

1). 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

2). 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%

3). ДЛЯ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО:

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

4). ПРИ ФЕНИЛКЕТОНУРИИ ДОМИНИРУЕТ:

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

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

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

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

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

7). 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

8). К ГРУППЕ МУКОПОЛИСАХАРИДОЗОВ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

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

9). НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ЖАЛОБЫ ПРИ ФРУКТОЗЕМИИ:

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

4. жидкий стул
5. повышение температуры

10).МАРКЕРОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

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

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

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

13).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.

14).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

15).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

16).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

17).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)

18).КАКОЙ ИЗ МЕТОДОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ:

1. исследование уровней ТТГ и тиреоидных гормонов в крови
2. клинический осмотр
3. ультразвуковое исследование щитовидной железы
4. исследование уровней холестерина и липидов в крови
5. определение "костного" возраста

19).КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА У НОВОРОЖДЕННОГО:

1. внутриутробная гипотрофия
2. вялость, сонливость
3. плохое удержание тепла
4. пупочная грыжа
5. стридорозное дыхание

20).КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИПОТИРЕОЗЕ:

1. прерывистый курс левотироксина
2. максимальная переносимая доза левотироксина
3. физиотерапевтическое лечение
4. лечение проводится препаратами йода

21).КАКОЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ПОЗВОЛЯЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ БОЛЕЗНЬ ГРЕЙВСА ОТ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЙ ФАЗЫ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА:

1. уровень свободного Т4
2. уровень свободного Т3
3. уровень АТ к рецепторам ТТГ
4. уровень ТТГ

22).КАКОЙ ИЗ МЕТОДОВ НЕ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА НЕДОСТАТОЧНОСТИ СТГ:

1. исследование СТГ в крови, взятой натощак
2. исследование суточного ритма секреции СТГ
3. инсулиновый тест
4. клофелиновый тест

23).КАКОЙ СИМПТОМ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ГИПОПУИТАРИЗМА

1. низкорослость $< -2,0$ SDS
2. пропорциональное телосложение
3. задержка костного созревания
4. преждевременное половое развитие

24).В КАКОЙ ДОЗЕ НАЗНАЧАЕТСЯ РЕКОМБИНАНТНЫЙ ГОРМОН РОСТА

1. 0,033 мг/кг/сут
2. 1,5мг/кг/сут
3. 2мг/кг/сут
4. 0.2мг/кг/сут

25).НАБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА ШЕРШЕВСКОГО – ТЕРНЕРА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. низкорослость

2. гипогонадизм
3. кариотип 45,X
4. широкая шейная складка
5. лимфоидный отек кистей и стоп в раннем возрасте

26). ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ДЕФИЦИТА ВАЗОПРЕСИНА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. полиурия
2. низкий удельный вес мочи
3. высокий удельный вес мочи
4. осмолярность плазмы нормальная.
5. низкие базальные уровни половых гормонов

27). ВТОРИЧНЫЙ ГИПОГОНАДИЗМ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ СОВОКУПНОСТИ ПРИЗНАКОВ:

1. повышенный уровень АКТГ/кортизола
2. низкие базальные уровни половых гормонов
3. сниженный ответ ЛГ и ФСГ на стимуляцию ЛГ – рилизинг – гормоном
4. повышенный уровень пролактина
5. повышенный уровень АКТГ/кортизола отсутствие признаков полового развития при костном возрасте 13 лет у мальчиков и 12 лет у девочек.

28). КЛИНИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ГИПОПИТУИТАРИЗМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. выраженная низкорослость
2. пропорциональное телосложение
3. опережение костного созревания
4. позднее прорезывание зубов и их запоздалая смена
5. высокий голос
6. олигофрения

29). ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ:

1. повышение массы тела
2. тахикардия
3. зоб
4. гипотония
5. нервозность
6. офтальмопатия

30).ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТИРЕОТОКСИКОЗА ПЕРВОСТЕПЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ СЛЕДУЮЩИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ:

- 1.уровень ТТГ и свободного Т4
2. антител к тиреоглобулину
3. антитела к рецепторам ТТГ
4. уровень общего Т3

31).СИМПТОМАТИКА ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ:

1. большая масса тела при рождении
2. отечное лицо, губы, веки.
3. макроглоссия
4. запоры
5. гипертонус мышц
6. закрытые роднички

32).КРИТЕРИЯМИ АДЕКВАТНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. нормальный уровень свободного Т4
2. нормальный уровень ТТГ
3. нормальный уровень свободного Т3 и общего Т4

33).ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ:

1. эутирокс
2. л-тироксин

3. тирозол
4. мерказолил
5. метимазол

34).МАЛЬЧИК 14 ЛЕТ. ПРИ ОСМОТРЕ: ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА, РОСТ ВЫШЕ СРЕДНЕГО, ГЕНИКОМАСТИЯ ДВУХСТОРОННЯЯ, УМЕНЬШЕННЫЕ В РАЗМЕРЕ НАРУЖНЫЕ ГЕНИТАЛИИ ЕВНУХОИДНЫЕ ПРОПОРЦИИ ТЕЛА, ОБЪЕМ ЯИЧЕК 3 СМЗ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. первичная гипоплазия яичек
2. синдром Клайнфельтера
3. синдром Каллмен
4. гипопитуитаризм
5. задержка полового развития

35).ДЕВОЧКА 13 ЛЕТ, ОБРАТИЛАСЬ С ЖАЛОБАМИ НА ОТСТАВАНИЕ В РОСТЕ, МАТЬ В 30 ЛЕТНЕМ ВОЗРАСТЕ БЫЛА ПРООПЕРИРОВАНА ПО ПОВОДУ УЗЛОВОГО ЗОБА. У ДЕВОЧКИ ОТМЕЧАЕТСЯ ИЗБЫТОК МАССЫ ТЕЛА, СУХОСТЬ КОЖИ, ЗАПОРЫ, СЛАБОСТЬ, ТРУДНОСТИ В УЧЕБЕ. СИМПТОМЫ ПОЯВИЛИСЬ 1 ГОД НАЗАД. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ДИАГНОЗОВ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН:

1. первичный приобретенный гипотиреоз
2. опухоль ЦНС
3. конституциональная задержка роста и полового развития
4. хронический гастрит
5. синдром Иценко-Кушинга

36).БОЛЬНУЮ К. 14 ЛЕТ В ТЕЧЕНИИ НЕСКОЛЬКИХ МЕСЯЦЕВ БЕСПОКОЯТ РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ, УТОМЛЯЕМОСТЬ, МАМА ОТМЕЧАЕТ СНИЖЕНИЕ ВЕСА У РЕБЕНКА И «ПРИПУХЛОСТЬ» В ОБЛАСТИ ШЕИ. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ДИАГНОЗОВ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН:

1. лимфаденит
2. эпидемический паротит
3. болезни Грейвса
4. первичный гипотиреоз

37).ДЕВОЧКА М, 1 МЕСЯЦ, МАССА ТЕЛА 3800 ГР, БЫЛ ДИАГНОСТИРОВАН ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ. НАЗНАЧЕН ЛЕВОТИРОКСИН В ДОЗЕ:

1. 10- 15 мкг/кг/сут
2. 8-10мкг/кг/сут
3. 2-3мкг/кг/сут
4. 25-30 мкг/кг/сут

38).ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА ПРОВОДЯТ С:

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

39).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

40).КАК МОЖНО ОЦЕНИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: ЧД-20%, ЖЕЛ-87%, ОФВ1- 98%, МВЛ- 92%:

1. норма
2. патология

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

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

42).КАКОЙ ТИП СОВРЕМЕННЫХ НЕБУЛАЙЗЕРОВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА И ВЗРОСЛЫХ:

1. ультразвуковой небулайзер
2. небулайзер струйного типа
3. небулайзер мембранного типа
4. меш- небулайзеры

43).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

44).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

45).ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА СЛЕДУЮЩИЕ:

1. расширение правой границы сердца
2. акцент 11 тона на легочной артерии
3. расширение легочной артерии на рентгенограмме
4. правограмма на ЭКГ
5. все перечисленное

46).УКАЖИТЕ СИМПТОМЫ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА У ДЕТЕЙ:

1. расширение 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

47). 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

48). РЕБЕНОК 7 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ С ЖАЛОБАМИ НА ЭКСПИРАТОРНУЮ ОДЫШКУ, МАЛОПРОДУКТИВНЫЙ КАШЕЛЬ, УСИЛИВАЕТСЯ НОЧЬЮ. В АНАМНЕЗЕ ЧАСТЫЕ ОБСТРУКТИВНЫЕ БРОНХИТЫ. ОДЫШКА РЕЖЕ 1 РАЗА В НЕДЕЛЮ. ДЕДУШКА ПО ЛИНИИ ОТЦА СТРАДАЕТ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ. ПРИ ОСМОТРЕ НАД ЛЕГКИМИ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК С КОРОБОЧНЫМ ОТТЕНКОМ. НА ФОНЕ ЖЕСТКОГО ДЫХАНИЯ ПО ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ЛЕГКИХ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ВЛАЖНЫЕ РАЗНОКАЛИБЕРНЫЕ И СУХИЕ ХРИПЫ. Д 28 В МИНУТУ. ПОСВ 80%. ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ПОСВ 15%. ПУЛЬС 95 В МИНУТУ. СПИРОГРАФИЯ: ТИП НАРУШЕНИЯ ВЕНТИЛЯЦИИ ОБСТРУКТИВНЫЙ. САТУРАЦИЯ КИСЛОРОДА 98%. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. бронхиальная астма, интермиттирующая, обострение
2. бронхиальная астма, легкая персистирующая, обострение
3. бронхиальная астма, персистирующая средней степени тяжести, обострение
4. бронхиальная астма, тяжелая персистирующая, обострение

49). РЕБЕНОК 10 ЛЕТ НАХОДИТСЯ НА Д - УЧЕТЕ ПО ПОВОДУ ДИАГНОЗА: БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА, ТЯЖЕЛАЯ ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ. СОСТОЯНИЕ УХУДШИЛОСЬ. ЖАЛОБЫ НА ЧАСТЫЙ МАЛОПРОДУКТИВНЫЙ КАШЕЛЬ В НОЧНОЕ ВРЕМЯ. ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА. ПЕРКУТОРНО НАД ЛЕГКИМИ КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК. АУСКУЛЬТАТИВНО: НА ФОНЕ ЖЕСТКОГО ДЫХАНИЯ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ МАССА ВЛАЖНЫХ РАЗНОКАЛИБЕРНЫХ ХРИПОВ И СУХИХ СВИСТЯЩИХ. НОЧНЫЕ ПРИСТУПЫ УДУШЬЯ 4 РАЗА В МЕСЯЦ. ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ СНИЖЕНА. ПОСВ 60%. ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОСВ БОЛЕЕ 30%. СПИРОГРАФИЯ: ТИП НАРУШЕНИЯ ВЕНТИЛЯЦИИ ОБСТРУКТИВНЫЙ. САТУРАЦИЯ КИСЛОРОДА 97%. Д 35 В МИНУТУ. БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВКЛЮЧАЕТ:

1. вентолин
2. форматерол
3. серетид
4. пульмикорт

50). РЕБЕНОК 9 ЛЕТ НАХОДИТСЯ НА Д - УЧЕТЕ ПО ПОВОДУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ. СОСТОЯНИЕ УХУДШИЛОСЬ. ЖАЛОБЫ НА ЧАСТЫЙ МАЛОПРОДУКТИВНЫЙ КАШЕЛЬ В НОЧНОЕ ВРЕМЯ. ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА. Д 50 В МИНУТУ. ПУЛЬС 95 В МИНУТУ. ПЕРКУТОРНО НАД ЛЕГКИМИ КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК. АУСКУЛЬТАТИВНО: НА ФОНЕ ЖЕСТКОГО ДЫХАНИЯ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ МАССА ВЛАЖНЫХ РАЗНОКАЛИБЕРНЫХ ХРИПОВ И СУХИХ СВИСТЯЩИХ. СПРАВА В МЕЖЛОПАТОЧНОЙ ОБЛАСТИ ДЫХАНИЕ РЕЗКО ОСЛАБЛЕНО, ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ШУМЫ НЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ. ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ РЕЗКО СНИЖЕНА. ПОСВ 60%. ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОСВ БОЛЕЕ 30%. СПИРОГРАФИЯ: ТИП НАРУШЕНИЯ ВЕНТИЛЯЦИИ ОБСТРУКТИВНЫЙ. САТУРАЦИЯ КИСЛОРОДА 95%. ПОСТАВЬТЕ ДИАГНОЗ:

1. бронхиальная астма, персистирующая средней степени тяжести, обострение
2. бронхиальная астма, тяжелая персистирующая, обострение
3. бронхиальная астма, тяжелая персистирующая, астматический статус
4. обструктивный бронхит

51). РЕБЕНОК 12 ЛЕТ НАБЛЮДАЕТСЯ У ПЕДИАТРА С ДИАГНОЗОМ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА. ТЯЖЕЛАЯ ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ. ПРИ ОСМОТРЕ ЖАЛОБЫ НА ЭКСПИРАТОРНУЮ ОДЫШКУ. Д 35 В МИНУТУ. ПУЛЬС 105 В МИНУТУ. ПЕРКУТОРНО НАД ЛЕГКИМИ КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК. АУСКУЛЬТАТИВНО: НА ФОНЕ ЖЕСТКОГО ДЫХАНИЯ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ МАССА ВЛАЖНЫХ РАЗНОКАЛИБЕРНЫХ ХРИПОВ И СУХИХ СВИСТЯЩИХ. СПРАВА В МЕЖЛОПАТОЧНОЙ ОБЛАСТИ ДЫХАНИЕ РЕЗКО ОСЛАБЛЕНО. ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ РЕЗКО СНИЖЕНА. ПОСВ 60%. ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОСВ БОЛЕЕ 30%. СПИРОГРАФИЯ: ТИП НАРУШЕНИЯ ВЕНТИЛЯЦИИ ОБСТРУКТИВНЫЙ. САТУРАЦИЯ КИСЛОРОДА 95%. БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВКЛЮЧАЕТ:

1. антагонисты лейкотриеновых рецепторов
2. серетид(50)
3. серетид (125)
4. серетид (250)

52). НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ В НЕБУЛАЙЗЕРАХ:

1. физиологический раствор

2. отвары трав
3. масла
4. минеральные воды

53).ВЕДУЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ:

1. инспираторная одышка
2. экспираторная одышка
3. приступ затрудненного дыхания в ночное время суток
4. малопродуктивный кашель
5. лающий кашель

54).БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВКЛЮЧАЕТ:

1. ингаляционные глюкокортикостероиды
2. серетид
3. антигистаминные препараты старого поколения
4. эуфиллин
5. дексаметазон

55).ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОВОДЯТ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОМЕ:

1. облитерирующий бронхиолит
2. муковисцидоз
3. синдром Мунье-куна
4. инородное тело бронхов
5. стенозирующий ларинготрахеит

56).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

57). ЧТО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПОНЯТИЕ «АТОПИЧЕСКИЙ МАРШ»:

1. аллергический конъюнктивит
2. аллергический ринит
3. атопический дерматит
4. бронхиальная астма
5. аллергический вульвит

58). ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ФОНЕ ОРВИ:

1. применение высоких доз ИГКС короткими курсами для пациентов с выраженной вирус-индуцированной БА вне зависимости от этиологии
2. поддерживающая терапия низкими или средними дозами ИГКС детям с частыми, повторяющимися бронхообструктивными состояниями с высоким риском возникновения БА
3. виферон на фоне базисной терапии БА
4. антибактериальная терапия на фоне базисной терапии БА

59). КАКОЙ ТИП ДОСТАВОЧНОГО УСТРОЙСТВА РЕКОМЕНДОВАН К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ У ДЕТЕЙ ДО 6 ЛЕТ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ:

1. дозированный аэрозольный ингалятор
2. небулайзер, ингаляции через маску
3. изихейлер
4. спейсер бэбихайлер
5. небулайзер, ингаляции через мундштук

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

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

5. ингаляционные глюкокортикостероиды

61).МЕХАНИЗМАМИ ВЛИЯНИЯ ОЖИРЕНИЯ НА БРОНХИАЛЬНУЮ АСТМУ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. вовлечение жировой ткани (адипоцитов) в синтез провоспалительных цитокинов
2. низкая функциональная активность дыхательной мускулатуры
3. уменьшение дыхательных объемов и сужение дыхательных путей
4. увеличение сывороточных концентраций лептина способствующих развитию иммунного ответа по Th2 типу
5. уменьшение аллергических реакций

62).ФАКТОРЫ РИСКА ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

1. низкий ОФВ1
2. неправильная техника ингаляций
3. высокая антигенная нагрузка
4. низкая приверженность к лечению
5. проведение базисной терапии под контролем СПП

63).ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА ПРОВОДЯТ С:

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

64).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

65).КАК МОЖНО ОЦЕНИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: ЧД-20%, ЖЕЛ-87%, ОФВ1- 98%, МВЛ-92%:

1. норма
2. патология

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

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

67).КАКОЙ ТИП СОВРЕМЕННЫХ НЕБУЛАЙЗЕРОВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА И ВЗРОСЛЫХ:

1. ультразвуковой небулайзер
2. небулайзер струйного типа
3. небулайзер мембранного типа
4. меш-небулайзеры

68).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

69).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

70). 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

71). УКАЖИТЕ СИМПТОМЫ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА У ДЕТЕЙ:

1. расширение 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

72). 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

73). РЕБЕНОК 7 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ С ЖАЛОБАМИ НА ЭКСПИРАТОРНУЮ ОДЫШКУ, МАЛОПРОДУКТИВНЫЙ КАШЕЛЬ, УСИЛИВАЕТСЯ НОЧЬЮ. В АНАМНЕЗЕ ЧАСТЫЕ ОБСТРУКТИВНЫЕ БРОНХИТЫ. ОДЫШКА РЕЖЕ 1 РАЗА В НЕДЕЛЮ. ДЕДУШКА ПО ЛИНИИ ОТЦА СТРАДАЕТ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ. ПРИ ОСМОТРЕ НАД ЛЕГКИМИ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК С КОРОБОЧНЫМ ОТТЕНКОМ. НА ФОНЕ ЖЕСТКОГО ДЫХАНИЯ ПО ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ЛЕГКИХ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ВЛАЖНЫЕ РАЗНОКАЛИБЕРНЫЕ И СУХИЕ ХРИПЫ. Д 28 В МИНУТУ. ПОСВ 80%. ВАРИАБЕЛЬ-

НОСТЬ ПОСВ 15%. ПУЛЬС 95 В МИНУТУ. СПИРОГРАФИЯ: ТИП НАРУШЕНИЯ ВЕНТИЛЯЦИИ ОБСТРУКТИВНЫЙ. САТУРАЦИЯ КИСЛОРОДА 98%.
ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. бронхиальная астма, интерметирующая, обострение
2. бронхиальная астма, легкая персистирующая, обострение
3. бронхиальная астма, персистирующая средней степени тяжести, обострение
4. бронхиальная астма, тяжелая персистирующая, обострение

74).РЕБЕНОК 10 ЛЕТ НАХОДИТСЯ НА Д УЧЕТЕ ПО ПОВОДУ ДИАГНОЗА: БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА, ТЯЖЕЛАЯ ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ. СОСТОЯНИЕ УХУДШИЛОСЬ. ЖАЛОБЫ НА ЧАСТЫЙ МАЛОПРОДУКТИВНЫ КАШЕЛЬ В НОЧНОЕ ВРЕМЯ. ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА. ПЕРКУТОРНО НАД ЛЕГКИМИ КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК. АУСКУЛЬТАТИВНО: НА ФОНЕ ЖЕСТКОГО ДЫХАНИЯ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ МАССА ВЛАЖНЫХ РАЗНОКАЛИБЕРНЫХ ХРИПОВ И СУХИХ СВИСТЯЩИХ. НОЧНЫЕ ПРИСТУПЫ УДУШЬЯ 4 РАЗА В МЕСЯЦ. ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ СНИЖЕНА. ПОСВ 60%. ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОСВ БОЛЕЕ 30%. СПИРОГРАФИЯ: ТИП НАРУШЕНИЯ ВЕНТИЛЯЦИИ ОБСТРУКТИВНЫЙ. САТУРАЦИЯ КИСЛОРОДА 97%. Д 35 В МИНУТУ.

БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВКЛЮЧАЕТ:

1. вентолин
2. форматерол
3. серетид
4. пульмикорт

75).РЕБЕНОК 9 ЛЕТ НАХОДИТСЯ НА "Д" УЧЕТЕ ПО ПОВОДУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ. СОСТОЯНИЕ УХУДШИЛОСЬ. ЖАЛОБЫ НА ЧАСТЫЙ МАЛОПРОДУКТИВНЫ КА-ШЕЛЬ В НОЧНОЕ ВРЕМЯ. ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА. Д 50 В МИНУТУ. ПУЛЬС 95 В МИНУТУ. ПЕРКУТОРНО НАД ЛЕГКИМИ КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК. АУСКУЛЬТАТИВНО: НА ФОНЕ ЖЕСТКОГО ДЫХАНИЯ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ МАССА ВЛАЖНЫХ РАЗНОКАЛИБЕРНЫХ ХРИПОВ И СУХИХ СВИСТЯЩИХ. СПРАВА В МЕЖЛОПАТОЧНОЙ ОБЛАСТИ ДЫХАНИЕ РЕЗКО ОСЛАБЛЕНО, ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ШУМЫ НЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ. ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ РЕЗКО СНИЖЕНА. ПОСВ 60%. ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОСВ БОЛЕЕ 30%. СПИРОГРАФИЯ: ТИП НАРУШЕНИЯ ВЕНТИЛЯЦИИ ОБСТРУКТИВНЫЙ. САТУРАЦИЯ КИСЛОРОДА 95%.

ПОСТАВЬТЕ ДИАГНОЗ:

1. бронхиальная астма, персистирующая средней степени тяжести, обострение
2. бронхиальная астма, тяжелая персистирующая, обострение
3. бронхиальная астма, тяжелая персистирующая, астматический статус
4. обструктивный бронхит

76).РЕБЕНОК 12 ЛЕТ НАБЛЮДАЕТСЯ У ПЕДИАТРА С ДИАГНОЗОМ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА. ТЯЖЕЛАЯ ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ. ПРИ ОСМОТРЕ ЖАЛОБЫ НА ЭКСПИРАТОРНУЮ ОДЫШКУ. Д 35 В МИНУТУ. ПУЛЬС 105 В МИНУТУ. ПЕРКУТОРНО

НАД ЛЕГКИМИ КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК. АУСКУЛЬТАТИВНО: НА ФОНЕ ЖЕСТКОГО ДЫХАНИЯ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ МАССА ВЛАЖНЫХ РАЗНОКАЛИБЕРНЫХ ХРИПОВ И СУХИХ СВИСТЯЩИХ. СПРАВА В МЕЖЛОПАТОЧНОЙ ОБЛАСТИ ДЫХАНИЕ РЕЗКО ОСЛАБЛЕНО. ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ РЕЗКО СНИЖЕНА. ПОСВ 60%. ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОСВ БОЛЕЕ 30%. СПИРОГРАФИЯ: ТИП НАРУШЕНИЯ ВЕНТИЛЯЦИИ ОБСТРУКТИВНЫЙ. САТУРАЦИЯ КИСЛОРОДА 95%.

БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВКЛЮЧАЕТ:

1. антагонисты лейкотриеновых рецепторов
2. серетид(50)
3. серетид (125)
4. серетид (250)

77).НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ В НЕБУЛАЙЗЕРАХ:

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

78).ВЕДУЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ:

1. инспираторная одышка
2. экспираторная одышка
3. приступ затрудненного дыхания в ночное время суток
4. малопродуктивный кашель
5. лающий кашель

79).БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВКЛЮЧАЕТ:

1. ингаляционные глюкокортикостероиды
2. серетид
3. антигистаминные препараты старого поколения
4. эуфиллин
5. дексаметазон

80).ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОВОДЯТ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОМЕ:

1. облитерирующий бронхиолит
2. муковисцидоз
3. синдром Мунье-куна
4. инородное тело бронхов
5. стенозирующий ларинготрахеит

81).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

82).ЧТО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПОНЯТИЕ «АТОПИЧЕСКИЙ МАРШ»:

1. аллергический конъюнктивит
2. аллергический ринит
3. атопический дерматит
4. бронхиальная астма
5. аллергический вульвит

83).ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ФОНЕ ОРВИ:

1. применение высоких доз ИГКС короткими курсами для пациентов с выраженной вирус-индуцированной БА вне зависимости от этиологии
2. поддерживающая терапия низкими или средними дозами ИГКС детям с частыми, повторяющимися бронхообструктивными состояниями с высоким риском возникновения БА
3. виферон на фоне базисной терапии БА
4. антибактериальная терапия на фоне базисной терапии БА

84).КАКОЙ ТИП ДОСТАВОЧНОГО УСТРОЙСТВА РЕКОМЕНДОВАН К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ У ДЕТЕЙ ДО 6 ЛЕТ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ:

1. дозированный аэрозольный ингалятор
2. небулайзер, ингаляции через маску
3. изихейлер
4. спейсер бэбихайлер
5. небулайзер, ингаляции через мундштук

85).ПРИ БРОНХО- ОБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1. спазмолитики
2. антигистаминные средства
3. В2-агонисты короткого действия
4. Антибиотики
5. ингаляционные глюкокортикостероиды

86).МЕХАНИЗМАМИ ВЛИЯНИЯ ОЖИРЕНИЯ НА БРОНХИАЛЬНУЮ АСТМУ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. вовлечение жировой ткани (адипоцитов) в синтез провоспалительных цитокинов
2. низкая функциональная активность дыхательной мускулатуры
3. уменьшение дыхательных объемов и сужение дыхательных путей
4. увеличение сывороточных концентраций лептина способствующих развитию иммунного ответа по Th2 типу
5. уменьшение аллергических реакций

87).ФАКТОРЫ РИСКА ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

1. низкий ОФВ1
2. неправильная техника ингаляций
3. высокая антигенная нагрузка
4. низкая приверженность к лечению
5. проведение базисной терапии под контролем СПГ

88).КАКОЙ ХАРАКТЕР КАШЛЯ ПРИ ПЛЕВРОПНЕВМОНИИ:

1. лающий
2. битональный
3. сухой навязчивый
4. продуктивный
5. болезненный

89).МЕХАНИЗМ ОБРАЗОВАНИЯ ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИИ:

1. по типу соприкосновения, был острый бронхит
2. инородное тело верхних дыхательных путей
3. по типу острого аллергического воспаления
4. по типу обтурации бронхов

90).ОСТРУЮ ПНЕВМОНИЮ У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С:

1. инородное тело нижних дыхательных путей
2. аномалия развития бронхов
3. туберкулез
4. бронхит
5. все перечисленное

91).К ГРУППЕ НЕЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. двс синдром
2. интестинальный синдром
3. кардиоваскулярный синдром
4. пиопневмоторакс
5. токсическая нефропатия

92).КАКОЙ ХАРАКТЕР КАШЛЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПЛЕВРЫ:

1. кашель с репризами
2. болезненный
3. лающий
4. чаще ночью

5. сухой

93).РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СЕГМЕНТАРНОГО АТЕЛЕКТАЗА СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ:

1. однородная треугольная тень с четкими контурами
2. уменьшение объема сегмента
3. стойкость рентгенологических данных
4. связь тени с корнем
5. вздутие здоровой легочной ткани.

94).ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ 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

95).ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ БРОНХОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

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

96).ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

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

97).КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО БРОНХИТА СОХРАНЯЮТСЯ БОЛЕЕ ДВУХ НЕДЕЛЬ, МОЖНО ДУМАТЬ О:

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

98).ОСОБЫЕ ПОКАЗАНИЯ ПО ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ:

1. хронические и рецидивирующие заболевания респираторной системы
2. хронические заболевания сердца, почек, печени, дети из домов ребенка
3. сахарный диабет
4. дерматиты
5. аденоидные вегетации

99).К ГРУППЕ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТСЯ:

1. двс синдром
2. интестинальный синдром
3. деструкция
4. пиопневмоторакс
5. буллы

100).К ГРУППЕ ВНЕЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТСЯ:

1. двс синдром
2. интестинальный синдром
3. деструкция
4. пиопневмоторакс
5. буллы

101).ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ ПРОВОДЯТ С:

1. туберкулез
2. обструктивный бронхолит

3. инородное тело бронхов
4. опухоль
5. рецидивирующий бронхит

102).ЛЕЧЕНИИ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ:

1. аминогликозиды
2. амоксициллин
3. цефалоспорины 2-го поколения
4. цефалоспорины 3-го поколения
5. тетрациклины

103).СТУПЕНЧАТАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ ВКЛЮЧАЕТ:

1. курс аминогликозидов, продолжить антибиотиками группы макролидов
2. зинацеф вв продолжить зиннат перорально
3. цефалоспорины 2-го поколения, продолжить антибиотиками группы фторхинолонов
4. цефалоспорины 3-го поколения в/в, продолжить per os антибиотиком этой же группы

104).ВОСПАЛЕНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ ПРИ ПНЕВМОНИИ ВКЛЮЧАЕТ:

1. крупные бронхи
2. среднего калибра бронхи
3. альвеолярные ходы
4. альвеолярне мешочки
5. альвеолы

105).ВОЗБУДИТЕЛЯМИ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. кишечная палочка
2. стафилококки
3. микоплазма
4. хламидии
5. легионелла

106).ЛЕЧЕНИЕ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ:

1. ампициллин
2. цефалоспорины третьего поколения
3. фторхинолоны
4. азитромицин
5. кларитромицин

107).СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ:

1. характер кашля
2. показатель сатурация кислорода
3. высокая степень дн
4. симптомы интоксикации
5. фебрильная температура

108).РЕБЕНОК 7 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР С ЖАЛОБАМИ НА БОЛЕЗНЕННЫЙ КАШЕЛЬ, БОЛИ В ЖИВОТЕ. ЗАБОЛЕЛ ОСТРО, ТЕМПЕРАТУРА 39,0 °С. СОСТОЯНИЕ ТЯЖЕЛОЕ, ВЯЛЫЙ, КОЖА БЛЕДНАЯ, ОДЫШКА В ПОКОЕ СМЕШАННОГО ХАРАКТЕРА, УЧАСТИЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ В АКТЕ ДЫХАНИЯ. ЧД 40 В МИНУТУ, ЧСС 100 УДАРОВ В МИНУТУ. УКРОЧЕНИЕ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ПРАВОГО ЛЕГКОГО. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ДЫХАНИЕ ОСЛАБЛЕНО В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ПРАВОГО ЛЕГКОГО, ХРИПЫ НЕ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ. В ОАК ВЫРАЖЕН СДВИГ ФОРМУЛЫ ВЛЕВО. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОГК: ИНФИЛЬТРАТИВНАЯ ТЕНЬ В НИЖНЕЙ ДОЛИ ПРАВОГО ЛЕГКОГО, УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОЗРАЧНОСТИ ЛЕГОЧНЫХ ПОЛЕЙ СЛЕВА. РЕБЕРНО-ДИАФРАГМАЛЬНЫЙ СИНУС СПРАВА ЗАТЕМНЕН.

СТАРТОВАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ:

1. гентамицин
2. бисептол
3. амоксициллин
4. ванкомицин

109).РЕБЕНОК 12 ЛЕТ, НА ПРИЕМЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА КАШЕЛЬ, ГОЛОВНУЮ БОЛЬ, СЛАБОСТЬ. БОЛЕН 3 СУТОК. ПОСЛЕ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 39,0° С В ТЕЧЕНИИ 2 СУТОК. ЧД 28 В МИНУТУ. ЧСС 105 В МИНУТУ. САТУРАЦИЯ КИСЛОРОДА 98%. ПРИ ПЕРКУТОРНО: УКРОЧЕНИЕ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА ПОД УГЛОМ ЛОПАТКИ СПРАВА. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ: ДЫХАНИЯ ОСЛАБЛЕНО ТАМ ЖЕ. ХРИПОВ НЕТ. ПО ОРГАНАМ БЕЗ ИЗМЕНЕНИЙ.

СТУЛ И ДИУРЕЗ БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. В ОАК ВЫРАЖЕН СДВИГ ФОРМУЛЫ ВЛЕВО. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ: ИНФИЛЬТРАТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ СПРАВА.

СТАРТОВАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ:

1. гентамицин
2. ципрофлоксацин
3. цефтриаксон
4. амоксициллин

110). РЕБЕНОК 7 ЛЕТ ЗАБОЛЕЛ ОСТРО ПОСЛЕ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ. ТЕМПЕРАТУРА 39,0 °С, СУХОЙ БОЛЕЗНЕННЫЙ КАШЕЛЬ, ГОЛОВНАЯ БОЛЬ. СОСТОЯНИЕ ТЯЖЕЛОЕ, КОЖА БЛЕДНАЯ С МРАМОРНЫМ РИСУНКОМ. СЛИЗИСТЫЕ ЧИСТЫЕ, СУХИЕ. ГРУДНАЯ КЛЕТКА ЭМФИЗЕМАТОЗНА, ПРАВАЯ ПОЛОВИНА ОТСТАЕТ В АКТЕ ДЫХАНИЯ. ПЕРКУТОРНО: СПРАВА, НИЖЕ ЛОПАТКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УКРОЧЕНИЕ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА. АУСКУЛЬТАТИВНО: ДЫХАНИЕ ЖЕСТКОЕ, НАД ОБЛАСТЬЮ УКРОЧЕНИЯ ОСЛАБЛЕННО, ХРИПОВ НЕТ. ЧСС 120 В МИНУТУ. ЧД 32 В МИНУТУ. ОАК: ВЫРАЖЕН СДВИГ ФОРМУЛЫ ВЛЕВО. РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ: ИНТЕНСИВНОЕ ЗАТЕМНЕНИЕ В ОБЛАСТИ VIII И IX СЕГМЕНТОВ ПРАВОГО ЛЕГКОГО.

СТАРТОВАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ:

1. гентамицин внутримышечно
2. ципрофлоксацин внутривенно
3. цефтриаксон внутривенно
4. амоксициллин внутривенно

111). РЕБЕНОК 1,3 ГОД ПОСТУПАЕТ С ЖАЛОБАМИ НА Т 38,5°С В ТЕЧЕНИИ 3 ДНЕЙ, МУЧИТЕЛЬНЫЙ СУХОЙ КАШЕЛЬ. ПРИ ОСМОТРЕ СОСТОЯНИЕ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ, ИЗ НОСА СЛИЗИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ, ЗЕВ ГИПЕРЕМИРОВАН, ВТЯЖЕНИЕ МЕЖРЕБЕРНЫХ ПРОМЕЖУТКОВ НА ВДОХЕ, ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК НАД ЛЕГКИМИ СИММЕТРИЧНЫЙ, С КОРОБОЧНЫМ ОТТЕНКОМ. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ДЫХАНИЕ ЖЕСТКОЕ, ВЫСЛУШИВАЮТСЯ СУХИЕ СВИСТЯЩИЕ И РАЗНОКАЛИБЕРНЫЕ ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ, ВЫДОХ УДЛИНЕН. ЧИСЛО ДЫХАНИЙ 52 В МИНУТУ, ЧСС 128 УДАРОВ В МИНУТУ. ТОНЫ СЕРДЦА РИТМИЧНЫЕ. ПО ОРГАНАМ БЕЗ ИЗМЕНЕНИЙ.

ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

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

4. очаговая пневмония

112).РЕБЕНОК 5 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР. ЖАЛОБЫ НА ЧАСТЫЙ МАЛОПРО-ДУКТИВНЫЙ КАШЕЛЬ. БОЛЕН 2-Е СУТКИ. ЗАБОЛЕЛ ВНЕЗАПНО, КАТАРАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ НЕТ. ПУЛЬС 100 УДАРОВ В МИНУТУ. ЧД 27 В МИНУТУ. Т 36,8 С. УКОРОЧЕНИЕ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА СПРАВА В МЕЖЛОПАТОЧНОЙ ОБЛАСТИ. АУСКУЛЬТАТИВНО: ТАМ ЖЕ ДЫХАНИЕ ОСЛАБЛЕНО. СЛЕВА ДЫХАНИЕ ЖЕСТ-КОЕ, ХРИПОВ НЕТ. ОАК БЕЗ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ. ПО ОРГАНАМ БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ.

ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. очаговая пневмония
2. туберкулез
3. инородное тело бронхолегочной системы
4. бронхит

113).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

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

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

115).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

116).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

117).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

118).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

119).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

120).ЭТИОЛОГИЯ ОСТРЫХ БРОНХИТОВ ВКЛЮЧАЕТ:

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

121).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

122).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

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

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

124).ПРЕДРАСПОЛОГАЮЩИМИ ФАКТОРАМИ К РАЗВИТИЮ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ:

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

125).ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

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

126).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

127).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
5. дыхательная недостаточность первой степени

128).ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПРОСТОГО БРОНХИТА ПРОВОДЯТ С:

1. аденоидные вегетации третьей степени

2. инородное тело бронхов
3. кашель с репризами
4. острая респираторная вирусная инфекция
5. пневмония

129).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

130).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
4. отсутствие симптомов дыхательной недостаточности
5. длительный период фебрильной температуры

131).ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ОБСТРУКТИВНО-ГО БРОНХИТА ПРОВОДЯТ С:

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

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

1. флемоксин
2. но-шпа

3. вентолин
4. пульмикорт
5. супрастин

133). 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

134). РЕБЕНОК 1,5 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР С ЖАЛОБАМИ НА ЧАСТЫЙ МАЛОПРОДУКТИВНЫЙ КАШЕЛЬ, ВЫРАЖЕНА ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА. ДЫХАНИЕ 45 В МИНУТУ, ПУЛЬС 125 В МИН. ПРИ ОСМОТРЕ ГИПЕРЕМИЯ ЗЕВА, УЧАСТИЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ В АКТЕ ДЫХАНИЯ. ПЕРКУТОРНО НАД ЛЕГКИМИ ЗВУК С КОРОБОЧНЫМ ОТТЕНКОМ. ПО ВСЕХ 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

135). РЕБЕНОК 4 МЕСЯЦЕВ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ. КОЖНЫЕ ПОКРОВА БЛЕДНЫЕ, ПЕРОРАЛЬНЫЙ ЦИАНОЗ. САТУРАЦИЯ КИСЛО-РОДА 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 ЛОЖНОКРЕ-ПИТИРУЮЩИХ 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

136).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

137).РЕБЕНОК 2 ЛЕТ НАХОДИТСЯ В СТАЦИОНАРЕ С ДИАГНОЗОМ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ. ИЗ АНАМНЕЗА: СТАРТ ПЕРВОГО ЭПИЗОДА ОБСТРУКЦИИ НАЧАЛСЯ С ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ И ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПО НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ. В ОАК УМЕРЕННЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ, СДВИГ ФОРМУЛЫ ВЛЕВО. В ОАМ БЕЗ ПАТОЛОГИИ. В КОПРОЦИТОГРАММЕ СТЕАТОРЕЯ. ВЫРАЖЕНА ПОЛИФЕКАЛИЯ.

ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

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

138).РЕБЕНОК, ВОЗРАСТ 8 ЛЕТ, ЗАБОЛЕЛ ОСТРО С ПОДЪЕМА ТЕМПЕРАТУРЫ ДО 38,5⁰ С, ГОЛОВНОЙ БОЛИ , БОЛИ В ГОРЛЕ . ПРИ ОСМОТРЕ НА КОЖЕ МЕЛКОТОЧЕЧНАЯ СЫПЬ, УСИЛЕНА ПО БОКОВЫМ ПОВЕРХНОСТЯМ И В ЕСТЕСТВЕННЫХ СКЛАДКАХ, БЛЕДНЫЙ НОСОГУБНЫЙ ТРЕУГОЛЬНИК, ЛАКУНАРНАЯ АНГИНА С ЧЕТКОЙ ГРАНИЦЕЙ ГИПЕРЕМИИ, МАЛИНОВЫЙ ЯЗЫК ПОСТАВЬТЕ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ.

- 1 . Инфекционный мононуклеоз
- 2 . Скарлатина
- 3 . Корь

4 . Ветряная оспа

5 . Краснуха

139).У ПЯТИЛЕТНЕГО НЕПРИВИТОГО РЕБЕНКА ДИАГНОСТИРОВАНА КОРЬ. КАКОЙ ПАТОГМОНИЧНЫЙ СИМПТОМ ЭТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ?

1 . Пятнисто – папулезная сыпь на коже

2 . Конъюнктивит с блефароспазмом

3 . Пятна Бельского – Филатова - Коплика

4 . Эпидемиологический анамнез

5 . Повышение температуры тела

140).РЕБЕНОК , ВОЗРАСТ 5 ЛЕТ , ЗАБОЛЕЛ ОСТРО С ПОВЫШЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ДО $38,9^{\circ}\text{C}$, ПОЯВЛЕНИЯ НА КОЖЕ ЛИЦА , ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ , ТУЛОВИЩЕ И КОНЕЧНОСТЯХ ПОЛИМОРФНОЙ ПЯТНИСТО – ПАПУЛЕЗНО – ВЕЗИКУЛЕЗНОЙ СЫПИ . НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ ПОЯВИЛИСЬ НОВЫЕ ПОДСЫПАНИЯ . ВАШ ДИАГНОЗ ?

1 . Герпес *Zoster* опоясывающий

2 . Ветряная оспа

3 . Пузырчатка

4 . Простой герпес

5 . Краснуха

141).НА ПРИЕМЕ У ПЕДИАТРА 13 – ЛЕТНИЙ РЕБЕНОК , У КОТОРОГО 2 ДНЯ НАЗАД ОТМЕЧАЛОСЬ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО $38,2^{\circ}\text{C}$, НЕДОМОГАНИЕ . ОБЪЕКТИВНО НА КОЖЕ СПИНЫ , ПО ХОДУ МЕЖРЕБЕРНЫХ НЕРВОВ В 5 – 6 МЕЖРЕБЕРЬЕ , БОЛЕЗНЕННЫЕ СГРУППИРОВАННЫЕ ВЕЗИКУЛЕЗНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ НА ГИПЕРЕМИРОВАННОМ ОСНОВАНИИ. РАЗМЕРЫ ПУЗЫРЬКОВ 1-2 ММ . С СЕРОЗНЫМ СОДЕРЖИМЫМ. ВАШ ДИАГНОЗ ?

1 . Герпес *Zoster* опоясывающий

2 . Ветряная оспа

3 . Пузырчатка

4 . Простой герпес

5 . Краснуха

142).ДЕВОЧКА , ВОЗРАСТ 8 ЛЕТ , КОНТАКТИРОВАЛА С БОЛЬНЫМ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ БРАТОМ. ЗАБОЛЕЛА ОСТРО. ПЕДИАТР ДИАГНОСТИРОВАЛ У ДЕВОЧКИ

СРЕДНЕТЯЖЕЛУЮ ФОРМУ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ. НА КАКОЙ СРОК НЕОБХОДИМО ИЗОЛИРОВАТЬ ДАННОГО РЕБЕНКА ?

- 1 . Изолировать больного на 20 дней от начала появления сыпи
- 2 . Изолировать больного на 5 дней после последнего дня высыпаний
3. Изолировать больного на 21 день от начала заболевания
- 4 . Изолировать больного на 3 дня от начала заболевания
5. Изолировать больного на 21 день от начала контакта

143).У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ , ОТМЕЧАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО $38,6^{\circ}\text{C}$, НЕДОМОГАНИЕ . ОБЪЕКТИВНО ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ УВЕЛИЧЕННЫЕ ШЕЙНЫЕ , ПОДМЫШЕЧНЫЕ , ПАХОВЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ , ХРАПЯЩЕЕ ДЫХАНИЕ ОТКРЫТЫМ РТОМ, ЛАКУНАРНАЯ АНГИНА , ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ , В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ 23 % МОНОНУКЛЕАРОВ . ПОСТАВЬТЕ ДИАГНОЗ .

- 1 . Инфекционный мононуклеоз
- 2 . Скарлатина
- 3 . Корь
- 4 . Ветряная оспа
- 5 . Краснуха

144).БОЛЬНОЙ РЕБЕНОК , НЕПРИВИТОЙ , 5 ЛЕТ, НАЧАЛ КАШЛЯТЬ, ГИПЕРТЕРМИЯ ДО $38,6^{\circ}\text{C}$ ОТМЕЧАЛСЯ НАСМОРК , КОНЬЮКТИВИТ СО СВЕТОБОЯЗЬЮ, ЭНАНТЕМА В ЗЕВЕ. НА 5 - Й ДЕНЬ БОЛЕЗНИ НА ЛИЦЕ И ШЕЕ ПОЯВИЛАСЬ ПЯТНИСТО – ПАПУЛЕЗНАЯ , СЛИВНАЯ . ЯРКО КРАСНАЯ СЫПЬ , НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ ВЫСЫПАНИЯ НА ТУЛОВИЩЕ И ДО ЛОКТЕЙ НА РУЧКАХ РЕБЕНКА. ВАШ ДИАГНОЗ ?

- 1 . Инфекционный мононуклеоз
- 2 . Скарлатина
- 3 . Корь
- 4 . Ветряная оспа
- 5 . Краснуха

145).РЕБЕНОК , 8 ЛЕТ , С ЛЕГКОЙ ФОРМОЙ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ НАБЛЮДАЕТСЯ УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ И ПОЛУЧАЕТ ЛЕЧЕНИЕ НА ДОМУ . КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ КОНТАКТНЫМ ОТЦУ И МАТЕРИ ДАННОГО РЕБЕНКА ?

1. Копрологическое исследование кала

- 2 . Общий анализ крови
- 3 . Общий анализ мочи
- 4 . Биохимическое исследование крови
- 5 . Бактериологическое исследование кала на кишечную группу

146).У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ С КЛИНИКОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОЯВИЛАСЬ ЖАЖДА, БЕСПОКОЙСТВО, СУХОСТЬ СЛИЗИСТЫХ, ЗАОСТРЕНИЕ ЧЕРТ ЛИЦА, УМЕРЕННОЕ СНИЖЕНИЕ ТУРГОРА И ЭЛАСТИЧНОСТИ ТКАНЕЙ, ПОТЕРЯ МАССЫ ДО 4 % .УКАЖИТЕ СТЕПЕНЬ ЭКСИКОЗА:

- 1 . III степень
- 2 . I степень
3. IV степень
- 4 . II степень

147).РЕБЕНОК 12 ЛЕТ. ЗАБОЛЕЛ ОСТРО С ПОВЫШЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО 38,6°С,ЯЗЫК ОБЛОЖЕН БЕЛЫМ НАЛЕТОМ, СУХОЙ , ЖИВОТ ВЗДУТ.ОТМЕЧАЛИСЬБОЛИ В ЖИВОТЕ , ЧАСТЫЙ, ОБИЛЬНЫЙ, ЖИДКИЙ, ЦВЕТА “БОЛОТНОЙ ТИНЫ”СТУЛ. В АНАМНЕЗЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ ЯИЦ ВСМЯТКУ . ПОСТАВЬТЕ ПРЕДВАРТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

- 1 . Шигеллез
- 2 . Аппендицит
- 3 . Сальмонеллез
- 4 . Инвагинация
- 5 . Холера

148).РЕБЕНОК 10 ЛЕТ. ЗАБОЛЕЛ ОСТРО С ПОВЫШЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО 39,6°С , ЯЗЫК ОБЛОЖЕН БЕЛЫМ НАЛЕТОМ , СУХОЙ , ЖИВОТ ВЗДУТ . ОТМЕЧАЛИСЬ БОЛИ В ЖИВОТЕ , ЧАСТЫЙ , ОБИЛЬНЫЙ , ЖИДКИЙ , ЦВЕТА “ БОЛОТНОЙ ТИНЫ ” СТУЛ ДО 18 РАЗ В СУТКИ . В АНАМНЕЗЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ ЯИЦ ВСМЯТКУ . ЗАПОДОЗРЕН САЛЬМЕНЕЛЛЕЗ ТАЖЕЛАЯ ФОРМА. УКАЖИТЕ КАКИЕ КРИТЕРИИ ТЯЖЕСТИ ПРИ ДАННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ У РЕБЕНКА :

- 1 . Выраженность интоксикационного синдрома
- 2 . Эпидемиологический анамнез
3. Частота стула за сутки
- 4 . Возраст ребенка
- 5 . Цвет стула

149).У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ ПОЯВИЛАСЬ ЗАЛОЖЕННОСТЬ НОСА, БОЛИ В ЖИВОТЕ ,ГИПЕРТЕРМИЯ ДО 39,9° С, ВИЗУАЛЬНО ВИДНЫ УВЕЛИЧЕННЫЕ ДО РАЗМЕРОВ КУРИНОГО ЯЙЦА ПОДЧЕЛЮСТНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ, ПАХОВЫЕ, ПОДМЫШЕЧНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ ДО 2 СМ В ДИАМЕТРЕ . В ЗЕВЕ ПЛЕНЧАТЫЕ НАЛЕТЫ БЕЛО-ЖЕЛТОГО ЦВЕТА. ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ. В КРОВИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ 18% МОНОНУКЛЕАРОВ.НАЛИЧИЕ ,КАКИХ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИКО – ЛАБОРАТОРНЫХ ПРИЗНАКОВ , ПОЗВОЛИЛИ ПЕДИАТРУ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ?

- 1 . Интоксикационный синдром
- 2 . Ангина
3. Пятна Бельского – Филатова – Коплика
4. Увеличение количества мононуклеаров в общем анализе крови
- 5 . Боли в животе

150).У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ, ОТМЕЧАЕТСЯ ГИПЕРТЕРМИЯ ДО 39,5°С, УВЕЛИЧЕНИЕ ПОДЧЕЛЮСТНЫХ, ПАХОВЫХ, ПОДМЫШЕЧНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ, НА МИНДАЛИНАХ ЛЕГКО СНИМАЮЩИЕСЯ ПЛЕНЧАТЫЕ НАЛЕТЫ БЕЛО-ЖЕЛТОГО ЦВЕТА. УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ. ВРАЧОМ ЗАПОДОЗРЕН ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ. КАКИЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОМОГУТ УТОЧНИТЬ ДИАГНОЗ И ЕГО ЭТИОЛОГИЮ?

- 1 . Общий анализ крови.
2. Бактериологическое исследование на ВЛ
- 3.ПЦР и ИФА IgMкЭпштейна – Барра вирусу
4. ПЦР и ИФА Ig M к Цитомегаловирусу
- 5 . Общий анализ мочи.

151).У ТРЕХЛЕТНЕГО РЕБЕНКА ,БЕЗ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ , НЕ ПРИВИТОГО ИЗ - ЗА ОТКАЗА РОДИТЕЛЕЙ , ПРИ ОСМОТРЕ НА ДОМУ , ПЕДИАТРОМ ДИАГНОСТИРОВАНА ЛЕГКАЯ ФОРМА КОРИ. ВТОРОМУ РЕБЕНКУ ИСПОЛНИЛОСЬ 3 МЕСЯЦА, ЗДОРОВ. СЕМЬЯ ПРОЖИВАЕТ В СЕМЕЙНОМ ОБЩЕЖИТИИ. КАКИЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ПЕДИАТРУ В ДАННОМ ОЧАГЕ ИНФЕКЦИИ ?

- 1 . Больной ребенок должен быть срочно госпитализирован в инфекционный стационар
- 2 . Трехмесячному ребенку срочно с целью профилактики ввести противокоревой иммуноглобулин

3. Наблюдение за контактными в течение 21 дня
4. Немедленная госпитализация всех членов семьи в инфекционный стационар
5. Проводить лечение больного ребенка в амбулаторно-поликлинических условиях

152). У ПЯТИЛЕТНЕГО МАЛЬЧИКА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ, НА 7 ДЕНЬ БОЛЕЗНИ, РЕЗКО УХУДСИЛОСЬ ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ: ЛИХОРАДИТ ДО 39,90 С, СКАНДИРОВАННАЯ РЕЧЬ, ШАТКОСТЬ ПОХОДКИ, КРУПНО – РАЗМАШИСТЫЙ ТРЕМОР КОНЕЧНОСТЕЙ, СУДОРОГИ. ПО СКОРОЙ ПОМОЩИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАН В ИНФЕКЦИОННЫЙ СТАЦИОНАР. ВЫБЕРИТЕ ВСЕ, ИЗ НИЖЕУКАЗАННЫХ, ВИДЫ ТЕРАПИИ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ ДАННОМУ РЕБЕНКУ:

1. Противовирусная терапия (Ацикловир)
2. Противовирусная терапия (Озельтамивир)
3. Противовирусная терапия (Ремантадин)
4. Противоотечная терапия
5. Противосудорожная терапия

153). У ПЯТИЛЕТНЕГО РЕБЕНКА, БЕЗ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ, ПРИ ОСМОТРЕ НА ДОМУ, ПЕДИАТРОМ ДИАГНОСТИРОВАНА ТИПИЧНАЯ СРЕДНЕТЯЖЕЛАЯ ФОРМА КОРИ. ВЫБЕРИТЕ ВСЕ, ИЗ НИЖЕУКАЗАННЫХ, КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1. Интоксикационный синдром
2. Бело – серого цвета налеты на миндалинах, трудно снимающиеся шпателем
3. Пятна Бельского – Филатова – Коплика
4. Пятнисто – папулезная сливная этапная сыпь на коже
5. Крупно пластинчатое шелушение на ладонях и стопах

154). ВЫБЕРИТЕ ВСЕ, ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ, ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ, ПРИ КОТОРЫХ ХАРАКТЕРНЫ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНТОКСИКАЦИОННОГО СИНДРОМА И СТУЛ ЖИДКИЙ, ЧАСТЫЙ, СО СЛИЗЬЮ, ЗЕЛЕНЬЮ, ВОЗМОЖНО, С КРОВЬЮ:

1. Сальмонеллез
2. Шигеллез
3. Энтертоксигенный эшерихиоз
4. Стафилококковый энтероколит

5. Ротавирусный гастроэнтерит

155).ВЫБЕРИТЕ ВСЕ, ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ , ОСОБЕННОСТИ ШИГЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА:

- 1 . Преобладает контактно-бытовой путь передачи
- 2 . Преобладает водный путь передачи
3. Склонность к генерализации процесса
- 4 . Склонность к затяжному и хроническому течению
5. Характерен колитный синдром
6. Протекает по типу энтероколита

156).ВЫБЕРИТЕ ВСЕ , ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ , ЗАБОЛЕВАНИЯ , КОТОРЫЕ СОПРОВОЖДАЮТСЯ СИНДРОМОМ АНГИНЫ?

- 1 .Корь
- 2 . Скарлатина
- 3 . Краснуха
- 4 . Инфекционный мононуклеоз
- 5 . Аденовирусная инфекция

- 3

157).У СЕМИЛЕТНЕГО РЕБЕНКА , БЕЗ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ , ПЕДИАТР ДИАГНОСТИРОВАЛ ЛЕГКУЮ ФОРМУ СКАРЛАТИНЫ. РЕБЕНОК ПОЛУЧАЕТ ЛЕЧЕНИЕ НА ДОМУ. ВЫБЕРЕТЕ , ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГРУПП ТЕ ПРЕПАРАТЫ , КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ ДАННОМУ БОЛЬНОМУ :

- 1 . Противовирусный препарат
- 2 . Антибактериальный препарат
- 3 . Противосудорожный препарат
4. Антигистаминный препарат
5. Глюкокортикоидный препарат

158).ДЛЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ КРОМЕ

1. коллапса
2. нарушения сосудистой проницаемости
3. гиперсекреции слизи

4. расслабления гладкой мускулатуры бронхов
5. сокращения гладкой мускулатуры кишечника

159).ВТОРАЯ ЛИНИЯ ТЕРАПИИ КРАПИВНИЦЫ

1. повысить до 2-хкратной дозу современных H1- АГ препаратов
2. ингаляционныйглюкокортикоидбудесонид
3. дексаметазон внутривенно
4. атропина сульфат

160).ПРИ ГИПЕРТЕРМИИ ПАРАЦЕТАМОЛ НАЗНАЧАЮТ В РАЗОВОЙ ДОЗЕ:

1. 10-15 мг/кг
2. 50мг/кг
- 3.100мг/кг
- 4 2-5мг/кг

161).ПРЕПАРАТ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНАФИЛАКСИИ .

1. дезлоратадин
2. левоцетиризин
3. дифенгидрамин
4. глюкокортикостероиды
5. эпинефрин

162).ЭПИНЕФРИН ВУНТРИВЕННО ТИТРОВАНИЕМ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ВВОДИТСЯ В ДОЗЕ:

1. 1 мкг/кг
2. 10 мкг/кг
3. 50 мкг/кг
4. 100 мкг/кг

163).ПАЦИЕНТАМ 12 ЛЕТ И СТАРШЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕЙ, РЕЗИСТЕНТНОЙ К ТЕРАПИИ АНТИГИСТАМИННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ:

1. омализумаб

2. левоцетиризин
3. дифенгидрамин
4. глюкокортикостероиды

164). В КАКОЙ ДОЗЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ДИАЗЕПАМ ДЕТЯМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ФЕБРИЛЬНЫХ СУДОРОГ:

1. 0,1 мл/кг
2. 0,5мл/кг
3. 1мл/кг
4. 5мл/кг

165). ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ДИАЗЕПАМА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ФЕБРИЛЬНЫХ СУДОРОГ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ СЛЕДУЮЩИЙ ПРЕПАРАТ:

1. лиофилизат вальпроат натрия
2. метамизол натрия
3. дифенгидрамин
4. эпинефрин

166). В КАКОЙ ДОЗЕ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ 50% РАСТВОРА МЕТАМИЗОЛА НАТРИЯ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ДЕТЯМ СТАРШЕ ОДНОГО ГОДА

1. 0.1 мл/год жизни
2. 0,5/кг
3. 0,3 мл/год жизни
4. 1 мл/кг

167). ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ I СТЕПЕНИ ПРОВОДЯТ:

1. ингаляцию суспензии будесонида
2. дексаметазон внутривенно
3. интубация трахеи

168). В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПЕРВАЯ ЛИНИЯ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЛАРИНГО ТРАХЕИТА:

1. ингаляционный глюкокортикоид будесонид

2. дезлоратадин
3. левоцетиризин
4. дифенгидрамин
5. эпинефрин

169).ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КРАПИВНИЦЫ В КАЧЕСТВЕ ПРЕПАРАТОВ ПЕРВОЙ ЛИНИИ РЕКОМЕНДОВАНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ:

1. дезлоратадин
2. левоцетиризин
3. дифенгидрамин
4. дротаверин

170).ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КРАПИВНИЦЫ В КАЧЕСТВЕ ПРЕПАРАТОВ ТРЕТЕЙ ЛИНИИ РЕКОМЕНДОВАНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ:

1. омализумаб
2. циклоспорин А
3. монтелукаст
4. глюкокортикостероиды
5. дифенгидрамин

171).ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ АНАФИЛАКСИИ:

1. нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы: резкое снижение АД, развитие острой сердечной недостаточности, нарушения ритма.
2. нарушения со стороны дыхательной системы: одышка, бронхоспазм, гиперсекреция слизи, отек слизистых дыхательных путей
3. нарушение мозгового кровообращения, судороги
4. гастроинтестинальные симптомы (тошнота и рвота)
5. состояние кожных покровов и слизистых: уртикарные высыпания, ангиоотеки, гиперемия, кожный зуд, на более поздних стадиях – бледность, холодный пот, цианоз губ.
6. мочевого синдром — изменение объема, состава и структуры мочи

172).ПРИ «КРАСНОЙ» ЛИХОРАДКЕ В КАЧЕСТВЕ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:

1. парацетамол

2. ибупрофен ;
3. физические методы охлаждения
4. ацетилсалициловая кислота

173).ПРИ АРИТМОГЕННОМ ШОКЕ У ДЕТЕЙ, НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИАРИТМИИ НАЗНАЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ:

1. прокаинамид
2. АТФ
3. атропина сульфат
4. эпинефрин

174).ПРИ ОСТРОЙ ЗАСТОЙНОЙ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (А, 1+) ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ:

1. 2% раствор фуросемида в дозе 2—3 мг/кг внутривенно струйно.
2. 3% раствор преднизолона в дозе 3—5 мг/кг внутривенно струйно.
3. 2,4% раствор аминофиллина в дозе 2—4 мг/кг внутривенно струйно медленно в 20—40 мл 0,9% натрия хлорида.
4. 50% раствор метамизола натрия

175).ПРИ БРАДИАРИТМИЧЕСКОМ ШОКЕ ВВОДЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ:

1. атропина сульфат
2. добутамин
3. фуросемид
4. дефенгидрамин

176).ДЛЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ХАРАКТЕРНЫ:

1. артериальная гипотония и признаки централизации кровообращения:
2. уменьшение пульсового давления (менее 20 мм рт.ст.);
3. признаки нарушения микроциркуляции - холодная кожа, покрытая липким потом, бледность, мраморный рисунок кожи, олигурия.
4. артериальная гипертония

177).НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОШИБКАМИ ПРИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЮТСЯ

1. начало терапии с введения антигистаминных средств
2. быстрое обеспечение проходимости дыхательных путей
3. начало терапии с введения адреналина
4. начало терапии с введения гидрокортизона
5. начало реанимационных мероприятий при неэффективности кровообращения

178).МАЛЬЧИК 1 ГОД. ЖАЛОБЫ НА КАШЕЛЬ, ПОЯВЛЕНИЕ РЕЗКОЙ ОДЫШКИ И БЕСПОКОЙСТВО. В АНАМНЕЗЕ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ. РЕБЕНОК БЕСПОКОЙНЫЙ, ДЫХАНИЕ РЕЗКО ЗАТРУДНЕНО. ЦИАНОЗ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ. ДЫХАНИЕ ПОВЕРХНОСТНОЕ, АУСКУЛЬТАТИВНО СУХИЕ СВИСТЯЩИЕ ХРИПЫ С УДЛИНЕННЫМ ВЫДОХОМ ОТМЕЧАЕТСЯ ВЫБУХАНИЕ МЕЖРЕБЕРНЫХ ПРОМЕЖУТКОВ. ПУЛЬС СЛАБЫЙ, ЧАСТОТА 160 В 1 МИНУТУ, ТОНЫ СЕРДЦА РИТМИЧНЫЕ, ОСЛАБЛЕННЫЕ. ПОСЛЕ ОСМОТРА СОСТОЯНИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕ УХУДШАЕТСЯ, НАРОСЛА ОДЫШКА, ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ - 60 В МИНУТУ. ВАШ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. острая дыхательная недостаточность
2. острая сердечная недостаточность
3. бронхиальная астма
4. кардиогенный шок

179).ВЫЗОВ К РЕБЕНКУ 1 ГОДА. ПОВОД К ВЫЗОВУ – СУДОРОГИ. ИЗ АНАМНЕЗА – РЕБЕНОК 2 ДЕНЬ БОЛЕН ОСТРОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ. ПРИ ОСМОТРЕ: СОСТОЯНИЕ ТЯЖЕЛОЕ, ОТМЕЧАЕТСЯ СУДОРОЖНОЕ ПОДЕРГИВАНИЕ МЫШЦ РУК И НОГ. ТЕМПЕРАТУРА 39,9, КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ ГИПЕРЕМИРОВАНЫ, ПЛАЧЕТ. ПО ОРГАНАМ – ТОНЫ СЕРДЦА ПРИГЛУШЕНЫ, ЧСС 125 УД/МИН, ДЫХАНИЕ УЧАЩЕНО, ПУЛЬС УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОГО НАПОЛНЕНИЯ. ЖИВОТ БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. МЕНИНГИАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ОТСУТСТВУЮТ. КАКОЕ НЕОТЛОЖНОЕ СОСТОЯНИЕ РАЗВИЛОСЬ У РЕБЕНКА:

1. фебрильные судороги
2. эпилептический статус
3. спазмофилия
4. гипокальциемия

180).В ШКОЛЬНОМ ЗДРАВПУНКТЕ РЕБЕНКУ 11 ЛЕТ СДЕЛАНА ПРИВИВКА ВАКЦИНОЙ АД-АНАТОКСИНОМ. ЧЕРЕЗ 5 МИНУТ ПОСЛЕ ПРИВИВКИ РЕБЕНОК ПОЖАЛОВАЛСЯ НА ТОШНОТУ, ПОЯВИЛАСЬ ОДЫШКА, ГИПЕРЕМИЯ ЛИЦА, АДИНАМИЯ, ЗАТЕМ РЕБЕНОК ПОБЛЕДНЕЛ, КОЖА ПОКРЫЛАСЬ ПОТОМ И ОН ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ. ПУЛЬС УЧАЩЕН, СЛАБОГО НАПОЛНЕНИЯ, АД 60/30 ММРТ. СТ. ВОВРЕМЯ ОСМОТРА У РЕБЕНКА ПОЯВИЛИСЬ СУДОРОЖНЫЕ

ПОДЕРГИВАНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ КАКОЕ НЕОТЛОЖНОЕ СОСТОЯНИЕ
РАЗВИЛОСЬ У РЕБЕНКА:

1. анафилактический шок.
2. острая сердечная недостаточность
3. острая дыхательная недостаточность
4. эпилептический статус

181).У МАШИ К. 3 ГОДА ПОДНЯЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА ДО 39,9°С. ДЕВОЧКА ЖАЛУЕТСЯ НА ГОЛОВНУЮ БОЛЬ, ЗАЛОЖЕННОСТЬ НОСА. ПРИ ОСМОТРЕ: КОЖА ЧИСТАЯ, РОЗОВАЯ, СУХАЯ, ЗЕВ ГИПЕРЕРМИРОВАН, ПУЛЬС УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОГО НАПОЛНЕНИЯ И НАПРЯЖЕНИЯ 130 УД.В МИН. СО СТОРОНЫ ДРУГИХ ОРГАНОВ–БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. ЭФФЕКТА ОТ ПРИЕМА ИБУПРОФЕНА НЕТ. В АНАМНЕЗЕ НА ФОНЕ ГИПЕРТЕРМИИ ФЕБРИЛЬНЫЕ СУДОРОГИ. ПРЕПАРАТ ВЫБОРА В ДАННОЙ СИТУАЦИИ:

1. 50% раствора метамизола натрия
2. ацетилсалициловая кислота
3. парацетамол
4. немисулид

182).БОЛЬНОЙ Р., 1 ГОДА 3 МЕСЯЦЕВ, ПОСТУПИЛ В ОТДЕЛЕНИЕ С ЖАЛОБАМИ НА СЛАБОСТЬ, ОДЫШКУ, УТОМЛЯЕМОСТЬ, СНИЖЕНИЕ АППЕТИТА. ИЗ АНАМНЕЗА ИЗВЕСТНО, 2 НЕДЕЛИ НАЗАД ПЕРЕНЕС ОРВИ. С ЭТОГО ВРЕМЕНИ МАЛЬЧИК СТАЛ ВЯЛЫМ, ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЗИЛСЯ АППЕТИТ. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ СОСТОЯНИЕ ТЯЖЕЛОЕ. ВЫРАЖЕНЫ ВЯЛОСТЬ, АДИНАМИЯ, АППЕТИТ ОТСУТСТВУЕТ. КОЖА БЛЕДНАЯ, ЦИАНОЗ НОСОГУБНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА. ОТЕК ГОЛЕНЕЙ И СТОП. В ЛЕГКИХ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ - ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ. ЧД 60 В 1 МИНУТУ. ГРАНИЦЫ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ РАСШИРЕНА ВЛЕВО ДО ПЕРЕДНЕЙ ПОДМЫШЕЧНОЙ ЛИНИИ. ТОНЫ ГЛУХИЕ, СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ, ЧСС 160 УД/МИН. ПЕЧЕНЬ +7 СМ ПО ПРАВОЙ ЛИНИИ, СЕЛЕЗЕНКА +2 СМ. МОЧИТСЯ МАЛО, СТУЛ ОФОРМЛЕН. ВАШ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. острая дыхательная недостаточность
2. острая сердечная недостаточность
3. гломерулонефрит
4. пневмония

183).СРОКИ КОНТРОЛЯ РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ВПС

1. 3 месяца
2. 1 месяц
3. 6 месяцев

4. 1 год
5. 7-8 сутки

184).ПРОФИЛАКТИКА БАКТЕРИАЛЬНОГО ЭНДОКАРДИТА ПРОВОДИТСЯ

- 1.амоксициллином
- 2.цефтриаксоном
3. бициллином 5
4. азитромицином
- 5.ципрофлоксацином

185).ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО КОАРКТАЦИЮ АОРТЫ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ

1. снижение или отсутствие пульсации на бедренной артерии
2. снижение или отсутствие пульсации на лучевой артерии
3. снижение или отсутствие пульсации на сонной артерии

186).ПРИЧИНОЙ МИОКАРДИТА ЧАЩЕ БЫВАЕТ

1. инфекция
- 2.токсическоевоздействие
- 3.лекарственное
4. химическое

187).КАКАЯ ФОРМА МИОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЙ

- 1.Фульминантный
- 2.острый (нефульминантный)
- 3.подострый
- 4.хронический активный
- 5.хронический персистирующий.

188).ИССЛЕДОВАНИЕ КАКИХ ИММУННЫХ МАРКЕРОВ МИОКАРДИАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОКАЗАНО ПРОВОДИТЬ

- 1.исследование тропонина и его изоферментов в острый период
- 2.КФК
- 3.ЛДГ
- 4.Лактат

189).КРИТЕРИЕМ УЗИ-ДИАГНОСТИКИ НЕОБСТРУКТИВНОЙ ГКМП НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1.Преимущественно равномерная (концентрическая)или асимметрическаягипертрофия миокарда
- 2.Увеличение массы сердца
- 3.Нет признаков обструкции и переднесистолического движения створок
- 4.Наличие выпота в перикарде

190).ОСНОВУ ТЕРАПИИ ГКМП СОСТАВЛЯЮТ ПРЕПАРАТЫ

- 1.Атенолол

2. Диклофенак
3. Бициллин
4. Преднизолон
5. Азатиоприн

191). ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ СРЕДСТВ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

1. кардиоверсия
2. катетерной аблации
3. имплантация кардиостимулятора

192) ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. аденозин
2. верапамил
3. новокаинамиду
4. лидокаин
5. пропаналол

Ответ: 1

193). КОМПОНЕНТАМИ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО ЯВЛЯЮТСЯ

1. гипертрофия миокарда правого желудочка
2. ДМЖП
3. декстропозиция аорты
4. стеноз ЛА
5. стеноз аорты

194). К ДУКТУС ЗАВИСИМЫМ ПОРОКАМ ОТНОСЯТСЯ

1. Транспозиция магистральных сосудов с интактной межжелудочковой перегородкой
2. Открытый артериальный проток
3. Двойное отхождение магистральных сосудов от правого желудочка
4. Частичный аномальный дренаж легочных вен
5. Критический стеноз легочной артерии

195). ВПС, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ОБСТРУКЦИЕЙ КРОВОТОКА

1. стеноз аортального клапана (САК)
2. стеноз легочной артерии (СЛА)
3. коарктация аорты
4. ДМПП

196). ВАГАЛЬНЫМИ ПРОБАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. массаж каротидного синуса
2. проба Ашнера
3. проба Вальсальвы
4. Нажатие на корень языка

5.натирание висков нашатырным спиртом

197).КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ СИНДРОМЕ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА

- 1.Атропина сульфат
- 2.Изопреналин
- 3.Эпинефрин
- 4.Адреналин
- 5.Атенолол

198).ДЛЯ КАКОГО ВАРИАНТА НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН СИНДРОМ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У ДЕТЕЙ

- 1.синдром Романо-Уорда
- 2.синдром Морганьи-Адамса-Стокса
- 3.желудочковая пароксизмальная тахикардия
- 4.суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия
- 5.фибрилляция желудочков

199).К АРИТМОГЕННЫМ ПРИЧИНАМ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ОТНОСЯТСЯ

- 1.дисфункция синусового узла
- 2.нарушения атриовентрикулярной проводимости
- 3.пароксизмальные наджелудочковые и желудочковые тахикардии
- 4.синдром удлинённого интервала QT
- 5.ортостатические синкопе

200).ЧАСТОТА ПУЛЬСА ВО ВРЕМЯ БОДРСТВОВАНИЯ 190 В МИНУТУ СООТВЕТСТВУЕТ НОРМЕ ДЛЯ ВОЗРАСТА

- 1.до 3х недель
- 2.до 3х месяцев
- 3.до 2х лет
- 4.до 10ти лет
- 5.старше 10ти лет

201).КАКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ АГЕНТЫ ЯВЛЯЮТСЯ ЭТИОТРОПНЫМИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ НЕРЕВМАТИЧЕСКИХ КАРДИТОВ

- 1.В-гемолитический стрептококк
- 2.Герпес-вирус
- 3.Вирус Коксаки
- 4.Rubella virus
- 5.Грибковые инфекции

202).К ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСИТСЯ

- 1.Артралгии
- 2.Одышка

3. Анулярная эритема
4. Макроглоссия
5. Бледность

203). У РЕБЕНКА 2-х ЛЕТ ВЫЯВЛЕНА ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ ДО 2% ОТ ОБЩЕГО ЧИСЛА СОКРАЩЕНИЙ ЗА СУТКИ. ВАША ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

1. Суточное мониторирование ЭКГ
2. ЭКГ с нагрузкой
3. Назначить пропранолол
4. Назначить амиодарон
5. Назначить пропафенон

204). У РЕБЕНКА 13 ЛЕТ НА СОРЕВНОВАНИЯХ ПО ВЕЛОСПОРТУ ВОЗНИК ПРИСТУП ТАХИКАРДИИ С ЧСС 210 В МИНУТУ. ПОСТАВЬТЕ ДИАГНОЗ

1. Непароксизмальная тахикардия
2. Пароксизмальная тахикардия
3. Атриовентрикулярная блокада
4. Нормальный ритм сердца

205). РЕБЕНОК 12-ТИ ЛЕТ. ПРОХОДИЛ ЛЕЧЕНИЕ В ИНФЕКЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ ПО ПОВОДУ ЛИХОРАДКИ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА. ОБЪЕКТИВНО: КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЛЕДНЫЕ, НА КОНЧИКАХ ПАЛЬЦЕВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ФИОЛЕТОВО-КОРИЧНЕВЫЕ ПЯТНА. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ГРУБЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ. ЛАБОРАТОРНО: ВЫСОКАЯ СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ, ЛЕЙКОЦИТОЗ, ТРОМБОЦИТОЗ, ПРОКАЛЬЦИТОНИН 31 НГ/МЛ. ВАШ ДИАГН

1. Лейкоз
2. Ревматизм
3. Бактериальный эндокардит
4. Системная красная волчанка

206). РЕБЕНОК 1,5 МЕСЯЦА. ОБРАТИЛСЯ С ЖАЛОБАМИ НА КАПРИЗНОСТЬ, ВЯЛОСТЬ, ПОБЛЕДНЕНИЕ И ПОСИНЕНИЕ НОСОГУБНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА ПРИ СОСАНИИ И КРИКЕ. НАБИРАЕТ ПЛОХО В ВЕСЕ. ВАШ ДИАГНОЗ:

1. ДМЖП
2. ДМПП
3. Открытое овальное окно
4. Проплапс митрального клапана
5. Открытый аортальный проток

207). КАКИЕ ОСОБЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ДЕФЕКТОМ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

1. наличие тотального тёмно-фиолетового цианоза
2. формирование «барабанных палочек» и «часовых стёкол»
3. затяжные и рецидивирующие пневмонии и бронхиты
4. возникновение гипоксического приступа
5. нарушение физического развития и развитие гипотрофии

208).УМЕРЕННОЙ ЛИХОРАДКОЙ СЧИТАЕТСЯ ТЕМПЕРАТУРА:

1.37.1-37.9 градусов

2.38.0-39.0 градусов

3.39.1-41.0 градусов

209).ВЫСОКОЙ ЛИХОРАДКОЙ СЧИТАЕТСЯ ТЕМПЕРАТУРА:

1.31.1-37.9 градусов

2.38.0-39.0 градусов

3.39.1-41.0 градусов

4. более 41 градуса

210).ЛИХОРАДКА НЕ ЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ ШИФРУЕТСЯ ПО МКБ 10:

1.В 99

2.Р 50

3.М 08

211).ПОВТОРОНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПАРАЦЕТАМОЛА И ИБУПРОФЕНА ВОЗМОЖНО НЕ РАНЕЕ:

1.Через 4-5 ч после первого их приема

2.Через 3-4 ч после первого их приема

3.Через 3-4 ч после первого их приема

212).ПРИ «БЕЛОЙ» ЛИХОРАДКЕ ПРИ ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ РЕБЕНКА ИСПОЛЬЗУЮТ:

1.Введение внутривенно медленно раствора парацетамола из расчета разовой инфузии для детей от 1 года и старше по 15 мг/кг

2. Введение внутривенно метамизола натрия (аналгина) 50% 0.1мл на год жизни

213).ПРЕПАРАТ ЗАПРЕЩЕННЫЙ КАК ЖАРОПОНИЖАЮЩЕЕ У ДЕТЕЙ ЛЮБОГО ВОЗРАСТА:

1.Аспирин

2.Нимесулид

3.Напроксен

4.Кетопрофен

214).ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПОКАЗАНО ИССЛЕДОВАНИЕ:

- 1.Антинуклеарного фактора
- 2.Миелограммы
- 3.Креатининфосфокиназы
- 4.Триглицеридов

215).ПРИ ОСМОТРЕ КОЖА У РЕБЕНКА БЛЕДНАЯ , С МРАМОРНЫМ РИСУНКОМ И ЦИАНОТИЧНЫМ ОТТЕНКОМ ГУБ, КОНЧИКОВ ПАЛЬЦЕВ,КОНЕЧНОСТИ ХОЛОДНЫЕ. СОХРАНЯЕТСЯ ОЩУЩЕНИЕ ХОЛОДА, ТАХИКАРДИЯ, ОДЫШКА КАКОЙ ТИП ЛИХОРАДКИ У РЕБЕНКА:

- 1.Белая
- 2.Красная

216).ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ ИНДУЦИРОВАННАЯ АНЕСТЕТИКАМИ ВОЗНИКАЕТ У ДЕТЕЙ С :

- 1.Миотонией
- 2.Гидроцефалией
- 3.Лейкозом
- 4.Дерматомиозитом

217).НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1.Синдром Маршалла
- 2.Семейная средиземноморская лихорадка
- 3.Синдром Макла-Уэлса
- 4.TRAPS-синдром

218).ПОКАЗАНИЯ К ДОСТАВКЕ В СТАЦИОНАР ЛИХОРАДЯЩЕГО БОЛЬНОГО:

- 1.неэффективное использование двух схем терапии и более;
2. неэффективное применение стартовой терапии при «белой» лихорадке у детей 1 года жизни;
3. сочетание устойчивой лихорадки и прогностически неблагоприятных факторов риска (эпилепсия, артериальная и внутричерепная гипертензия, гидроцефалия, порок сердца и т.д.);
4. геморрагическая сыпь на фоне лихорадки, а также нарушение сна, отказ от еды и питья, беспокойство, тахикардия, одышка (исключить менингококкемию);
5. лихорадка на фоне болей в животе и рвоты (исключить аппендицит, инфекцию мочевыводящих путей)
- 6.рецидив лихорадки

219).НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОКАЗАНИЕМ К ЖАРОПОНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

- 1.умеренная лихорадка (38 °С) у больных с эпилепсией, онкологической патологией, симптомами повышения внутричерепного и артериального давления, пороками сердца, гидроцефалией и другими прогностически неблагоприятными факторами риска
- 2.умеренная лихорадка у детей первых 3 мес жизни;
3. умеренная лихорадка у детей до 3 лет жизни с последствиями перинатального повреждения ЦНС (особо — у детей с экстремально низкой массой тела при рождении);
- 4.все случаи высокой лихорадки (39°С и выше) вне зависимости от возраста ребенка;
- 5.все случаи «белой» лихорадки
- 6.лихорадка более 37,5 °С у больных с эпилепсией, онкологической патологией, симптомами повышения внутричерепного и артериального давления, пороками сердца, гидроцефалией и другими прогностически неблагоприятными факторами риска

220).ЛИХОРАДКОЙ НЕ ЯСНОГО ГЕНЕЗА СЧИТАЕТСЯ ЛИХОРАДКА ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ

- 1.Более 2 недель
- 2.Если в условиях стационара в течении недели не установлена причина лихорадки
- 3.Если в условиях стационара в течении 2 недель не установлена причина лихорадки
- 4.Более 3 недель

221).ЧТО ИЗ ВЫШЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОВОРИТ ОБ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА:

- 1.С-реактивный белок
- 2.Скорость оседания эритроцитов
- 3.Фибриноген
4. Креатинин
- 5.Щелочная фосфатаза

222).СУДОРОГИ СЧИТАЮТСЯ ФЕБРИЛЬНЫМИ У ЛИХОРАДЯЩЕГО РЕБЕНКА, ЕСЛИ:

- 1.Его возраст от 6 месяцев до 5 лет
- 2.Отсутствует инфекция центральной нервной системы
- 3.Отсутствуют в анамнезе афебрильные судороги
4. Температура пациента выше 39 градусов

223).КАКАЯ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ МОЖЕТ ДЕБЮТИРОВАТЬ С ЛИХОРАДКОЙ:

1. Системный вариант ювенильного артрита
2. Системная красная волчанка
3. Гранулематоз Вегенера
4. Полиартикулярный ювенильный идиопатический артрит
5. Анкилозирующий спондилоартрит

224).КРИТЕРИЯМИ ЛИХОРАДКИ БЕЗ ВИДИМОГО ОЧАГА ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. Температура тела выше 39 градусов у детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет
2. Температура тела выше 38 градусов у детей до 3 месяцев
3. Отсутствие других признаков заболевания
4. Вечерние подъемы температуры выше 39 градусов
5. Белый тип лихорадки

225).ВЕРОЯТНОСТЬ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ВЫСОКА ЕСЛИ:

1. Лейкоцитоз более 15тыс.\ мкл.
2. Ферритин более 300 нг\мл
3. Нейтрофилез более 10000 тыс./мкл
4. Прокальцитонин более 2нг/мл.

226).ДЕТЯМ С ЛИХОРАДКОЙ БОЛЕЕ 5 ДНЕЙ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ДЭХОКГ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ :

1. Болезни Kawasaki
2. Системной красной волчанки
3. Гранулематоза Вегенера
4. Бактериального эндокардита
5. Ревмокардита

227).ДЛЯ КАКИХ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ХАРАКТЕНА ЛИХОРАДКА:

1. Лейкоз
2. Опухоль Вилмса
3. Нейробластома
4. Саркома Юинга
5. Лимфогранулематоз

228). РЕБЕНОК 3 ЛЕТ ПОСТУПИЛ С ФЕБРИЛЬНОЙ ЛИХОРАДКОЙ БОЛЕЕ 10 ДНЕЙ С В УТРЕННИЕ И НОЧНЫЕ ЧАСЫ, ВОСКОВИДНОЙ БЛЕДНОСТЬЮ, СЛАБОСТЬЮ. В АНАЛИЗЕ КРОВИ ЛЕЙКОЦИТЫ $2.1 \times 10^9/L$, ТРОМБОЦИТЫ $22 \times 10^9/L$, ГЕМОГЛОБИН 78 Г/Л. ПАЛОЧКОЯДЕРНЫЕ 1%, ЛИМФОЦИТЫ 89%, МОНОЦИТЫ 1%, БЛАСТЫ 1%, СОЭ 56 ММ\ЧАС. ПОСТАВЬТЕ ДИАГНОЗ:

1. Системная волчанка
2. Острый лейкоз
3. Туберкулез
4. Синдром приобретенного иммунодефицита

229). У РЕБЕНКА ВОЗНИКАЕТ ЛИХОРАДКА С 3 ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ 3 ДНЯ, СОПРОВОЖДАЕМАЯ БОЛЯМИ В ЖИВОТЕ, АРТАЛГИЯМИ, С ИНТЕРВАЛОМ 1 МЕСЯЦ:

1. Системный артрит
2. Системная красная волчанка
3. Семейная средиземноморская лихорадка
4. Синдром Макла-Уэлса

230). РЕБЕНОК ОБРАТИЛСЯ С ЖАЛОБАМИ НА ЛИХОРАДКУ В ВЕЧЕРНИЕ ЧАСЫ С ОЗНОБОМОКОЛО МЕСЯЦА НАЗАД ПРООПЕРИРОВАН ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА.

ПОСТАВЬТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. Миокардит
2. Перикардит
3. Инфекционный эндокардит

231). У РЕБЕНКА 3 ЛЕТ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ПАРАЦЕТАМОЛА И ЧЕРЕЗ 1 ЧАС ИБУПРОФЕНА СОХРАНЯЕТСЯ ЛИХОРАДКА 39.2. ПРЕДЛОЖИТЕ ВАРИАНТ ТЕРАПИИ:

1. Парацетамол внутривенно 15 мг/кг
2. Дротаверин 2% 0.1 мл на год жизни + хлораперамин 0.1 мл на год жизни
3. Метамизол натрия 50% 0.1 мл на год жизни + хлораперамин 0.1 мл на год жизни

232). У РЕБЕНКА 1 ГОДА ПОВЫСИЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА ДО 39 ГРАДУСОВ. КИСТИ И СТОПЫ ХОЛОДНЫЕ. СТАРТОВАЯ ТЕРАПИЯ БРИГАДОЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ ЛИХОРАДКИ ПАРАЦЕТАМОЛОМ И ИБУПРОФЕНОМ НЕ ЭФФЕКТИВНА. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

1. Парацетамол внутривенно 15 мг/кг
2. Метамизол натрия 50% 0.1 мл на год жизни + хлораперамин 0.1 мл на год жизни
3. Госпитализация ребенка

233).ОТ ЧЕГО БОЛЕЕ ВСЕГО ЗАВИСИТ КЛУБОЧКОВАЯ ФИЛЬТРАЦИЯ?

- 1.уровня фильтрационного давления
- 2.эндотелия капилляров
- 3.проницаемости клубочкового фильтр
- 4.гидростатического давления
- 5.онкотического давления

234).В КАКОЙ СТАДИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕТ ОПАСНОСТИ ГИПЕРКАЛИЕМИИ

- 1.начально-шоковая
- 2.олигоанурическая
- 3.ранняя полиурическая
- 4.поздняя полиурическая

235).КАКОЙ ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК ПОЛОЖЕН В ОСНОВУ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ХПН?

- 1.гипертония
2. клиренс креатинина
- 3.степень анемии
- 4.отеки
- 5.сердечная недостаточность

236).КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ НЕ ВХОДИТ В ПРОГРАММУ ТЕРАПИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА?

- 1.преднизолон
2. резохин
3. гепарин
4. курантил

237).КАКОЙ УРОВЕНЬ ФИЛЬТРАЦИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?

- 1.40-50 мл/мин.
- 2.60-70 мл/мин.
3. 80-120 мл/мин.

238).ЧТО ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ ПРОБА РЕБЕРГА?

1. секреторную функцию почек
2. концентрационную способность почек
3. клубочковую фильтрацию, канальцевую реабсорбцию
4. плазменный кровоток
5. транспорт электролитов

239).КАКАЯ ИЗ ПРИЧИН НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЭТИОЛОГИЕЙ РЕНАЛЬНОЙ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?

1. токсико-аллергическая
2. гломерулонефрит
3. отравления
- 4.септический шок
- 5.окклюзия мочевых путей

6.отторжение пересаженной почки

240).КОГДА НАБЛЮДАЕТСЯ НИКТУРИЯ И НОЧНОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ДЕТЕЙ?

- 1.острый нефрит
- 2.хронический нефрит
- 3.хронический пиелонефрит
- 4.хроническая почечная недостаточность

241).ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА:

- 1.острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом
- 2.острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом
- 3.острый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом
- 4.хронический гломерулонефрит с почечной недостаточностью

242).КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ НЕ ОТНОСИТСЯ К ТУБУЛОПАТИИ?

- 1.полиурия
- 2.остеопатия
- 3.нефролитиаз
- 4.гипертензия
- 5.отеки

243).КАКАЯ ИЗ ПРИЧИН НЕ ОТНОСИТСЯ К ЭТИОЛОГИИ ПРЕРЕНАЛЬНОЙ ОПН?

- 1.гемолиз
- 2.снижение АД
- 3.окклюзия мочевых путей
- 4.потеря электролитов и обезвоживание
- 5.эндогенная интоксикация

244).ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ГЕМОДИАЛИЗУ?

- 1.гипергидратация и ацидоз
- 2.гиперкалиемия более 6,5 мэкв/л
- 3.артериальная гипертензия
- 4.повышение уровня мочевины более 40-60 ммоль/л
- 5.продолжительная анурия

245).КАКОВА ЁМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 1 ГОД?

- 1.30-35 мл
- 2.50-60 мл
- 3.150-200 мл
- 4.250-300 мл

246).УКАЖИТЕ ОПТИМАЛЬНУЮ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НЕПРЕРЫВНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ

- 1.5-6 мес.
- 2.2 недели
- 3.6-12 мес.
- 4.6 недель
- 5.10 дней

247).ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНА ПРЕХОДЯЩАЯ ОЛИГУРИЯ?

- 1.острая почечная недостаточность
- 2.острый гломерулонефрит
- 3.начальная стадия ХПН
- 4.уремия
- 5.хроническая почечная недостаточность

248).ЧТО ХАРАКТЕРИЗУЕТ АЗОТОВЫДЕЛИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК?

- 1.остаточный азот
- 2.креатинин
- 3.мочевая кислота
- 4.мочевина
- 5.электролиты

249).В НОРМЕ КЛУБОЧКОВАЯ ФИЛЬТРАЦИЯ СОСТАВЛЯЕТ

1. 60-80 мл/мин.
2. 80-120 мл/мин.
3. 130-150 мл/мин
- 4.30-50 мл/мин.

250).КАКАЯ ИЗ ПРИЧИН НЕ ОТНОСИТСЯ К ЭТИОЛОГИИ ПРЕРЕНАЛЬНОЙ ОПН?

- 1.гемолиз
- 2.снижение АД
- 3.окклюзия мочевых путей
- 4.потеря электролитов и обезвоживание
- 5.эндогенная интоксикация

251).ОПРЕДЕЛИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ

- 1.повышение температуры
- 2.отеки
- 3.дизурические расстройства
- 4.болевого синдром
- 5.значительная протеинурия
- 6.повышение артериального давления
- 7.гиперхолестеринемия
- 8.гипопротеинемия

252).ПРИ КАКИХЗАБОЛЕВАНИЯХ НАБЛЮДАЕТСЯ АССИМЕТРИЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК?

- 1.хронический гломерулонефрит
- 2.острый гломерулонефрит
- 3.диабетический нефросклероз
- 4.аномалии развития почек
- 5.ХПН
- 6.хронический пиелонефрит

253).ОПРЕДЕЛИТЕ ТРИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫХ ПРИЗНАКА ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

- 1.отечность
- 2.повышение АД
- 3.болевого синдром
- 4.токсикоз
- 5.дизурические расстройства
- 6.гематурия

254).КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МОЧЕГОННЫХ СРЕДСТВ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕПАРАТАМИ БЫСТРОГО ДЕЙСТВИЯ?

- 1.лазикс
2. урегид
- 3.гипотиазид
4. верошпирон
5. диакарб

255).ОПРЕДЕЛИТЕ ТРИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫХ ПРИЗНАКА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА:

- 1.гипертермия
- 2.токсикоз
- 3.отеки
- 4.дизурические расстройства
- 5.повышение артериального давления
- 6.болевого синдром
- 7.эритроцитурия

256).К СИМПТОМАМ АНЕМИИ ОТНОСЯТСЯ:

1. одышка, бледность
2. увеличение лимфатических узлов
3. увеличение селезенки
4. кровоточивость
5. боли в костях

257).ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ В-12 ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИНАДЛЕЖИТ:

1. исследование костного мозга
2. исследование содержание сывороточного железа

3. исследование кала на яйца глистов
4. фиброгастроскопия
5. исследование трансферрина

258).ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА НАЗНАЧАЮТСЯ:

1. на 3-4 месяца
2. на 1-2 месяца
3. на 2-3 месяца
4. на 1-2 недели
5. на 2-3 недели

259).ТРОМБОЦИТОПЕНИИ МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КРОМЕ:

1. лейкозы
2. тромбоцитопатии
3. тромбоцитопении
4. полицитемии
5. цирроз печени

260).УКАЖИТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ГЕМОФИЛИИ:

1. снижение фибриногена
2. удлинение времени кровотечения
3. удлинения времени свертывания крови
4. снижение протромбинового показателя
5. нарушение ретракции кровяного сгустка

261).ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. гипохромия
2. ретикулоцитоз
3. низкий уровень железа в сыворотке крови
4. повышенный уровень ОЖСС
5. анизо и пойкилоцитоз

262).НАРУШЕНИЕ ТРОМБОЦИТАРНО-СОСУДИСТОГО ГЕМОСТАЗА МОЖНО ВЫЯВИТЬ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ:

1. времени кровотечения
2. количества фибриногена
3. времени свертывания крови
4. количества эритроцитов
5. фактора Хагемана

263).ЕСЛИ У БОЛЬНОГО ИМЕЕТСЯ ГЕМАТОМНЫЙ ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ И ПОРАЖЕНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, ТО СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ:

1. геморрагический васкулит
2. болезнь Верльгофа

3. тромбоцитопатию
4. гемофилию
5. ДВС- синдром

264).К ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ДИАТЕЗАМ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ НАРУШЕНИЕМ ГЕМОСТАЗА, ОТНОСЯТСЯ:

1. болезнь Верльгофа
2. болезнь Боткина
3. гемофилия
4. микросфероцитоз
5. анемии

265).УКАЖИТЕ ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ:

1. гематомный
2. петехиально-пятнистый(микроциркуляторный)
3. смешанный микроциркуляторно-гематомный
4. васкулитно-пурпурный
5. ангиоматозный

266).ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ РЕТИКУЛОЦИТОВ В КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

1. апластической анемии
2. В-12 анемии
3. фолиеводефицитной анемии
4. белководефицитной анемии
5. хронической кровопотери

267).УКАЖИТЕ ДЕФИЦИТ ФАКТОРА, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ГЕМОФИЛИИ А:

1. фактор Кристмаса
2. VIII фактор
3. фактор Виллебранда
4. фактор Хагемана

268).УКАЖИТЕ ДЕФИЦИТ ФАКТОРА, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ГЕМОФИЛИИ В:

1. фактор Кристмаса
2. VIII фактор
3. фактор Виллебранда
4. фактор Хагемана

269).К МЕМБРАНОПАТИЯМ ОТНОСЯТСЯ:

1. серповидно-клеточная анемия
2. болезнь Минковского-Шоффара гемолитическая анемия
3. анемия с дефицитом глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы

270).К ГЕМОГЛОБИНОПАТИЯМ ОТНОСЯТСЯ:

1. серповидно-клеточная анемия
2. болезнь Минковского-Шоффара гемолитическая анемия
3. анемия с дефицитом глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы

271).К ФЕРМЕНТОПАТИЯМ ОТНОСЯТСЯ:

1. серповидно-клеточная анемия
2. болезнь Минковского-Шоффара гемолитическая анемия
3. анемия с дефицитом глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы

272).ПЕРЕД ПЕРЕЛИВАНИЕМ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ МАССЫ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ПРОБЫ:

1. биологическая
2. серологическая
3. по системе АВО
4. по резус фактору

273).ПЕРЕД ПЕРЕЛИВАНИЕМ ТРОМБОКОНЦЕНТРАТА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ПРОБУ:

1. биологическая
2. серологическая
3. по системе АВО
4. по резус фактору

274).УКАЖИТЕ НАРУШЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ТРОМБОЦИТОПАТИИ:

1. нарушения реакции освобождения, адгезии, агрегации тромбоцитов
2. увеличение фибринолитической активности крови
3. снижение фибринолитической активности крови
4. удлинение свертывания в 1 и 2 фазах
5. гиперкоагуляция в 1 и 2 фазах

275).УКАЖИТЕ НАРУШЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ГЕМОФИЛИИ А:

1. нарушения реакции освобождения, адгезии, агрегации тромбоцитов
2. увеличение фибринолитической активности крови
3. снижение фибринолитической активности крови
4. удлинение свертывания в 1 и 2 фазах
5. гиперкоагуляция в 1 и 2 фазах

276).УКАЖИТЕ НАРУШЕНИЯ В КОАГУЛОГРАММЕ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА:

1. нарушения реакции освобождения, адгезии, агрегации тромбоцитов
2. увеличение фибринолитической активности крови
3. снижение фибринолитической активности крови
4. удлинение свертывания в 1 и 2 фазах
5. гиперкоагуляция в 1 и 2 фазах

277).ТИП ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ СЫПИ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ КОАГУЛОПАТИИ:

1. пятнисто-папулезный (геморрагический с элементами воспаления)
2. петехиально-пятнистый (смешанный)
3. петехиальный
4. везикулярный
5. гематомный

278).ТИП ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ СЫПИ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ТРОМБОЦИТОПАТИИ:

1. пятнисто-папулезный (геморрагический с элементами воспаления)
2. петехиально-пятнистый (смешанный)
3. петехиальный
4. везикулярный
5. гематомный

279).ТИП ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ СЫПИ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ:

1. пятнисто-папулезный (геморрагический с элементами воспаления)
2. петехиально-пятнистый (смешанный)
3. петехиальный
4. везикулярный
5. гематомный

280).ИЗМЕНЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОЛЕЗНИ МИНКОВСКОГО-ШОФФАРА (МЕМБРАНОПАТИИ):

1. нормохромная анемия
2. гипохромная анемия
3. снижение осмотической резистентности эритроцитов
4. повышение осмотической резистентности
5. наличие мишеневидных эритроцитов

281).ИЗМЕНЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ГЕМОГЛОБИНОПАТИИ:

1. нормохромная анемия
2. гипохромная анемия
3. снижение осмотической резистентности эритроцитов
4. повышение осмотической резистентности
5. наличие мишеневидных эритроцитов

282)ДЛЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ ХАРАКТЕРНО:

1. склонность к ангионевротическим отекам
2. наличие излюбленной локализации
3. симметричность высыпаний
4. полихромность высыпаний
5. экхимозы

283).ДЛЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ ХРАКТЕРНО:

1. появление спонтанных экхимозов
2. полиморфность высыпаний
3. симметричность высыпаний
4. папулезно-геморрагическая сыпь
5. полихромность высыпаний

284).ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА:

1. дицинон
2. преднизолон
3. гепарин
4. антиагреганты
5. факторы свертывания

285).БОЛЬНОЙ Н, 11 ЛЕТ, ПОЛУЧАЕТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫЕ КУРСЫ ПРЕДНИЗОЛОНА ПО ПОВОДУ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ. ЧИСЛО ТРОМБОЦИТОВ УВЕЛИЧИЛОСЬ ДО 60 ТЫСЯЧ, ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ СОХРАНЯЕТСЯ. ВАША ТАКТИКА?

1. произвести спленэктомия
2. отменить преднизолон
3. увеличить дозу преднизолона
4. присоединить цитостатики
5. произвести трансфузию донорских тромбоцитов

286).РЕБЕНОК Р, 7-МИ ЛЕТ. СТРАДАЕТ НОСОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ПОСЛЕ ТРАВМ И ОБШИРНЫМИ ГЕМАТОМАМИ. ПОСТУПИЛ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ, ВОЗНИКШИЕ ПОСЛЕ УРОКА ФИЗКУЛЬТУРЫ. СУСТАВ УВЕЛИЧЕН В ОБЪЕМЕ, РЕЗКО БОЛЕЗНЕННЫЙ, ОБЪЕМ ДВИЖЕНИЙ ЗНАЧИТЕЛЬНО ОГРАНИЧЕН. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ МОЖНО ДУМАТЬ?

1. тромбоцитопатия
2. тромбоцитопения
3. гемофилия
4. васкулит
5. геморрагический васкулит

287).БОЛЬНАЯ Ю, 9 ЛЕТ, НАХОДИТСЯ В СТАЦИОНАРЕ ПО ПОВОДУ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ. НА ТЕЛЕ ЕДИНИЧНЫЕ ПЕТЕХИАЛЬНО-ПЯТНИСТЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ, ДРУГИХ ИЗМЕНЕНИЙ НЕТ. ТРОМБОЦИТЫ 12 ТЫСЯЧ/МЛ. РАНЕЕ ПО ПОВОДУ ЭТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НИКОГДА НЕ ЛЕЧИЛАСЬ. ВАША ТАКТИКА?

1. воздержаться от лечения, динамическое амбулаторное наблюдение
2. преднизолон
3. спленэктомия
4. цитостатики
5. плазмаферез

288).У ДЕВОЧКИ С, 12 ЛЕТ ЖАЛОБЫ НА СЛАБОСТЬ, УТОМЛЯЕМОСТЬ, ЧАСТЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, ЛОМКОСТЬ НОГТЕЙ, СЕКУЩИЕСЯ ВОЛОСЫ, ЖЕЛАНИЕ ЕСТЬ МЕЛ. В АНАЛИЗЕ КРОВИ СНИЖЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА. КАКОЙ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ?

1. В-12 дефицитная анемия
2. железodefицитная анемия
3. апластическая анемия
4. гемолитическая анемия
5. белководефицитная анемия

289).ЖАЛОБЫ НА СХВАТКООБРАЗНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ В ОБЛАСТИ ПУПКА. ЖИВОТ НЕСКОЛЬКО ВЗДУТ, ПРИ ПАЛЬПАЦИИ МЯГКИЙ. НА КОЖЕ МНОЖЕСТВЕННЫЕ СИНЯКИ. ПРАВЫЙ КОЛЕННЫЙ СУСТАВ ПРИПУХШИЙ, ПРИ ПАЛЬПАЦИИ БОЛЕЗНЕННЫЙ. В ОАК Нв- 130 г/л, ТРОМБОЦИТЫ-200x10⁹. ПТИ- В НОРМЕ. ВРЕМЯ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ УДЛИНЕНО. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ МОЖНО ДУМАТЬ?

1. апластическая анемия
2. тромбоцитопеническая пурпура
3. гемофилия
4. геморрагический васкулит
5. тромбоцитопатия

290).БИОХИМИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ НОВОРОЖДЕННЫХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

1. адреногенитальный синдром
2. синдром Дауна
3. сахарный диабет
4. синдром Шерешевского-Тернера
5. синдром Нунан

291).ЗАБОР КРОВИ НА ВДКН У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НА:

1. в 1 сутки
2. на 3 сутки
3. на 6 сутки
4. на 7 сутки
5. на 10 сутки

292).ЗАБОР КРОВИ НА ВДКН У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НА:

1. в 1 сутки
2. на 3 сутки
3. на 6 сутки
4. на 7 сутки
5. на 10 сутки

293). ПОПУЛЯЦИОННАЯ ЧАСТОТА ВДКН В ЕВРОПЕЙСКИХ ПОПУЛЯЦИЯХ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 1: 700
2. 1: 1000
3. 1: 2000
4. 1: 4000
5. 1: 25 000

294). ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ВДКН (ВИРИЛЬНАЯ ФОРМА) ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ:

1. заместительная терапия глюкокортикоидами
2. заместительная терапия минералокортикоидами
3. заместительная терапия глюко - и минералокортикоидами
4. заместительная терапия люлебиринами
5. заместительная терапия десмопрессином

295). ДЛЯ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

1. низкий уровень кортизола, высокий АКТГ, гипогликемия
2. высокий уровень кортизола, высокий АКТГ, гипогликемия
3. низкий уровень кортизола, высокий АКТГ, гипергликемия
4. низкий уровень кортизола, низкий АКТГ, гипергликемия
5. нормальный уровень кортизола, низкий АКТГ, гипергликемия

296). ВЕРОЯТНОСТЬ ПОВТОРНОГО РОЖДЕНИЯ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА У СУПРУГОВ, ИМЕЮЩИХ РЕБЕНКА, СТРАДАЮЩЕГО ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 75%
2. 50%
3. 25%
4. близко к 0%
5. 100%

297). ДЛЯ ВДКН (СОЛЬТЕРЯЮЩАЯ ФОРМА) ХАРАКТЕРНЫ:

1. высокий уровень 17-ОН-прогестерона крови, гиперкалиемия
2. высокая концентрация хлоридов в потовой жидкости
3. высокий уровень метанефринов крови
4. низкий уровень АКТГ и низкий уровень калия в крови
5. низкий уровень 17 – ОН - прогестерона

298). ДЛЯ ВДКН (ВИРИЛЬНАЯ ФОРМА) ХАРАКТЕРНЫ:

1. высокий уровень 17-ОН-прогестерона крови, нормальный уровень электролитов крови
2. высокая концентрация хлоридов в потовой жидкости
3. высокий уровень кортизола крови
4. низкий уровень АКТГ и низкий уровень калия в крови
5. низкий уровень 17 – ОН - прогестерона

299).ПРИ АДРЕНО-ГЕНИТАЛЬНОМ СИНДРОМЕ (СОЛТЕРЯЮЩАЯ ФОРМА) НАБЛЮДАЕТСЯ ДЕФИЦИТ ФЕРМЕНТА:

1. редуктаза
2. глюкозо – 6 - фосфатдегидрогеназа
3. 21 - гидроксилаза
4. фенилаланингидроксилаза
5. креатининфосфокиназа

300).БИОХИМИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ НОВОРОЖДЕННЫХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

1. адреногенитальный синдром
2. врожденный гипотиреоз
3. галактоземия
4. синдром Шерешевского-Тернера
5. синдром Нунан

301).С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ АДРЕНАЛОВОГО КРИЗА ИСПОЛЬЗУЮТ ПРЕПАРАТЫ:

1. гидрокортизон
2. флудрокортизон
3. трипторелин
4. десмопрессин
5. синактен депо

302).С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧ-НИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ВДКН В СЛУЧАЕ ПРИСОЕДИНЕНИЯ ИНТЕРКУРРЕНТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДОЗА ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ:

1. увеличивается в 2-3 раза
2. вводится внутримышечно гидрокортизон
3. уменьшается в 2-3 раза
4. не меняется
5. увеличивается в случае гипогликемии

303).ОТМЕТИТЬ ФОРМЫ ВДКН :

1. вирильная
2. сольтеряющая
3. гипертоническая
4. гипогликемическая
5. волнообразная

304).ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ВДКН (СОЛТЕРЯЮЩАЯ ФОРМА) У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРЕПАРАТЫ:

1. гидрокортизон
2. флудрокортизон
3. трипторелин
4. октреатид

5. соматропин

305).ДЛЯ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

1. низкий уровень кортизола, высокий АКТГ
2. высокий уровень кортизола, высокий АКТГ
3. гипергликемия
4. гипогликемия
5. гиперкалиемия

306).КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПОКОРТИЦИЗМА:

1. артериальная гипотензия
2. артериальная гипертензия
3. повышенное потребление поваренной соли
4. гиперпигментация кожных покровов
5. бледность кожных покровов

307).ДЛЯ ВДКН (СОЛЬТЕРЯЮЩАЯ ФОРМА) ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

1. высокий уровень 17-он-прогестерона крови
2. гипогликемия
3. гипокалиемия
4. гиперкалиемия
5. низкий уровень 17-он-прогестерона крови

308).ДЛЯ ВДКН (ВИРИЛЬНАЯ ФОРМА) ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

1. высокий уровень 17-он-прогестерона крови
2. нормальный уровень электролитов крови
3. высокий уровень кортизола крови
4. гиперкалиемия
5. гипогликемия

309).ПРИ АДРЕНО-ГЕНИТАЛЬНОМ СИНДРОМЕ (СОЛЬТЕРЯЮЩАЯ ФОРМА) ИСПОЛЬЗУЮТ ПРЕПАРАТЫ :

1. глюкокортикоиды
2. минералокортикоиды
3. люлиберины
4. десмопрессин
5. сандостатин

310).У НОВОРОЖДЕННОГО МАЛЬЧИКА В ВОЗРАСТЕ 3-Х НЕДЕЛЬ ПОЯВИЛАСЬ РВОТА «ФОНТАНОМ», ПОНОСЫ, СЛАБОСТЬ, СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА, СИМПТОМЫ ЭКСИКОЗА: СУХОСТЬ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК. РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА: 17-ОН ПРОГЕСТЕРОН – 78 НГ/МЛ. КАЛИЙ – 7.7 ММОЛЬ/Л. НАТРИЙ – 140 ММОЛЬ/Л. ХЛОРИДЫ – 98 ММОЛЬ/Л. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

- 1.ВДКН – вирильная форма
- 2.ВДКН– сольтеряющая форма
- 3.пилоростеноз
- 4.кишечная инфекция
- 5.кишечная непроходимость

311).У МАЛЬЧИКА 7 ЛЕТ ПОЯВИЛИСЬ ЭПИЗОДЫ РЕЗКОЙ СЛАБОСТИ, ВЯЛОСТИ, СНИЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. ПОЯВИЛАСЬ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ В ОБЛАСТЯХ ТРЕНИЯ ОДЕЖДЫ, В ОБЛАСТИ МОШОНКИ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ: - 17-ОН-ПРОГЕСТЕРОН 1.7 НГ/МЛ, КОРТИЗОЛ СНИЖЕН, АКТГ ПОВЫШЕН, КОСТНЫЙ ВОЗРАСТ ОТСТАЕТ ОТ ПАСПОРТНОГО НА 1 ГОД, КАРИОТИП 46 ХУ. ВАШ ДИАГНОЗ:

- 1.ВДКН
- 2.болезнь Аддисона
- 3.гипопитуитаризм
- 4гипокортицизм вторичный
- 5врожденный гиперинсулинизм

312).РЕБЕНОК ДОНОШЕННЫЙ, МАССА ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ 3800 Г., ДЛИНА ТЕЛА 53 СМ. НА 3-Й НЕДЕЛЕ ПОЯВЛЯЮТСЯ СИМПТОМЫ: ОТКАЗ ОТ ГРУДИ, СРЫГИВАНИЕ, РВОТА "ФОНТАНОМ", УЧАЩЕНИЕ СТУЛА. КОЖА СТАЛА СУХОЙ С СЕРЫМ ОТТЕНКОМ, МАЛОЭЛАСТИЧНАЯ, ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ, БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА. БОЛЬШОЙ РОДНИЧОК ЗАПАДАЕТ. СЛИЗИСТЫЕ СУХИЕ. КРИК СЛАБЫЙ. ЧАСТЫЙ ЖИДКИЙ СТУЛ. РВОТА ФОНТАНОМ, НЕ СВЯЗАННАЯ С ПРИЕМОМ ПИЩИ. ТАХИКАРДИЯ, ГЛУХОСТЬ ТОНОВ СЕРДЦА. ОТМЕЧАЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ ОТДЫШКИ. МЫШЕЧНАЯ ГИПОТОНИЯ СМЕНЯЕТСЯ СУДОРОГАМИ. ВАШ ДИАГНОЗ:

- 1.ВДКН сольтеряющая форма
- 2.пилоростеноз
- 3.гипопитуитаризм
- 4.гипокортицизм вторичный
- 5.врожденный гиперинсулинизм

313).ДЕВОЧКА, 9 ЛЕТ, ПОСТУПИЛА С ЖАЛОБАМИ НА ОБЩУЮ СЛАБОСТЬ, УТОМЛЯЕМОСТЬ, СНИЖЕНИЕ АППЕТИТА, ПОТЕМНЕНИЕ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ. ОТ 1-Й БЕРЕМЕННОСТИ, СРОЧНЫХ РОДОВ, МАССА ПРИ РОЖДЕНИИ 3000 Г., ДЛИНА ТЕЛА 52 СМ. ОБЪЕКТИВНО: ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ В ОБЛАСТИ ШЕИ, ЛОКТЕЙ, ПО БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА, В СКЛАДКАХ. ПУЛЬС 88 В МИН. АД 90/55 ММ. РТ, СТ. ТОНЫ СЕРДЦА ПРИГЛУШЕНЫ. ПЕЧЕНЬ, СЕЛЕЗЕНКА НЕ УВЕЛИЧЕНЫ. АН. КРОВИ: ЭРИТРОЦИТЫ: $3,7 \times 10^{12}/л$, ЛЕЙКОЦИТЫ — $11,7 \times 10^9/л$, С-72%, П-4%, Э-1%, Л-16%, М-7%, СОЭ 22 ММ/Ч. МОЧА БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. ДНЕВНОЙ ДИУРЕЗ — 280 МЛ, НОЧНОЙ — 180 МЛ. КАЛИЙ СЫВОРОТКИ 5,4 ММОЛЬ/Л, НАТРИЙ — 130 ММОЛЬ/Л. ХОЛЕСТЕРИН 6 ММОЛЬ/Л, САХАР 3,5 ММОЛЬ/Л. КАЛЬЦИЙ 2,8 ММОЛЬ/Л, ФОСФОР — 1,6 ММОЛЬ/Л. РЕАКЦИЯ МАНТУ ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ. С ЦЕЛЬЮ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА В ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ СЛЕДУЕТ ВКЛЮЧИТЬ:

- 1.ЛГ, ФСГ, ПРОЛАКТИН
- 2.узи органов малого таза
- 3.17-он-прогестерон

4. кортизол
5. АКТГ

314). У НОВОРОЖДЕННОГО ОТМЕЧАЕТСЯ НЕПРАВИЛЬНОЕ СТРОЕНИЕ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: ГИПЕРТРОФИЯ КЛИТОРА, МОШОНКООБРАЗНЫЕ ПОЛОВЫЕ ГУБЫ, УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНУС. С ЦЕЛЬЮ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА В ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ СЛЕДУЕТ ВКЛЮЧИТЬ:

1. кариотипирование
2. УЗИ органов малого таза
3. 17-ОН-прогестерон
4. кортизол
5. кальцитонин крови

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

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

316). УКАЖИТЕ НОМЕР ДИЕТЫ, РЕКОМЕНДОВАННОЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА У ДЕТЕЙ:

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

317). 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

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

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

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

1. инсулинорезистентность
2. деструкция β -клеток
3. повышение уровня С-пептида
4. относительная инсулиновая недостаточность
5. нормальный уровень С-пептида

320).ДЛЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ ИСПОЛЬЗУЮТ:

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

321).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 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

322).УКАЖИТЕ ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА:

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

323).УКАЖИТЕ ДОЗУ ИНСУЛИНА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ:

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

324).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

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

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

326).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

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

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

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

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

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

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

330).ДЛЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ ИСПОЛЬЗУЮТ:

- 1.аспарт
- 2.глюкагон
- 3.гларгин
- 4.актрапид
- 5.деглудек

331).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

332).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

333).УКАЖИТЕ ИНСУЛИНЫ УЛЬТРАКОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ:

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

334).УКАЖИТЕ ИНСУЛИНЫ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ:

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

335).АЛЕША Г., 11 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 МИКРОАЛЬБУМИНУРИЮ - 120 МГ/СУТКИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

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

336).РЕБЕНОК 5 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

337).ПАЦИЕНТУ 9 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

338).НА ПРИЕМЕ БОЛЬНОЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, 13 ЛЕТ. БОЛЕН 3 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

339).МАЛЬЧИК, 12 ЛЕТ, ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ЖАЛОБАМИ НА РЕЗКУЮ СЛАБОСТЬ , ОДЫШКУ, ЖАЖДУ, ЧАСТОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ, СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА. АНАМЕЗ: 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 , КЕТОАЦИДОЗ. ПЕРЕЧИСЛИТЬ НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО КУПИРОВАНИЮ КЕТОАЦИДОЗА:

- 1.новорапид 0.1 ед/кг/час в/в капельно
- 2.0.9 % раствор NaCl в/в кпельно
- 3.20 % раствор глюкозы
- 4.5 % раствор глюкозы в/в капельно
- 5.25% раствор Mg SO4 в/в струйно

340).ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫЙ РЕБЕНОК НУЖДАЕТСЯ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ В СЛЕДУЮЩИХ МЕРОПРИЯТИЯХ, КРОМЕ:

1. пребывания в условиях кювеза
2. дополнительной подачи кислорода
3. кормления грудью
4. контроля основных физиологических параметров

341).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

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

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

343).ПАРЕЗ ДИАФРАГМЫ РАЗВИВАЕТСЯ:

1. при травме С₃ – С₄ сегментов спинного мозга
2. при травме грудного отдела спинного мозга
3. при травме поясничного отдела спинного мозга
4. при травме головного мозга

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

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

345).КАКОЙ ГЕНЕЗ ИМЕЮТ ОДНОСТОРОННИЕ КРУПНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ В ПАРЕНХИМУ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НОВОРОЖДЕННЫХ:

1. гипоксический
2. травматический

346).КАКОЙ ОТТЕНОК КОЖИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ:

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

347).СИНДРОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ РАЗВИВАЕТСЯ У:

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

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

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

349).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

350).УКАЖИТЕ ТИПИЧНУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ПУЗЫРЕЙ ДЛЯ ПУЗЫРЧАТКИ НОВОРОЖДЕННОГО:

1. живот, конечности, спина, кожные складки
2. ладони и подошвы
3. носогубный треугольник, волосистая часть головы, кожные складки
4. лицо

351).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

352).КАК НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС НОВОРОЖДЕННОГО, КОГДА В ОТВЕТ НА НАДАВЛИВАНИЕ БОЛЬШИМИ ПАЛЬЦАМИ НА ЛАДОНИ РЕБЕНКА БЛИЗ ТЕНОРОВ, РЕБЕНОК ОТКРЫВАЕТ РОТ И СГИБАЕТ ГОЛОВУ:

1. защитный рефлекс
2. хватательный рефлекс
3. рефлекс Бабкина
4. поисковый рефлекс
5. рефлекс Моро

353).ЧТО СТИМУЛИРУЕТ РОСТ БИФИДУМ-ФЛОРЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ:

1. α -лактоза молока
2. β -лактоза молока
3. глюкоза
4. лактоферрин
5. лизоцим

354).ПРИЧИНОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

1. незрелость глюкуронилтрансферазы печени
2. изоиммунологическая несовместимость крови плода и матери
3. гемоглобинопатия
4. внутриутробная инфекция

355).ПРИ НЕСОВМЕСТИМОСТИ КРОВИ МАТЕРИ И ПЛОДА ПО РЕЗУС-ФАКТОРУ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННОГО ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ:

1. при первой беременности
2. при повторных беременностях

356).БОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ НЕСОВМЕСТИМОСТИ КРОВИ МАТЕРИ И ПЛОДА ПО:

1. резус-фактору
2. по системе АВО

357).КАКОЙ ВИД ГЕМОЛИЗА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО:

1. внутрисосудистый
2. внутриклеточный

358).ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ПО АВ0-СИСТЕМЕ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1. эритроцитарную массу 0(I) и плазму 0(I)
2. эритроцитарную массу и плазму группы крови ребенка
3. эритроцитарную массу 0(I) и плазму АВ(IV)

359).ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЗАГЛОЧЕННОЙ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ:

1. тест Апта
2. исследование общего анализа периферической крови
3. исследование коагулограммы
- 4.тест Клеменса
5. пробу Кумбса

360).МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ ПРОВОДИТСЯ НАЗНАЧЕНИЕМ:

1. эуфиллина
2. триампура
3. дексаметазона

361).НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ АСПИРАЦИОННОЙ ИНТРАНАТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ:

1. слева по всему легкому
2. двухсторонняя
3. справа в средних отделах

362).УКАЖИТЕ ОСНОВНОЙ КРИТЕРИЙ НЕДОНОШЕННОСТИ:

1. гестационный возраст
2. масса при рождении
3. длина при рождении
4. оценка физического развития по центильным таблицам
5. массо-ростовой коэффициент

363).К КАКОЙ КЛАССИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ ОТНОСИТСЯ НОВОРОЖДЕННЫЙ, РОДИВШИЙСЯ С МАССОЙ 1200Г:

1. низкая масса тела
2. очень низкая масса тела
3. экстремально низкая масса тела

364).ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ ОБУСЛОВЛЕНА НАРУШЕНИЕМ:

1. сосудистого звена гемостаза
2. коагуляционного звена гемостаза
3. тромбоцитарного звена гемостаза

365).ЕСЛИ МАТЬ РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ, А РЕБЕНОК РЕЗУС-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ, ТО ГБН РАЗВИВАЕТСЯ:

1. во всех случаях
2. не во всех случаях

366).ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОЗПК ПРИ ГБН ПО РЕЗУС-ФАКТОРУ ИСПОЛЬЗУЮТ КРОВЬ ОДНОГРУПНУЮ:

1. с группой крови ребенка, резус-фактор отрицательный
- 2 с группой крови матери, резус-фактор отрицательный
- 3 с группой крови ребенка, резус-фактор положительный

367).ДЛЯ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СДР ПРИМЕНЯЕТСЯ:

1. гидрокотизон
2. преднизолон
3. дексаметазон
4. тиреоидин
5. витамин Е

368).ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ КЕФАЛОГЕМАТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. флюктуация при пальпации
- 2 локализация над теменной костью
3. выраженная болезненность при пальпации
- 4 ограничена пределами одной кости

369).ХАРАКТЕРНЫМ ВАРИАНТОМ КРОВОИЗЛИЯНИЙ ГИПОКСИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1.субдуральное
- 2 эпидуральное
3. внутрижелудочковое
4. подпапневротическое

370).НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМОЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ НЕЗРЕЛОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. наличие герминативного матрикса
2. наличие перивентрикулярных венозных сплетений
3. незрелость стенки магистральных артериальных и венозных сосудов
4. избыточная рыхлость белого вещества в перивентрикулярных областях
5. повышенная проницаемость сосудов хориоидных сплетений

371).ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРНЫХ ЛЕЙКОМАЛЯЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ С МАЛЫМ СРОКОМ ГЕСТАЦИИ ОБУСЛОВЛЕНА ПРЕЖДЕ ВСЕГО:

- 1 низкой толерантностью незрелого мозга к гипоксии
- 2 наличием герминативного матрикса

- 3 наклонностью к гиперкоагуляции и тромбообразованию
4. спецификой кровоснабжения перивентрикулярного белого вещества
- 5 избыточной гидрофильностью белого вещества и его наклонностью к отеку

372).ПРИ ПАРАЛИЧЕ ЭРБА ПОВРЕЖДАЮТСЯ СПИННОМОЗГОВЫЕ КОРЕШКИ ИЛИ НЕРВЫ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ СЛЕДУЮЩЕМУ СЕГМЕНТАРНОМУ УРОВНЮ:

- 1 C1-C4
2. C5-C6
- 3 C7-Th1
- 4 C1-Th1
- 5 C5-Th1
- 6 Th2-Th6

373).УКАЖИТЕ КОРЕШКИ КАКИХ СЕГМЕНТОВ СПИННОГО МОЗГА ПОВРЕЖДЕНЫ ПРИ НАЛИЧИИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПАРАЛИЧА КЛЮМПКЕ:

- 1 C1-C4
- 2 C5-C6
3. C7-Th1
- 4 Th2-Th7
- 5 L1-L5

374).ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛЕСТАЗОМ, ОТМЕЧАЮТСЯ:

1. повышение уровня непрямого билирубина
2. повышение уровня прямого билирубина
3. повышение уровня АЛТ, АСТ
4. повышение уровня мочевины
5. повышение уровня щелочной фосфатазы

375).УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТЫ, ИСПОЛЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ:

1. эуфиллин
2. триампур
3. дексаметазон
4. кофеин

376).ОСНОВНЫМИ ФОРМАМИ ПНЕВМОНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. очаговая
2. сегментарная
- 3 крупозная
4. интерстициальная

377).К РАЗВИТИЮ ДЕФИЦИТА ВИТАМИН-К-ЗАВИСИМЫХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ В ОРГАНИЗМЕ НОВОРОЖДЕННОГО ПРИВОДЯТ:

1. недостаточность белково-синтетической функции печени

2. нарушение функции тромбоцитов
3. гипокальциемия
4. недостаточное образование и поступление витамина К

378).ГБН ПО СИСТЕМЕ АВ0 МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ, ЕСЛИ ГРУППА КРОВИ:

1. матери 0(I), ребенка А(II)
2. матери 0(I), ребенка В(III)
- 3 матери А(II), ребенка 0(I)
- 4 матери В(III), ребенка 0(I)
5. матери 0(I), ребенка АВ(IV)

379).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

380).КАКИЕ СОСТОЯНИЯ ТИПИЧНЫ ДЛЯ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ:

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

381).УКАЖИТЕ ТИПИЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ:

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

382). УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ПАРЕЗА МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ У НОВОРОЖДЕННОГО:

1. сглаженность носогубной складки
2. отек и гиперемия лица
3. опущение угла рта
4. глазная щель на стороне поражения полностью не смыкается
5. светобоязнь

383).ПОКАЗАНИЯМИ К ИВЛ НОВОРОЖДЕННОМУ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ, ПРИ УСЛОВИИ ЗАВЕРШЕНИЯ НАЧАЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ (САНАЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ОБСУШИВАНИЯ, ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ДЫХАНИЯ) ЯВЛЯЮТСЯ:

1. отсутствие самостоятельного дыхания
2. цианоз губ и слизистой ротовой полости
3. резкая бледность кожных покровов
4. брадикардия менее 100 ударов в минуту
6. подозрение на диафрагмальную грыжу
7. все перечисленное

384).НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ВАРИАНТАМИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. вдавленные переломы теменной кости
2. линейные переломы теменной кости
3. переломы основания черепа
4. переломы решетчатой кости
5. переломы скуловой кости

385).ДЛЯ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ У НОВОРОЖДЕННОГО ХАРАКТЕРНО:

1. уплотнение, синюшный оттенок
2. локализация в области спины и мест сдавления
3. изменение общего состояния
4. быстрое распространение процесса

386).ОТМЕТЬТЕ, НА КАКИЕ ТРИ ПЕРИОДА ДЕЛИТСЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

1. ранний антенатальный
2. поздний антенатальный
3. антенатальный
4. интранатальный
5. неонатальный
6. ранний неонатальный
7. поздний неонатальный

387).ПРОГНОЗ ПРИ ГБН ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

1. повышением уровня непрямого билирубина
2. повышением уровня прямого билирубина
3. этиологией ГБН
4. степенью зрелости ребенка

388).ЧЕМ МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ ЯРКИЕ КИРПИЧНОГО ЦВЕТА ПЯТНА ОТ МОЧИ НА ПЕЛЕНКЕ (ПАМПЕРСЕ) У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО К КОНЦУ ПЕРВОЙ НЕДЕЛИ ЖИЗНИ (СОСТОЯНИЕ РЕБЕНКА НЕ НАРУШЕНО):

1. гемоглобинурией
2. пиелонефритом
3. мочекислым инфарктом
4. применением витамина В2
5. острой почечной недостаточностью

389).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 СООТВЕТСТВУЮТ НОРМЕ. УСТАНОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

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

390).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. КАКОЙ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

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

391).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 РЕБЁНКА А(II) RH(+), ГРУППА КРОВИ МАТЕРИ В(III) RH (+). КАКОЙ ДОЛЖНА БЫТЬ ТАКТИКА ВРАЧА:

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

392).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

393).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

394).НА ВОСЬМЫЕ СУТКИ ЖИЗНИ У ДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ДО 37,9°С, СТАЛ ВЯЛО СОСАТЬ ИЗ ГРУДИ. НА КОЖЕ ЖИВОТА И БЁДЕР 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

395).ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ РЕБЁНОК БЛЕДЕН, ИМЕЕТ АРИТМИЧНОЕ ДЫХАНИЕ, КОТОРОЕ НЕ УЛУЧШАЕТСЯ НА ФОНЕ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ. ПУЛЬС СЛАБЫЙ И БЫСТРЫЙ, АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ТРУДНО ИЗМЕРИТЬ. ОТЁКОВ НЕТ. КАКАЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА ЭТИХ СИМПТОМОВ:

1. внутриутробная пневмония
2. застойная сердечная недостаточность
3. внутричерепное кровоизлияние
4. внутриутробный сепсис
5. асфиксия

396).ДОНОШЕННЫЙ НОВОРОЖДЕННЫЙ С МАССОЙ ТЕЛА 4500Г РОДИЛСЯ В АСФИКСИИ С ОЦЕНКОЙ ПО ШКАЛЕ АПГАР 4-6 БАЛЛОВ. В РОДАХ ЗАТРУДНЁННОЕ ВЫВЕДЕНИЕ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА. В НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ОБЩЕМОЗГОВЫЕ РАССТРОЙСТВА, ОБНАРУЖЕН ТОТАЛЬНЫЙ ВЕРХНИЙ ВЯЛЫЙ ПАРЕЗ - РУКА АТОНИЧНАЯ, ПРОНИРОВАНА, НЕ ВЫЗЫВАЮТСЯ РЕФЛЕКСЫ - ХВАТАТЕЛЬНЫЙ, БАБКИНА, МОРО. УКАЖИТЕ СЕГМЕНТЫ ПОРАЖЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА:

1. C1-C4
2. C5-C6
3. C7-Th1
4. C1-Th1
5. C5-Th1
6. Th2-Th6

397).РЕБЕНОК ОТ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, СРОЧНЫХ РОДОВ, С МАССОЙ ТЕЛА 4000Г, ДЛИНОЙ 57СМ. ПРИ РОЖДЕНИИ РЕАКЦИЯ НА ОСМОТР ОТСУТСТВУЕТ.

ДИФФУЗНЫЙ ЦИАНОЗ. ЧСС – 80 /МИН. ОПРЕДЕЛИТЕ ОБЪЕМ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ:

1. заинтубировать ребенка и начать ИВЛ
2. провести тактильную стимуляцию
3. ввести налоксон
4. дать 100% кислород
5. начать ИВЛ с помощью маски

398). РЕБЕНОК РОДИЛСЯ В ГЕСТАЦИОННОМ ВОЗРАСТЕ 32 НЕДЕЛИ В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ. ВЕДУЩИМИ СИМПТОМАМИ БЫЛИ СИМПТОМЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ: ЗВУЧНЫЙ УДЛИНЁННЫЙ ВЫДОХ, УЧАСТИЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ В ДЫХАНИИ, НАЛИЧИЕ КРЕПИТИРУЮЩИХ ХРИПОВ. ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ СИЛЬВЕРМАНА ПРИ РОЖДЕНИИ - 0 БАЛЛОВ, ЧЕРЕЗ 3 ЧАСА - 3 БАЛЛА. КАКОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПОЗВОЛИТ УСТАНОВИТЬ ДИАГНОЗ:

1. рентгенологическое исследование органов грудной клетки
2. клинический анализ крови
3. протеинограмма
4. установление газового состава крови
5. иммунологическое исследование

399). НОВОРОЖДЕННЫЙ ОТ RH-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ МАТЕРИ. РОДЫ СРОЧНЫЕ, БЕРЕМЕННОСТЬ ВТОРАЯ. КАКОЕ ЛАБОРАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ:

1. определить билирубин пуповинной крови и общий анализ крови
2. определить группу крови и Rh-принадлежность
3. определить Rh-принадлежность и билирубин пуповинной крови
4. определить АЛТ и АСТ, пробу Кумбса
5. определить уровень билирубина в периферической крови

400). ДОНОШЕННЫЙ РЕБЕНОК РОДИЛСЯ С МАССОЙ ТЕЛА 3200Г, ДЛИНОЙ ТЕЛА 50СМ, С ОЦЕНКОЙ ПО ШКАЛЕ АПГАР 8-10 БАЛЛОВ. КАКОЙ ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК ПЕРВОГО ПРИКЛАДЫВАНИЯ ЕГО К ГРУДИ:

1. в первые 6 часов
2. в первые 30 минут
3. в первые 48 часов
4. после 48 часов
5. в первые 24 часа

401). У НОВОРОЖДЕННОГО, РОДИВШЕГОСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ СТРЕМИТЕЛЬНЫХ РОДОВ, НАБЛЮДАЕТСЯ ПАРЕЗ МЫШЦ КИСТИ. ХВАТАТЕЛЬНЫЙ РЕФЛЕКС ОТСУТСТВУЕТ, НЕ УДАЁТСЯ ВЫЗВАТЬ ЛАДОННО-РОТОВОЙ РЕФЛЕКС. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ КИСТИ ОТСУТСТВУЕТ. КАКОЙ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. парез Дежерин-Клюмпке
2. синдром Горнера-Бернара
3. тотальное поражение плечевого сплетения
4. парез Дюшенна-Эрба

402).НАЛИЧИЕ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ, ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИИ, ЖЕЛТУХИ, КОЖНОЙ ЭКЗАНТЕМЫ, НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ЦНС, ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА, АНЕМИИ, ТРОМБОЦИТОПЕНИИ, ИЗМЕНЕНИЙ СТРУКТУРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПОЗВОЛЯЕТ:

1. поставить диагноз цитомегаловирусной инфекции
2. поставить диагноз сепсиса
3. поставить диагноз токсоплазмоза
4. заподозрить диагноз внутриутробной инфекции и провести дополнительное обследование для индентификации возбудителя

403)У НОВОРОЖДЕННОГО ОТСУТСТВУЮТ ПРИЗНАКИ ДЫХАНИЯ, ОН ЦИАНОТИЧЕН, НЕ РЕАГИРУЕТ НА РАЗДРАЖЕНИЕ, ПУЛЬС 90 УДАРОВ В МИНУТУ, КОНЕЧНОСТИ СВИСАЮТ. ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ АПГАР СОСТАВЛЯЕТ:

1. 0 баллов
2. 1 балл
3. 2 балла
4. 3 балла
5. 4 балла

404).СОГЛАСНО РАБОЧЕЙ КЛАССИФИКАЦИИ ГЭРБ (ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ) ЭНДСКОПИЧЕСКИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВАРИАНТЫ:

1. гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита
2. гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом
3. гастроэзофагеальный рефлюкс с эрозивным эзофагитом
4. язвы пищевода

405).НАЗОВИТЕ ВНЕПИЩЕВОДНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЭРБ (ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ):

1. бронхолегочные
2. оториноларингологические
3. нефрологические
4. неврологические
5. стоматологические

406).К МЕТОДАМ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI ОТНОСЯТСЯ:

1. цитологический метод
2. гистологический метод
3. бактериологический метод
4. серологические методики
5. уреазный дыхательный тест

407).ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА В СОСТАВЕ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ СМЕСЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ЗАГУСТИТЕЛИ:

1. рисовый крахмал
2. камедь плодов рожкового дерева
3. картофельный крахмал
4. смесь семян льна
5. смеси на основе козьего молока

408).КАКИЕ 2 ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ ВЫДЕЛЯЮТ:

1. с преобладанием синдрома боли в эпигастрии
2. с преобладанием постпрандиального дистресс-синдрома
3. с преобладанием синдрома дисфагии
4. ассоциированная с *Helicobacter Pylori*

409).К МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТСЯ:

1. терапия препаратами 5-аминосалициловой кислоты
2. терапия нестероидными противовоспалительными препаратами
3. терапия антибактериальными препаратами
4. терапия кортикостероидами
5. терапия цитостатиками

410).ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЖЕЛЧИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

1. нейтрализации соляной кислоты, пепсина
2. активизации кишечных и панкреатических ферментов
3. эмульгировании жиров
4. снижении тонуса кишки, ослабление перистальтики кишечника
5. стимуляция выработки соляной кислоты, пепсина

411).ДЛЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ:

1. поражения любого отдела желудочно-кишечного тракта
2. трансмуральное поражение слизистой кишечника
3. поражение только слизистой оболочки кишечника
4. поражение только толстого кишечника

412).ОСНОВНЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ:

1. ультразвуковое исследование органов брюшной полости
2. магнитно-резонансная томография
3. эзофагогастродуоденоскопия
4. измерение кислотности желудочного сока

413).К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ РЕЦИДИВИРУЮЩУЮ АБДОМИНАЛЬНУЮ БОЛЬ, СОЧЕТАЮЩУЮСЯ С:

1. актом дефекации
2. с изменением частоты стула
3. с изменением формы (внешнего вида) стула
4. с психо-эмоциональными нарушениями
5. с задержкой стула в течении суток

414).КАКИЕ РАССТРОЙСТВА БИЛИАРНОГО ТРАКТА СОГЛАСНО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ X ОТНЕСЕНЫ В РУБРИКУ «ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И СФИНКТЕРА ОДДИ»:

1. функциональное расстройство (дисфункция) желчного пузыря
2. функциональное расстройство (дисфункция) сфинктера Оддибилиарного типа
3. функциональное расстройство (дисфункция) сфинктера Одди панкреатического типа
4. функциональное расстройство (дисфункция) желчного пузыря по гипотоническому типу
5. функциональное расстройство (дисфункция) желчного пузыря по гипертоническому типу

415).ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. болевой синдром, свойственный функциональным расстройствам желчного пузыря и сфинктера Одди
2. отсутствие органической патологии
3. нормальные показатели печеночных ферментов, конъюгированного билирубина
4. повышение уровня общего билирубина за счет конъюгированной фракции
5. повышение уровня общего билирубина за счет неконъюгированной фракции

416).ПАССИВНОЕ ДВИЖЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО ЧЕРЕЗ ПИЩЕВОД И ДАЛЕЕ В РОТОВУЮ ПОЛОСТЬ НАЗЫВАЕТСЯ:

1. регургитация
2. руминация
3. изжога
4. аспирация
5. отрыжка

417).ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ИНДЕКС АКТИВНОСТИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА (PUCAD) ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ:

1. боль в животе
2. ректальное кровотечение
3. уровень активности
4. консистенция стула при большинстве дефекаций
5. частота стула
6. данные колоноскопии

418).ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ВОВЛЕКАЕТСЯ:

1. серозная оболочка
2. слизистая оболочка

3. мышечный слой кишки
4. все слои кишечной стенки
5. слизистая и мышечная оболочки

419).ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ВОВЛЕКАЕТСЯ:

1. серозная оболочка
2. слизистая оболочка
3. мышечный слой кишки
4. все слои кишечной стенки
5. слизистая и мышечная оболочки

420). К ОСЛОЖНЕНИЯМ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. кровотечение
2. пенетрация
3. перфорация
4. стеноз привратника
5. перивисцерит
6. малигнизация

421).ДЛЯ СУБКОМПЕНСИРОВАННОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА ХАРАКТЕРНА ОТСУТСТВИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО СТУЛА:

1. 3-7 дней
2. 7-14 дней
3. более 14 дней
4. 2-3 дня

422).ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. эзофагогастродуоденоскопия
2. ультразвуковое исследование органов брюшной полости
3. рентгенография органов брюшной полости
4. ультразвуковое исследование желудка

423).СТАНДАРТНАЯ ТРОЙНАЯ ТЕРАПИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С H. PYLORI:

1. ИПП (эзомепразол) 1-2 мг/кг/сут + амоксициллин 50 мг/кг/сут + кларитромицин 20 мг/кг/сут
2. ИПП (эзомепразол) 5 мг/кг/сут + амоксициллин 30 мг/кг/сут + кларитромицин 10 мг/кг/сут
3. ИПП + метронидазол + тетрациклин + висмутасубцитрат 8 мг/кг/сут
4. ИПП + метронидазол + амоксициллин 50 мг/кг/сут + висмутасубцитрат 8 мг/кг/сут

424).В КАЧЕСТВЕ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ИСПОЛЬЗУЮТ:

1. оральное назначение препаратов 5-аминосалициловой кислоты

2. оральные стероиды
3. тиопурины
4. оральное назначение метотрексата

425).ЛИТОЛИТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ В КАЧЕСТВЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ:

1. урсодезоксихолевая кислота
2. платифиллин
3. ибупрофен
4. хенодесоксихолевая кислота

426).НАЗОВИТЕ ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ ГАСТРОПРОТЕКТОРОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У ДЕТЕЙ:

1. фосфалюгель
- 2.эзомепразол
3. омепразол
4. фамотидин
5. ранитидин

427).НАЗОВИТЕ ПРЕПАРАТ, ОБЛАДАЮЩИЙ БАКТЕРИЦИДНОЙ АКТИВНОСТЬЮ В ОТНОШЕНИИ HELICOBACTER PYLORI, ОБРАЗУЮЩИЙ ЗАЩИТНУЮ ПЛЕНКУ НА ПОВЕРХНОСТИ ЯЗВ И ЭРОЗИЙ, СНИЖАЮЩИЙ АКТИВНОСТЬ ПЕПСИНА И ПЕПСИНОГЕНА В ЖЕЛУДКЕ:

1. де-нол
2. фосфалюгель
3. омепразол
4. фамотидин
5. ранитидин

428).КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ СЕЛЕКТИВНЫМ АНТАГОНИСТОМ ДОФАМИНОВЫХ D2-РЕЦЕПТОРОВ И ОБЛАДАЕТ ПРОТИВОРВОТНЫМ ЭФФЕКТОМ:

1. домперидон
- 2.де-нол
3. ондансетрон
4. омепразол
5. контрикал

429).ДЕВОЧКА 5 МЕСЯЦЕВ НАХОДИТСЯ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, ПОЛУЧАЕТ ГИПОАЛЛЕРГЕННЫЙ СЕМИЛАК ПО 130 МЛ КАЖДЫЕ 3 ЧАСА. МАТЬ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА ОБИЛЬНЫЕ СРЫГИВАНИЯ СРАЗУ ПОСЛЕ КАЖДОГО КОРМЛЕНИЯ, ИНОГДА ОТСРОЧЕННЫЕ (ЧЕРЕЗ 2 Ч ПОСЛЕ КОРМЛЕНИЯ), СТУЛ ДО 4 РАЗ В ДЕНЬ КАШИЦЕОБРАЗНЫЙ, ЖЕЛТОГО ЦВЕТА; МАЛУЮ ПРИБАВКУ МАССЫ ТЕЛА (700 Г ЗА МЕСЯЦ). СФОРМУЛИРУЙТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. гастроэзофагеальный рефлюкс
2. пилороспазм

3. лактазная недостаточность
4. гастроинтестинальная аллергия

430).МАЛЬЧИК 15 ЛЕТ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА БОЛИ В ЖИВОТЕ «ГОЛОДНОГО» ХАРАКТЕРА, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В НОЧНОЕ ВРЕМЯ, КУПИРУЕМЫЕ ПРИЕМОМ ПИЩИ; ТОШНОТУ, ОТРЫЖКУ ВОЗДУХОМ, ОДНОКРАТНУЮ РВОТУ С ПРИМЕСЬЮ КРОВИ. СФОРМУЛИРУЙТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. язвенная болезнь желудка
2. функциональная диспепсия
3. хронический гастрит
5. острый гастрит

431).МАЛЬЧИК 12 ЛЕТ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА БОЛИ В ЖИВОТЕ, СВЯЗАННЫЕ С АКТОМ ДЕФЕКАЦИИ, ЧАСТЫЙ КАШИЦЕОБРАЗНЫЙ СТУЛ ДО 10 РАЗ В ДЕНЬ С ПРИМЕСЬЮ СВЕЖЕЙ КРОВИ, ПОТЕРЮ МАССА ТЕЛА (ЗА ПОСЛЕДНИЕ 3 МЕСЯЦА – 5 КГ). КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ:

1. колоноскопию с биопсией слизистой кишки
2. эзофагогастродуоденоскопию с биопсией слизистой желудка
3. компьютерную томография органов брюшной полости
4. обзорную рентгенографию органов брюшной полости
5. определение антител к *Saccharomyces cerevisiae* и к цитоплазме нейтрофилов

432).ДЕВОЧКА 13 ЛЕТ. ЖАЛУЕТСЯ НА ПЕРИОДИЧЕСКУЮ БОЛЬ В ПОДЛОЖЕЧНОЙ ОБЛАСТИ И СПРАВА ОТ ПУПКА, ОТРЫЖКУ, ЗАПОР. БОЛЕЕТ ОКОЛО ГОДА. ИНОГДА ПРИСТУП БОЛИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ РВОТОЙ. ПИТАЕТСЯ НЕРЕГУЛЯРНО, ЧАСТО ВСУХОМЯТКУ. НА Д-УЧЕТЕ У ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА НЕ СОСТОИТ. ПРИ ОСМОТРЕ- КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЛЕДНО-РОЗОВЫЕ, ЯЗЫК ВЛАЖНЫЙ, ГУСТО ОБЛОЖЕН НАЛЕТОМ У КОРНЯ. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ НАБЛЮДАЕТСЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ. СФОРМУЛИРУЙТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. функциональная диспепсия
2. гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
3. дисфункция билиарного тракта
4. хронический запор
5. хронический гастродуоденит

433).ДЕВОЧКЕ 7 ЛЕТ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЫЛ ВЫСТАВЛЕН ДИАГНОЗ: ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ, ХРОНИЧЕСКОЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ, ПРОКТИТ, СРЕДНЕТЯЖЕЛАЯ АТАКА (PUSA1 60 БАЛЛОВ). КАКАЯ ДОЗИРОВКА ПРЕПАРАТА 5-АМИНОСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ (МЕСАЛАЗИН) РЕКОМЕНДУЮТСЯ В КАЧЕСТВЕ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ:

1. 60-80 мг/кг/сут
2. 50-100 мг/кг/сут
3. 70-100 мг/кг/сут
4. 50-60 мг/кг/сут

5. 30-40 мг/кг/сут

434).СРОКИ КОНТРОЛЯ РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ВПС:

1. 3 месяца
2. 1 месяц
3. 6 месяцев
4. 1 год
5. 7-8 сутки

435).ПРОФИЛАКТИКА БАКТЕРИАЛЬНОГО ЭНДОКАРДИТА ПРОВОДИТСЯ:

1. амоксициллином
2. цефтриаксоном
3. бициллином 5
4. азитромицином
5. ципрофлоксацином

436).ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО КОАРКТАЦИЮ АОРТЫ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ:

1. снижение или отсутствие пульсации на бедренной артерии
2. снижение или отсутствие пульсации на лучевой артерии
3. снижение или отсутствие пульсации на сонной артерии

437).ПРИЧИНОЙ МИОКАРДИТА ЧАЩЕ БЫВАЕТ:

1. инфекция
2. токсическое воздействие
3. лекарственное воздействие
4. химическое воздействие

438).КАКАЯ ФОРМА МИОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЙ:

1. фульминантный
2. острый (нефульминантный)
3. подострый
4. хронический активный
5. хронический персистирующий

439).ИССЛЕДОВАНИЕ КАКИХ ИММУННЫХ МАРКЕРОВ МИОКАРДИАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОКАЗАНО ПРОВОДИТЬ:

1. исследование тропонина и его изоферментов в острый период
2. КФК
3. ЛДГ
4. Лактат

440).КРИТЕРИИ УЗИ-ДИАГНОСТИКИ НЕОБСТРУКТИВНОЙ ГКМП НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. преимущественно равномерная (концентрическая)или асимметрическая гипертрофия миокарда
2. увеличение массы сердца

- 3.нет признаков обструкции и переднесистолического движения створок МК.
- 4.наличие выпота в перикарде

441).ОСНОВУ ТЕРАПИИ ГКМП СОСТАВЛЯЮТ ПРЕПАРАТЫ:

- 1.атенолол
- 2.диклофенак
- 3.бициллин
- 4.преднизолон
- 5.азатиоприн

442).ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ СРЕДСТВ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ:

- 1.кардиоверсия
- 2.катетерной аблации
- 3.имплантация кардиостимулятора

443).ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1.аденозин
- 2.верапамил
- 3.новокаинамид
- 4.лидокаин
- 5.пропаналол

444).КОМПОНЕНТАМИ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1.гипертрофия миокарда правого желудочка
- 2.ДМЖП
- 3.декстрапозиция аорты
- 4.стеноз ЛА
- 5.стеноз аорты

445).К ДУКТУС ЗАВИСИМЫМ ПОРОКАМ ОТНОСЯТСЯ:

- 1.транспозиция магистральных сосудов с интактной межжелудочковой перегородкой
- 2.открытый артериальный проток
- 3.двойное отхождение магистральных сосудов от правого желудочка
- 4.частичный аномальный дренаж легочных вен
- 5.критический стеноз легочной артерии

446).ВАГАЛЬНЫМИ ПРОБАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1.массаж каротидного синуса
- 2.проба Ашнера
- 3.проба Вальсальвы
- 4.Нажатие на корень языка
- 5.натираание висков нашатырным спиртом

