

№ ЛД-21

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детских болезней №2

УТВЕРЖДЕНО

протоколом заседания Центрального
координационного учебно-методического
совета от «22» марта 2022 г. № 4

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине ПЕДИАТРИЯ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело,
утвержденной 30.03.2022 г.

для студентов 5 курса

по специальности 31.05.01 Лечебное дело

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «15» февраля 2022 г. (протокол № 7)

Заведующая кафедрой, к.м.н



Дзилихова К.М.

г. Владикавказ 2022 г.

30 Вопросы к экзамену по педиатрии

40 Тестовые задания к экзамену по педиатрии

Перечень вопросов, выносимых на экзамен по педиатрии

Общие вопросы

1. Педиатрия как наука о здоровом и больном ребенке. Основные этапы развития и становления педиатрии.
2. Периоды детского возраста. Роль возрастного фактора в патологии ребенка. Общие принципы обследования и ухода за ребенком.
3. Нервно-психическое развитие и органы чувств детей в различные периоды.
4. Физическое развитие. Акселерация.
5. Эндокринная система. Коррелятивные соотношения функций отдельных желез в различные периоды детства.
6. Возрастные анатомо-физиологические особенности кожи, подкожной клетчатки, лимфоузлов.
7. Возрастные анатомо-физиологические особенности костной и мышечной систем. Порядок и сроки прорезывания молочных и постоянных зубов.
8. Возрастные особенности дыхательной системы у детей и методы ее обследования.
9. Возрастные особенности сердечно-сосудистой системы у детей и методы ее обследования.
10. Особенности кроветворения и крови у детей.
11. Анатомо-физиологические особенности системы пищеварения и органов брюшной полости у детей. Методы исследования.
12. Мочеполовая система у детей. Возрастные особенности и методы обследования.
13. Естественное вскармливание. Количественные и качественные различия женского и коровьего молока.
14. Гипогалактия, ее причины, меры предупреждения и лечения.
15. Противопоказания и затруднения при естественном вскармливании со стороны матери и ребенка. Расчет питания новорожденного. Молозиво, переходное и зрелое молоко.
16. Понятия о дозированном и свободном вскармливании, показания к назначению. Сроки и правила отнятия ребенка от груди. Сроки и техника введения прикорма.
17. Смешанное вскармливание, показания к назначению. Правило введения прикорма. Методы определения количества докорма. Молочные смеси, используемые в питании здоровых детей при смешанном вскармливании.

18. Искусственное вскармливание. Техника проведения и критерии оценки его эффективности. Формулы расчета питания. Смеси для смешанного и искусственного вскармливания.
19. Особенности вскармливания недоношенных детей в неонатальном периоде и грудном возрасте. Расчет питания. Техника кормления.
20. Витамины, их значение для правильного развития ребенка. Возрастная физиологическая потребность в витаминах.
21. Особенности водно-солевого обмена у детей. Суточная потребность в жидкости детей различного возраста. Значение этих особенностей для профилактики, диагностики, лечения заболеваний.
22. Критерии оценки физического и психомоторного развития у детей первого года жизни. Понятие о нормотрофии.

Патология детей раннего возраста.

1. Недоношенные дети. Причины преждевременного рождения детей. Клинические признаки недоношенности. Особенности развития недоношенных детей. Прогноз. Особенности вскармливания и ухода. Отдельные последствия недоношенности. Профилактика.
2. Асфиксия у новорожденных. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение. Прогноз. Профилактика.
3. Родовая травма ЦНС. Этиология, патогенез, клиника, диф.диагноз, лечение, прогноз, профилактика.
4. Гемолитическая болезнь новорожденных. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз. Диф.диагноз. Прогноз. Лечение.
5. Локализованные гнойно-воспалительные заболевания новорожденных. Лечение. Прогноз.
6. Сепсис новорожденных. Этиология. Патогенез. Клиника. Диф. Диагноз. Лечение. Прогноз.
7. Внутриутробные инфекции, специфические для перинатального периода (цитомегаловирус, простой герпес, токсоплазмоз). Клиника. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
8. Экссудативно-катаральный диатез. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
9. Лимфатико-гипопластический диатез. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
10. Нервно-артритический диатез. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
11. Дистрофии. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз. Диф.диагноз. Лечение. Профилактика.
12. Железодефицитные анемии. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Прогноз.
13. Рахит. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
14. Спазмофилия. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.

15. Гипервитаминоз Д. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
 16. Кистозный фиброз поджелудочной железы. Клиника, Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Прогноз.
 17. Бронхиолит. Клиника. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Прогноз.
 18. Врожденный гипотиреоз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Прогноз
- Патология детей старшего возраста.**

1. Острая пневмония. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
2. Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
3. Ревматизм. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиника. Классификация. Диагноз. Диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
4. Системная красная волчанка. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
5. Системная склеродермия. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
6. Дерматомиозит. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз. Диф.диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
7. Ювенильный ревматоидный артрит. Этиология. Клиническая картина. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
8. Геморрагический васкулит. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
9. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа). Особенности течения, диагностики и поддерживающего лечения в детском возрасте.
10. Гемофилия. Особенности течения, диагностики и поддерживающего лечения в детском возрасте.
11. Острый лейкоз. Особенности течения, диагностики и поддерживающего лечения в детском возрасте.
12. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Особенности течения, диагностики и лечения в детском возрасте.
13. Дискинезии желчевыводящих путей. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз. Лечение. Профилактика.
14. Воспалительные заболевания желчного пузыря и желчных путей. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз. Лечение. Профилактика.
15. Хронический гепатит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
16. Панкреатит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
17. Острый пиелонефрит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Прогноз.

18. Хронический пиелонефрит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
19. Острый гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Прогноз.
20. Хронический гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Прогноз.
21. Сахарный диабет. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
22. Диффузный токсический зоб. Этиология. Патогенез. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
23. Врожденный гипотиреоз. Этиология. Патогенез. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
24. Диабетическая кома. Причины возникновения. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз. Варианты диабетической комы. Неотложная терапия.

Инфекция

1. Острые респираторные вирусные инфекции (грипп, парагрипп, аденовирусная инфекция). Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
2. Корь. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
3. Краснуха. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
4. Ветряная оспа. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Диагноз и диф.диагноз. Профилактика. Прогноз.
5. Эпидемический паротит. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
6. Коклюш. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Осложнения. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
7. Скарлатина. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Лечение. Профилактика. Прогноз.
8. Дифтерия. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
9. Инфекционный мононуклеоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез и пат.анатомия. Клиническая картина. Диагноз и диф.диагноз. Осложнения. Лечение. Профилактика. Прогноз.
10. Менингококковая инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
11. Острые вирусные гепатиты (А, В, С). Особенности течения, диагностики и поддерживающего лечения в детском возрасте.

12. Острые кишечные инфекции (дизентерия, эшерихиоз, сальмонеллез).
Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения.
Диагноз и диф.диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.
13. Полиомиелит. Эпидемиология. Клиническая картина. Лечение. Профилактика.
14. Туберкулез. Клинические проявления отдельных форм, наиболее часто встречающихся у детей в настоящее время. Лечение. Профилактика.
15. Современная туберкулинодиагностика.
16. Аскаридоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника.
Осложнения. Диагноз. Лечение.
17. Энтеробиоз. Патогенез. Клиника. Диагноз. Лечение.
18. Лямблиоз. Патогенез. Эпидемиология. Клиника. Осложнение. Диагноз. Лечение
19. Трихоцефалез. Эпидемиология. Клиника. Осложнение. Диагноз. Лечение.
20. Календарь профилактических прививок, показания и противопоказания к вакцинации.
21. Поствакцинальные реакции и осложнения.
22. Вакцинация и ревакцинация детей против туберкулеза. Сроки проведения и противопоказания.
23. Вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка.
24. Вакцинация против полиомиелита.
25. Вакцинация против кори, краснухи и эпид.паротита.

Неотложные состояния

1. Неотложная помощь при острой сердечной недостаточности.
2. Неотложная помощь при гипертермическом синдроме.
3. Неотложная помощь при бронхообструктивном синдроме.
4. Неотложная помощь при судорожном синдроме
5. Неотложная помощь при синдроме крупа
6. Неотложная помощь при аллергических реакциях немедленного типа
7. Первая экстренная помощь при остановке дыхания и сердечной деятельности

ЭТАЛОНЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

1. Средняя длина тела доношенного новорожденного составляет:

45-47 см

47-49 см

+50-52

52-54

2. К критериям оценки биологического возраста детей раннего возраста относятся

+показатели роста и массы

+пропорции тела

количество постоянных зубов

+появление молочных зубов

+психомоторное развитие

умения и навыки

вторичные половые признаки

+число ядер окостенения

4. Физиологическая потеря массы тела у доношенного новорожденного составляет

до 5%

+6-8%

10-15%

до 20%

5. Гипотрофией у детей раннего возраста считается

дефицит массы тела по отношению к сроку гестации

+дефицит массы тела по отношению к длине тела

дефицит длины тела по отношению к сроку гестации

6. Средняя длина тела доношенного новорожденного составляет

46 ± 2

48 ± 2

+50 ± 2

54 ± 2

56 ± 2

7. Площадь поверхности тела на 1 кг массы у детей по сравнению со взрослыми

+больше

меньше

такая же

8. Ежемесячная прибавка роста в первом квартале жизни составляет у детей

1 см
1,5 см
2,5 см
+3 см
4 см

9. Ежемесячная прибавка роста во втором квартале жизни составляет у детей

3 см
+2,5 см
2 см
1,5 см
1 см

10. Ежемесячная прибавка роста в третьем квартале жизни составляет у детей

3 см
2,5 см
+2 см
1 см
0,5 см

11. Ежемесячная прибавка в массе в первом полугодии жизни у детей в среднем составляет

200 гр
400 гр
600 гр
+800 гр

12. Ежемесячная прибавка в массе во втором полугодии жизни у детей в среднем составляет

800 гр
600 гр
+400 гр
200 гр

13. Среднемесячная прибавка окружности головы в первом полугодии жизни у детей составляет

0,5 см
1 см
+1,5 см
2 см
2,5 см

14. Среднемесячная прибавка окружности головы во втором полугодии жизни у детей составляет

+0,5 см

1 см

1,5 см

2 см

2,5 см

15. Среднемесячная прибавка окружности груди в первом полугодии жизни у детей составляет

0,5 см

1 см

1,5 см

+2 см

2,5 см

3 см

16. Среднемесячная прибавка окружности груди во втором полугодии жизни у детей составляет

+0,5 см

1 см

1,5 см

2 см

2,5 см

3 см

16. Здоровый 6 мес. должен уметь

+уверенно держать головку

ходить

+иметь координированное движение рук

+садиться

+переворачиваться со спины на живот и с живота на спину

17. Для расчета суточного количества пищи "объемным" способом для детей 2-4 мес. берется от массы тела

1/5

+1/6

1/7

1/8

18. Для расчета суточного количества пищи "объемным" способом для детей до 2 мес. берется от массы тела

+1/5

1/6

1/7

1/8

19. Второй прикорм при искусственном вскармливании вводится в возрасте

4 мес

+5 мес

6 мес

7 мес

20. Здоровых новорожденных можно прикладывать к груди матери при отсутствии противопоказаний

через 2 часа после рождения

+в первые 30 минут после рождения

через 6 часов

через 12 часов

через сутки

21. Что является прикормом у детей 1-го года жизни

+каша

+мясное пюре

сок

фруктовое пюре

+овощное пюре

22. К продуктам прикорма относятся

молочная смесь

сок

+овощное пюре

+каша

яичный желток

23. Какие факторы приводят ко вторичной гипогалактии

+нейроэндокринные расстройства

+заболевания матери

+нерациональный образ жизни матери

сцеживание груди

+позднее прикладывание к груди

24. Содержание сывороточных белков в грудной молоке составляет

20%

40%

60%

+80%

25. Противопоказаниями к раннему прикладыванию ребенка к груди со стороны матери являются:

+тяжелые формы гестозов

+ВИЧ-инфекция

ОРВИ

хронические заболевания в стадии компенсации

+открытая форма туберкулеза

26. При естественном вскармливании желудок новорожденного освобождается от грудного молока через:

1 час после кормления

+2,5 - 3 часа

4 часа

27. Проницаемость гематоэнцефалического барьера у детей по сравнению со взрослыми

+выше

ниже

такая же

28. Особенности кровоснабжения мозга и оттока крови у детей раннего возраста по сравнению со взрослыми

+кровоснабжение лучше

кровоснабжение хуже

кровоснабжение такое же

+отток крови хуже

отток крови лучше

отток крови такой же

29. Число клеток головного мозга у новорожденных по сравнению со взрослыми

больше

+меньше

такое же

30. Миелинизация нервных путей в основном завершается к

1 году

2-3 годам

+3-5 годам

5-7 годам

8-10 годам

31. Особенности морфологического строения кожи детей раннего возраста являются

+хорошее развитие базального слоя
хорошее развитие зернистого слоя
слабое развитие базального слоя
+слабое развитие зернистого слоя

32. Физиологическая желтуха у доношенных новорожденных появляется на

сразу после рождения
на 1-2 день жизни
+на 2-3 день жизни
на 4-5 день жизни
на 5-6 день жизни

33. У детей по сравнению со взрослыми функция кожи

защитная выше
+защитная ниже
+дыхательная выше
дыхательная ниже
+резорбиционная выше
резорбиционная ниже

34. Отношение подкожно-жирового слоя у детей к массе тела по сравнению со взрослыми

+больше
меньше
такое же

35. При голодании подкожно-жировой слой исчезает у детей в первую очередь на

4 лице
2 туловище
1 животе
3 конечностях

36. У детей раннего возраста основная масса мышц

приходится на мышцы конечностей
+приходится на мышцы туловища
распределена равномерно по телу

37. При недостаточности кальция в пище уровень ионизированного кальция в крови поддерживается за счет

усиленного кишечного всасывания кальция
уменьшения почечной экскреции кальция
+вымывания кальция из кости

38. У новорожденного ребенка открыты швы

+стреловидный

+венечный

лобный

+затылочный

39. Черепные швы у детей закрываются в возрасте

1-2 мес

+3-4 мес

5-6 мес

к году

40. Количество постоянных зубов определяется по формуле

+ $4n - 20$

$4n - 4$

$n - 4$

$n - 20$

41. Количество молочных зубов определяется по формуле

$4n - 20$

$4n - 4$

+ $n - 4$

$n - 20$

42. Особенности гортани у детей раннего возраста являются

хорошее развитие эластической ткани

+податливость хрящей

+узость голосовой щели

+нежность слизистой оболочки

43. Апноэ у новорожденных детей связано

с недостатком сурфактанта

+незаконченной дифференцировкой дыхательного центра

+с гипоксией дыхательного центра

со слабостью мышц диафрагмы

44. Особенности бронхов у детей раннего возраста являются

хорошее развитие мышечных и эластических волокон

+узкий просвет бронхов

недостаточное кровоснабжение слизистых оболочек

+недоразвитие хрящевого каркаса

хорошее сопротивление спадению бронхов

45. Особенности легочной ткани у детей раннего возраста являются

- +обильное кровоснабжение
- хорошее развитие эластической ткани
- хорошая воздушность легочной ткани
- +недостаточное количество альвеол
- +недостаточное развитие ацинуса
- широкий просвет бронхиол

46. Малая глубина дыхания у детей раннего возраста обусловлена

- +небольшой массой легких
- +малым количеством альвеол
- большой частотой дыхания
- +слабостью дыхательной мускулатуры

47. На заднюю поверхность грудной клетки справа проецируются доли легкого

- +верхняя
- средняя
- +нижняя

48. Потребность в кислороде на 1 кг массы тела у детей по сравнению со взрослыми

- +больше
- меньше
- такая же

49. Минутный объем дыхания на 1 кг массы тела у детей по сравнению со взрослыми

- +больше
- меньше
- такой же

50. Число дыханий в 1 минуту в периоде новорожденности в норме составляет

- 16 - 18
- 20- 25
- 30 - 35
- +40 - 60
- 60 - 80

51. Число дыханий в 1 минуту у ребенка в 1 год в норме составляет

- 16 - 18
- 20 - 25
- +30 - 35

40 - 60

60 - 80

52. На переднюю поверхность грудной клетки справа проецируются доли легкого

+верхняя

+средняя

нижняя

53. Для расчета среднего систолического артериального давления у детей старше года используется формула

$60 + 2n$

$90 + n$

$+90 + 2n$

$100 + n$

54. Для расчета среднего диастолического артериального давления у детей старше года используется формула

$60 + 2n$

$+60 + n$

$90 + 2n$

$90 + n$

$100 + n$

55. Соотношение просвета вен и артерий у детей раннего возраста

2 : 1

+1 : 1

1 : 2

1 : 3

56. Редкость инфарктов миокарда у детей первых лет жизни объясняется типом кровоснабжения сердечной мышцы

магистральным

+рассыпным

смешанным

57. Соотношение просвета легочной артерии и аорты над клапаном у новорожденных

аорта больше легочной артерии

+аорта меньше легочной артерии

одинаковы

58. Толщина стенок желудочков сердца у новорожденных

левого больше правого

левого меньше правого
+одинаковы

59. Соотношение просвета легочной артерии и аорты над клапаном к 12 годам

аорта больше легочной артерии
аорта меньше легочной артерии
+одинаковы

60. У детей с возрастом ударный объем крови

+увеличивается
уменьшается
не изменяется

61. У детей с возрастом минутный объем крови по отношению к площади поверхности тела

увеличивается
+уменьшается
не изменяется

62. У детей с возрастом скорость кровотока

увеличивается
+уменьшается
не изменяется

63. Частота пульса в минуту у новорожденного ребенка в норме составляет

140 - 160
+120 - 140
100 - 120
80 - 100
60 - 80

64. Левая граница относительной сердечной тупости по отношению к срединно-ключичной линии у детей до 2 лет

по линии
на 1 см кнаружи
+на 2 см кнаружи
на 1 см кнутри
на 2 см кнутри

65. Левая граница относительной сердечной тупости по отношению к срединно-ключичной линии у детей с 2 до 7 лет

+на 1 см кнаружи

на 2 см снаружи
по линии
на 1 см кнутри
на 2 см кнутри

66. Всасывательная способность тонкой кишки у детей по сравнению со взрослыми

+больше
меньше
такая же

67. Какие органы плода находятся в наиболее благоприятных условиях оксигенации

4 легкие
2 головной мозг
1 печень
5 нижняя половина тела
3 верхние конечности

68. Функциональное созревание поджелудочной железы при естественном вскармливании по сравнению с искусственным происходит

+медленнее
быстрее
одинаковыми темпами

69. Склонность детей первого года жизни к срыгиваниям объясняется следующими анатомо-физиологическими особенностями

+дно тела желудка лежит ниже антрально пилорического отдела
желудок расположен вертикально
хорошо развит кардиальный сфинктер
+хорошо развит пилорический отдел желудка
+слабо развит кардиальный отдел желудка
слабо развит пилорический отдел желудка

70. В процессе усвоения пищи у детей первых недель жизни важную роль играют

+мембранное пищеварение
полостное пищеварение
+аутолиз
+пиноцитоз
микрофлора кишечника

71. Особенности тонкой кишки у детей раннего возраста по сравнению со взрослыми являются

- +слизистая оболочка тоньше
- +проницаемость слизистой оболочки выше
- кишечные железы мельче
- мало лимфатических сосудов

72. Особенности толстой кишки у детей раннего возраста по сравнению со взрослыми

- +слепая кишка расположена выше
- слепая кишка хорошо фиксирована
- +восходящая ободочная кишка короче
- +нисходящая ободочная кишка более узкая
- сигмовидная кишка относительно короткая
- +сигмовидная кишка расположена выше, подвижна

73. Особенности прямой кишки у детей раннего возраста по сравнению со взрослыми

- относительно короткая
- +недоразвита ампула
- +плохо фиксирована
- +хорошо развит посллизистый слой
- хорошо развит мышечный слой
- +слабо фиксирована слизистая оболочка

74. Обильное слюноотделение вследствие недостаточной зрелости центральных механизмов регуляции слюноотделения и заглатывания наблюдается у детей в возрасте

- 2 - 3 мес
- +4 - 5 мес
- 6 - 7 мес
- 8 - 9 мес
- к году

75. Активность витамин-К-зависимых факторов у детей первых дней жизни по сравнению со взрослыми

- выше
- +ниже
- такая же

76. Трудность пальпации лимфоузлов у детей раннего возраста объясняется

- хорошим развитием трабекул
- хорошим развитием капсулы

+хорошим развитием подкожно-жирового слоя
+малыми размерами

77. Причинами нейтрофилии в первые дни жизни ребенка являются

+гиперэстрогемия
+родовой стресс
антигенная стимуляция
гипогликемия

78. Причинами физиологического снижения гемоглобина и количества эритроцитов в период новорожденности являются

+укорочение длительности жизни эритроцитов
гемоконцентрация
дефицит печеночной глюкокоронилтрансферазы
+снижение продукции эритропоэтина

79. Содержание гемоглобина сразу после рождения составляет в г/л

90 - 110
120 - 140
140 - 160
160 - 180
+180 - 240

80. Содержание гемоглобина у детей старше 1 года составляет в г/л

90 - 110
+120 - 140
140 - 160
160 - 180
180 - 240

81. Количество лейкоцитов в периферической крови у детей сразу после рождения составляет ($10^9/л$)

3 - 4
5 - 6
7 - 10
12 - 15
+16 - 30

82. Количество лейкоцитов в периферической крови у детей до года составляет ($10^9/л$)

3 - 4
4 - 5
6 - 10
+8 - 12

12 - 15
16 -30

83. Количество ретикулоцитов в периферической крови у детей сразу после рождения (‰)

0 -10
3 - 5
5 - 10
10 - 15
10 -30
+40 - 60

84. Количество ретикулоцитов в периферической крови у детей через 10 дней после рождения (‰)

0 - 10
3 - 5
+5 - 10
10 - 30
10 - 40

85. Количество лимфоцитов (%) в первые сутки жизни составляет

10 - 15
+20 - 30
30 - 40
40 - 45
45 - 65

86. Количество лимфоцитов (%) на 4 - 5 сутки жизни составляет

10 - 15
20 - 30
30 - 40
+40 - 45
45 - 65

87. Количество лимфоцитов (%) в 4-5 лет составляет

10 - 15
20 - 30
30 - 40
+40 - 45
45 - 65

88. Количество лимфоцитов (%) у детей старше 5 лет составляет

10 - 15
20 -30

+30 - 40
45 - 65
40 - 45

89. Количество нейтрофилов (%) в первые сутки жизни составляет

10 - 15
25 - 30
25 - 45
40 - 45
50 - 60
+60 - 70

90. Количество нейтрофилов (%) на 4-5 день жизни составляет

10 - 15
20 - 30
30 - 40
+40 - 45
50 - 60
60 - 70

91. Количество нейтрофилов (%) у детей в 4-5 лет составляет

10 - 15
20 - 30
30 - 40
+40 - 45
50 - 60
60 - 70

92. Количество нейтрофилов (%) у детей старше 5 лет составляет

10 - 15
15 - 20
20 - 30
30 - 40
40 - 45
+50 - 60
60 - 70

93. Особенностью функции канальцев почек у детей являются

+реабсорбция снижена
реабсорбция повышена
+секреция снижена
секреция повышена

94. Особенности почечных клубочков у детей по сравнению со взрослыми

- +количество клубочков на единицу поверхности больше
- количество клубочков на единицу поверхности меньше
- размеры клубочков больше
- +размеры клубочков меньше

95. К застою мочи у детей раннего возраста предрасполагают следующие особенности мочеточников

- +недостаточное развитие мышечной ткани
- хорошее развитие эластической ткани
- +относительно широкий просвет
- относительно узкий просвет
- +извитость
- +гипотония

96. Концентрационная функция почек определяется с помощью пробы Зимницкого

97. Количество мочи от количества выпитой жидкости в норме составляет у детей (%)

70-75

98. Величина клиренса эндогенного креатинина у детей в норме достигает величина взрослого к возрасту

1 года

99. Величина клубочковой фильтрации в норме у детей старше года составляет (в мл/мин)

100±20

100. Число мочеиспусканий у ребенка в 1 день жизни составляет в сутки

+0 - 3

3 - 4

5 - 8

до 10

15 - 18

20 -25

101. Число мочеиспусканий у новорожденного составляет в сутки

0 - 3

3 - 4

5 -8

15 - 18

+20 - 25

102. Число мочеиспусканий у ребенка в 1 год составляет в сутки

0 - 3

3 - 4

5 - 8

+15 - 18

20 - 25

103. У новорожденного ребенка преобладает теплоотдача

+пассивная

активная

104. Способность ребенка к теплопродукции по сравнению со взрослыми

выше

+ниже

такая же

105. Вскармливание детей на первом году жизни женским молоком называется

естественным

106. Снижение секреторной способности молочных желез кормящей женщины называется

гипогалактия

107. Вскармливание, при котором наряду с женским молоком ребенок первого года жизни получает искусственные смеси называется

смешанным

108. Дополнительное питание искусственными молочными смесями при дефиците материнского молока называется

докормом

109. Постепенное введение новых продуктов питания ребенку первого года жизни с вытеснением женского молока называется

прикормом

110. Режим питания ребенка первого года жизни, когда он сам определяет часы и объем кормления, называется

свободным

111. Основным источником энергии для новорожденного является

белок

глюкоза
+жир

112. Содержание лактозы в молозиве по сравнению со зрелым молоком
выше
+ниже
такое же

113. Основным источником энергии для плода является
белок
+глюкоза
жир

114. Содержание жира в молозиве по сравнению со зрелым молоком
выше
+ниже
такое же

115. Содержание белка в молозиве по сравнению со зрелым молоком
+выше
ниже
такое же

116. С увеличением срока лактации содержание белка в женском молоке
+понижается
повышается
не изменяется

117. С увеличением срока лактации содержание углеводов в женском молоке
+повышается
понижается
не изменяется

118. С увеличением срока лактации содержание жиров в женском молоке
повышается
понижается
+не изменяется

119. Энергетическая ценность зрелого женского молока по сравнению с молозивом
выше
+ниже

такая же

120. Оптимальное для усвоения соотношение кальция и фосфора в женском молоке составляет

1:2

1:1

+2:1

3:1

121. В женском молоке наиболее высокая концентрация иммуноглобулинов класса

G

M

+A

D

E

122. Потребность в углеводах при естественном вскармливании у детей первого года жизни в расчете на 1 кг массы составляет

5 - 8

8 - 10

10 - 12

+12 - 14

14 - 16

123. При приготовлении неадаптированных смесей для разведения молока лучше всего использовать

крахмал

чистую воду

+овощной отвар

+слизистый отвар круп

фруктовый отвар

124. При "объемном" способе расчета суточное количество пищи для детей в возрасте до 2 мес составляет от массы тела

1/5

125. При "объемном" способе расчета суточное количество пищи для детей в возрасте 2 - 4 мес составляет от массы тела

1/6

126. При "объемном" способе расчета суточное количество пищи для детей в возрасте 4 - 6 мес составляет от массы тела

1/7

127. При "объемном" способе расчета суточное количество пищи для детей в возрасте 6-9 мес составляет от массы тела

1/8

128. При искусственном вскармливании неадаптированными смесями по сравнению с адаптированными потребность в белке и энергии

+больше

меньше

такая же

129. При искусственном вскармливании неадаптированными смесями по сравнению с адаптированными потребность в жирах и углеводах

больше

меньше

+такая же

130. Потребность ребенка в первом квартале жизни в энергии (в ккал/кг массы) составляет

+120 - 125

115 - 120

110 - 150

100

131. Потребность ребенка в возрасте 4 - 6 мес в энергии (в ккал/кг массы) составляет

120 - 125

+115 - 120

110 - 115

100

132. Потребность ребенка в возрасте 7 - 9 мес в энергии (в ккал/кг массы) составляет

120 - 125

115 - 120

+110 - 115

100

133. Потребность ребенка в возрасте 10-12 мес в энергии (в ккал/кг массы) составляет

120 - 125

115 - 120

110 - 115

+100

134. Потребность ребенка в первом полугодии жизни в жирах при естественном вскармливании составляет

6,5 - 7,0

+6,0 - 6,5

5,0 - 5,5

135. Потребность ребенка во втором полугодии жизни в жирах составляет

6,5 - 7,0

6,0 - 6,5

+5,0 - 5,5

136. Потребность ребенка в белках в первом полугодии жизни при естественном вскармливании составляет

+2,0 - 2,5

2,5 - 3,0

3,0 - 3,5

137. Потребность ребенка в белках во втором полугодии жизни при естественном вскармливании составляет

2,0 - 2,5

+2,5 - 3,0

3,0 - 3,5

3,5 - 4,0

138. После рождения температура тела ребенка

+снижается

повышается

не изменяется

139. Физиологическая потеря массы тела составляет (в %)

+5 - 8

10 - 15

более 15

140. Причины физиологической желтухи новорожденных

+гемолиз

+снижение активности глюкоранилтрансферазы

+гипоальбуминемия

холестаз

анемия

141. Половой криз у новорожденных наблюдается

у девочек
у мальчиков
+у девочек и мальчиков

142. Период с 28 недели гестации до окончания раннего неонатального периода называется
перинатальным

143. Период с момента перевязки пуповины до 7 дня внеутробной жизни называетсяпериодом
ранним неонатальным

144. Этапы развития плода и новорожденного

1 бластогенез
3 ранний фетальный
2 эмбриональный
4 поздний фетальный
7 поздний неонатальный
5 интранатальный
6 ранний неонатальный

145. Новорожденный, родившийся в тяжелой гипоксии, имеет оценку по шкале Апгар

5 - 7 баллов
4 - 5 баллов
+3 балла и менее

146. Клиническим признаком акушерского пареза руки типа Дюшена-Эрба является

гипертонус руки
диффузная мышечная гипотония
выраженный болевой синдром
повышение сухожильных рефлексов
+ротация руки внутрь

147. Патогенетические звенья хронической внутриутробной гипоксии плода и новорожденного

2 нарушение внутриклеточного обмена
1 кислородная недостаточность
5 ДВС-синдром + нарушения микроциркуляции
3 ишемия и геморрагический инфаркт внутренних органов
4 гемодинамические расстройства

148. Развитие клинических проявлений при эпидуральных кровоизлияниях у новорожденных

2 резкое беспокойство

3 кома

1 "светлый" промежуток

149. Врожденный гепатит является проявление

эмбриопатии

+фетопатии

150. Если беременная страдает сахарным диабетом, то у плода возможно развитие

эмбриопатии

фетопатии

+эмбриофетопатии

151. Воздействие инфекционного фактора на плод в позднем фетальном периоде приводит к развитию

пороков развития

+воспаления

152. Клиническими проявлениями врожденной краснухи является синдромокомплекс

пузырчатка на ладонях и стопах, ринит

+глухота, катаракта, микроцефалия, врожденный порок сердца

гипотрофия, желтуха, гнойничковая сыпь на коже

желтуха, анемия, тромбоцитопения, гепатоспленомегалия

синдром Дауна

омфалит, конъюктивит, желтуха

153. Клиническими проявлениями врожденного сифилиса является синдромокомплекс

+пузырчатка на ладонях и стопах, ринит

синдром Дауна

глухота, катаракта, микроцефалия, порок сердца

желтуха, анемия, тромбоцитопения, гепатоспленомегалия

154. Фототерапия применяется для лечения гипербилирубинемии новорожденного, если она обусловлена повышением уровня

прямого билирубина

+непрямого билирубина

155. При лечении гипербилирубинемии, обусловленной повышением непрямого билирубина патогенетически показано введение

+альбумина
глюкозы
серноокислой магнезии

156. При лечении гипербилирубинемии, обусловленной повышением прямого билирубина патогенетически показано введение

альбумина
+глюкозы
кокарбоксилазы

157. Гипербилирубинемия, обусловленная повышением преимущественно уровня непрямого билирубина у новорожденного характерна для

+гемолитической болезни новорожденного
атрезии желчевыводящих путей
+конъюгационной желтухи
фетального гепатита

158. Гипербилирубинемия, обусловленная повышением преимущественно уровня прямого билирубина у новорожденного характерна для

конъюгационной желтухи
+фетального гепатита
гемолитической болезни
+атрезии желчевыводящих путей

159. Причиной гипербилирубинемии недоношенных является

+незрелость глюкоронилтрансферазы
холестаза
+повышенное содержание HbF в эритроцитах
незрелость желудочно-кишечного тракта
+гипоальбуминемия

160. При конъюгационной гипербилирубинемии желтуха объясняется повышением в крови уровня

+непрямого билирубина
прямого билирубина

161. При конъюгационной гипербилирубинемии повышение активности трансаминаз

характерно
+нехарактерно

162. Для ускорения созревания глюкоронилтрансферазы печени применяются препараты

аскорбиновая кислота

викасол

+фенобарбитал

+зиксорин

глюкокортикоиды

кокарбоксилаза

витамины группы В

163. При проведении дифференциального диагноза конъюгационной и гемолитической гипербилирубинемии главными критериями являются

уровень непрямого билирубина

+уровень гемоглобина

+количество эритроцитов

+количество ретикулоцитов

количество лейкоцитов

уровень трансаминаз

164. Лабораторными признаками гемолитической болезни являются

повышение уровня непрямого билирубина, анемии нет, активность

трансаминаз в норме

+повышение уровня непрямого билирубина, анемия, ретикулоцитоз

повышение уровня прямого билирубина, активность трансаминаз повышена

повышение уровня прямого билирубина, анемии нет, активность трансаминаз

в норме

165. Лабораторными признаками фетального гепатита являются

повышение уровня непрямого билирубина, анемии нет, активность

трансаминаз в норме

повышение уровня непрямого билирубина, анемия, ретикулоцитоз

повышение уровня прямого билирубина, анемии нет, активность трансаминаз

в норме

+повышение уровня прямого билирубина, активность трансаминаз повышена

166. Если у матери группа крови АВ (IV), а у ребенка O(I) развитие гемолитической болезни

происходит

+не происходит

167. По характеру регенерации костного мозга анемия при гемолитической болезни новорожденного относится к

гипорегенераторным

+гиперрегенераторным

168. Для проведения операции заменного переливания крови при ГБН по резус-фактору необходимо взять кровь

+с группой крови ребенка, резус-фактор отрицательную
с группой крови матери, резус-фактор отрицательную
с группой крови ребенка, резус-фактор положительную

169. Для проведения заменного переливания крови при ГБН по АВО-системе используется эритроцитарная масса с группой крови

ребенка
+О(I)
АВ(IV)

170. Гемолитическая болезнь новорожденных может быть обусловлена внутриутробной инфекцией

+иммунологическим конфликтом
нарушением конъюгации билирубина
гемоглобинопатией

171. При гемолитической болезни новорожденного желтуха появляется

+на 1 сутки
на 3 сутки
на 5 сутки

172. Абсолютным показанием для проведения заменного переливания крови при ГБН является

уровень билирубина пуповинной крови 50 мкмоль/л и выше
+темп нарастания билирубина выше 5 мкмоль/л в час
повышение непрямого билирубина на 2 сутки до 150 мкмоль/л

173. ГБН по АВО-системе может развиваться если

+мать - О(I) группы, ребенок - А(II) группы
+мать - О(I) группы, ребенок - В(III) группы
мать - А(II) группы, ребенок - О(I) группы
мать - В(III) группы, ребенок - О(I) группы
мать - О(I) группы, ребенок - АВ(IV) группы

174. Характерными для желтушной формы клиническими симптомами ГБН являются

обесцвеченный кал
+анемия
+увеличение печени
+увеличение селезенки
геморрагическая сыпь на коже

гипотрофия
+желтуха

175. Характерными для отечной формы клиническими симптомами ГБН являются

+анемия
+эритробластоз
+гепатоспленомегалия
+отеки
желтуха
геморрагическая сыпь на коже

176. Для лечения ГБН применяется

+инфузионная терапия
+фототерапия
глюкокортикоиды
+заменное переливание крови
+люминал

177. Для септицемии характерны следующие клинические признаки

гнойные очаги, отсутствие инфекционного токсикоза
выраженный инфекционный токсикоз, один или несколько гнойных очагов
+выраженный инфекционный токсикоз, отсутствие гнойных очагов

178. Для септикопиемии характерны следующие клинические признаки

гнойные очаги, отсутствие инфекционного токсикоза
+выраженный инфекционный токсикоз, один или несколько гнойных очагов
выраженный инфекционный токсикоз, отсутствие гнойных очагов

179. Для ребенка с I степенью недоношенности характерна масса тела

менее 1000 гр
1001-1500 гр
1501 - 2000 гр
+2001 - 2500 гр
2501 - 3000 гр

180. Для ребенка с II степенью недоношенности характерна масса тела

менее 1000 гр
1001 - 1500 гр
+1501 - 2000 гр
2001 - 2500 гр
2501 - 3000 гр

181. Для ребенка с III степенью недоношенности характерна масса тела

менее 1000 гр
+1001 - 1500 гр
1501 - 2000 гр
2001 - 2500 гр
2501 - 3000 гр

182. Для ребенка с IV степенью недоношенности характерна масса тела

+менее 1000 гр
1001 - 1500 гр
1501 - 2000 гр
2001 - 2500 гр
2501 - 3000 гр

183. Недоношенным считается ребенок, родившийся при сроке гестации менее

38 недель

184. Особенно интенсивно железо накапливается в организме плода

в первый триместр беременности
во второй триместр беременности
+в третий триместр беременности

185. Какой процент лимфоцитов наиболее вероятен в формуле периферической крови здорового новорожденного на 5 день жизни:

20%
25%
30%
+45%
60%

186. Швы черепа у ребенка закрываются

к 1 мес
к 2 мес
+к 3 мес
к 4 мес

187. Начальный период рахита чаще выявляется в возрасте

+1,5 - 4 мес
4 - 6 мес
6 - 8 мес
8 - 12 мес

188. Краниотабес это:

уплощение затылка

+размягчение чешуи затылочной кости
образование теменных бугров
размягчение краев большого родничка

189. Рост ребенка на первом году жизни увеличивается на

+25 - 27 см

27 - 29 см

22 - 23 см

23 - 25 см

190. Причина судорог при спазмофилии

гипофосфатемия

+гипокальциемия

гиперкальциемия

гиперфосфатемия

ацидоз

191. В патогенезе нервно-артритического диатеза основное значение имеет

снижение синтеза катехоламинов

атопия

+нарушение обмена пуринов

нарушение обмена щевелевой кислоты

192. К сидеропеническим симптомам железодефицитной анемии относятся

бледность

цианоз

+ангулярный стоматит

+извращение вкуса

193. Проявлениями врожденного гипотериоза у ребенка могут быть:

низкая масса тела при рождении

+затяжная желтуха

+низкий тембр голоса

склонность к поносам

+задержка психомоторного развития

194. Окружность головы наиболее интенсивно увеличивается :

+на 1-м году жизни

на 2-м году

на 6 году жизни

в пубертатном периоде

195. Доношенный ребенок гулит с:

рождения

1 мес

+4 мес

6 мес

8 мес

196. Период новорожденности продолжается

с момента перевязки пуповины до 7 дней

+с момента перевязки пуповины до 28 дней

с момента перевязки пуповины до 3 мес жизни

197. В 3-месячном возрасте здоровый доношенный ребенок должен:

+следить за движущимся предметом

+в положении на животе поднимать голову на 45 градусов

+улыбаться в ответ на улыбку взрослого

сидеть самостоятельно

+произносить отдельные звуки

198. Для функциональных сердечных шумов характерно

иррадиация шумов экстракардиально

жесткий темб звучания

+изменчивость от положения тела, физической нагрузки (ослабление)

+короткий по продолжительности

199. Вирусная пневмония по форме является

+интстициальной

крупозной

деструктивной

200. По классификации острые пневмонии делятся на

+крупозные

+интерстициальные

бронхопневмонии

плевропневмонии

+сегментарные

+очаговые

201. Показателями тяжести пневмонии являются

выраженность сердечно-сосудистых нарушений

выраженность дыхательной недостаточности

-частота и выраженность кашля

-наличие локализованных хрипов
степень токсикоза
наличие притупления перкуторного звука

202. Осложнениями пневмонии являются

дыхательная недостаточность
токсикоз
+пневмоторакс
+острое легочное сердце
+миокардит

203. Симптомами острой пневмонии являются

+одышка
боль в горле
+цианоз
+стонущее дыхание
+кашель
сухие хрипы
среднепузырчатые хрипы
+крепитация

204. Крупозная пневмония характеризуется поражением

сегмента легкого
+доли легкого
очаговым поражением
интерстициальным поражением

205. Для крупозной пневмонии характерно

+острое начало
коробочный оттенок перкуторного звука
сухие хрипы с двух сторон
+поражение доли легкого
+одышка
+румянец щеки на стороне поражения

206. Отхаркивающими препаратами являются

либексин
+бромгексин
+ацетил-цистеин
глаувент
кодеин

207. Какие врожденные пороки сердца относятся к порокам с обеднением большого круга кровообращения

дефект межжелудочковой перегородки
дефект межпредсердной перегородки
+стеноз устья аорты
+коарктация аорты
открытый артериальный проток

208. Местом наилучшей аускультации систолического шума при дефекте межжелудочковой перегородки у детей является

верхушка сердца
+точка Боткина-Эрба
второе межреберье слева от грудины
второе межреберье справа от грудины
подмышечная область

209. Какие проявления наиболее характерны для коарктации аорты у детей старшего возраста

+головная боль
+давление на руках выше, чем на ногах
давление на ногах выше, чем на руках
гипертрофия правого желудочка
частые пневмонии

210. Какой из перечисленных врожденных пороков сердца у детей сопровождается одышечно-цианотическими приступами

дефект межжелудочковой перегородки
дефект межпредсердной перегородки
+тетрада Фалло
открытый артериальный проток
коарктация аорты

211. Более высокое давление на руках, чем на ногах у ребенка характерно для

синдрома вегетативной дисфункции
+коарктации аорты
неревматического кардита
недостаточности аортального клапана
не блюдается в норме

212. При тетраде Фалло II тон на легочной артерии

усилен
+ослаблен
неизменен

213. У плода функционируют дополнительные коммуникации

межжелудочковое сообщение

+овальное окно

+артериальный проток

+аранциев проток

214. Анатомическими признаками тетрады Фалло являются

стеноз аорты

+стеноз легочной артерии

+декстрапозиция аорты

дефект межпредсердной перегородки

+дефект межжелудочковой перегородки

215. При дефекте межжелудочковой перегородки аускультативно определяется

систолический шум с р.мах во II межреберье справа от грудины

систолический шум с р.мах на уровне II грудного позвонка

систо-диастолический шум во II межреберье слева от грудины

+систолический шум жесткого тембра с р.мах в III межреберье слева

систолический шум с р.мах во II межреберье слева

216. При дефекте межпредсердной перегородки аускультативно определяется

систолический шум с р.мах во II межреберье справа от грудины

систолический шум с р.мах на уровне II грудного позвонка

систо-диастолический шум во II межреберье слева от грудины

систолический шум жесткого тембра с р.мах в III межреберье слева

+систолический шум с р.мах во II межреберье слева

217. При открытом артериальном протоке аускультативно определяется

систолический шум с р.мах во II межреберье справа от грудины

систолический шум с р.мах на уровне II грудного позвонка

+систо-диастолический шум во II межреберье слева от грудины

систолический шум жесткого тембра с р.мах в III межреберье слева

систолический шум с р.мах во II межреберье слева

218. Среди врожденных пороков сердца и крупных сосудов к артериальной гипертензии может привести

стеноз аорты

стеноз легочной артерии

+коарктация аорты

219. Для железодефицитной анемии в периферической крови характерно

+снижение гемоглобина

+снижение количества эритроцитов

снижение количества ретикулоцитов
снижение гематокрита
+снижение цветового показателя
+повышение количества ретикулоцитов

220. Среди клинических симптомов при железодефицитной анемии реже всего отмечается

глоссит
бледность
+желтуха
анорексия
выпадение волос

221. Укажите какие из приведенных биохимических показателей увеличиваются при железодефицитной анемии

+общая железосвязывающая способность сыворотки
содержание сывороточного железа
+содержание ферритина
степень насыщения трансферрина

222. Анемия при дефиците фолиевой кислоты

гипохромная
нормохромная
+гиперхромная

223. При В12-дефицитной анемии кривая Прайс-Джонса смещается

влево
+вправо
не смещается

224. Для В12-дефицитной анемии характерны

микроцитарная анемия
+мегалобластный тип кроветворения
снижение ретикулоцитов
+гиперхромная анемия
повышение уровня сывороточного железа

225. Какие изменения характерны для фолиеводефицитной анемии у детей

+снижение числа эритроцитов
+увеличение размеров эритроцитов
гипохромия
+гиперхромия
микроцитоз

226. Какие из указанных жалоб, характерны для В12-фолиеводефицитной анемии у детей

выпадение волос

+пощипывание языка

+чувство ползания мурашек

+бледность

227. Какие из приведенных возбудителей могут вызывать врожденную инфекцию:

+токсоплазма Гонди

+вирус краснухи

+цитомегаловирус

ротовирус

+вирус простого герпеса

228. Укажите характерные признаки физиологической желтухи новорожденных:

+появляется на 3 день после рождения

появляется в течение первых суток жизни

проходит в течение 1 месяца

+проходит к 10 дню жизни

229. Что из ниже перечисленного нельзя рассматривать как транзитное состояние периода новорожденности:

общая гиперемия кожи

набухание молочных желез

отсутствие диуреза в первые сутки жизни

+появление желтухи в первые сутки жизни

+уменьшение первоначальной массы тела на 12%

230. Назовите нормальный уровень сывороточного железа у детей

2-10 мкмоль/л

50 мкмоль/л

+10-30 мкмоль/л

231. Назначение детям препаратов железа парентерально показано при:

+синдроме мальабсорбции

+тяжелой анемии

раннем возрасте ребенка

рахите

232. Суточная доза препаратов железа при лечении ЖДА у детей старше 3 лет составляет:

- 1-2 мг/кг/сут
- +3-5 мг/кг/сут
- 10-20 мг/кг/сут

233. Суточная доза препаратов железа при лечении ЖДА у детей до 3 лет составляет:

- 1-2 мг/кг/сут
- 3 - 5 мг/кг/сут
- +5-8 мг/кг/сут
- 10-20 мг/кг/сут

234. При какой диете наиболее высока абсорбция железа:

- молочной
- мясной
- растительной
- +мясо-растительной

235. Назовите продукты, богатые железом:

- творог
- +желток
- хлебо-булочные изделия
- +мясо
- +толокно

236. Антенатальные причины железодефицитной анемии у детей:

- +многоплодная беременность
- +анемия беременной
- +нарушение маточно-плацентарного кровотока
- наркоз

237. Постнатальные причины железодефицитной анемии:

- +несвоевременное введение прикорма
- +повышенные потребности в железе при ускоренном развитии
- +кровопотери
- +синдром мальабсорбции
- хронические заболевания легких
- врожденные пороки сердца

238. Что из перечисленных клинических симптомов характерно для экссудативного плеврита у детей

- +смещение органов средостения в здоровую сторону
- смещение органов средостения в больную сторону

коробочный оттенок звука при перкуссии
везикулярное дыхание при аускультации
+притупление перкуторного звука

239. В каких случаях у детей наблюдается преимущественно экспираторная одышка:

+обструктивный бронхит
+бронхиальная астма
+бронхиолит
круп
заглоточный абсцесс
острая неосложненная пневмония

240. К факторам, способствующим развитию пневмонии у новорожденных детей относятся

+пневмопатии
+недоношенность
токсикоз первой половины беременности
+респираторная инфекция у матери за 2 недели до родов
затянувшаяся желтуха

241. При острой пневмонии у детей раннего возраста наиболее часто встречаются

+повышение температуры
увеличение селезенки
+интоксикационный синдром
+влажный кашель
абдоминальный синдром

242. Смещение средостения в сторону поражения может наблюдаться у детей при:

гемотораксе
пневмотораксе
+ателектаз легкого
гидропневмотораксе
ломбарной эмфиземе

243. На основании каких признаков можно поставить диагноз дыхательной недостаточности у детей:

+увеличение частоты дыхания
+участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания
рентгенологического исследования грудной клетки
УЗИ грудной клетки
+исследования газов артериальной крови

244. Деструктивный процесс в легких у детей характерен для пневмонии, вызванной

пневмококком
+синегнойной палочкой
стрептококком
+стафилококком
хламидией

245. Назовите характерные признаки острого бронхита у детей

интоксикация
+рассеянные влажные среднепузырчатые хрипы в легких
наличие односторонних влажных мелкопузырчатых хрипов в легких
+умеренные сдвиги воспалительного характера в анализах крови
наличие очаговой инфильтрации в легких на рентгенограмме

246. Назовите наиболее частый путь распространения инфекции в легких у детей при пневмонии

контактный
гематогенный
лимфогенный
+бронхогенный

247. Клинико-рентгенологические признаки пневмоторакса у детей:

+усиление одышки
смещение средостения в больную сторону
+смещение средостения в здоровую сторону
+отсутствие легочного рисунка на рентгенограмме
+ослабление дыхания на больной стороне

248. Более частому возникновению пневмоний у детей раннего возраста способствуют

+недостаточная дифференцировка ацинусов и альвеол
+обильное снабжение легочной ткани кровеносными и лимфатическими сосудами
+ослабленная функция мерцательного эпителия и кашлевая реакция
+горизонтальное положение ребер и недостаточное развитие межреберных мышц
большая частота дыхательных движений

249. Дефицит сурфактанта способствует

гипертензия малого круга кровообращения
бронхиальной астме
+ателектазу

эмфиземе легких
пневмотораксу

250. Укажите показания для госпитализации в стационар детей с пневмонией

+возраст до 1 года
+наличие осложнений
умеренно выраженные признаки воспаления в анализах крови
+социальное неблагополучие

260. Какое инструментальное исследование необходимо назначить больному ребенку для подтверждения диагноза пневмонии:

спирография
бронхография
+рентгенография легких
пикфлоуметрия
сцинтиграфия легких

261. К легочным осложнениям пневмонии у детей относятся

+плеврит
инфекционно-токсический шок
+легочная деструкция
+пиопневмоторакс
кардио-васкулярный синдром
+абсцесс легкого

262. К внелегочным осложнениям пневмонии у детей относятся

плеврит
+инфекционно-токсический шок
+ДВС-синдром
+сердечно-сосудистая недостаточность
дыхательная недостаточность

263. Гипотрофия у детей - это хроническое расстройство питания

с пропорциональным отставанием массы тела и роста
с избыточной массой тела
+с дефицитом массы тела
с нормальной массой и длиной тела

264. Перечислите пренатальные причины гипотрофии у детей

количественный и качественный недокорм ребенка
+заболевания матери во время беременности
+недостаточное питание матери
+патология плаценты

+воздействие вредных факторов во время беременности

265. Для гипотрофии 3-й степени у детей характерно

+Дефицит массы тела более 30%

+отставание в росте

нормальный рост

дефицит массы тела на 20-30%

отсутствие подкожно-жировой клетчатки на животе

266. Назовите экзогенные причины гипотрофии у детей

+кишечные инфекции

+количественный и качественный недокорм

пороки развития внутренних органов

+интоксикации

синдром мальабсорбции

267. Перечислите эндогенные причины гипотрофии у детей

количественный и качественный недокорм

+пороки развития внутренних органов

+синдром мальабсорбции

+эндокринные и нейроэндокринные расстройства

инфекционные заболевания

268. При диетической коррекции гипотрофии у детей различают следующие этапы

+этап выяснения толерантности к пище

этап жировой нагрузки

+промежуточный этап

+этап оптимального питания

этап витаминизации пищи

269. Назовите характерные признаки лимфатико-гипопластического диатеза у детей

+повышение массы тела

боли в суставах

+гиперплазия миндалин и аденоидов

+тимомегалия

рвота

270. Назовите характерные клинические признаки нервно-артритического диатеза у детей

избыточная масса тела

+повышенная нервная возбудимость

+ацетонемическая рвота

гиперплазия миндалин и аденоидов

+урикемия

+анорексия

271. При рахите у детей отмечается

+искривление трубчатых костей

+мышечная гипотония

повышение сухожильных рефлексов

сухость кожных покровов

272. В каком виде железо содержится в женском молоке

в виде гемоглобина

в виде трансферина

+в виде лактоферина

в виде гемосидерина

273. Какие врожденные пороки сердца относятся к порокам с обогащением малого круга кровообращения

+дефект межжелудочковой перегородки

коарктация аорты

стеноз легочной артерии

+дефект межпредсердной перегородки

+открытый артериальный проток

274. Железодефицитная анемия по степени насыщения эритроцитов гемоглобином является

нормохромной

гиперхромной

+гипохромной

275. Костномозговое кроветворение при железодефицитной анемии характеризуется

гипоплазией

аплазией

+напряженностью эритропоэза с появлением ретикулоцитоза в периферической крови

276. При железодефицитной анемии выявляется повышение

процента насыщения трансферина

уровня сывороточного железа

уровня ферритина в сыворотке

концентрации гемоглобина в эритроцитах

+общей железосвязывающей способности крови

277. Железодефицитной анемии свойственны сидеропенические симптомы, характеризующиеся

- +трофическими изменениями кожи, ногтей. волос
- +извращение вкуса
- увеличением печени
- +мышечной слабостью
- судорожными подергиваниями конечностей
- увеличением селезенки

278. У детей раннего возраста наиболее часто встречается форма аллергии

- инфекционная
- +пищевая
- лекарственная
- ингаляционная аллергия

279. Наиболее значимыми аллергенами являются

- +коровье молоко
- +белок куриного яйца
- желток куриного яйца
- +рыба
- +манная крупа
- кукурузная крупа
- +клубника

280. При отсутствии первичной профилактики экссудативно-катаральный диатез может привести к развитию таких состояний

- +детская экзема
- мочекаменная болезнь
- +бронхиальная астма
- синдром внезапной смерти
- подагра
- неврастенический синдром

281. При отсутствии первичной профилактики лимфатико-гипопластический диатез может привести к развитию таких состояний

- детская экзема
- мочекаменная болезнь
- бронхиальная астма
- +синдром внезапной смерти
- подагра
- неврастенический синдром
- +аутоиммунные заболевания

282. При отсутствии первичной профилактики нервно-артритический диатез может привести к развитию таких состояний

детская экзема

+мочекаменная болезнь

бронхиальная астма

синдром внезапной смерти

+подагра

аутоиммунные заболевания

+неврастенический синдром

283. Диатез, характеризующийся генетически детерминированными нарушениями ряда ферментов, принимающих участие в пуриновом обмене и синтезе мочевой кислоты, называется нервно-артритический

284. Диатез, при котором наблюдается врожденная генерализованная иммунопатия, сочетающаяся с недостаточностью функции коры надпочечников называется лимфатико-гипопластический

285. Продолжительность периода определения толерантности к пище при гипотрофии I степени составляет

+1 - 2 дня

3 - 7 дней

10 дней

до 14 дней

286. Продолжительность периода определения толерантности к пище при гипотрофии II степени составляет

1 - 2 дня

+3 - 7 дней

10 дней

до 14 дней

287. Продолжительность периода определения толерантности к пище при гипотрофии III степени составляет

1 - 2 дня

3 - 7 дней

10 дней

+до 14 дней

288. Дефицит массы при I степени постнатальной гипотрофии

5 - 10%

+10 - 20%

20 - 30%
более 30%

289. Дефицит массы при II степени постнатальной гипотрофии

5 - 10%
10 - 20%
+20 - 30%
более 30%

290. Дефицит массы при III степени постнатальной гипотрофии

5 - 10%
10 - 20%
20 - 30%
+более 30%

291. Объем питания при постнатальной гипотрофии I степени в период определения толерантности к пище составляет от нормы

+2/3
1/2
1/3
80%
40%

292. Объем питания при постнатальной гипотрофии II степени в период определения толерантности к пище составляет от нормы

2/3
+1/2
1/3
80%
40%

293. Объем питания при постнатальной гипотрофии III степени в период определения толерантности к пище составляет от нормы

2/3
1/2
+1/3
80%
40%

294. Белки в репарационный период при постнатальной гипотрофии рассчитываются

на фактическую массу ребенка
на должную массу ребенка
+на приблизительно должную массу ребенка

295. Для рахита характерен

+метаболический ацидоз

дыхательный ацидоз

алкалоз

296. На фосфорно-кальциевый обмен в организме влияют

+1.25-дигидрохолекальциферол

соматотропный гормон

+кальцитонин

+паратгормон

+кортикостероиды

297. Для рахита периода разгара характерны

+потливость

+блюдообразные эпифизы костей на рентгенограмме

снижение активности щелочной фосфатазы

нормальный уровень кальция в крови

+гипохромная анемия

298. Витамин Д содержится в следующих продуктах

+желток

+печень трески

овоци

хлеб грубого помола

+мясо

299. Профилактика рахита включает следующие мероприятия

+массаж

+гимнастика

+цитратная смесь

+витамин Д₂ по 500 МЕ

витамин Д₂ по 2000 МЕ

300. 25-гидрохолекальциферол образуется в

печени

301. 1, 25-дигидрохолекальциферол образуется в

почках

302. Образование активных форм витамина Д

4- 1, 25-дигидрохолекальциферол

3- 25-гидрохолекальциферол

1- 7-дегидрохолестерин

2- холекальциферол

303. Причиной судорог при спазмофилии является

гипофосфатемия
+гипокальциемия
снижение активности фосфотазы
гиперкальциемия
гипокалиемия

304. Клинически явная тетания проявляется

симптомом Хвостека
+ларингоспазмом
+карпопедальным спазмом
+клонико-тоническими судорогами
симптомом Труссо

304. Заподозрить у ребенка скрытую тетанию можно по клиническим проявлениям

вялость
адинамия
+беспокойство
+вздрагивание

306. Предрасполагающими факторами к развитию спазмофилии являются

+повышенная инсоляция в весеннее время
диета, богатая солями кальция
недостаток витамина Д
+интенсивное лечение витамином Д
+назначение препаратов витамина Д вместе с УФО

307. Антагонистом витамина Д является

+витамин А
витамин В6
витамин В12

308. Каша, обладающая антикальцифицирующим действием и рекомендуемая для включения в рацион ребенка при гипервитаминозе Д

гречневая
рисовая
+манная
кукурузная

309. Из рациона больных гипервитаминозом Д необходимо исключить

каши
+творог
соки
овощи
+цельное молоко

310. Возможными осложнениями при гипервитаминозе Д являются

+стойкое повышение АД
стойкое понижение АД
+кальциноз легких и мозга
+уролитиаз
остеопороз

311. При ревматизме морфологическим маркером является

выраженность неспецифического экссудативного компонента воспаления
+обнаружение Ашофф-Талалаевских гранул

312. При ревматизме решающее значение в этиологии имеют

+бета-гемолитический стрептококк группы А
бета-гемолитический стрептококк группы В
стафилококк
вирусы

313. Особенности ревматического полиартрита являются

симметричное поражение мелких суставов
+поражение крупных суставов
+"летучий" характер поражения
продолжительность полиартрита более 1 мес

314. В план обследования при подозрении на ревматическую лихорадку обязательно входят

+общий анализ крови
+общий анализ мочи
+биохимический анализ крови (протеинограмма, неспецифические факторы воспаления)
биохимическое исследование мочи
рентгенография пораженного сустава
+ЭКГ
холтеровское мониторирование

305. К большим клиническим критериям ревматизма относятся

+хорея
+полиартрит
артралгии

абдоминальный синдром
нефрит
+кардит
+аннулярная эритема
+ревматические узелки

306. Особенности ревматизма в детском возрасте являются

+выраженность неспецифического экссудативного компонента воспаления
+высокая активность процесса
умеренная активность процесса
деструктивные изменения соединительной ткани

307. Признаком митральной недостаточности при аускультации сердца является

систолический шум с отрывом от первого тона
+систолический шум с р.мах на верхушке, связанный с I тоном
протодиастолический шум во II-III межреберье слева
"рокочущий" пресистолический шум на верхушке

308. Признаком митрального стеноза при аускультации сердца является

систолический шум с отрывом от I тона
систолический шум с р.мах на верхушке, связанный с I тоном
протодиастолический шум во II-III межреберье слева
+"рокочущий" пресистолический шум на верхушке

309. Признаком аортальной недостаточности при аускультации сердца является

систолический шум с отрывом от I тона
систолический шум с р.мах на верхушке, связанный с I тоном
+протодиастолический шум во II-III межреберье слева
"рокочущий" пресистолический шум на верхушке

310. Бициллинопрофилактика при ревматизме проводится

+круглогодично
весной и осенью
в течение 1 года
+в течение 5 лет

311. В базисную терапию острой атаки ревматизма с явлениями кардита обязательно включают

+антибиотики пенициллинового ряда
мочегонные препараты
+нестероидные противовоспалительные
+глюкокортикоиды

седативные препараты
сердечные гликозиды

312. Системной красной волчанкой чаще болеют

+взрослые
дети
мужчины
+женщины

313. Висцеральный синдром при СКВ может включать

+кардит
+нефрит
+поражение ЦНС
+поражение кожи
полилимфаденит

314. Для СКВ в общем анализе крови характерны изменения

лейкоцитоз
+лейкопения
+анемия
тромбоцитоз
+тромбоцитопения
+увеличение СОЭ
нормальные показатели СОЭ

315. Для ЮРА появление болевого суставного синдрома характерно

вечером
в первую половину ночи
+во вторую половину ночи
утром

316. Основные патоморфологические изменения в суставах при ЮРА включают

+пролиферативные и фибропластические процессы
+склерозирование капсулы и периартикулярных тканей
+образование грануляционной ткани (паннус)
экссудативный компонент
гемартроз

317. В принятые диагностические критерии ранней диагностики ЮРА в том числе входят следующие

+артрит сустава продолжительностью более 1,5-2 мес
+симметричное поражение мелких суставов
+утренняя скованность

кардит
гепатит
+поражение шейного отдела позвоночника

318. Поражение глаз при ЮРА предполагает

глаукому
+катаракту
+передний иридоциклит

319. Возможные методики назначения глюкокортикоидов при ЮРА

+пульсотерапия
+внутрисуставное введение
пероральный прием курсом в дозе 0,5-0,7 мг/кг

320. При острой сосудистой недостаточности размеры печени

-увеличиваются
+не изменяются
уменьшаются

321. При острой сосудистой недостаточности влажный кашель и влажные хрипы в легких

характерны
+не характерны

322. Сердечная недостаточность по течению может быть

+острая
рецидивирующая
+хроническая

323. Сердечная недостаточность по левожелудочковому типу характеризуется

+тахикардией
+тахипноэ
+появлением ритма "галопа"
увеличением размеров печени

324. Сердечная недостаточность по правожелудочковому типу характеризуется

влажными хрипами в легких
+увеличением размеров печени
+периферическими отеками
тахикардией

325. При лечении синдрома сердечной недостаточности используются препараты следующих групп

- +сердечные гликозиды
- +диуретики
- +препараты калия
- глюкокортикоиды
- антибиотики

326. Для купирования приступов желудочковой пароксизмальной тахикардии может быть эффективным назначение всех перечисленных препаратов за исключением

- лидокаина
- новокаиамида
- +сердечных гликозидов
- кордарона

327. Наиболее характерными для желудочковой экстрасистолы на ЭКГ являются

- преждевременное появление зубца Р и следующего за ним комплекса QRS
- значительное расширение и деформация экстрасистолического комплекса QRS
- +расположение сегмента RS-T и зубца Т экстрасистолы дискардантно направлению основного комплекса QRS

328. Гипервентиляционные нарушения (жалобы на нехватку воздуха, "вздохи") характерны для

- +ваготонии
- симпатикотонии
- кардитов

329. Для вегето-сосудистой дистонии по ваготоническому типу характерны

- сердцебиение
- уменьшение потоотделения
- +плохая переносимость душных помещений
- +мраморность, цианоз конечностей
- +ощущение зябкости

330. Для вагоинсулярного криза характерны

- сердцебиение
- +рвота
- +боли в животе
- +головные боли
- +чувство нехватки воздуха

учащенное мочеиспускание

331. Для лечения вегето-сосудистой дистонии по ваготоническому типу используются

антибиотики
глюкокортикоиды
препараты калия
+препараты кальция
+витамин В6
+ноотропные препараты

332. Для купирования симпатoadреналового криза показаны

но-шпа
+обзидан
+седуксен
+пирроксан
амизил

333. Для вегето-сосудистой дистонии по ваготоническому типу характерны

рассеянность
+ипохондричность
+склонность к депрессии

334. При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре изменяется

время свертывания
+время кровотечения
и то, и другое
ни то, ни другое

335. Тип кровоточивости при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре

+петехиально-пятнистый
гематомный
смешанный
вакулитно-пурпурный
ангиоматозный

336. Кровоточивость при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре связана с

+нарушением в сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза
дефицитом плазменных факторов свертывания
патологией сосудистой стенки

337. В миелограмме при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре характерно

угнетение мегакариоцитарного ростка

нормальное число мегакариоцитов

+увеличение числа клеток мегакариоцитарного ряда

338. Геморрагический синдром при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре характеризуется

+полиморфностью высыпаний

+полихромностью высыпаний

симметричностью высыпаний

+несимметричностью высыпаний

наличием излюбленной локализации

+отсутствием излюбленной локализации

наличием зуда

тенденцией к слиянию элементов

339. Препараты, применяющиеся при лечении ИТП

+преднизолон

гепарин

антиагреганты

свежезамороженная плазма

+интерфероны

тромбоконтрат

викасол

340. При геморрагическом васкулите тип кровоточивости

-петехиально-пятнистый

+васкулитно-пурпурный

гематомный

смешанный

ангиоматозный

341. Свертывающая способность крови при геморрагическом васкулите
меняется в сторону

гипокоагуляции

+гиперкоагуляции

не меняется

342. Геморрагический синдром при геморрагическом васкулите
характеризуется

+наличием излюбленной локализации

+симметричностью

несимметричностью

наличием зуда
+склонностью элементов к слиянию
наличием петехий
гемартрозами

343. Для лечения геморрагического васкулита используют препараты антигистаминные

дицинон
+преднизолон
+гепарин
ε-Аминокапроновая кислота
+антиагреганты

344. Для геморрагического васкулита в анализе периферической крови характерно

анемия
тромбоцитопения
+тромбоцитоз
+нейтрофильный лейкоцитоз
+ускорение СОЭ

345. Время кровотечения при гемофилии

удлиняется
укорачивается
+не меняется

346. Геморрагический синдром при гемофилии характеризуется

наличием
петехий
экхимозов
+гематом

347. Тип наследования при гемофилии

аутосомно-рецессивный
аутосомно-доминантный
+сцепленный с X-хромосомой
сцепленный с Y-хромосомой

348. Гемофилия А обусловлена дефицитом

+VIII фактора
IX фактора
XI фактора

349. Гемофилия В обусловлена дефицитом

VIII фактора
+IX фактора
XI фактора

350. При легкой степени гемофилии содержание фактора составляет

0 - 1%

1 - 2%

2 - 5%

+5 - 15%

15 - 75%

351. IX фактор свертывания крови содержится

в криопреципитате

+в свежезамороженной плазме

+консервированной крови

352. Источником образования лейкозных клеток является

лимфатические узлы

+костный мозг

лимфоидные органы

ЦНС

353. Разница между острым и хроническим лейкозами определяется

+степенью дифференцировки опухолевых клеток

длительностью заболевания

остротой клинических проявлений

354. Тромбоцитопения при остром лейкозе связана

+с угнетением мегакариоцитарного ростка

разрушением тромбоцитов

с повышенным депонированием тромбоцитов

355. Диагноз острого лейкоза становится несомненным

при появлении бластных клеток в гемограмме

при гепатоспленомегалии

при анемическом и геморрагическом синдроме

при угнетении всех ростков кроветворения в костном мозге

+при бластозе в костном мозге

356. Количество бластных клеток в костном мозге, необходимое для постановки диагноза "острый лейкоз"

+более 30%

более 20 %

более 5%

357. К экстрамедуллярным поражениям при рецидивах О.лейкоза относят

поражение лимфоузлов
поражение печени
+нейролейкоз
+поражение яичек
поражение костей

358. Наиболее информативным методом для диагностики апластической анемии является

общий анализ крови
коагулограмма
стерильная пункция
+трепанобиопсия

359. Геморрагический синдром при апластической анемии обусловлен

недостаточной отшнуровкой тромбоцитов от мегакариоцитов
+недостаточной продукцией мегакариоцитов
дефицитом факторов свертывания крови
аутоиммунной тромбоцитопенией

360. Тип кровоточивости при апластической анемии

+петехиально-пурпурный
гематомный
васкулитно-пурпурный
смешанный

361. Современные методы лечения приобретенных апластических анемий включают

+иммуносупрессивная терапия
+заместительная терапия
спленэктомия
андрогены
+трансплантация костного мозга

362. Для пиелонефрита характерны

гематурия
протеинурия
+бактериурия
азотемия
+лейкоцитурия

363. Для пиелонефрита характерны

боли при мочеиспускании
+боли в поясничной области
+повышение температуры
+симптомы интоксикации
отеки
+гипертония

364. Проба по Зимницкому позволяет выявить

+никтурию
лейкоцитурию
кальциурию
оксалурию
уратурию
гематурию
протеинурию
+изостенурию

365. Для лечения пиелонефрита используются

+уросептики
гипотензивные средства
+антибиотики
антиагреганты
мочегонные средства
гормональные препараты

366. В патогенезе сужения просвета бронхов при обструктивном бронхите основную роль играют

бронхоспазм
+отек слизистой оболочки бронхов
+гиперсекреция слизи

367. Обструктивный бронхит у детей раннего возраста встречается чаще при сопутствующих

гипотрофии
рахите
+экссудативно-катаральном диатезе
+лимфатико-гипопластическом диатезе
железодефицитной анемии

368. Для острого обструктивного бронхита характерны следующие клинические проявления

инспираторная одышка
+экспираторная одышка
влажные мелкопузырчатые хрипы

+свистящие рассеянные хрипы
притупление перкуторного звука
+коробочный оттенок перкуторного звука
очаговые тени на рентгенограмме

369. Хронический бронхит - это заболевание

с хроническим или рецидивирующим откашливанием мокроты
с хроническим или рецидивирующим откашливанием мокроты в течение 2 лет
+с хроническим или рецидивирующим откашливанием мокроты в течение 2 лет по 3 месяца в году

370. В хронизации воспалительного процесса в бронхах играет роль

нарушение мукоцилиарного клиренса
снижение местного иммунитета
дестабилизация клеточных мембран
+все выше перечисленное

371. В диагностике хронического бронхита необходимы следующие исследования

+общий анализ крови
общий анализ мочи
+рентгенография легких
+бронхоскопия
пневмотахометрия
УЗИ внутренних органов

372. В иммунологической стадии аллергической реакции происходит

повреждение тканей
накопление белка
высвобождение медиаторов аллергии
+взаимодействие аллергена с антителом

373. В патохимической стадии аллергической реакции происходит

повреждение тканей
накопление белка
+высвобождение медиаторов аллергии
взаимодействие аллергена с антителом

374. В патофизиологической стадии аллергической реакции происходит

+повреждение тканей
накопление белка
высвобождение медиаторов аллергии
взаимодействие аллергена с антителом

375. При раздражении β_2 -адренорецепторов бронхи

+расширяются

сужаются

не изменяются

376. При хроническом гастродуодените боли в животе, как правило, бывают

ранние

ночные

поздние

поздние и ночные

+ранние и поздние

ранние и ночные

377. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки боли в животе, как правило, бывают

ранние

ранние и поздние

ранние и ночные

+поздние и ночные

378. Гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, относится

к аутоиммунному (тип А)

+к бактериально-обусловленному (тип В)

к смешанному (тип А и В)

к химико-токсически индуцированному (тип С)

к лимфоцитарному

379. К препаратам, обладающим антигеликобактерным эффектом, относятся

гастроцепин

альмагель

+де-нол

+амоксциллин

+трихопол

380. При каких заболеваниях в основе повреждения тканей лежат анафилактические реакции

+поллиноз

+крапивница

хронические заболевания легких

гиперплазия тимуса

сахарный диабет

381. Какие препараты относятся к базисной противовоспалительной терапии при бронхиальной астме у детей

+ингаляционные глюкокортикостероиды

+продолжительные β-агонисты

симпатомиметики

антигистаминные препараты

382. При астматическом статусе у детей обязательно назначается:

+внутривенное введение эуфиллина

+оксигенотерапия

блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов

седативные препараты

+гормоны парентерально

383. Для купирования приступа астмы у ребенка младшего возраста используют, прежде всего

блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов

оксигенотерапию

+β₂-адреномиметики

β-блокаторы

384. Необходимые исследования при постановке диагноза бронхиальная астма у детей

бронхоскопия

посев мокроты

+спирография

+кожные пробы с аллергенами

определение Т- и В-лимфоцитов с крови

385. Используя ингаляционные глюкокортикостероиды при бронхиальной астме у детей, следует помнить:

максимальный эффект развивается через 2-3 минуты

+частым осложнением является кандидоз слизистой

частым осложнением является нарушение прорезывания зубов

нельзя сочетать с адреномиметиками

386. Каковы наиболее частые осложнения у детей с бронхиальной астмой при лечении системными глюкокортикостероидами:

+угнетение коры надпочечников

миопия

+остеопороз

облысение

+задержка роста

387. Показания к назначению системных глюкокортикоидов при бронхиальной астме у детей

длительность заболевания более 5 лет

+астматический статус

+отсутствие эффекта при применении ингаляционных глюкокортикоидов

отсутствие эффекта при применении адреномиметиков

388. Большой риск развития аллергических заболеваний имеют дети

+переведенные на искусственное вскармливание в первые месяцы жизни перенесшие на первом году жизни рахит

+с лимфатико-гипопластическим диатезом

+с экссудативно-катаральным диатезом

из неполных семей

389. При лечении бронхиальной астмы ингаляционные b2-адреномиметики короткого действия можно применять у детей:

не чаще 2 раз в сутки

+не чаще 3-4 раз в сутки

так часто, как этого требует состояние ребенка

эти препараты нельзя использовать у детей

390. Эозинофилия является характерным признаком при

+бронхиальной астме

+крапивнице

пневмонии

+гельминтозах

391. Как меняется уровень сывороточного железа при железодефицитной анемии у детей

резко повышается

+снижается

не меняется

392. Какой признак является основным для диагностики гипохромной анемии

снижение тромбоцитов

снижение эритроцитов

повышение ретикулоцитов

+низкий цветовой показатель

393. Для идиопатической тромбоцитопенической пурпуры у детей характерны следующие гематологические изменения

удлинение времени свертывания крови по Ли-Уайту

- +удлинение времени кровотечения по Дьюке
- +количество тромбоцитов менее $150 \times 10^9/\text{л}$
- +снижение ретракции кровяного сгустка

394. Укажите клинические проявления тромбоцитопенической пурпуры у детей

- симметричная пятнисто-папулезная сыпь красного цвета на разгибательных поверхностях
- +петехии и экхимозы по всему телу
- гемартроз
- +носовые кровотечения
- схваткообразные боли в животе

395. Укажите клинические проявления геморрагического васкулита у детей:

- +симметричная пятнисто-папулезная сыпь на разгибательных поверхностях конечностей
- +схваткообразные боли в животе
- подкожные и внутримышечные гематомы
- спонтанные кровотечения со слизистых оболочек

396. Какие гематологические показатели характерны для наследственной микросфероцитарной анемии у детей

- снижение цветового показателя
- +ретикулоцитоз
- +микросфероцитоз
- +снижение осмотической резистентности эритроцитов

397. Какая форма острого лейкоза наиболее часто встречается у детей

- +лимфобластный
- промиелоцитарный
- эритромиелоз
- монобластный

398. Назовите симптомы сидеропении у детей

- желтушность кожи и слизистых
- +сухость кожи и слизистых
- +атрофия сосочков языка
- +ангулярный стоматит
- бледность кожи и слизистых

399. Какие изменения в анализах крови наиболее характерны для острого лейкоза у детей

- +анемия

- +тромбоцитопения
- +лейкемическое зияние
- +лейкоцитоз
- ретикулоцитоз

400. С какими из перечисленных ниже методов обследования следует начать обследование новорожденного с подозрением на почечную патологию

- урография
- +общий анализ мочи
- сцинтиграфия
- компьютерная томография
- +УЗИ почек

401. Характерными для нефротического синдрома у детей является наличие следующих признаков

- +значительная протеинурия
- +гипопротеинемия
- лейкоцитурия
- +гиперхолестеринемия
- гематурия

402. Относительная плотность мочи в отдельных анализах у ребенка 1-го года жизни колеблется в пределах

- +1002 - 1010
- 1012 - 1016
- 1014 - 1023

403. Выберите клинические симптомы, наиболее характерные для острого пиелонефрита у детей

- артериальная гипертензия
- +боли в животе
- +учащенное мочеиспускание
- +повышение температуры тела
- олигурия

404. Назовите наиболее частого возбудителя пиелонефрита у детей

- стафилококки
- стрептококки
- +кишечная палочка
- микоплазма
- уреаплазма

405. Под термином "анурия" у ребенка в 6 месяцев понимают выделение мочи менее

5 мл/кг/час

3 мл/кг/час

2 мл/кг/час

1 мл/кг/час

+0,1 мл/кг/час

406. Какие из лабораторных показателей наиболее характерны для пиелонефрита у детей

протеинурия более 3 г/л

+лейкоцитурия

эритроцитурия

цилиндрурия

+бактериурия

407. При гломерулонефрите у детей в питании ограничивают

+поваренную соль

+жидкость

углеводы

жиры

+белок

408. Для нефротического синдрома у детей характерны:

незначительные отеки на голени

только отечность лица

отсутствие отеков

+выраженные распространенные отеки на лице, конечностях

+плеврит, асцит, перикардит

409. Основным средством лечения пиелонефрита у детей является:

нестероидные противовоспалительные препараты

диетотерапия

+антибактериальные препараты

блокаторы АПФ

мочегонные препараты

410. Ребенок, перенесший острый пиелонефрит, находится на диспансерном учете

1 год

+3 года

5 лет

с учета не снимается

411. Чем обусловлена большая подвижность почек у детей младшего возраста

более извитыми мочеточниками
относительно большой массой почек
дольчатым строением почек
+слабым развитием жировой капсулы
+недоразвитием пред- и позадипочечной фасций

412. Хроническая почечная недостаточность у ребенка нередко сопровождается

+задержкой роста и развития
+артериальной гипертензией
+анемией
повышением аппетита
метаболическим алкалозом

413. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс у ребенка можно выявить с помощью:

экскреторной урографии
УЗИ почек
цистоскопии
+микционной цистографии
сцинтиграфии

414. Для гастроинтестинального синдрома при пиелонефрите у детей раннего возраста характерно:

+появление жидкого стула
+многократная рвота
+повышение температуры
+наличие в моче лейкоцитов
моча цвета "мясных помоев"

415. В течении острой почечной недостаточности у детей различают следующие стадии:

+начальная
+олигоанурическая
рецидивирующая
+восстановления диуреза

416. При какой вирусной инфекции у детей чаще возникает стеноз гортани

энтеровирусной инфекции
аденовирусной инфекции
+парагрипп

грипп
ротовирусная инфекция

417. Укажите основные показания для диагностической бронхоскопии у детей

бронхиальная астма
острый бронхит
+персистирующий кашель
+подозрение на аспирацию инородного тела
+подозрение на опухоль бронхов

418. При каких заболеваниях у детей обязательно возникает бродильная диспепсия

паразитарные инфекции
+лактазная недостаточность
холецистит
острый гастрит
+сахарная недостаточность

419. Средняя физиологическая вместимость желудка у годовалого ребенка составляет

+250-300 мл
150-200 мл
300-500 мл

420. Укажите экзогенные причины хронических заболеваний желудка и 12-перстной кишки у детей:

нарушение гастро-дуоденальной моторики
+пищевая аллергия
+пилорический хеликобактер
+лекарственные воздействия
низкая физическая активность

421. Какие из перечисленных препаратов используют для лечения хеликобактер пилори у детей

вентер
+де-нол
альмагель
+амоксициллин
+кларитромицин

422. К факторам "защиты" слизистой желудка у детей относятся

+слизито-бикарбонатный барьер
пепсиноген

+регенераторная способность слизистой оболочки
пилорический хеликобактер
+достаточное кровоснабжение

423. К факторам "агрессии" при хронической гастродуоденальной патологии у детей относятся

+повышение выработки HCl и пепсина
достаточное кровоснабжение
+гастродуоденальная дисмоторика
+пилорический хеликобактер
слизистый барьер

424. У детей по локализации выделяют следующие гастриты

+антральный
эозинофильный
+фундальный
+пангастрит
гипертрофический

425. По характеру эндоскопических изменений у детей при хроническом гастрите выделяют

+эрозивный
+эритематозный
эозинофильный
+гипертрофический
+атрофический

426. Наиболее частая локализация язвенной болезни у детей

тело желудка
+12-перстная кишка
двойная локализация
дно желудка

427. Для легочной формы муковисцедоза у детей характерны

отеки
+коклюшеподобный кашель
+двустороннее поражение легких
+вязкая мокрота
+затяжное течение заболевания

428. Для кишечной формы муковисцедоза у детей характерны:

+отставание в физическом развитии
коклюшеподобный кашель
+большое количество нейтрального жира в копрограмме

большое количество жирных кислот в копрограмме
+синдром мальабсорбции

429. Что из перечисленного характерно для острой правожелудочковой недостаточности у детей

+увеличение печени
+общие отеки
отек легкого
+асцит
+олигурия

430. Наиболее частым приобретенным ревматическим пороком сердца у детей является

аортальная недостаточность
аортальный стеноз
+митральная недостаточность
недостаточность клапана легочной артерии
митральный стеноз

431. О третьей степени активности при острой ревматической лихорадке у детей свидетельствуют

+СОЭ более 30 мм/час
количество лейкоцитов $8-10 \times 10^9/\text{л}$
+СРБ (+++) - (++++)
+серомукоид свыше 0,6
гамма глобулины - 15 - 20%

432. К основным большим диагностическим критериям острой ревматической лихорадки у детей относятся

+кардит
гепатит
+полиартрит
+хорея
нефрит

433. При какой патологии у детей на рентгенограммах выявляется деформирующий артрит с остеопорозом или деструкцией

ревматизм
системная красная волчанка
+ревматоидный артрит
системная склеродермия

434. Для ювенильного ревматоидного артрита у детей характерны летучие боли в суставах в течение 10-14 дней

+упорный артрит суставов в течение 3 и более месяцев
+утренняя скованность
симптоматика быстро исчезает на фоне нестероидных
противовоспалительных препаратов

435. Какие суставы поражаются чаще в начальную стадию ювенильного ревматоидного артрита у детей

лучезапястные
локтевые
+коленные
тазобедренные

436. Для синдрома вегетативной дисфункции у детей с преобладанием парасимпатотонуса характерны

+мраморность кожного покрова
бледность кожи
+красный дермаграфизм
+повышенная потливость
сухость кожи

437. Для синдрома вегетативной дисфункции у детей с преобладанием симпатотонуса характерны

мраморность кожных покровов
+бледность кожи
красный дермаграфизм
+сухость кожи
повышенная потливость

438. Какие симптомы характерны для нефротической формы гломерулонефрита?

артериальная гипертензия
+отеки
+протеинурия
гематурия
+боли в области поясницы

439. Для острой левожелудочковой недостаточности характерны

+одышка
+мелкопузырчатые хрипы
асцит
увеличение печени
отеки на нижних конечностях
+тахикардия

440. Активная иммунизация у детей применяется для профилактики заболеваний

- +корь
- +полиомиелит
- ветряная оспа
- +дифтерия
- скарлатина
- +столбняк

440. Какой из ниже перечисленных симптомов указывает на острую левожелудочковую недостаточность?

- высокое систолическое давление
- увеличенная и болезненная печень
- +кашель с выделением пенистой розовой мокроты
- асцит

441. Какие из ниже перечисленных симптомов указывает на острую правожелудочковую недостаточность?

- высокое систолическое давление
- +увеличенная и болезненная печень
- кашель с выделением пенистой розовой мокроты
- +асцит

442. ОРВИ у детей может осложняться

- очаговым пневмосклерозом
- +бронхитом
- экссудативным плевритом
- бронхоэктазами
- +пневмонией

443. Какие препараты используются для дезинтоксикационной терапии у детей

- липофундин
- альвезин
- +альбумин
- +раствор глюкозы
- +раствор Рингера

444. При судорожном синдроме у детей в первую очередь следует

- +ввести диазепам
- ввести лидокаин
- сделать УЗИ головного мозга
- +восстановить проходимость дыхательных путей

445. Выберите признаки, наиболее характерные для обезвоживания 3-й степени у ребенка

- +снижение тургора тканей
- возбуждение, двигательное беспокойство
- +снижение АД
- +гипотермия
- диурез 10 мл/кг/час

446. Для выведения из гипогликемической комы у детей используют внутривенное введение

- 5% глюкозы капельно
- 10% глюкозы капельно
- +40% глюкозы струйно
- 20% глюкозы капельно с 6-8 ед.инсулина

447. При анафилактическом шоке у детей показано введение

- промедола
- кордиамина
- +глюкокортикоидов
- атропина
- +адреналина

448. Укажите основные признаки гипогликемической комы у детей

- +потеря сознания
- рвота
- сухая кожа
- +влажная кожа
- +судороги
- снижение сухожильных рефлексов

449. Препаратами выбора при лихорадке у детей являются

- +ибупрофен
- аспирин
- +парацетамол
- анальгин
- немисулид

450. Неотложная терапия при "бледной лихорадке" у детей

- неотложная терапия не требуется
- физические методы охлаждения
- +антипиретики
- +сосудорасширяющие препараты
- +нейролептики

451. Неотложная терапия при "розовой гипертермии" у детей

неотложная терапия не требуется
+физические методы охлаждения
сосудорасширяющие препараты
+антипиретики
нейролептики

452. При астматическом статусе у ребенка вводят

ингаляционные кортикостероиды
папаверин в/м
+эуфиллин в/в
b-адреномиметики ингаляционно
+кортикостероиды парентерально

453. При отеке головного мозга у детей показано введение

+дексаметазон в/в
+лазикс в/в
5% р-р глюкозы с инсулином
+маннитол в/в

454. С введения какой вакцины начинается проведение профилактических прививок у детей при отсутствии противопоказаний

АКДС
+ВГВ
ЖВС (полио)
БЦЖ

455. Иммуноглобулины какого класса проникают через плацентарный барьер

IgA
IgM
+IgG
IgE
IgD

456. Для какой инфекции характерно этапное появление сыпи?

ветряная оспа
краснуха
+корь
скарлатина
эпидемический паротит

457. При каком заболевании характерно появление пятен Бельского-Филатова-Коплика

+корь
краснуха
эпидемический паротит
дифтерия
скарлатина

458. Митигированная корь характеризуется

+удлинением инкубационного периода
укорочением инкубационного периода
+более легким течением
более тяжелым течением

459. Митигированная корь возникает у детей

имеющих врожденное или приобретенное иммунодефицитное состояние
имеющих отягощенный аллергический анамнез
+получивших иммуноглобулин
вакцинированных

460. Экстренная профилактика кори заключается

+введение гаммаглобулина
+введение вакцины
назначение антибиотиков
не проводится

461. Экстренная вакцинация против кори проводится с течение

+3 дней с момента контакта
в течение недели с момента контакта
не проводится

462. Для какого заболевания характерен ложный полиморфизм сыпи

корь
краснуха
скарлатина
+ветряная оспа
дифтерия

463. Для какой инфекции характерно наличие пятнисто-папулезно-везикулезных высыпаний

корь
краснуха
+ветряная оспа
скарлатина

464. Источником инфекции при ветряной оспе являются

+больной ветряной оспой до момента образования корочек

вирусоноситель

больной ветряной оспой в инкубационный период

+больной опоясывающим лишаем

465. Какие инфекции из перечисленных ниже вызываются вирусами

скарлатина

+корь

дифтерия

+ветряная оспа

+инфекционный мононуклеоз

466. Для какой инфекции характерно следующее описание сыпи:

пятнисто-папулезная на неизменном фоне кожи, появляющаяся этапно, с последующим переходом в пигментацию

ветряная оспа

краснуха

скарлатина

+корь

инфекционный мононуклеоз

467. Для какой инфекции характерно следующее описание сыпи:

мелкоточечная на гиперемизированном фоне кожи, сгущающаяся в естественных складках кожи внизу живота

+скарлатина

корь

краснуха

ветряная оспа

468. Путь передачи инфекции при дифтерии

+воздушно-капельный

фекально-оральный

+контактно-бытовой

+пищевой

парентеральный

469. При распространенной дифтерии зева расположение пленок

не выходят за пределы миндалин

+расположены на мягком небе, задней стенке глотки

470. Появление отека подкожно-жировой клетчатки шеи характерно для
скарлатины

кори

+токсической дифтерии

эпидемического паротита

471. Для лечения носителей токсигенных штаммов дифтерии
используются

+антибиотики

вакцина АКДС

сыворотка

гамма глобулин

472. Этиотропная терапия при дифтерии включает назначение
противодифтерийной сыворотки

+антибиотиков

вакцины

473. Доза вводимой противодифтерийной сыворотки зависит от
массы тела больного

возраста

+тяжести заболевания

474. Плановая вакцинация детей против дифтерии начинается в
возрасте

12 часов

5 суток

+3 мес

12 мес

475. Классическая триада Грегга при врожденной краснухе
характеризуется такими проявлениями как

+катаракта

+глухота

спленомегалия

аномалия скелета

+врожденный порок сердца

476. Иммунизация против краснухи проводится в сроки:

6 мес

+12 мес

+6 лет

+13 лет

477. При эпидемическом паротите характерно поражение

+железистых органов
лимфатических узлов
+нервной системы
селезенки
суставов

478. При инфекционном мононуклеозе характерно поражение

железистых органов
+лимфатических узлов
+селезенки
нервной системы

479. Специфическая профилактика при скарлатине:

проводится в плановом порядке в декретированные сроки
+не проводится

480. К вирусным гепатитам с энтеральным путем заражения относятся

+гепатит А
гепатит В
гепатит С
гепатит Д
+гепатит Е

481. При каком заболевании характерно развитие приступообразного кашля с репризами

корь
грипп
+коклюш
аденовирусная инфекция

482. Какие осложнения могут возникнуть при коклюше у детей

+энцефалопатия
+пневмония
+ателектаз
гломерулонефрит
кардит

483. Вододефицитный эксикоз характеризуется следующими симптомами:

+лихорадка
снижение АД
+судороги
анурия

- +сухость слизистых
- +выбухание родничка

484. Соледефицитный эксикоз характеризуется клиническими симптомами

- гипетермия
- +снижение АД
- выбухание родничка
- +анурия
- +бледные, холодные конечности

485. В этиотропной терапии дизентерии применяются

- +бактериофаг
- +антибиотики
- пробиотики
- адсорбенты
- ферментные препараты

486. При эксикозе II степени острый дефицит массы тела составляет

2%

5%

+5-10%

более 10%

более 15%

487. Инкубационный период при кори составляет

1-7 дней

+8-17 дней

30 и более дней

488. При кори антибактериальная терапия назначается:

- в продромальный период
- в разгар заболевания
- +при наличии осложнений

489. Сыпь при кори характеризуется

- одномоментностью высыпания
- +пятнисто-папулезными элементами
- +этапностью высыпания
- +тенденцией к слиянию элементов
- везикулезными элементами

490. Пятна Бельского-Филатова появляются при кори:

- +в катаральный период

период высыпаний
период пигментации
на коже
+на слизистой оболочке ротовой полости

491. В начальном периоде кори выявляют:

+выраженные катаральные проявления
яркую отграниченную гиперемию зева
+конъюнктивит
"сосочковый" язык
лимфаденопатию

492. Активная иммунизация против кори проводится

АКДС-вакциной
гамма-глобулином
анатоксином
+живой ослабленной вирусной вакциной
инактивированной вакциной

493. Краснухой чаще болеют дети в возрасте:

до 1 года
+1-7 лет
7-10 лет

494. При остром стенозирующем ларинготрахеите отмечается

+изменение тембра голоса
+грубый лающий кашель
экспираторная одышка
+инспираторная одышка

495. Заражение детей краснухой происходит:

+трансплацентарно
через грудное молоко
+воздушно-капельным путем
контактно-бытовым путем
фекально-оральным путем

496. Основными симптомами краснухи являются:

+пятнисто-папулезная сыпь
+увеличение лимфоузлов
мелкоточечная сыпь
диспепсия
рвота

497. В периферической крови при краснухе отмечаются:

- анемия
- лейкоцитоз
- +лейкопения
- +относительный лимфоцитоз
- нейтрофилез
- +плазматические клетки

498. Для менингита паротитной этиологии характерны:

- +лихорадка
- +повторная рвота
- +головная боль
- +менингеальные знаки
- геморрагическая сыпь

499. Спинномозговая жидкость при менингите паротитной этиологии

- +прозрачная
- мутная
- высокий цитоз
- +высокий уровень белка
- цитоз нейтрофильный
- +цитоз лимфоцитарный

500. Источником инфицирования при скарлатине может быть больной

- +ангиной
- +скарлатиной
- пиелонефритом
- ревматизмом
- +рожей

501. Инкубационный период скарлатины

- 2-3 часа
- +2-7 дней
- 9-21 день

502. В начале заболевания при скарлатине появляются

- +сухость кожи
- +мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне кожи
- пятнисто-папулезная сыпь на неизменном фоне кожи
- пластинчатое шелушение
- +белый дермаграфизм

503. Наиболее типичными осложнениями при скарлатине являются

- +отит

синдром крупа
+лимфаденит
+гломерулонефрит
полирадикулоневрит

504. Для "скарлатинозного" сердца характерны:

+тахикардия
брадикардия
снижение АД
+повышение АД
+систолический шум на верхушке

505. Клинико-лабораторные признаки панкреатина паротитной этиологии

сонливость
+боли в животе
+повышение диастазы мочи
повышение трансаминаз крови

506. Высыпания при ветряной оспе возникают:

+толчкообразно в течение нескольких дней
поэтапно
одномоментно

507. Метод ПЦР при вирусных гепатитах применяется для выявления

+нуклеиновых кислот вирусов
антигенов вирусов
специфических антител

508. Сывороточными маркерами периода разгара острого гепатита В являются:

+анти-НВс IgM
анти- НВе
анти-НВsAg
+НВеAg

510. Гепатит С подтверждается обнаружением в крови:

анти-СМV
+анти-НСV
анти-НВсIgG

511. При менингококковом менингите в спинномозговой жидкости цитоз:

лимфоцитарный

+нейтрофильный
смешанный

512. Профилактика менингококковой инфекции проводится
живой вакциной
убитой вакциной
+полисахаридной вакциной
вакцинация не проводится

513. При менингококковом менингите отменить антибиотик возможно при цитозе в ликворе не более:

1000 клеток в 1 мкл
+100 клеток в 1 мкл
250 клеток в 1 мкл
20 клеток в 1 мкл

514. Здорового доношенного ребенка в роддоме вакцинируют от

кори
+туберкулеза
дифтерии
коклюша
+гепатита

515. Для спинальной формы полиомиелита характерно:

снижение чувствительности
+нарушение двигательной функции
верны оба ответа

516. Для полиомиелита характерен путь заражения:

парентеральный
+воздушно-капельный
алиментарный
+фекально-оральный
трансмиссивный

517. Для какой инфекции характерно развитие дистального колита:

сальмонеллез
+шигеллез
ешерихиоз

518. Для менингококцемии характерно:

выраженные катаральные явления
менингеальные симптомы
+геморрагическая сыпь на коже

519. При инфекционно-токсическом шоке, вызванном менингококковой инфекцией препаратом выбора является:

пенициллин

цефтриаксон

+левомицетин

тетрациклин

520. К локализованным формам менингококковой инфекции относятся:

менингит

менингококцемия

+носительство менингококка

+назофарингит