллергического генеза
3. дифтерии зева
4. заглоточный абсцесс
5. все перечисленное

98).ДЛЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА БРОНХОВ ХАРАКТЕРНО:

1. не купирующийся бронхообструктивный синдром, постоянный спастический кашель
2. отсутствие положительной клинической картины заболевания при бронхообструктивном синдроме
3. повторяющаяся локализация (только правосторонняя или левосторонняя) пневмонии.
4. внезапно возникший симптом кашля на фоне полного здоровья
5. все перечисленное

99). СИМПТОМ «ЛАЮЩЕГО КАШЛЯ» ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ:



1. отек гортани при ОРВИ
2. отек гортани аллергического генеза
3. дифтерии зева
4. заглоточный абсцесс
5. все перечисленное

100).ДЛИТЕЛЬНЫЙ КАШЕЛЬ ПРИ ПНЕВМОЦИСТОЗЕ МОЖЕТ БЫТЬ У БОЛЬНЫХ:

1. СПИД
2. злокачественные новообразования
3. атопический дерматит
4. применение иммуносупрессоров
5. ювенильный идиопатический артрит

101).АПНОЕ У НЕДОНОШЕННЫХ ОБУСЛОВЛЕНО:

1. незрелостью дыхательного центра
2. незрелостью сурфактанта
3. гипоксией дыхательного центра
4. низким стоянием диафрагмы
5. особенностью строением бронхов

102).СИМПТОМАМИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА МОГУТ БЫТЬ:

1. влажный кашель
2. частый сухой кашель в течении суток у детей раннего возраста
3. малопродуктивный кашей чаще в ночное время
4. болезненный кашель
5. лающий кашель

103).БИТОНАЛЬНЫ КАШЕЛЬ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ:

1. очаговой пневмонии
2. простом бронхите
3. туберкулезе
4. лейкемии

5. опухоли бронхолегочной системы

104).ОТСУТСТВИЕ КАШЛЯ ПРИ ПНЕВМОНИИ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ:

1. полисегментарная пневмония
2. очаговая пневмония
3. нижнедолевой лобит справа в первые сутки болезни
4. нижнедолевой лобит слева в первые сутки болезни
5. очагово сливная пневмония

105). ДЛЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ХАРАКТЕРНО:

1. кашель лающий
2. осиплость голоса
3. инспираторная одышка
4. продуктивный кашель
5. кашель с репризами

106).ДЛЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ХАРАКТЕРНО:

1. экспираторная одышка не купирующаяся В2 агонистами
2. длительный продуктивный кашель
3. внезапность появления кашля
4. битональный кашель
5. кашель с репризами

107).УКАЖИТЕ ОДНУ ИЗ ПРИЧИН ДЛИТЕЛЬНОГО ХРАПА У ДЕТЕЙ:

1. гипертрофия небных миндалин 3-ей степени .
2. искривление носовой перегородки.
3. острый отек слизистой носа.
4. утолщение небного язычка при ОРВИ
5. отит

108).ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ БРОНХОСКОПИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. не купирующийся синдром бронхиальной обструкции
2. мучительный длительный кашель
3. острый отек слизистой носа.
4. утолщение небного язычка при ОРВИ
5. обструктивный бронхит

109).ДЛЯ ПСИХОГЕННОГО КАШЛЯ ХАРАКТЕРНО:

1. некупирующийся синдром бронхиальной обструкции
2. мучительный длительный кашель
3. регулярность и высокая частота кашля (4-8 раз в минуту)
4. отсутствие кашля ночью
5. болезненный кашель

110).У РЕБЕНОК 5 ЛЕТ ВО ВРЕМЯ ИГРЫ ПОЯВИЛСЯ СУХОЙ НАВЯЗЧИВЫЙ КАШЕЛЬ.ПРИ ОСМОТРЕ КАТАРАЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ НЕТ. ЗЕВ СПОКОЕН. НОСОВОЕ ДЫХАНИЕ СВОБОДНОЕ. ПЕРКУТОРНО НАД ЛЕГКИМИ ЗВУК ЯСНЫЙ. АУСКУЛЬТАТИВНО: ДЫХАНИЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ПРОВОДИТСЯ ПО ВСЕМ ПОЛЯМ. ПОЯВИЛАСЬ ИНСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА. ЧД 32 В МИНУТУ. ПУЛЬС 110 В МИНУТУ. ПО ОРГАНАМ БЕЗ ИЗМЕНЕНИЙ.

ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. аллергический ринит
2. инородное тело верхних дыхательных путей
3. простой бронхит
4. коклюш

111).РЕБЕНОК 5 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ НА ПРИЕМНЫЙ ПОКОЙ С ЖАЛОБАМИ НА ТЕМПЕРАТУРУ 39,0 С, ВЫРАЖЕНЫ СИМПТОМЫ ИНТОКСИКАЦИИ. ОДЫШКА СМЕШАННАЯ. ЧД 38 В МИНУТУ. ПУЛЬС 118 В МИНУТУ. КАШЕЛЬ ЧАСТЫЙ МАЛОПРОДУКТИВНЫЙ, ПОВЕРХНОСТНЫЙ, ПРИ ГЛУБОКОМ ВДОХЕ БОЛЕЗНЕННЫЙ. ПЕРКУТОРНО НАД ЛЕГКИМИ УКРОЧЕНИЕ ЗВУКА СЗАДИ СЛЕВА НИЖЕ УГЛА ЛОПАТКИ. ТАМ ЖЕ ДЫХАНИЕ ОСЛАБЛЕНО, ВЫСЛУШИВАЮТСЯ НА ВЫСОТЕ ВДОХА КРЕПИТИРУЮЩИЕ ХРИПЫ И ВЛАЖНЫЕ РАЗНОКАЛИБЕРНЫЕ.

ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫ ДИАГНОЗ:

1. очаговая левосторонняя пневмония
2. внегоспитальная левосторонняя, нижнедолевая, плевропневмония
3. обструктивный бронхит
4. туберкулез

112). РЕБЕНОК 5 ЛЕТ, МАТЬ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА СУБФЕБРИЛЬНУЮ ТЕМПЕРАТУРУ, КАШЕЛЬ МАЛОПРОДУКТИВНЫЙ, СНИЖЕНИЕ АППЕТИТА. ПРИ ОСМОТРЕ ГИПЕРЕМИЯ ЗЕВА, ИЗ НОСА СЛИЗИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ. ЧД 25 В МИНУТУ, ПУЛЬС 100. ПЕРКУТОРНО НАД ЛЕГКИМИ ЯСНЫЙ ЛЕГОЧНОЙ ЗВУК. АУСКУЛЬТАТИВНО С ОБЕИХ СТОРОН ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ЕДИНИЧНЫЕ СУХИЕ И ВЛАЖНЫЕ РАЗНОКАЛИБЕРНЫЕ ХРИПЫ.

ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. простой бронхит
2. обструктивный бронхит
3. обструктивный бронхиолит
4. острая респираторная вирусная инфекция

113). РЕБЕНОК 2 ЛЕТ. НАХОДИТСЯ В СТАЦИОНАРЕ С ДИАГНОЗОМ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ. ИЗ АНАМНЕЗА ИЗВЕСТНО ЧТО СТАРТ ПЕРВОГО ЭПИЗОДА ОБСТРУКЦИИ НАЧАЛСЯ С ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ. ОБСТРУКТИВНЫЕ БРОНХИТЫ ПОВТОРЯЮТСЯ 4-5 РАЗ В ГОД. КАШЕЛЬ ВЛАЖНЫЙ С ТРУДНО ОТДЕЛЯЕМОЙ СЛИЗИСТО-ГНОЙНОЙ МОКРОТОЙ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ В ОАК УМЕРЕННЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ, СДВИГ ФОРМУЛЫ ВЛЕВО. В ОАМ БЕЗ ПАТОЛОГИИ. В КОПРОЦИТО-ГРАММЕ СТЕАТОРЕЯ. ВЫРАЖЕНА ПОЛИФЕКАЛИЯ.

ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. глистная инвазия
2. муковисцидоз
3. бронхиальная астма
4. инородное тело бронхов

114). РЕБЕНОК 2 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ С ЖАЛОБАМИ НА ЧАСТЫЙ ПРИСТУПООБРАЗНЫЙ КАШЕЛЬ, ЧАЩЕ НОЧЬЮ. ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА КАШЛЯ ЛИЦО КРАСНЕЕТ, ПОЯВЛЯЮТСЯ ИНСПИРАТОРНЫЙ ШУМНЫЙ ВДОХ И РВОТА. РЕБЕНОК НЕ ПРИВИТ ПО ВОЗРАСТУ. БОЛЕЕТ БОЛЕЕ 2-Х НЕДЕЛЬ. ДЫХАНИЕ ЖЕСТКОЕ. ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК НЕ ИЗМЕНЕН.

ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. инородное тело верхних дыхательных путей
2. ларинготрахеит
3. коклюш
4. обструктивный бронхит

115).КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОГНОМНИЧНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МУКОВИСЦИДОЗА:

1. спирография
2. потовый тест, ДНК диагностика
3. бронхография
4. рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции
5. исследование мокроты

116).ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ БРОНХОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. продуктивный кашель
2. повторная локализация пневмонии (справа или только слева)
3. кашель с репризами
4. выраженные симптомы интоксикации
5. дыхательная недостаточность

117).ПРОФИЛАКТИКА МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ:

1. пренатальная диагностика
2. обследование семей пробандов
3. проведения потового теста
4. антибактериальная терапия 4 раза в год
5. постоянная бронхолитическая терапия

118).КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО БРОНХИТА СОХРАНЯЮЩИЕСЯ БОЛЕЕ ТРЕХ НЕДЕЛЬ, МОЖНО ДУМАТЬ О:

1. бактериальной инфекции
2. муковисцидозе
3. микроаспирационном синдроме

4. инородном теле бронхов
5. все перечисленное

119).ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОВОДЯТ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ:

1. облитерирующий бронхолит
2. муковисцидоз
3. синдром Мунье-Куна
4. инородное тело нижних дыхательных путей
5. стенозирующий ларинготрахеит

120).К КАКОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ «ПУЛЬМОЗИМ»:

1. муколитики
2. антибиотики
3. сердечные гликозиды
4. ингаляционные стероиды

121).ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ МУКОВИСЦИДОЗА:

1. аутосомно- доминантное
2. аутосомно- рецессивное
3. доминантное сцепленное с X хромосомой наследование
4. рецессивное сцепленное с X хромосомой наследование
5. сцепленное с Y хромосомой, или голандрическое наследование

122).ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ ДЕФИЦИТА АЛЬФА-1-АНТИТРИПСИНА

1. аутосомно- доминантное
2. аутосомно- рецессивное
3. доминантное сцепленное с X хромосомой наследование
4. рецессивное сцепленное с X хромосомой наследование
5. сцепленное с Y хромосомой, или голандрическое наследование

123).КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОДТВЕРДИТ НАЛИЧИЕ БРОНХОЭКТАЗОВ:

1. пневмотахометрия
2. бронхография
3. бронхоскопия
4. рентгенография органов грудной клетки
5. пикфлоуметрия

124).КРИТЕРИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. постоянное откашливание мокроты
2. продуктивный кашель и постоянные хрипы в легких в течение 1 мес..
3. продуктивный кашель и постоянные хрипы в легких в течение 3 мес..
4. продуктивный кашель и постоянные хрипы в легких в течение 6 мес..
5. продуктивный кашель и постоянные хрипы в легких в течение 3 мес. при наличии обострений не меньше 2-х раз в год в течение 2-х лет.

125).ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ОБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА ПРОВОДЯТ С:

1. бронхиальная астма
2. муковисцидоз
3. ларинготрахеит
4. аспергиллез
5. врожденный порок сердца

126).СИНДРОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

1. дефицит  $\alpha_1$ -антитрипсина
2. синдром Вильямса-Кэмпбелла
3. стенозирующий ларинготрахеит
4. врожденный порок сердца
5. простой бронхит

127).БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ ВКЛЮЧАЕТ:

1. антибиотики

2. ферменты, противокашлевые средства
3. антигистаминные препараты
4. ферменты, муколитики

128).ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА КАРТАГЕНЕРА ВКЛЮЧАЕТ:

1. хроническая бронхолегочная патология
2. риносинусопатия
3. полифекалия
4. стеаторея
5. обратное расположение внутренних органов (situs inversus)

129).ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ФИБРОЗИРУЮЩИЙ АЛЬВЕОЛИТ (СИНДРОМ ХАММЕНА-РИЧА) ВКЛЮЧАЕТ:

1. влажные крупнопузырчатые хрипы
2. воспаление в интерстиции легких
3. легочному фиброзу
4. синдром дыхательной недостаточности
5. проводные хрипы

130).ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ СОСУДИСТЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. рентгенография
2. ангиопульмонография
3. компьютерная томография
4. УЗИ
5. МРТ

131).АГЕНЕЗИЯ ЛЕГКОГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. недоразвитие респираторных отделов лёгкого
2. полное отсутствие лёгкого и главного бронха
3. синдром дыхательной недостаточности
4. недоразвитие бронхов



132).ВРОЖДЕННАЯ ЛОБАРНАЯ ЭМФИЗЕМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. вздутие доли или сегмента лёгкого
2. сужения просвета долевого или сегментарного бронха
3. расширение просвета бронхов
4. дыхательная недостаточность

133).СЕКВЕСТРАЦИЯ ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. аномальный участок лёгочной ткани, не связанный с бронхиальной системой
2. аномальный участок лёгочной ткани кровоснабжаемый аномальной артерией
3. сужения просвета долевого или сегментарного бронха
4. расширение просвета бронхов

134).ГИПОПЛАЗИЯ БРОНХОВ (СИНДРОМ МУНЬЕ-КУНА) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. врожденное недоразвитие эластических волокон трахеи и главных бронхов
2. врожденное недоразвитие мышечных волокон трахеи и главных бронхов
3. сужение трахеи
4. сужение бронхов

135).РЕБЕНОК 2 ЛЕТ. НАХОДИТСЯ В СТАЦИОНАРЕ С ДИАГНОЗОМ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ. ИЗ АНАМНЕЗА ИЗВЕСТНО ЧТО ПЕРВЫЙ ЭПИЗОД ОБСТРУКЦИИ ПОЯВИЛСЯ С ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ И ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПО НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ. РЕБЕНОК ПОНИЖЕННОГО ПИТАНИЯ, БЛЕДНЫЙ. В ОАК УМЕРЕННЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ, СДВИГ ФОРМУЛЫ КРОВИ ВЛЕВО. В ОАМ БЕЗ ПАТОЛОГИИ. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ: УСИЛЕНИЕ ЛЕГОЧНОГО РИСУНКА ЗА СЧЕТ УТОЛЩЕНИЯ СТенок БРОНХОВ. В КОПРОЦИТОГРАММЕ СТЕАТОРЕЯ. ВЫРАЖЕНА ПОЛИФЕКАЛИЯ.

ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. глистная инвазия
2. муковисцидоз
3. бронхиальная астма
4. инородное тело бронхов

136).РЕБЕНОК 5 ЛЕТ МНОГОКРАТНО ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР ПО ПОВОДУ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА. С ЦЕЛЬЮ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА

ПРОВЕДЕНА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ БРОНХОСКОПИЯ. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНО: ВЫПЯЧИВАНИЕ В ОБЛАСТИ МЕМБРАННОЙ ЧАСТИ ТРАХЕИ, ПРОЛАБИРОВАНИЕ ЕЕ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ, НАЛИЧИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ТРАХЕЕ И БРОНХАХ.

ПОСТАВЬТЕ ДИАГНОЗ:

1. хронический бронхит
2. синдром Мунье-Куна
3. синдром Вильямса-Кэмпбелла
4. облитерирующий бронхиолит

137). РЕБЕНОК 5 ЛЕТ НАХОДИТСЯ В СТАЦИОНАРЕ С ЖАЛОБАМИ НА ЧАСТЫЙ ПРОДУКТИВНЫЙ КАШЕЛЬ, ОДЫШКУ, ТЕМПЕРАТУРУ 38,7 С. ВЫРАЖЕНЫ СИМПТОМЫ ИНТОКСИКАЦИИ: БЛЕДНЫЙ, ВЯЛЫЙ, ОТКАЗ ОТ ЕДЫ. ПЕРКУТОРНО НАД ЛЕГКИМИ СПРАВА В МЕЖЛОПАТОЧНОЙ ОБЛАСТИ УКРОЧЕНИЕ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА. ТАМ ЖЕ ДЫХАНИЕ ОСЛАБЛЕНО И ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ СПРАВА ЗАТЕМНЕНИЕ НЕПРАВИЛЬНОЙ ФОРМЫ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ИНТЕНСИВНОСТИ С ПРОСВЕТЛЕНИЕМ В ТОЛЩЕ.

ВАШ ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. бронхоскопия
2. бронхография
3. мскт легких
4. УЗИ

138). РЕБЕНОК 10 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ДИАГНОЗОМ ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА. В ПРОЦЕССЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ВЫЯВЛЕНЫ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ, КОТОРЫЕ БЫЛИ РАСЦЕНЕНЫ КАК ПРАВОСТОРОННИЙ КАВЕРНОЗНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ. ОДНАКО, ПАЦИЕНТ БЛЕДНЫЙ, АКРОЦИАНОЗ, СИМПТОМ «БАРАБАНЫХ ПАЛОЧЕК». ПРИ ОСМОТРЕ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК НАД ЛЕГКИМИ НЕ ИЗМЕНЕН. ДЫХАНИЕ ЖЕСТКОЕ, ХРИПОВ НЕТ. НА ТОМОГРАММАХ СПРАВА ВО ВТОРОМ И ТРЕТЬЕМ МЕЖРЕБЕРЬЯХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УСИЛЕНИЕ ЛЕГОЧНОГО РИСУНКА С ОТДЕЛЬНЫМИ УЧАСТКАМИ ПРОСВЕТЛЕНИЙ, ОБРАЗУЮЩИХСЯ ЗА СЧЕТ СОСУДОВ.

ВАШ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. бронхоскопия
2. ангиопульмонографии
3. бронхография

#### 4. УЗИ

139). РЕБЕНОК 4 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ДИАГНОЗОМ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ. ИЗ АНАМНЕЗА: ЧАСТЫЕ ОБОСТРЕНИЯ, ПОЯВИЛСЯ КАШЕЛЬ, СЛИЗИСТО-ГНОЙНАЯ МОКРОТА. ПРИ ОСМОТРЕ: ЗАДЕРЖКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, СИМПТОМ «БАРАБАННЫХ ПАЛОЧЕК», ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА. ПО ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ЛЕГКИХ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ВЛАЖНЫЕ И СУХИЕ ХРИПЫ. ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК С КОРОБОЧНЫМ ОТТЕНКОМ, УКРОЧЕНИЕ ЗВУКА В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ЛЕГКИХ С ОБЕИХ СТОРОН. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЛЕГКИЕ ЭМФИЗЕМАТОЗНЫ, ДЕФОРМАЦИЯ ЛЕГОЧНОГО РИСУНКА.

ВАШ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. бронхоскопия
2. ангиопульмонографии
3. бронхография (кинобронхография)
4. УЗИ

140). ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА ПРОВОДЯТ С:

1. инородное тело бронхов
2. аскаридоз
3. бронхиальная астма
4. муковисцидоз
5. все перечисленное

141). БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1. простой бронхит
2. инородное тело верхних дыхательных путей
3. рецидивирующий бронхит
4. бронхиальная астма
5. острая респираторная вирусная инфекция

142). ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ПРОВОДЯТ С:

1. острый бронхоиолит
2. муковисцидоз
3. инородное тело бронхов
4. аспергиллез
5. все перечисленное

143).ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НАЛИЧИЕ СИМПТОМА «WHEEZING» СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

1. синдроме бронхиальной обструкции
2. о врожденном стридоре
3. о плевропневмонии
4. инородное тело верхних дыхательных путей

144).НЕОТЛОЖНУЮ ПОМОЩЬ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ ПРОВОДЯТ ИСПОЛЬЗУЯ:

1. спазмолитики
2. антигистаминные средства
3. в2-агонисты короткого действия и игкс
4. Антибиотики

145).ПОТЕНЦИАЛЬНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ ДЕЙСТВИЯ ВИРУСА КАК ПРОВОКАТОРА ФОРМИРОВАНИЯ И ОБОСТРЕНИЯ АСТМЫ (СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ) ЯВЛЯЮТСЯ:

1. развитие сенсibilизации
2. деструкция эпителия дыхательных путей
3. повышение активности медиаторов
4. стимуляция выработки IgE-антител
5. все перечисленное

146).КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ СПОСОБСТВУЕТ РАЗВИТИЮ ОБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА:

1. наличие врожденного стридора
2. снижен мукоцилиарный клиренс

3. узость носовых ходов
4. высокая бифуркация трахеи
5. высокое стояние диафрагмы

147).ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА СЛЕДУЮЩИЕ:

1. расширение правой границы сердца
2. акцент 1 тона на легочной артерии
3. расширение легочной артерии на рентгенограмме
4. правограмма на ЭКГ
5. все перечисленное

148).ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОВОДЯТ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ:

1. облитерирующий бронхолит
2. муковисцидоз
3. синдром Мунье-Куна
4. инородное тело нижних дыхательных путей
5. стенозирующий ларинготрахеит

149).ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ БРОНХОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. продуктивный кашель
2. повторная локализация пневмонии (справа или только слева)
3. кашель с репризами
3. симптомы интоксикации
5. отсутствие клинической динамики обструктивного бронхита

150).ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. фебрильная температура
2. частый продуктивный кашель
3. умеренно выражены симптомы интоксикации
4. ранний возраст ребенка с симптомом ДН

5. значительный сдвиг формулы крови влево

151).СИМПТОМЫ ОСТРОГО БРОНХИТА СОХРАНЯЮЩИЕСЯ БОЛЕЕ ТРЕХ НЕДЕЛЬ, МОЖНО ДУМАТЬ О:

1. бактериальной инфекции
2. муковисцидозе
3. орви
4. инородном теле верхних дыхательных путей
5. ларинотрахеите

152).БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ ВКЛЮЧАЕТ:

1. антибиотики
2. ферменты, противокашлевые средства
3. антигистаминные препараты
4. ферменты, муколитики

153).НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ВКЛЮЧАЕТ:

1. В2 агонисты короткого действия ингаляционно
2. антибиотики
3. но-шпа
4. антигистаминные препараты нового поколения
5. ингаляционные глюкокортикостероиды через небулайзер

154).УКАЖИТЕ СИМПТОМЫ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА У ДЕТЕЙ:

1. раширение границ относительной сердечной тупости вправо
2. правограмма на ЭКГ
3. расширение легочной артерии на рентгенограмме
4. акцент 2-го тона на легочной артерии
5. блокада правой ножки пучка Гиса на ЭКГ

155).НЕОТЛОЖНУЮ ПОМОЩЬ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ ПРОВО-ДЯТ ИСПОЛЬЗУЯ:

1. спазмолитики
2. антигистаминные средства
3. в2-агонисты короткого действия
4. антибиотики
5. ингаляционные глюкокортикостероиды

156).НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В НЕБУЛАЙЗЕРАХ:

1. физиологический раствор
2. отвары трав
3. масла
4. минеральные воды

157).ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОВОДЯТ С:

1. муковисцидоз
2. синдром Мунье-Куна
3. обструктивный бронхит
4. простой бронхит
5. инородное тело нижних дыхательных путей

158).СИНДРОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

1. дефицит  $\alpha_1$ -антитрипсина
2. синдром Вильямса-Кэмпбелла
3. стенозирующий ларинготрахеит
4. врожденный порок сердца
5. простой бронхит

159).ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. ночные приступы удушья (экспираторной одышки)
2. снижение ПОСВ
3. повышение показателей ПОСВ

4. бронхообструктивный синдром на фоне орви
5. положительный тест на скрытый бронхоспазм

160).УКАЗАТЬ ПРОБУ, ИСПОЛЬЗУЕМУЮ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

- 1.проба с клофелином
- 2.проба с десмопрессином
- 3.проба с диферелином
- 4.проба дексаметазоном
- 5.проба с синактеном

161).ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТИЗМА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРЕПАРАТ:

- 1.соматропин
- 2.сандостатин
- 3.трипторелин
- 4.десмопрессин
- 5.достинекс

162).УКАЗАТЬ СУТОЧНУЮ ДОЗУ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА ДЛЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГИПОФИЗАРНОГО НАНИЗМА:

1. 0,033 мг/кг/сутки
2. 0,04 мг/кг/сутки
3. 0,05 мг/кг/сутки
4. 0,06 мг/кг/сутки
5. 0,07 мг/кг/сутки

163).ЧАСТИЧНЫЙ ДЕФИЦИТ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ЗНАЧЕНИЯХ СТГ:

1. 3-5 нг/мл
2. 5-7 нг/мл
3. 7-10 нг/мл
4. 10-15 нг/мл
5. 15-20 нг/мл

164).ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА У ДЕТЕЙ:

- 1.синдром Марфана
- 2.ахондроплазия
- 3.синдром Клайнфельтера
- 4.изолированное адренархе
- 5.изолированное телархе

165).ПОЛНЫЙ ДЕФИЦИТ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ЗНАЧЕНИЯХ СТГ:



- 1.12-15 нг/мл
2. менее 7 нг/мл
3. 8-10 нг/мл
- 4.10-15 нг/мл
- 5.15-20 нг/мл

166).ОТМЕТИТЬ СТГ-СТИМУЛИРУЮЩИЙ ТЕСТ:

- 1.проба с синактеном
- 2.проба с инсулином
- 3.проба с глюкагоном
- 4.проба с трипторелином
- 5.проба с десмопрессином

167).СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА НЕДОСТАТОЧНОСТИ СТГ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- 1.определение уровня ИФР- 1
- 2.МРТ головного мозга
- 3.исследование костного возраста
- 4.проведение кариотипирования
- 5.проба с ХГЧ

168).ГОРМОН РОСТА ПОКАЗАН ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ:

- 1.гипофизарный нанизм
- 2.хроническая почечная недостаточность
- 3.опухоли головного мозга
- 4.синдром Прадера-Вилли
- 5.синдром Шерешевского-Тернера

169).С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ ДОЗЫ СОМАТРОПИНА ИССЛЕДУЕТСЯ:

- 1.гормон роста
- 2.ИФР-1
- 3.Костный возраст
- 4.МРТ головного мозга
- 5.Гонадотропины

170).УКАЗАТЬ ПРОБЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

- 1.проба с клонидином
- 2.проба с десмопрессином
- 3.проба с диферелином
- 4.проба дексаметазоном
- 5.проба с инсулином

171).ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОФИЗАРНОГО НАНИЗМА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ:

- 1.генотропин
- 2.сандостатин

- 3.нордитропин
- 4.десмопрессин
- 5.растан

172).УКАЗАТЬ СУТОЧНУЮ ДОЗУ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА ДЛЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГИПОФИЗАРНОГО НАНИЗМА:

1. 0,033 мг/кг/сутки
2. 0,024 мг/кг/сутки
3. 0,05 мг/кг/сутки
4. 0,06 мг/кг/сутки
5. 0,07 мг/кг/сутки

173).ЧАСТИЧНЫЙ ДЕФИЦИТ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ЗНАЧЕНИЯХ СТГ:

- 1.3-5 нг/мл
- 2.7-8нг/мл
- 3.7-10 нг/мл
- 4.10-15 нг/мл
- 5.15-20 нг/мл

174).ЗАБОЛЕВАНИЯ, КОТОРЫЕ МОГУТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА У ДЕТЕЙ:

- 1.хроническая почечная недостаточность
- 2.гипохондроплазия
- 3.синдром Нунан
- 4.синдром тестикулярной феминизации
- 5.изолированное телархе

175).ПОЛНЫЙ ДЕФИЦИТ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ЗНАЧЕНИЯХ СТГ:

- 1.менее 5нг/мл
2. менее 7нг/мл
3. 8-10 нг/мл
- 4.17-25 нг/мл
- 5.15-20 нг/мл

176).ОТМЕТИТЬ СТГ-СТИМУЛИРУЮЩИЕ ТЕСТЫ:

- 1.проба с клонидином
- 2.проба с инсулином
- 3.проба с глюкагоном
- 4.проба с L-ДОПА
- 5.проба с десмопрессином

177).СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА СТГ-ДЕФИЦИТА ВКЛЮЧАЕТ:

- 1.определение уровня ИФР- 1
- 2.МРТ головного мозга
- 3.исследование костного возраста
- 4.проведение кариотипирования
- 5.проба с ХГЧ

178).ГОРМОН РОСТА ПОКАЗАН ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:

- 1.гипофизарный нанизм
- 2.хроническая почечная недостаточность
- 3.опухоли головного мозга
- 4.синдром Прадера-Вилли
- 5.синдром Шерешевского-Тернера

179).ГОРМОН РОСТА НЕ ПОКАЗАН ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:

1. ахондроплазия
2. синдром Дауна
3. хроническая сердечная недостаточность
4. гипопитуитаризм
5. изолированный СТГ-дефицит

180).Мальчик 10 лет обратился с жалобой на низкий рост, замедленные темпы роста (3 см в год). Отставание в росте отмечено с 3 лет. Объективно: рост – 106 см, масса – 22 кг, телосложение пропорциональное, мелкие черты лица, лицо округлое, небольшой избыток массы тела. По внутренним органам без особенностей. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке, объемом 1 мл. Костный возраст соответствует 5 годам. Наиболее вероятный диагноз:

1. врожденный гипотиреоз
2. конституциональная задержка роста
3. гипофизарный нанизм
4. семейная низкорослость
5. гипогонадизм

181).Девочка 12 лет обратилась с жалобами на низкий рост, избыточный вес. Объективно: физическое развитие ниже среднего, соответствует 9 годам, избыточного питания. Распределение подкожно-жирового слоя неравномерное: лунообразное лицо, избыток на туловище. На коже живота, груди – широкие красновато-фиолетовые стрии. Гиперпигментация, гирсутизм. Артериальное давление – 150/90 мм рт.ст. Вторичные половые признаки отсутствуют. Наиболее вероятный диагноз:

1. феохромоцитома
2. синдром иценко-кушинга
3. дизэнцефальное ожирение
4. хроническая надпочечниковая недостаточность
5. гипогонадизм

182).У девочки 4 лет отмечается низкий рост, замедленные темпы роста (1 см в год). Стигмы дисэмбриогенеза: опущенные углы рта, оттопыренные уши, крыловидные складки на шее. Отстает в росте с 3 лет. Объективно: рост –90 см, масса – 14 кг,

телосложение пропорциональное, мелкие черты лица, лицо округлое, небольшой избыток массы тела. По внутренним органам без особенностей. Наружные половые органы сформированы по женскому типу. Костный возраст соответствует 1 году. Наиболее вероятный диагноз:

1. врожденный гипотиреоз
2. конституциональная задержка роста
3. гипофизарный нанизм
4. синдром Шерешевского-Тернера
5. гипогонадизм

183). У мальчика 5 лет отмечается низкий рост, замедленные темпы роста (1 см в год). Отставание в росте отмечено с 3 лет. Объективно: рост – 84 см, масса – 12 кг, телосложение пропорциональное, мелкие черты лица, лицо округлое, небольшой избыток массы тела. По внутренним органам без особенностей. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке, объемом 1 мл. Костный возраст соответствует 1 году. С целью верификации диагноза следует провести следующие исследования:

1. проба с клонидином
2. проба с инсулином
3. проба с трипторелином
4. проба с синактеном
5. проба с десмопрессином

184). У мальчика 6 лет отмечается низкий рост 3 летнего возраста. Объективно: рост – 82 см, масса – 11 кг, детские пропорции тела, «кукольное лицо», высокий тембр голоса. По внутренним органам без особенностей. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке, объемом 1 мл. Костный возраст соответствует 2 годам. С целью верификации диагноза следует провести следующие исследования:

1. проба с клонидином
2. проба с инсулином
3. проба с трипторелином
4. проба с синактеном
5. проба с десмопрессином

185). ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ТТГ У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ ЗНАЧЕНИЯ:

1. 10 мМЕ/л
2. 20 мМЕ/л
3. 5 мМЕ/л
4. 2 мМЕ/л
5. 15 мМЕ/л

186). ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРЕПАРАТ:

1. левотироксин
2. гидрокортизон
3. трипторелин
4. йодомарин
5. тирозол

187).УКАЗАТЬ НАЧАЛЬНУЮ ДОЗУ ТИРЕОСТАТИКОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА У ДЕТЕЙ:

- 1.0,3- 0,5 мг/кг/сутки
- 2.0,04 мг/кг/сутки
- 3.0,05 мг/кг/сутки
- 4.0,06 мг/кг/сутки
- 5.0,07 мг/кг/сутки

188).ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЕМА ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ДОЗЫ ТИРЕОСТАТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТИРЕОТОКСИКОЗА СОСТАВЛЯЕТ:

- 1.1-2 месяца
- 2.6-12 месяцев
- 3.1-1,5 года
- 4.2-4 года
- 5.1-2 недели

189).ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА В СТАДИИ ГИПЕРТИРЕОЗА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ:

- 1.тиреостатики,  $\beta$ -блокаторы
2. $\beta$ -блокаторы, седативные
- 3.тиреостатики, левотироксин
- 4.йодомарин
- 5.глюкокортикоиды

190).ОТМЕТИТЬ МАРКЕРЫ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА:

1. гидроцефальный синдром
2. позднее отхождение мекония
3. гипертонус мышц
4. краниотабес
5. карпо-педальный спазм

191).ДЛЯ ДТЗ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ:

- 1.симптом Розенбаха
- 2.запоры
- 3.гипертермия
- 4.повышенная влажность кожных покровов
- 5.повышенный аппетит

192).ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ:

- 1.гипотонус мышц
- 2.запоры
- 3.гипертермия
- 4.сухость кожных покровов
- 5.сниженный аппетит

193).УКАЗАТЬ СРОКИ НОРМАЛИЗАЦИИ ТТГ ПОСЛЕ НАЧАЛА ТЕРАПИИ ЛЕВОТИРОКСИНОМ ГИПОТИРЕОЗА:

- 1.2 месяца
- 2.6 месяцев
- 3.12 месяцев
- 4.2 недели
- 5.10 дней

194).С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ ДОЗЫ ЛЕВОТИРОКСИНА ПРИ ВТРОРИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ ИССЛЕДУЕТСЯ:

- 1.ТТГ
- 2.Т4 свободный
- 3.Т3 свободный
- 4.Т4 общий
- 5.Т3 общий

195).ДЛЯ БОЛЕЗНИ ХАШИМОТО ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

- 1.повешенный уровень антител к тиреоглобулину
- 2.повышенный уровень антител к ТПО
- 3.повышенный уровень антител к рецепторам ТТГ
- 4.линейные гипоехогенные включения по данным УЗИ щитовидной железы
- 5.диффузное увеличение объема щитовидной железы (по данным УЗИ)

196).ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА В СТАДИИ ГИПЕРТИРЕОЗА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ:

- 1.левотироксин
- 2.β-блокаторы
- 3.седативные
- 4.йодомарин
- 5.тирозол

197).ДЛЯ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

- 1.повешенный уровень антител к тиреоглобулину
- 2.повышенный уровень антител к ТПО
- 3.повышенный уровень антител к рецепторам ТТГ
- 4.повышенный уровень ТТГ, снижение уровня Т3 и Т4
- 5.снижение уровня ТТГ и повышение Т3 и Т4

198).КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПОТИРЕОЗА СЛЕДУЮЩИЕ:

- 1.брадикардия и снижение АД
- 2.тахикардия и повышение АД
- 3.поносы и повышение температуры тела
- 4.запоры и снижение температуры тела
- 5.повышение массы тела

199).ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ:

- 1.тиреостатики
- 2.β-блокаторы
- 3.левотироксин
- 4.йодомарин
- 5.седативные

200).ОТМЕТИТЬ МАРКЕРЫ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА:

1. гидроцефальный синдром
2. позднее отхождение мекония
3. гипотонус мышц
4. сухость кожных покровов
5. карпо-педальный спазм

201).ДЛЯ ДТЗ ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ:

- 1.симптом Розенбаха
- 2.запоры
- 3.гипертермия
- 4.повышенная влажность кожных покровов
- 5.повышенный аппетит

202).ДЛЯ ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ:

- 1.повышенный аппетит
- 2.запоры
- 3.гипотермия
- 4.сухость кожных покровов
- 5.сниженный аппетит

203).КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА В СТАДИИ ГИПОТИРЕОЗА СЛЕДУЮЩИЕ:

- 1.гипертрофия щитовидной железы
- 2.положительные глазные симптомы
- 3.повышенный уровень ТТГ
- 4.сниженный уровень тиреоидных гормонов
- 5.сниженный уровень тиреоидных гормонов

204).С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ ДОЗЫ ЛЕВОТИРОКСИНА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ ИССЛЕДУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ГОРМОНЫ:

- 1.ТТГ
- 2.Т4 свободный
- 3.антитела к ТПО
- 4.Т4 общий
- 5.Т3 общий

205).12-ЛЕТНИЙ МАЛЬЧИК ОБРАТИЛСЯ К ПЕДИАТРУ С ЖАЛОБАМИ НА СЕРДЦЕБИЕНИЕ, ПЕРИОДИЧЕСКИЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ, ПОВЫШЕННЫЙ АППЕТИТ, СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА. ПРИ ОСМОТРЕ: РОСТ - 150 СМ, М - 30 КГ, АСТЕНИЧЕСКОГО ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ, КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ ТЕПЛЫЕ ВЛАЖНЫЕ. ТОНЫ СЕРДЦА РИТМИЧНЫЕ, ГРОМКИЕ; СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ. ЧСС - 110 УДАРОВ В МИНУТУ. АД - 130/50 ММ РТ.СТ. ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА УВЕЛИЧЕНА В ОБЪЕМЕ. ТТГ - 0,025 МКМЕ/МЛ, Т4 СВОБОДНЫЙ 15 НГ/ДЛ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. диффузный токсический зоб
2. вегетососудистая дистония
3. артериальная гипертензия
4. феохромоцитома
5. диффузный нетоксический зоб

206).НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ У ПЕДИАТРА - ДЕВОЧКА В ВОЗРАСТЕ 1 МЕСЯЦА. МАТЬ ЖАЛОБ НЕ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ. РЕБЕНОК РОДИЛСЯ НА 41-Й НЕДЕЛЕ ГЕСТАЦИИ, МАССА ТЕЛА 4000 Г, ДТ - 50 СМ, РОДЫ ЗАТЯЖНЫЕ. ОБЪЕКТИВНО: ЖЕЛТУШНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, ГИПОТОНУС МЫШЦ, НИЗКИЙ ТЕМБР ГОЛОСА, МЕКОНИЙ ОТОШЕЛ НА 3-И СУТКИ. СНИЖЕН СОСАТЕЛЬНЫЙ РЕФЛЕКС. ОТМЕЧАЕТСЯ ПАСТОЗНОСТЬ ЛИЦА. СТИГМЫ: ШИРОКАЯ СЕДЛОВИДНАЯ ПЕРЕНОСИЦА, ГИПЕРТЕЛОРИЗМ ГЛАЗ. ДЫХАНИЕ ПУЭРИЛЬНОЕ. ТОНЫ СЕРДЦА ПРИГЛУШЕНЫ, ЧСС - 100 УД/МИН. ЖИВОТ МЯГКИЙ. ПЕЧЕНЬ - НА 3 СМ НИЖЕ КРАЯ РЕБЕРНОЙ ДУГИ. НАРУЖНЫЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ СФОРМИРОВАНЫ ПРАВИЛЬНО, ПО ЖЕНСКОМУ ТИПУ. ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА НЕ ПАЛЬПИРУЕТСЯ. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ:

1. врожденный гипотиреоз
2. вторичный гипотиреоз
3. рахит
4. ЗВУР
5. Синдром Дауна

207).ДЕВОЧКА К., 13 ЛЕТ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ, УТОМЛЯЕМОСТЬ, НАРУШЕНИЕ ПОЧЕРКА, ДИСКОМФОРТ В ОБЛАСТИ ШЕИ. ОБЪЕКТИВНО: РОСТ - 152 СМ, МАССА - 46 КГ. АСТЕНИЧЕСКОГО ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ ТЕПЛЫЕ ЧИСТЫЕ, УМЕРЕННО-ВЛАЖНЫЕ. ДИСТАЛЬНЫЙ ГИПЕРГИДРОЗ. ГРАНИЦЫ СЕРДЦА НЕ РАСШИРЕНЫ. ТОНЫ СЕРДЦА ГРОМКИЕ, ТАХИКАРДИЯ. ЧСС- 100 В МИН. АД -130/70 ММ РТ.СТ. ЖИВОТ МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ. ПЕЧЕНЬ НЕ УВЕЛИЧЕНА. СТУЛ 2 РАЗА В СУТКИ. ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ ПРИ ГЛОТАНИИ. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЖЕЛЕЗА МЯГКО-ЭЛАСТИЧНОЙ КОНСИСТЕНЦИИ, УВЕЛИЧЕНА. ФОРМУЛА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ: А2, Р2, МА3,МЕ2. В ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ СЛЕДУЕТ ВКЛЮЧИТЬ:

1. ТТГ крови, Т3, Т4 свободные фракции
2. антитела к ТПО
3. антитела к рецепторам ТТГ
4. кальцитонин крови
5. метанефрины суточной мочи



208). БОЛЬНАЯ Б., 16 ЛЕТ. ЖАЛУЕТСЯ НА ОТЁЧНОСТЬ ЛИЦА И КОНЕЧНОСТЕЙ, ЗЯБКОВЬ, СЛАБОСТЬ, СНИЖЕНИЕ ПАМЯТИ, БОЛЬ В СПИНЕ И СУСТАВАХ, ОСИПЛОСТЬ ГОЛОСА, ЗАПОРЫ. АНАМНЕЗ: БОЛЕЕТ 2 ГОДА. ОБРАТИЛАСЬ ВПЕРВЫЕ. ОБЪЕКТИВНО: РОСТ – 170 СМ, МАССА ТЕЛА – 86 КГ. КОЖА БЛЕДНАЯ, СУХАЯ. ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ: ПАСТОЗНОСТЬ ЛИЦА И ОТЕЧНОСТЬ СТОП, ГОЛЕНЕЙ. ТОНЫ СЕРДЦА ОСЛАБЛЕНЫ, БРАДИКАРДИЯ ЧСС – 56 В МИН. ДЫХАНИЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ. СТУЛ 1 РАЗ В 3 ДНЯ. ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА НЕ ПАЛЬПИРУЕТСЯ, ГЛАЗНЫЕ СИМПТОМЫ ОТСУТСТВУЮТ. ТТГ - 25 МКМЕ/МЛ, Т4 СВОБОДНЫЙ 1.2 НГ/ДЛ. АНТИТЕЛА К ТПО – 1200 МЕД/МЛ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. врожденный гипотиреоз
2. вторичный гипотиреоз
3. аутоиммунный тиреоидит (стадия гипотиреоза)
4. диффузный нетоксический зоб
5. диффузный токсический зоб

209). БОЛЬНАЯ С., 8 ЛЕТ ОБРАТИЛАСЬ В КЛИНИКУ С ЖАЛОБАМИ НА ОБЩУЮ СЛАБОСТЬ, НЕДОМОГАНИЕ, ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС, СУХОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, ДИСКОМФОРТ В ОБЛАСТИ ШЕИ. АНАМНЕЗ: В ТЕЧЕНИЕ ГОДА БЕСПОКОЯТ ВЫШЕОПИСАННЫЕ ЖАЛОБЫ, ПОСТЕПЕННО ПРОГРЕССИРУЯ. ОБЪЕКТИВНО: КОЖА СУХАЯ, БЛЕДНАЯ, ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА – 32. ПУЛЬС 59 В МИН., АД – 90/50 ММ РТ. СТ., ТОНЫ СЕРДЦА ПРИГЛУШЕНЫ. ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА НЕ УВЕЛИЧЕНА. ТТГ - 5 МКМЕ/МЛ. Т4 СВОБОДНЫЙ - 0.01 НГ/ДЛ. АНТИТЕЛА К ТПО – 30 МЕД/МЛ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. болезнь Хашимото
2. болезнь Грейвса
3. ожирение
4. вторичный гипотиреоз
5. гипокортицизм

210). ДЛЯ КЛИНИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНО:

1. субфебрильная температура
2. умеренный лейкоцитоз
3. диспептический синдром
4. диарея
5. суставной синдром

211). НАЛИЧИЕ ЭРОЗИЙ В АНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

1. острого гастрита
2. аутоиммунного гастрита
3. гранулематозного гастрита
4. болезни Менетрие
5. хеликобактерной инфекции

212). ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. гиперсекреция соляной кислоты
2. дуоденит

3. заболевания желчного пузыря
4. стресс
5. хеликобактериоз

213).КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА:

1. абдоминальные боли
2. стеаторея
3. креатирея
4. водная диарея
5. диабет

214).ПРИ НАЛИЧИИ ДИАРЕИ И ОТСУТСТВИИ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ МОЖНО ДУМАТЬ О:

1. синдроме раздраженного кишечника
2. ахлоргидрии
3. истерии
4. гранулематозном колите
5. гранулематозном колите

215).МЕХАНИЗМ БОЛЕЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В ЛУКОВИЦЕ ДВЕНАДЦАТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ НЕ ЗАВИСИТ ОТ:

1. кислотно-пептического фактора
2. спазмов в дуоденальной зоне
3. повышения давления в желудке и двенадцатиперстной кишке
4. глубины язвы
5. наличия хеликобактерной инфекции

216).ДЛЯ ПАНКРЕАТИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. опоясывающие боли в эпигастральной области
2. боли в левом подреберье с иррадиацией в спину
3. поносы
4. рвота, приносящая облегчение
5. снижение или отсутствие аппетита

217).НАЛИЧИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ МЕТАПЛАЗИИ НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

1. эзофагита
2. склеродермии
3. ахалазии пищевода
4. скользящей грыжи пищеводного отдела диафрагмы
5. пищевода Баррета

218).НА НАРУШЕНИЕ РЕГЕНЕРАЦИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ СЛИЗИСТОЙ НЕ ВЛИЯЕТ:

1. присутствие хеликобактерпилори

2. кишечная метаплазия слизистой оболочки желудка
3. усиленная выработка щелочного компонента желудочного сока
4. хронические заболевания печени
5. прием гормональных препаратов

219).КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО И НАИБОЛЕЕ БЫСТРО ФОРМИРУЕТ КИШЕЧНУЮ ОБЛИТЕРАЦИЮ:

1. неспецифический язвенный колит
2. псевдомембранозный колит
3. ишемический колит
4. болезнь Крона
5. Синдром раздраженного кишечника

220).КАКИЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИ- ПЕРСТНОЙ КИШКИ:

1. кровотечения из пищевода
2. «голодные»
3. ночные боли в эпигастрии
4. боли уменьшаются при приеме пищи
5. жжение в языке

221).ПРИ РЕФЛЮКС ЭЗОФАГИТЕ ПРИМЕНЯЮТ ПРЕПАРАТЫ:

1. маалокс
2. мотилиум
3. но-шпа
4. де-нол
5. омепразол

222).ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. боли в животе
2. миокардит
3. анемия
4. наличие крови в стуле
5. онихомикоз

223).НАЗАВИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА:

1. деформация желчного пузыря
2. утолщение и уплотнение стенок желчного пузыря более 2 мм
3. билиарный сладж
4. расширение воротной вены
5. расширение внутрпеченочных желчных ходов

224).ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА:

1. лихорадка

2. повышение температуры тела до субфебрильных цифр
3. немотивированная потеря массы тела
4. боли в животе
5. нарушение стула

225).УКАЖИТЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЗАЩИТНЫЕ СВОЙСТВА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА:

1. секреция слизи
2. секреция соляной кислоты
3. эндогенные простагландины E2
4. секреция бикарбонатов
5. состояние системного кровотока

226).КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА:

1. абдоминальный инфильтрат
2. кишечная обтурация
3. перфорация
4. кишечное кровотечение
5. токсическая дилатация толстой кишки

227).КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ АУТОИММУННОГО ГАСТРИТА:

1. хеликобактерная инфекция
2. анемия В12
3. связь с аутоиммунными заболеваниями
4. атрофия слизистой оболочки желудка
5. повышенное кислотообразование

228).КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ:

1. раннее насыщение
2. эпигастральная боль
3. кровь в стуле
4. изжога
5. боли в правой подвздошной области

229)ДЛЯ ГАСТИТА, ВЫЗВАННОГО ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ХАРАКТЕРНО:

1. повышенное кислотообразование
2. пониженное кислотообразование
3. поражение тела желудка
4. поражение антрального отдела желудка
5. атрофия слизистой оболочки желудка

230). У БОЛЬНОГО А, 16 ЛЕТ ВОЗНИКЛИ БОЛИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА В ВЕРХНЕЙ ЧАСТИ ЖИВОТА, ДИАРЕЯ, ВЗДУТИЕ ПОСЛЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ЖАРеной И ЖИРНОЙ ПИЩИ. ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЖАЛОБЫ ПЕРИОДИЧЕСКИ ВОЗНИКАЛИ В ТЕЧЕНИЕ 2-х ЛЕТ. ВЫ ЗАПОДОЗРИЛИ ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА. ЧТО ВЫ НАЗНАЧИТЕ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

1. Определение панкреатической амилазы
2. Исследование желудочной секреции
3. Исследование фекальной эластазы
4. Копрологическое исследование
5. Диастаза мочи

231). У РЕБЕНКА Б, 14 ЛЕТ ОТМЕЧАЮТСЯ ДЛИТЕЛЬНЫЕ БОЛИ И ЧУВСТВО РАСПИРАНИЯ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА СУБФЕБРИЛЬНАЯ, ОБЩИЙ БИЛИРУБИН В ПРЕДЕЛАХ ВОЗРАСТНОЙ НОРМЫ, ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ КЕРА. СОЭ 30 ММ/ЧАС. КАКОВ ПРЕДПОЛОГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ?

1. хронический панкреатит, обострение
2. хронический холецистит, обострение
3. дисфункция билиарного тракта по гипотоническому типу
4. хронический гастрит, период обострения
5. язвенная болезнь желудка, обострение

232). БОЛЬНОМУ 17 ЛЕТ, ОБРАТИВШЕМОУСЯ В ПОЛИКЛИНИКУ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ И ИЗЖОГУ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ ПРИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БЫЛ УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС С ЭЗОФАГИТОМ. КАКОМУ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АНТИСЕКРЕТОРНЫХ ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭТОГО ПАЦИЕНТА?

1. неселективные холинолитические средства блокаторы H<sub>2</sub> гистаминовых рецепторов
2. селективные холинолитические средства блокаторы H<sub>2</sub> гистаминовых рецепторов
3. ингибиторы протонной помпы
4. антацидные средства
5. М-холинолитики

233). БОЛЬНОЙ В, 12 ЛЕТ ПОСТУПИЛ НА ПРИЕМНЫЙ ПОКОЙ С ЖАЛОБАМИ НА ЧАСТЫЙ ЖИДКИЙ СТУЛ С ПРИМЕСЬЮ КРОВИ И ГНОЯ ДО 10 РАЗ В СУТКИ, ФЕБРИЛЬНУЮ ТЕМПЕРАТУРУ, ПОТЕРЮ МАССЫ ТЕЛА. АМБУЛАТОРНО РЕБЕНКУ ПРОВЕДЕН ПОСЕВ НА Д ГРУППУ, ДИАГНОЗ ОКИ СНЯТ. КАКИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ РЕБЕНКУ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ?

1. фиброгастродуоденоскопию
2. колоноскопию
3. ирригографию кишечника
4. обзорный снимок органов брюшной полости
5. ректороманоскопию

234). У ДЕВОЧКИ Г, 15 ЛЕТ, ПЕРИОДИЧЕСКИ ПОСЛЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАПРЯЖЕНИЙ ВОЗНИКАЮТ СХВАТКООБРАЗНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ,

СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ЧАСТЫМ ЖИДКИМ СТУЛОМ. ПРИ ОСМОТРЕ ПАЛЬПИРУЮТСЯ СПАЗМИРОВАННЫЕ ОТДЕЛЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОЛОНОСКОПИИ ПАТОЛОГИИ НЕ ВЫЯВЛЕНО. О КАКАМ ЗАБОЛЕВАНИИ УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ МОЖЕТ ДУМАТЬ ?

1. хронический панкреатит
2. острая кишечная инфекция
3. синдром раздраженной толстой кишки
4. болезнь Крона
5. дисфункция кишечника

235).ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ:

- 1.аспарт
- 2.метформин
- 3.глибенкламид
- 4.хумулин НРН
- 5.новомикс

236).УКАЖИТЕ НОМЕР ДИЕТЫ, РЕКОМЕНДОВАННЫЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА У ДЕТЕЙ:

- 1.диета 9
- 2.диета 5
- 3.диета 7
- 4.диета 4
- 5.диета 8

237).ОТМЕТИТЬ ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ:

- 1.ретинопатия, полинейропатия, нефропатия
- 2.инсульт, инфаркт
- 3.диабетическая стопа
- 4.гангрена нижних конечностей
- 5.повышение внутричерепного давления

238).УКАЖИТЕ ОСНОВНОЙ РЕЖИМ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ:

- 1.традиционный
- 2.базисно-болюсный
- 3.пролонгированный
- 4.эпизодический
- 5.короткий

239).УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗВЕНЬЯ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ:

- 1.инсулинорезистентность
- 2.деструкция  $\beta$ -клеток
- 3.повышение уровня С-пептида

4. относительная инсулиновая недостаточность
5. нормальный уровень С-пептида

240). ДЛЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ ИСПОЛЬЗУЮТ:\

1. глулизин
2. глюкагон
3. гларгин
4. аспарт
5. деглудек

241). УКАЖИТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПЕРВОГО ТИПА

1. глюкоза крови натощак более 6.1 ммоль/л, глюкоза крови через 2 часа после еды более 11.1 ммоль/л
2. глюкоза крови натощак более 5.6 ммоль/л, глюкоза крови через 2 часа после еды менее 7.8 ммоль/л
3. глюкоза крови натощак более 6.1 ммоль/л, глюкоза крови через 2 часа после еды менее 7.8 ммоль/л
4. глюкоза крови натощак более 5.6 ммоль/л, глюкоза крови через 2 часа после еды менее 11.1 ммоль/л
5. глюкоза крови натощак менее 6.1 ммоль/л, глюкоза крови через 2 часа после еды менее 11.1 ммоль/л

242). УКАЖИТЕ ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА:

1. аутосомно-рецессивный
2. аутосомно-доминантный
3. мультифакториальный
4. х-сцепленный рецессивный
5. х-сцепленный доминантный

243). УКАЖИТЕ ДОЗУ ИНСУЛИНА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ:

1. 0.1 ед/кг/час
2. 0.1 ед/кг/сутки
3. 0 ед/кг/час
4. 1.0 ед/кг/сутки
5. 0.1 ед/кг/мин.

244). УКАЖИТЕ ОПТИМАЛЬНУЮ СКОРОСТЬ СНИЖЕНИЯ ГЛИКЕМИИ ПРИ КУПИРОВАНИИ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ:

1. 4-5 ммоль/час
2. 10-12 ммоль/час
3. 1-2 ммоль/час
4. 8-10 ммоль/час
5. 15-16 ммоль/час

245).ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ:

1. аспарт
2. деглудек
3. глибенкламид
4. лизпро
5. глулизин

246).УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПОГЛИКЕМИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА У ДЕТЕЙ:

1. глюкагон
2. глулизин
3. 40 % раствор глюкозы
4. 20 % раствор глюкозы
5. 5 % раствор глюкозы

247).ОТМЕТИТЬ ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ:

1. ретинопатия
2. нефропатия
3. диабетическая стопа
4. полинейропатия
5. инсульты, инфаркты

248).УКАЖИТЕ ОСНОВНОЙ РЕЖИМ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ:

1. традиционный
2. азисно-болюсный
3. пролонгированный
4. помповый
5. короткий

249).УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗВЕНЬЯ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ:

1. инсулинорезистентность
2. деструкция  $\beta$ -клеток
3. повышение уровня С-пептида
4. абсолютная инсулиновая недостаточность
5. нормальный уровень С-пептида

250).ДЛЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1. аспарт
2. глюкагон
3. гларгин
4. актрапид



## 5. деглудек

251).УКАЖИТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА

1. глюкоза крови натощак более 6.1 ммоль/л, глюкоза крови через 2 часа после еды более 11.1 ммоль/л
2. глюкоза крови натощак более 5.6 ммоль/л, глюкоза крови через 2 часа после еды менее 7.8 ммоль/л
3. глюкоза крови натощак более 6.1 ммоль/л, глюкоза крови через 2 часа после нагрузки глюкозой более 11.1 ммоль/л
4. глюкоза крови натощак более 5.6 ммоль/л, глюкоза крови через 2 часа после еды менее 11.1 ммоль/л
5. глюкоза крови натощак менее 6.1 ммоль/л, глюкоза крови через 2 часа после еды менее 11.1 ммоль/л

252).УКАЖИТЕ ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ МАНИФЕСТАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ:

1. вирусные инфекции
2. острый и хронический стресс
3. переизбыток в рационе рафинированных углеводов
4. ожирение
5. инсулинорезистентность

253).УКАЖИТЕ ИНСУЛИНЫ УЛЬТРАКОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ:

1. аспарт
2. глулизин
3. деглудек
4. лизпро
5. актрапид

254).УКАЖИТЕ ИНСУЛИНЫ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ:

1. аспарт
2. глулизин
3. деглудек
4. детемир
5. гларгин

255).АЛЕША Г., 12 ЛЕТ, ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ЖАЛОБАМИ НА ЖАЖДУ, ЧАСТОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ, СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ ЧИСТЫЕ, БЛЕДНЫЕ, СУХИЕ. ЯЗЫК ОБЛОЖЕН БЕЛОВАТЫМ НАЛЕТОМ, СУХОЙ. ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ СЛОЙ ИСТОНЧЕН. ТОНЫ СЕРДЦА УМЕРЕННО ПРИГЛУШЕНЫ ЧСС - 96 В МИН. АД - 100/65 ММ РТ.СТ. ЖИВОТ МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ. ПЕЧЕНЬ: НА 1 СМ ВЫСТУПАЕТ ИЗ-ПОД КРАЯ РЕБЕРНОЙ ДУГИ. МОЧЕИСПУСКАНИЕ ДО 20 РАЗ В СУТКИ. ГЛИКЕМИЯ НАТОЩАК, ПЕРЕД ЕДОЙ - ОТ 10,8 ДО 14,5 ММОЛЬ/Л. ГЛЮКОЗУРИЯ - 1,5-2%. АЦЕТОН В МОЧЕ +++++. ТЕСТ НА МИКРОАЛЬБУМИУРИЮ - 120 МГ/СУТКИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. пиелонефрит
2. несахарный диабет
3. сахарный диабет 1 типа
4. сахарный диабет 2 типа
5. тубулопатия

256). РЕБЕНОК 6 ЛЕТ, ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ЖАЛОБАМИ НА РЕЗКУЮ СЛАБОСТЬ, ЧУВСТВО ГОЛОДА, ТРЕМОР КОНЕЧНОСТЕЙ, ШУМ В УШАХ, ПРОФУЗНЫЙ ЛИПКИЙ ПОТ. АНАМНЕЗ: СТРАДАЕТ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА В ТЕЧЕНИЕ 1 ГОДА. ПОЛУЧАЕТ ИНСУЛИНОТЕРАПИЮ В БАЗИСНО-БОЛЮСНОМ РЕЖИМЕ. ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЖАЛОБЫ ПОЯВИЛИСЬ ЧЕРЕЗ 1 ЧАС ПОСЛЕ СПОРТИВНЫХ ТРЕНИРОВОК. ГЛИКЕМИЯ 2,5 ММОЛЬ/Л. ГЛЮКОЗУРИЯ – ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ. АЦЕТОН В МОЧЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. гипогликемическое состояние
2. синдром Сомоджи
3. кетоацидоз
4. гипокортицизм вторичный
5. синдром Нобекура

257). ПАЦИЕНТУ 7 ЛЕТ. ЗАБОЛЕЛ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 МЕСЯЦ НАЗАД. ПОЛУЧАЕТ ИНСУЛИНОТЕРАПИЮ В БАЗИСНО-БОЛЮСНОМ РЕЖИМЕ. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ОТМЕЧАЮТСЯ ЧАСТЫЕ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ: РЕЗКАЯ СЛАБОСТЬ, ПРОФУЗНЫЙ ЛИПКИЙ ПОТ, ТРЕМОР КОНЕЧНОСТЕЙ. ГЛИКЕМИЯ 2.0-2.5 ММОЛЬ/Л. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА ГИПОГЛИКЕМИЙ:

1. медовый месяц
2. тяжелые физические нагрузки
3. несоблюдение режима питания.
4. интеркуррентные заболевания
5. недостаточная доза инсулина

258). НА ПРИЕМЕ БОЛЬНОЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, 14 ЛЕТ. БОЛЕН 4 ГОДА, НАХОДИТСЯ НА ИНТЕНСИФИЦИРОВАННОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ (С САМОКОНТРОЛЕМ). В СУББОТУ ЦЕЛЫЙ ДЕНЬ КАТАЛСЯ НА ЛЫЖАХ. В НОЧЬ НА ВОСКРЕСЕНЬЕ - РЕЗКАЯ СЛАБОСТЬ, ЧУВСТВО ГОЛОДА, ОБИЛЬНОЕ ПОТООТДЕЛЕНИЕ, «ОЗНОБ». СОСТОЯНИЕ УЛУЧШИЛОСЬ ПОСЛЕ ПРИЕМА ГЛЮКОЗЫ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА УХУДШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ:

1. тяжелая физическая нагрузка
2. повышенная доза инсулина
3. недостаточный прием жидкости
4. пропуск инъекций инсулина
5. присоединение интеркуррентного заболевания

259). МАЛЬЧИК, 8 ЛЕТ, ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ЖАЛОБАМИ НА РЕЗКУЮ СЛАБОСТЬ, ОДЫШКУ, ЖАЖДУ, ЧАСТОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ, СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА. АНАМНЕЗ: ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЖАЛОБЫ ПОЯВИЛИСЬ НЕДЕЛЮ НАЗАД. ОБЪЕКТИВНО: КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ ЧИСТЫЕ, БЛЕДНЫЕ,

СУХИЕ. ЯЗЫК ОБЛОЖЕН БЕЛЫМ НАЛЕТОМ, СУХОЙ. ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ СЛОЙ ИСТОНЧЕН. ЯРКИЙ РУМЯНЕЦ НА ЩЕКАХ. ЗАЕДЫ В УГЛАХ РТА. ДЫХАНИЕ КУССМАУЛЯ ТОНЫ СЕРДЦА УМЕРЕННО ПРИГЛУШЕНЫ ЧСС - 96 В МИН. АД - 100/65 ММ РТ.СТ. ЖИВОТ МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ. ПЕЧЕНЬ НЕ УВЕЛИЧЕНА. МОЧЕИСПУСКАНИЕ ДО 15 РАЗ В СУТКИ. ГЛИКЕМИЯ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ 27 ММОЛЬ/Л. ГЛЮКОЗУРИЯ - 1,5-2%. АЦЕТОН В МОЧЕ ++++. PH 7.1. УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА, ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЙ. КЕТОАЦИДОЗ. ПЕРЕЧИСЛИТЬ НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО КУПИРОВАНИЮ КЕТОАЦИДОЗА:

1. новорапид 0.1 ед/кг/час в/в капельно
2. 0.9 % раствор NaCl в/в капельно
3. 20 % раствор глюкозы
4. 5 % раствор глюкозы в/в капельно
5. 25% раствор Mg SO4 в/в струйно

260).ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫЙ НОВОРОЖДЕННЫЙ НУЖДАЕТСЯ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ В СЛЕДУЮЩИХ МЕРОПРИЯТИЯХ, КРОМЕ:

1. пребывание в условиях кювеза
2. дополнительная подача кислорода
3. кормление грудью
4. контроль основных физиологических параметров

261).ОБЪЕМ ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ У НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ:

1. 60-70 мл/кг
2. 80-90 мл/кг
3. 100-120 мл/кг
4. 130-140 мл/кг

262).ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫЙ НОВОРОЖДЕННЫЙ С МАССОЙ ТЕЛА 540Г СЧИТАЕТСЯ РОДИВШИМСЯ С:

1. низкой массой тела
2. очень низкой массой тела
3. экстремально низкой массой тела

263).ПАРЕЗ ДИАФРАГМЫ РАЗВИВАЕТСЯ:

1. при травме плечевого сплетения спинного мозга на уровне C<sub>3</sub>-C<sub>4</sub>
2. при травме грудного отдела спинного мозга
3. при травме поясничного отдела спинного мозга
4. при травме головного мозга

264).ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ, РАСПРОСТРАНЯЮЩЕЕСЯ В ТКАНЬ МОЗГА, КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ КАК:

1. I степени
2. II степени
3. III степени
4. IV степени

265).УКАЖИТЕ ГЕНЕЗ ОДНОСТОРОННИХ КРУПНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ В ПАРЕНХИМУ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НОВОРОЖДЕННЫХ:

1. гипоксический
2. травматический

266).УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОТТЕНОК КОЖИ:

1. желто-розовый
2. желто-бледный
3. желто-зеленый
4. желто-серый

267).УКАЖИТЕ ПРИЗНАК НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ НЕОНАТАЛЬНЫХ КОНЪЮГАЦИОННЫХ ЖЕЛТУХ:

1. желтуха на розовом фоне
2. цвет мочи и кала не изменен
3. гепатомегалия
4. непрямая гипербилирубинемия
5. показатели АЛТ, АСТ в норме

268)ДЛЯ КАКИХ СОСТОЯНИЙ ХАРАКТЕРНА ПРЯМАЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ:

1. физиологической желтухи
2. холестаза
3. фетального гепатита
4. желтухи Ариеса-Люцея
5. желтухи Криглера-Наяра

269).СИНДРОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ РАЗВИВАЕТСЯ У:

1. недоношенных новорожденных
2. доношенных новорожденных
3. переношенных новорожденных

270).ШУНТО-ДИФфузная ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У НОВОРОЖДЕННОГО НЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

1. пареза кишечника
2. пневмонии
3. ателектаза
4. порока сердца
5. отека легкого
6. СДР

271).КАКОЕ СОСТОЯНИЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ СИСТЕМНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РДС У НОВОРОЖДЕННОГО:

1. незаращение артериального протока
2. ДВС-синдром
3. внутрижелудочковое кровоизлияние
4. гипогликемия
5. бронхит
6. язвенно-некротический энтероколит
7. ретинопатия недоношенных

272). ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА ПЛОДА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО:

1. низкая масса тела и длина при рождении, черепно-лицевая дисморфия, энцефалопатия
2. глухота, врожденный порок сердца, катаракта
3. полидактилия, короткие конечности, патология сердечно-сосудистой системы

273). У НОВОРОЖДЕННОГО РВОТА «ФОНТАНОМ» КОЛИЧЕСТВОМ, ПРЕВЫШАЮЩИМ ОБЪЕМ СЪЕДЕННОГО, С ПРМЕСЬЮ СТВОРОЖЕННОГО МОЛОКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

1. пилороспазма
2. пилоростеноза
3. адено-генитального синдрома
4. гастроэнтерита
5. внутрижелудочкового кровоизлияния

274). ЧТО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭМБРИОФЕТОПАТИИ:

1. морфо-функциональная незрелость
2. большая масса при рождении
3. симптом Арлекина
4. склонность к гипогликемии
5. преобладание лицевого черепа над мозговым
6. позднее отхождение мекония, склонность к запорам, метеоризм

275). КАТАРАКТА, ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА И ГЛУХОТА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ВРОЖДЕННОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ:

1. вирусом герпеса
2. цитомегаловирусом
3. вирусом краснухи
4. листерией
5. токсоплазмой

276). КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ МОГУТ БЫТЬ:

1. желтуха, гепатоспленомегалия, неврологические расстройства
2. пузыри на ладонях и подошвах, ринит, саблевидные голени
3. глухота, катаракта, врожденный порок сердца
4. пневмония, конъюнктивит, вагинит

277).УКАЖИТЕ ТИПИЧНУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ПУЗЫРЕЙ ДЛЯ ПУЗЫРЧАТКИ НОВОРОЖДЕННОГО:

1. живот, конечности, спина, кожные складки
2. ладони и подошвы
3. нос, подбородок, волосистая часть головы, ягодицы, кожные складки
4. лицо

278).РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ СЕПСИС УСТАНОВЛИВАЮТ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ СИМПТОМОВ СЕПСИСА:

1. в первые сутки после рождения
2. в первые 72 часа после рождения
3. в раннем неонатальном периоде
4. в неонатальном периоде

279).УКАЖИТЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ:

1. воздушная бронхограмма
2. сетчатый рисунок
3. очаговые тени
4. диффузное снижение прозрачности легочных полей
5. признаки жидкости в междолевых щелях
6. инфильтративные тени перемежаются с эмфизематозными участками

280).КАКИЕ СОСТОЯНИЯ ТИПИЧНЫ ДЛЯ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ:

1. синдром дыхательных расстройств
2. транзиторное тахипное
3. половой криз
4. ретинопатия
5. бронхолегочная дисплазия

281).ДЛЯ КАКИХ СОСТОЯНИЙ НОВОРОЖДЕННОГО ЖЕЛТУХА ОБУСЛОВЛЕНА НЕПРЯМОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЕЙ:

1. физиологической желтухи
2. гемолитической болезни новорожденного
3. синдрома Криглера-Наяра
4. холестаза
5. фетального гепатита

282).В ЛЕЧЕНИИ КАКИХ СОСТОЯНИЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ФОТОТЕРАПИЯ:

1. физиологической желтухи
2. гемолитической болезни новорожденного
3. врожденной атрезии желчных ходов
4. синдрома Криглера-Наяра

283).УКАЖИТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ СУДОРОГ У НОВОРОЖДЕННЫХ:

1. внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах
2. внутричерепное кровоизлияние
3. кефалогематома
4. родовая опухоль

284).УКАЖИТЕ ТИПИЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ:

1. клетки по типу «совиного глаза»
2. перивентрикулярные кальцификаты
3. пузыри на ладонях и подошвах
4. саблевидная деформация голеней

285).КАКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА У НОВОРОЖДЕННОГО:

1. брадикардия
2. симптом Арлекина
3. склонность к запорам
4. гипертрихоз

286).ПРИ КАКИХ СОСТОЯНИЯХ У НОВОРОЖДЕННОГО НАБЛЮДАЕТСЯ РВОТА «ФОНТАНОМ»:

1. пилоростеноз
2. пилороспазм
3. аэрофагия
4. сольтертящая форма адреногенитального синдрома

287).ПРИ КАКИХ ТИПАХ НЕОНАТАЛЬНЫХ ЖЕЛТУХ ОТМЕЧАЕТСЯ ЗЕЛЕНЬ ОТТЕНОК ЖЕЛТИЗНЫ КОЖИ У НОВОРОЖДЕННОГО:

1. конъюгационной
2. гемолитической
3. паренхиматозной
4. механической

288).У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЛЕВАЯ РУКА РАЗОГНУТА ВО ВСЕХ СУСТАВАХ, ЛЕЖИТ ВДОЛЬ ТУЛОВИЩА, ПРОНИРОВАНА В ПРЕДПЛЕЧЬЕ. АКТИВНЫЕ ДВИЖЕНИЯ В ЛОКТЕВОМ СУСТАВЕ ОТСУТСТВУЮТ, В ПЛЕЧЕВОМ СУСТАВЕ СОХРАНЕНЫ. КИСТЬ УПЛОЩЕНА, АТРОФИРОВАНА, ХОЛОДНАЯ НА ОЩУПЬ, ПАССИВНО СВИСАЕТ. ХВАТАТЕЛЬНЫЙ И ЛАДОННО-РОТОВОЙ РЕФЛЕКСЫ СЛЕВА ОТСУТСТВУЮТ. ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОГРАММЫ В НОРМЕ. УСТАНОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. тотальный акушерский паралич
2. нижний дистальный акушерский паралич
3. проксимальный акушерский паралич
4. остеомиелит
5. гипоксически-ишемическая энцефалопатия

289). У РЕБЕНКА, РОЖДЕННОГО В СРОКЕ ГЕСТАЦИИ 30 НЕДЕЛЬ, ЧЕРЕЗ 4 ЧАСА ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ТАХИПНОЕ, ДЫХАНИЕ ПО ТИПУ КАЧЕЛЕЙ, ЗАПАДЕНИЕ ГРУДИНЫ, ЭКСПИРАТОРНЫЕ ШУМЫ, ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 80 В МИНУТУ. АУСКУЛЬТАТИВНО – ОСЛАБЛЕННОЕ ДЫХАНИЕ С НЕПОСТОЯННЫМИ РАЗНОКАЛИБЕРНЫМИ ХРИПАМИ. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ – ВОЗДУШНАЯ БРОНХОГРАММА И СЕТЧАТЫЙ РИСУНОК. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. синдром массивной мекониальной аспирации
2. родовая травма
3. болезнь гиалиновых мембран
4. врожденная пневмония
5. первичные ателектазы

290). У ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ОТ ПЕРВОЙ НЕОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ОТЯГОЩЕННЫХ РОДОВ НАБЛЮДАЕТСЯ КЕФАЛОГЕМАТОМА. НА ВТОРЫЕ СУТКИ ПОЯВИЛАСЬ ЖЕЛТУХА, НА ТРЕТЬИ – ИЗМЕНЕНИЯ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ СТАТУСЕ: НИСТАГМ, СИМПТОМ ГРЕФЕ. МОЧА ЖЕЛТАЯ, КАЛ ЗОЛОТИСТО–ЖЕЛТОГО ЦВЕТА. ГРУППА КРОВИ МАТЕРИ A(II) RH(-), У РЕБЕНКА A(II) RH(+). НА ТРЕТЬИ СУТКИ НВ 172 Г/Л, ЭРИТРОЦИТЫ -  $6,1 \cdot 10^{12}$ /Л, БИЛИРУБИН 158 МКМОЛЬ/Л ЗА СЧЕТ НЕПРЯМОЙ ФРАКЦИИ. ЧТО ОБУСЛОВИЛО ЖЕЛТУХУ:

1. гемолитическая болезнь новорожденного
2. атрезия желчевыводящих путей
3. черепно-мозговая родовая травма
4. физиологическая желтуха
5. фетальный гепатит

291). У ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА НА ВТОРЫЕ СУТКИ ЖИЗНИ ПОЯВИЛАСЬ УМЕРЕННАЯ ЖЕЛТУХА КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ НЕ НАРУШЕНО. НЕПРЯМАЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ 120 МКМОЛЬ/Л. ГРУППА КРОВИ РЕБЕНКА A(II) RH(+), ГРУППА КРОВИ МАТЕРИ B(III) Rh (+). КАКОВА ВАША ТАКТИКА:

1. воздержаться от медикаментозной терапии
2. назначить энтеросорбенты
3. назначить холекинетики
4. начать фототерапию
5. провести заменное переливание крови

292). У НОВОРОЖДЕННОГО В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЖИЗНИ ПОЯВИЛАСЬ ЖЕЛТУХА. НЕПРЯМОЙ БИЛИРУБИН - 80 МКМОЛЬ/Л, ЧЕРЕЗ 6 ЧАСОВ - 160 МКМОЛЬ/Л. КАКОЙ ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ:

1. фототерапия
2. инфузионная терапия
3. операция заменного переливания крови
4. энтеросорбенты
5. назначение фенобарбитала



293). У НОВОРОЖДЕННОГО НА ШЕСТОЙ ДЕНЬ ЖИЗНИ ПОЯВИЛИСЬ ПУСТУЛЫ ВЕЛИЧИНОЙ С ПРОСЯНОЕ ЗЕРНО С СЕРОЗНО-ГНОЙНЫМ СОДЕРЖИМЫМ НА ГИПЕРЕМИРОВАННОМ ФОНЕ НА ТУЛОВИЩЕ, В СКЛАДКАХ И ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ НЕ НАРУШЕНО. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ:

1. буллёзный эпидермолиз
2. потница
3. пузырьчатка новорожденных
4. акне
5. везикулопустулёз

294). НА ВОСЬМЫЕ СУТКИ ЖИЗНИ У ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ДО 37,9°C, СТАЛ ВЯЛО СОСАТЬ ИЗ ГРУДИ. НА КОЖЕ ЖИВОТА И БЕДЕР ПОВЕРХНОСТНЫЕ ВЯЛЫЕ ПУЗЫРИ ДИАМЕТРОМ 5-10 ММ С МУТНЫМ СОДЕРЖИМЫМ. НА МЕСТЕ ВСКРЫВШИХСЯ ПУЗЫРЕЙ ЯРКО-РОЗОВАЯ ПОВЕРХНОСТЬ. СО СТОРОНЫ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ИЗМЕНЕНИЙ НЕТ. У МАТЕРИ ПОСЛЕРОДОВОЙ ЭНДОМЕТРИТ. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. пузырьчатка новорожденного
2. инфицированная потница
3. синдром Лайелла
4. везикулопустулёз
5. эксфолиативный дерматит Риттера

295). У НОВОРОЖДЕННОГО ТРЕХНЕДЕЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИМПТОМАМИ ПОВЫШЕННОГО НЕРВНО-РЕФЛЕКТОРНОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ 37 СМ, РАЗМЕРЫ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА 2 НА 2 СМ. РЕБЕНОК СРЫГИВАЕТ ПОСЛЕ КОРМЛЕНИЯ МАЛЫМИ ПОРЦИЯМИ МОЛОКА. СТУЛ НОРМАЛЬНЫЙ ПО ОБЪЕМУ И СОСТАВУ. МЫШЕЧНЫЙ ТОНУС В НОРМЕ. КАКОЙ ДИАГНОЗ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН:

1. менингит
2. пилоростеноз
3. пилороспазм
4. микроцефалия
5. краниостеноз

296). НОВОРОЖДЕННОМУ 12 ДНЕЙ. СРЫГИВАЕТ СРАЗУ ПОСЛЕ КОРМЛЕНИЯ В ГОРИЗОНТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ОБИЛЬНО И ЧАСТО. НАРАСТАЕТ СЛАБОСТЬ, АДИНАМИЯ, СТОЙКИЙ ЦИАНОЗ, ТАХИКАРДИЯ, ОДЫШКА. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ – ПРИГЛУШЕННОСТЬ СЕРДЕЧНЫХ ТОНОВ, КРЕПИТИРУЮЩИЕ ХРИПЫ В ЛЕГКИХ. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЫВИЛО: ЗИЯЮЩАЯ КАРДИЯ И ПРИЗНАКИ ЭЗОФАГИТА. ВАШ ДИАГНОЗ:

1. халазия кардии
2. сольтеряющая форма адреногенитального синдрома
3. пилоростеноз
4. пилороспазм
5. острая кишечная инфекция

297).ДОНОШЕННЫЙ НОВОРОЖДЕННЫЙ ПОСТУПИЛ НА ОБСЛЕДОВАНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАТЯЖНОЙ ЖЕЛТУХИ В ВОЗРАСТЕ 3 НЕДЕЛЬ. ПРИ ОСМОТРЕ: ВЯЛОСТЬ, ЖЕЛТУШНОСТЬ КОЖИ, СКЛЕР, ШИРОКАЯ ПЕРЕНОСИЦА, БРАДИКАРДИЯ, ЖИВОТ УВЕЛИЧЕН В РАЗМЕРАХ, ПУПОЧНАЯ ГРЫЖА. СКЛОННОСТЬ К ЗАПОРАМ. НЕПРЯМАЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ - 230 МКМОЛЬ/Л. ТИРЕОТРОПНЫЙ ГОРМОН ПО СКРИНИНГУ БОЛЕЕ 100 ММЕ/Л. ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. врожденный гипотиреоз
2. физиологическая желтуха
3. болезнь Дауна
4. желтуха Ариеса-Люцея

298).КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЭКСТРАРЕНАЛЬНЫМ:

1. симптомы интоксикации
2. отечный синдром
3. изменение цвета мочи (покраснение её)
4. гипертензионный синдром
5. изменения глазного дна

299).С КАКИМ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЖНО НЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

1. с быстро прогрессирующим гломерулонефритом
2. с дисметаболическим нефропатиями
3. с ночным недержанием мочи
4. с интерстициальным нефритом
5. с тромбоцитопатиями

300).КАКОЙ ИЗ ПРИЗНАКОВ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К БИОПСИИ:

1. неэффективный курс лечения преднизолоном в течение 2-х месяцев
2. наличие у больного стойких признаков нефротического синдрома
3. выраженная протеинурия и отеки у ребенка в возрасте от 1 года до 7 лет
4. снижение уровня С3 комплемента в сыворотке крови
5. наличие в семье ребенка нескольких больных с нефропатиями

301).ДЛЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ХАРАКТЕРНО:

1. гиполипидемия
2. протеинурия
3. гипохлоремия
4. гипонатриемия
5. гиповолемия

302).ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

1. нефротического синдрома
2. нефритического синдрома

3. изолированного мочевого синдрома
4. у детей первого года жизни
5. не характерно для острого гломерулонефрита

303). ПРИЧИНАМИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК, ПРИВОДЯЩИМИ К ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. хронический гломерулонефрит нефротическая форма
2. хронический гломерулонефрит смешанная форма
3. тубулоинтерстициальный нефрит
4. фосфат-диабет
5. поликистоз почек с вторичным хроническим пиелонефритом

304). МАКРОГЕМАТУРИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ОРВИ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА :

1. острым пиелонефритом
2. острым гломерулонефритом с нефротическим синдромом
3. острым повреждением почек
4. пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР)
5. Ig A-нефропатией (болезнь Берже)

305). ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ БИОПСИИ ПОЧЕК ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. гипокомплементемия
2. гиперлипидемия
3. выраженная протеинурия
4. гипопроteinемия
5. высокая СОЭ

306). ДЛЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ХАРАКТЕРНА:

1. гиперлипидемия
2. протеинурия **ОТЕЧНЫЙ**
3. гиперальбуминемия
4. гиперкальциемия
5. гиперпротеинемия

307). ПОЯВЛЕНИЕ МОЧИ « ЦВЕТА МЯСНЫХ ПОМОЕВ» ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ АНГИНЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ВОЗМОЖНОМ НАЛИЧИИ:

1. острого гломерулонефрита с мочевым синдромом
2. острого пиелонефрита
3. геморрагического цистита
4. дисметаболической нефропатии (гипероксалурии)
5. быстро прогрессирующего гломерулонефрита (БПГН)

308). ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА С МИНИМАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ХАРАКТЕРНО:

1. выраженные периферические и полостные отеки вплоть до анасарки
2. выраженная гиперхолестеринемия (свыше 13,0ммоль/л)
3. протеинурия в пределах 1,8 г/л
4. незначительные периферические отеки преимущественно на лице
5. моча «цвета мясных помоев»

309).ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. отёчный
2. гипертензионный
3. мочево
4. гиперкальциемия
5. снижение скорости клубочковой фильтрации

310).ДЛЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ХАРАКТЕРНА:

1. гиполипидемия
2. снижение С3 комплемента
3. высокая СОЭ
4. отеки вплоть до анасарки
5. гипохолестеринемия

311).ОСОБЕННОСТИ ОТЁЧНОГО СИНДРОМА ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА :

1. умеренные отеки, которые располагаются преимущественно на лице
2. отёки средней степени выраженности только на нижних конечностях
3. периферические отеки, усиливающиеся в вечернее время
4. выраженные периферические отёки в сочетании с полостными отеками
5. анасарка

312).У СЕМИЛЕТНЕГО МАЛЬЧИКА В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ ТРЕХ ЛЕТ НАБЛЮДАЮТСЯ ЭПИЗОДЫ МАКРОГЕМАТУРИИ ПОСЛЕ ОРВИ, КАМНИ В МВС ИСКЛЮЧЕНЫ, АУДИОГРАММА И НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ.КАКОЙ ДИАГНОЗ БОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН:

1. Ig A-нефропатия
2. калькулезный цистит
- 3.гломерулонефрит с нефротическим синдромом
- 4.почечный тубулярный ацидоз
5. фосфат-диабет

313).У РЕБЕНКА ВЫЯВЛЕН НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, КАКОЙ СИМПТОМ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ БИОПСИИ:

1. уровень Ig A
2. уровень Ig M
3. уровень С3 комплемента

4. уровень СРБ
5. уровень белка в сыворотке крови ниже 55г/л

314).У ПОДРОСТКА СЛУЧАЙНО ВЫЯВЛЕНА ГЕМАТУРИЯ,МИНИМАЛЬНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ (0,165 гр/л), СКФ ПО ШВАРЦУ-72 МЛ/МИН. КАКОЙ ДИАГНОЗ БОЛЕЕ ПРАВОМОЧЕН ДО ТОЧНОГО ВЫЯСНЕНИЯ БОЛЕЗНИ:

1. ХБП (хроническая болезнь почек) -1-я стадия
- 2.ХБП-2-я стадия
3. ХБП-3 стадия
- 4.ХБП-4-я стадия
5. ХБП- терминальная стадия

315).У РЕБЁНКА С ТУГОУХОСТЬЮ ВЫЯВЛЕНА В МОЧЕ ГЕМАТУРИЯ (ДЕД ПО У МАТЕРИНСКОЙ ЛИНИИ УМЕР В 45 ЛЕТ ОТ ХПН). КАКОЙ ДИАГНОЗ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН:

1. симптом Альпорта
2. острый гломерулонефрит с мочевым синдромом
3. хронический гломерулонефрит гематурическая форма
4. синдром Дебре де Тони Фанкони
5. фосфат-диабет

316).У ПОДРОСТКА С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ИМЕЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК: СКФ-78мл/мин; БЕЛОК В МОЧЕ-1,32Г/Л. КАКОЙ «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» НЕФРОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОКАЗАН ЭТОМУ БОЛЬНОМУ

1. терапия глюкокортикоидами
2. назначение иммуносупрессивных препаратов
3. терапия ингибиторами АПФ
4. антигистаминные препараты
5. уросептики

317).ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ МАКРОГЕМАТУРИИ СЛЕДУЕТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ВЫПОЛНИТЬ:

1. цистоскопию
2. изотопную рентгенографию
3. цистографию
4. ангиографию
5. компьютерную томографию

318).ГЕМАТУРИЧЕСКАЯ ФОРМА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ:

1. у новорожденных
2. ясельном возрасте
3. после 6-7 лет
4. в старшем школьном возрасте
5. у взрослых старше 18 лет

319). ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЁ, КРОМЕ:

1. гематурия
2. гипертензия
3. олигурия
4. протеинурия
5. геморрагическая сыпь

320). КАКОЙ МОЧЕВОЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ПРИ СМЕШАННОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА:

1. гематурия с протеинурией
2. абактериальная лейкоцитурия
3. бактериальная лейкоцитурия
4. изолированная протеинурия
5. длительно сохраняющаяся гематурия

321). ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. внутрисосудистым свертыванием крови
2. полиурией
3. повышением относительной плотности мочи
4. цианозом
5. брадикардией

322). ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:

1. отек легких
2. гипертоническая энцефалопатия
3. кровотечение
4. печеночная недостаточность
5. сердечная недостаточность

323). ЧЕМ НЕ ОБУСЛОВЛЕНО ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА МОЧИ ПРИ ВНУТРИСОСУДИСТОМ ГЕМОЛИЗЕ:

1. гематурией
2. гемоглобинурией
3. кристаллурией
4. желчными пигментами

324). ПОКАЗАТЕЛЕМ АКТИВНОСТИ ПРИ ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Гематурия
2. гипертензия
3. олигурия
4. анурия
5. геморрагическая сыпь

325).КАКОЙ СИМПТОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ НАСЛЕДСТВЕННОГО НЕФРИТА:

1. острое начало
2. умеренная торпидная гематурия
3. протеинурия свыше 3 гр/л
4. умеренные отеки
5. выздоровление в подростковом возрасте

326).КАК ЧАСТО НАДО ПРОВОДИТЬ ПРОБУ ЗИМНИЦКОГО ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА РЕБЕНКОМ С ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ ЛАБОРАТОРНАЯ РЕМИССИЯ В ТЕЧЕНИЕ 1,5 ЛЕТ:

1. 1 раз в год
2. 1 раз в месяц
3. 1 раз в 3 месяца
4. 1 раз в 6 месяцев
5. 1 раз в 3 года.

327).У РЕБЁНКА 9 ЛЕТ ПОСЛЕ ОРВИ ПОЯВИЛИСЬ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ПОВТОРНАЯ РВОТА, МОЧА ЦВЕТА «МЯСНЫХ ПОМОЕВ», НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ, АД ПОВЫСИЛОСЬ ДО 160/100 ММ РТ СТ. ВАШ ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ:

1. гломерулонефрит, гематурическая форма
2. гломерулонефрит, гематурическая форма, активная фаза, гипертоническая энцефалопатия.
3. гломерулонефрит, смешанная форма
4. пиелонефрит
5. гипертонический криз

328).У РЕБЁНКА 9 ЛЕТ ПОСЛЕ ОРВИ ПОЯВИЛИСЬ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ПОВТОРНАЯ РВОТА, МОЧА ЦВЕТА «МЯСНЫХ ПОМОЕВ», НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ, АД ПОВЫСИЛОСЬ ДО 160/100 ММ РТ СТ. С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. с мочекаменной болезнью
2. с дисметаболической нефропатией
3. с травмой почки
- 4 с пиелонефритом
5. с гемолитико-уремическим синдромом

329).У РЕБЁНКА 9 ЛЕТ ПОСЛЕ ОРВИ ПОЯВИЛИСЬ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ПОВТОРНАЯ РВОТА, МОЧА ЦВЕТА «МЯСНЫХ ПОМОЕВ», НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ, АД ПОВЫСИЛОСЬ ДО 160/100 ММ РТ СТ. В КОНСУЛЬТАЦИИ КАКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ НУЖДАЕТСЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДАННОЙ БОЛЬНОЙ:

1. гематолога
2. офтальмолога
3. стоматолога
4. кардиолога
5. нефролога

330).БОЛЬНОЙ 9 ЛЕТ, НАХОДИТСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК. НАКАНУНЕ ПЕРЕНЁС ОРВИ, НЕ ЛЕЧИЛСЯ. ДОСТАВЛЕН В СТАЦИОНАР С ЖАЛОБАМИ НА СИЛЬНУЮ ГОЛОВНУЮ БОЛЬ, МОЧА ЦВЕТА «МЯСНЫХ ПОМОЕВ», ПРИ ОСМОТРЕ В ПРИЕМНОМ ПОКОЕ У РЕБЕНКА ВНЕЗАПНО ВОЗНИКЛО НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ, ЗАТЕМ ПОЯВИЛИСЬ СУДОРОГИ И РЕБЕНОК ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ. КАКОВО ВАШЕ ПЕРВООЧЕРЕДНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ В ДАННОЙ СИТУАЦИИ. КАКОЙ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ВЫ ПОСТАВИТЕ БОЛЬНОМУ:

1. острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом
2. острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом
3. острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом и гипертонической энцефалопатией

331).БОЛЬНОЙ 9 ЛЕТ, НАХОДИТСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК. НАКАНУНЕ ПЕРЕНЁС ОРВИ, НЕ ЛЕЧИЛСЯ. ДОСТАВЛЕН В СТАЦИОНАР С ЖАЛОБАМИ НА СИЛЬНУЮ ГОЛОВНУЮ БОЛЬ, МОЧА ЦВЕТА «МЯСНЫХ ПОМОЕВ», ПРИ ОСМОТРЕ В ПРИЕМНОМ ПОКОЕ У РЕБЕНКА ВНЕЗАПНО ВОЗНИКЛО НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ, ЗАТЕМ ПОЯВИЛИСЬ СУДОРОГИ И РЕБЕНОК ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ. КАКОВО ВАШЕ ПЕРВООЧЕРЕДНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ В ДАННОЙ СИТУАЦИИ. В КОНСУЛЬТАЦИИ КАКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ РЕБЕНОК НУЖДАЕТСЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ:

1. ЛОР-врача
2. кардиолога
3. офтальмолога
- 4.стоматолога
5. нефролога

332).МАЛЬЧИК 13 ЛЕТ, ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В НАДЛОБКОВОЙ ОБЛАСТИ, НЕДОМОГАНИЕ, ПОЯВЛЕНИЕ «КРАСНОЙ» МОЧИ, БОЛИ В КОНЦЕ АКТА МОЧЕИСПУСКАНИЯ И НАЛИЧИЕ В МОЧЕ КРУПНЫХ БЕСФОРМЕННЫХ СГУСТКОВ КРОВИ, КОТОРЫЕ С ТРУДОМ ВЫДЕЛЯЮТСЯ .ЖАЛОБЫ ПОЯВИЛИСЬ ПОСЛЕ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ В СВЯЗИ С ДЛИТЕЛЬНОМ ПРЕБЫВАНИЕМ НА УЛИЦЕ В ХОЛОДНОЕ ВРЕМЯ. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ВЫ ПОДУМАЕТЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ:

1. об остром гломерулонефрите
2. об остром пиелонефрите
3. о камне мочевого пузыря
4. о геморрагическом цистите
5. о травме живота

333).МАЛЬЧИК 13 ЛЕТ, ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В НАДЛОБКОВОЙ ОБЛАСТИ, НЕДОМОГАНИЕ, ПОЯВЛЕНИЕ «КРАСНОЙ» МОЧИ, БОЛИ В КОНЦЕ АКТА МОЧЕИСПУСКАНИЯ И НАЛИЧИЕ В МОЧЕ КРУПНЫХ БЕСФОРМЕННЫХ СГУСТКОВ КРОВИ, КОТОРЫЕ С ТРУДОМ ВЫДЕЛЯЮТСЯ .ЖАЛОБЫ ПОЯВИЛИСЬ ПОСЛЕ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ В СВЯЗИ С ДЛИТЕЛЬНОМ ПРЕБЫВАНИЕМ НА УЛИЦЕ В ХОЛОДНОЕ ВРЕМЯ. О ПОРАЖЕНИИ КАКИХ



ОТДЕЛОВ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ НАЛИЧИЕ ГЕМАТУРИИ В КОНЦЕ АКТА МОЧЕИСПУСКАНИЯ:

1. о поражении верхних отделов (почек)
2. о поражении средних отделов (мочеточников)
3. о поражении нижних отделов (мочевом пузыре)

334).МАЛЬЧИК 13 ЛЕТ , ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В НАДЛОБКОВОЙ ОБЛАСТИ, НЕДОМОГАНИЕ, ПОЯВЛЕНИЕ «КРАСНОЙ» МОЧИ, БОЛИ В КОНЦЕ АКТА МОЧЕИСПУСКАНИЯ И НАЛИЧИЕ В МОЧЕ КРУПНЫХ БЕСФОРМЕННЫХ СГУСТКОВ КРОВИ, КОТОРЫЕ С ТРУДОМ ВЫДЕЛЯЮТСЯ .ЖАЛОБЫ ПОЯВИЛИСЬ ПОСЛЕ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ В СВЯЗИ С ДЛИТЕЛЬНЫМ ПРЕБЫВАНИЕМ НА УЛИЦЕ В ХОЛОДНОЕ ВРЕМЯ. КАКИЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ИНФОРМАТИВНЫМИ В ДАННОМ СЛУЧАЕ:

1. цистография
2. компьютерная томография
3. цистоскопия
4. УЗИ почек
5. ангиография почек.

335).У МАЛЬЧИКА 10 ЛЕТ ЧЕРЕЗ 10 ДНЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ЛАКУНАРНОЙ АНГИНЫ ПОЯВИЛАСЬ «КРАСНАЯ» МОЧА, ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ОТЕКИ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НА ЛИЦЕ, ВЯЛОСТЬ, НЕДОМОГАНИЕ. ПРИ ОСМОТРЕ ОТМЕЧАЕТСЯ БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И СЛИЗИСТЫХ, КОЛИЧЕСТВО ВЫДЕЛЯЕМОЙ МОЧИ ЗНАЧИТЕЛЬНО УМЕНЬШИЛОСЬ, АД 160/90 ММ РТ СТ. ПОСТАВЬТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ

1. острый цистит
2. острый пиелонефрит
3. травма почки
4. острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом
5. острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом

336).У МАЛЬЧИКА 10 ЛЕТ ЧЕРЕЗ 10 ДНЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ЛАКУНАРНОЙ АНГИНЫ ПОЯВИЛАСЬ «КРАСНАЯ» МОЧА, ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ОТЕКИ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НА ЛИЦЕ, ВЯЛОСТЬ, НЕДОМОГАНИЕ. ПРИ ОСМОТРЕ ОТМЕЧАЕТСЯ БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И СЛИЗИСТЫХ, КОЛИЧЕСТВО ВЫДЕЛЯЕМОЙ МОЧИ ЗНАЧИТЕЛЬНО УМЕНЬШИЛОСЬ, АД 160/90 ММ РТ СТ. КАКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НАЗНАЧИТЕ ДАННОМУ РЕБЕНКУ:

1. общий анализ мочи
2. протеинограмма крови
3. креатинин крови
4. холестерин крови
5. уровень сывороточного железа

337).МАЛЬЧИК 12 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В СТАЦИОНАР С ЖАЛОБАМИ НА ПЕРИОДИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА МОЧИ «КРАСНАЯ», СНИЖЕНИЕ СЛУХА И ЗРЕНИЯ. НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ ОТЯГОЩЕНА: У БАБУШКИ ПО ЛИНИИ МАТЕРИ ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК, У ДЯДИ ПО ЛИНИИ ОТЦА И У СТАРШЕГО

БРАТА НАРУШЕНИЕ СЛУХА И ЗРЕНИЯ.КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОЧЕК ВЫ ПРЕДПОЛАГАЕТЕ У ДАННОГО РЕБЕНКА:

- 1.геморрагический цистит
2. гломерулонефрит гематурическая форма
3. наследственный нефрит ( синдром Альпорта)
4. МКБ
5. туберкулез почек.

338).МАЛЬЧИК 12 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В СТАЦИОНАР С ЖАЛОБАМИ НА ПЕРИОДИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА МОЧИ «КРАСНАЯ», СНИЖЕНИЕ СЛУХА И ЗРЕНИЯ. НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ ОТЯГОЩЕНА: У БАБУШКИ ПО ЛИНИИ МАТЕРИ ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК, У ДЯДИ ПО ЛИНИИ ОТЦА И У СТАРШЕГО БРАТА НАРУШЕНИЕ СЛУХА И ЗРЕНИЯ. КАКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ВЫ НАЗНАЧИТЕ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА:

1. определение креатинина сыворотки крови
2. аудиограмму
3. общий анализ мочи
4. определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ)
- 5.электролиты крови

339).ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1.внутрисосудистым свертыванием крови
- 2.лейкоцитозом
- 3.появлением шизоцитов
- 4.гипернатриемией
5. полиурия

340).ПРИ ГЕМАТУРИИ ИНФОРМАТИВНУЮ ЦЕННОСТЬ ИМЕЮТ:

- 1.общий анализ мочи
2. цистография
3. цистоскопия
4. экскреторная урография
5. изотопная сцинтиграфия

341).ПОЯВЛЕНИЕ «КРАСНОЙ» МОЧИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:

1. геморрагический цистит
2. камень мочевого пузыря
3. МКБ
4. острый вульвовагинит
5. гломерулонефрит нефротическая форма

342).ДЛЯ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНА ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И НАЛИЧИЕ:

1. гемолитической анемии
2. холестатического гепатита

3. тромбоцитопении
- 4.язвенного энтероколита
5. респираторного дистресс-синдрома

343).ПОЯВЛЕНИЕ МОЧИ ЦВЕТА «МЯСНЫХ ПОМОЕВ» ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОЙ ПОСТСТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ:

1. гломерулонефрита с изолированным мочевым синдромом
2. острого пиелонефрита
3. гломерулонефрита с нефритическим синдромом
4. поствирусного тубулоинтерстициального нефрита
5. острого вульвита

344).ПРИ НАЛИЧИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕМАТУРИИ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ:

1. гломерулонефрит нефротическую форму
2. мочекаменную болезнь
3. геморрагический цистит
4. синдром Альпорта
5. хронический пиелонефрит

345).ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПРИ ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. ускоренная СОЭ
2. гиперфибриногенемия
3. макрогематурия
4. оксалурия
5. протеинурия неселективного типа

346).КАКОЙ МОЧЕВОЙ СИНДРОМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СМЕШАННОЙ ФОРМЫ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА:

1. гематурия с протеинурией
2. изолированная протеинурия
3. абактериальная лейкоцитурия
4. бактериальная лейкоцитурия
5. длительно сохраняющаяся протеинурия и гематурия

347).ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:

1. гипертоническая энцефалопатия
2. нарушение зрения
3. кровотечение
4. отек легких
5. сердечная недостаточность

348).ИЗОЛИРОВАННАЯ ГЕМАТУРИЯ В МОЧЕВОМ ОСАДКЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

1. при мочекаменной болезни
2. при наследственном нефрите

3. при болезни Дебре де Тони –Фанкони
4. при геморрагическом цистите
5. при хроническом пиелонефрите