КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

Вопросы программы для рубежного контроля 2

Название ОП: «Общая медицина»

Код дисциплины: OVP 6301-2

Название дисциплины: Амбулаторно - поликлиническая педиатрия

Обьем учебных часов/кредитов: 240 часов,15 кредит

Курс и семестр изучения: 6 курс, 11 семестр

Составитель: ассистент Шуашева Е.А.

Заведующий кафедрой: к.м.н.,доцент Оспанов К.Е. _____

Протокол № 1 Дата 01.09.2023 г.

<question>Ребенок, 15 лет страдает диарейным синдромом. В течение последних 3 лет состояние больного заметно ухудшилось, похудел, появились общая слабость, боли в суставах, иногда судороги в икроножных мышцах. Лечился у педиатра по поводу хронического энтероколита и "полиартрита" без видимого улучшения. При биохимическом исследовании крови на электролиты и микроэлементы отмечено значительное снижение последних, особенно кальция и фосфора. При копрологическом исследовании обнаружена креаторея и в большом количестве мыла. Объективно у больного кости и суставы не изменены, при прощупывании безболезненны, при поколачивании отмечается легкая болезненность в дистальных отделах трубчатых костей рук и ног. Наиболее вероятный диагноз:
<variant>синдром мальабсорбции
<variant>хронический панкреатит
<variant>неспецифический язвенный колит
<variant>хронический гастрит
<variant>гранулематозный колит (болезнь Крона)
<question>Детям от 2-х месяцев до 5 лет (ИВБДВ) диагноз затяжная диарея ставиться:
<variant>при длительности диареи 14 дней и более и нет обезвоживание
<variant>при длительности диареи 14 дней и более и есть обезвоживание
<variant>при длительности диареи20 дней и более и есть обезвоживание
<variant>при длительности диареи20 дней и более и нет обезвоживание
<variant>при длительности диареи5 дней и более и нет обезвоживание
<question>Детям от 0 месяцев до 2-х месяцев (ИВБДВ) диагноз тяжелая затяжная диарея ставиться:
<variant>при длительности диареи 14 дней и более
<variant>при длительности диареи5 дней и более
<variant>при длительности диареи7 дней и более
<variant>при длительности диареи10 дней и более
<variant>при длительности диареи16 дней и более
<question>Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне у пациентов с диареей:
<variant>копрологическое и бактериологическое исследование испражнений
<variant>общий анализ крови и бактериологическое исследование испражнений
<variant>общий анализ мочи и копрологическое исследование испражнений
<variant>вирусологическое исследование испражнений
<variant>кал на яйца глист и простейших
<question>Диагноз диарея ставиться при наличии жидкого стула:
<variant>не менее 3-х раз в течение 24 часов
<variant>не менее 2-х раз в течение 24 часов
<variant>не менее 4-х раз в течение 24 часов
<variant>не менее 5 раз в течение 24 часов
<variant>не менее 10 раз в течение 24 часов
<question>При диарее детям от 6 месяцев до 2-х лет назначается:
<variant>стол 16
<variant>стол 11
<variant>стол 12
<variant>стол 13

<variant>стол 15
<question>При диарее детям от 2-х лет и старше назначается:
<variant>стол 4
<variant>стол 5
<variant>стол 1
<variant>стол 15
<variant>стол 16
<question>При лечении диареи в домашних условиях планом А детям до 2 – лет необходимо давать жидкости:
<variant>50-100 мл после каждого жидкого стула
<variant>20-50 мл после каждого жидкого стула
<variant>50-70 мл после каждого жидкого стула
<variant>70-100 мл после каждого жидкого стула
<variant>100-200 мл после каждого жидкого стула
<question>При лечении диареи в домашних условиях планом А детям от 2 – х лет и старше необходимо давать жидкости:
<variant>100-200 мл после каждого жидкого стула
<variant>20-50 мл после каждого жидкого стула
<variant>50-70 мл после каждого жидкого стула
<variant>50-100 мл после каждого жидкого стула
<variant>70-100 мл после каждого жидкого стула
<question>При лечении диареи с умеренным обезвоживанием планом Б необходимо давать:
<variant>оральные регидратационные средства ОРС (в мл) с рассчетом: масса ребенка (в кг) х 75. Поить рассчитанным объемом жидкости в течение 4 часов
<variant>оральные регидратационные средства ОРС (в мл) с рассчетом: масса ребенка (в кг) х 50. Поить рассчитанным объемом жидкости в течение 4 часов
<variant>оральные регидратационные средства ОРС (в мл) с рассчетом: масса ребенка (в кг) х 75. Поить рассчитанным объемом жидкости в течение 12 часов
<variant>оральные регидратационные средства ОРС (в мл) с рассчетом: масса ребенка (в кг) х 50. Поить рассчитанным объемом жидкости в течение 12 часов
<variant>оральные регидратационные средства ОРС (в мл) с рассчетом: масса ребенка (в кг) х 75. Поить рассчитанным объемом жидкости в течение 24 часов
<question>Ребенку 1 год. Выствлен диагноз: диарея с умеренным обезвоживанием. В домашних условиях ребенка лечили с оральными регидратационными средствами, соответственно лечения диарей планом Б через 4 часа вновь оценили состояние ребенка и определили статус гидратации: у ребенка сохраняются 2 признака умеренного обезвоживания. Ваша тактика дальнейшего введения:
<variant>продолжайте план Б еще 4 часа
<variant>продолжайте план Б еще 6 часов
<variant>продолжайте план Б еще 12 часов
<variant>продолжайте план Б еще 24 часа
<variant>перейти плану В
<question>При лечении диареи с тяжелым обезвоживанием ребенку до 12 месяцев необходимо ввести жидкость:
<variant>30 мл/кг в течение 1 часа, затем 70 мл/кг за 5 часов

<variant>30 мл/кг в течение 1 часа, затем 70 мл/кг за 3 часа
<variant>30 мл/кг в течение 30 минут, затем 70 мл/кг за 5 часов
<variant>50 мл/кг в течение 1 часа, затем 70 мл/кг за 5 часов
<variant>50 мл/кг в течение 30 минут, затем 70 мл/кг за 5 часов
<question>При лечении диареи с тяжелым обезвоживанием ребенку старше 12 месяцев необходимо ввести жидкость:
<variant>30 мл/кг в течение 30 минут, затем 70 мл/кг за 2,5 часа
<variant>30 мл/кг в течение 30 минут, затем 70 мл/кг за 5 часов
<variant>30 мл/кг в течение 1 часа, затем 70 мл/кг за 2,5 часа
<variant>30 мл/кг в течение 1 часа, затем 70 мл/кг за 3 часа
<variant>30 мл/кг в течение 1 часа, затем 70 мл/кг за 5 часов

<question>При диарее осложненной гиповолемическом шоком без тяжелого нарушения питания согласно мероприятий Плана В назначается:
<variant>преднизолон 2 - 5 мг/кг/сутки
<variant>преднизолон 1- 2 мг/кг/сутки
<variant>преднизолон 5 - 7 мг/кг/сутки
<variant>преднизолон 10 мг/кг/сутки
<variant>преднизолон 10-15 мг/кг/сутки
<question>При диарее осложненной инфекционно - токсическим шоком I степени преднизолон назначается в дозе:
<variant>2 - 5 мг/кг/сутки
<variant>1- 2 мг/кг/сутки
<variant>5 - 7 мг/кг/сутки
<variant>10 мг/кг/сутки
<variant>10-15 мг/кг/сутки
<question>При диарее осложненной инфекционно - токсическим шоком II степени преднизолон назначается в дозе:
<variant>5-10 мг/кг/сутки
<variant>1- 2 мг/кг/сутки
<variant>2 - 5 мг/кг/сутки
<variant>5 - 7 мг/кг/сутки
<variant>10-15 мг/кг/сутки
<question>При диарее осложненной инфекционно - токсическим шоком III степени преднизолон назначается в дозе:
<variant>10-15 мг/кг/сутки
<variant>2 - 5 мг/кг/сутк
<variant>1- 2 мг/кг/сутки
<variant>5 - 7 мг/кг/сутки
<variant>10 мг/кг/сутки
<question>Индикатором эффективности лечения диареи НЕ является:
<variant>положительный бактериологический анализ кала (при сальмонеллезе)
<variant>восстановление водно-электролитного баланса
<variant>купирование симптомов интоксикации
<variant>купирование гастроинтестинального синдрома
<variant>нормализация стула

<question>У ребенка 7 лет в течение последнего года отмечают умеренное увеличение размеров печени и селезенки, незначительное (в 2-3 раз) повышение активности трансаминаз, снижено содержание протромбина, обнаружен HBeAg. В первую очередь следует думать о заболевании ...
<variant>хронический вирусный гепатит В
<variant>острый вирусный гепатит В
<variant>гепатолентикулярная дегенерация
<variant>недостаточность альфа1-антитрипсина
<variant>цирроз печени
<question>У мальчика 13 лет при значительных физических нагрузках периодически появляется иктеричность склер. Год назад перенес гепатит А. При осмотре склеры и кожа субиктеричны. Печень выступает на 1,5-2 см из-под края реберной дуги, эластичная,безболезненная. Селезенка не увеличена. Концентрация непрямого билирубина 36 мкмоль/л, содержание трансаминаз и осадочные пробы не изменены. Снижено выделение с мочой связанной глюкуроновой кислоты. Реакция Кумбса отрицательная, диаметр и форма эритроцитов не изменены. Диагностирован синдром Жильбера. В основе патогенеза заболевания лежит
<variant>снижение конъюгационной активности печени
<variant>сенсибилизация гепатоцитов
<variant>гемолиз
<variant>появление АТ к эритроцитам
<variant>цитолиз гепатоцитов
<question>Ребенок родился на 42 неделе, весом 4000, ростом 51 см. Отмечается отечность лица и туловища. Б.Р. 4 х 4 см, открыт сагитальный шов на 0,5 см. Нарастает адинамия, сонливость, приступы апноэ, стридорозное дыхание. Плохо удерживает тепло. Затяжная желтуха. В диагностике наиболее приемлемым следующим шагом является ...
<variant>определение Т3 и Т4
<variant>определение 17-КС и 17-ОКС в моче
<variant>определение кортизола в крови
<variant>сахар крови
<variant>сахар мочи
<question>Мальчик 11мес стал вялым, плаксивым, плохо ел, перестал ползать, на 3 день появилась желтушность склер, затем кожи, было однократное носовое кровотечения, моча темная, стул ахоличный., 2 раза рвота. При осмотре возбужден, рвота «кофейной гущей», печень у края реберной дуги, мягковатой консистенции. 2 мес. назад перенес тяжелую пневмонию, по поводу чего вводили нативную плазму. Ваш диагноз ...
<variant>ВГВ, злокачественная форма
<variant>ВГА, тяжелая форма
<variant>ВГВ, тяжелая форма
<variant>ВГД, злокачественная форма
<variant>ВГЕ, тяжелая форма
<question>Укажите критерии оценки эффективности противовирусной терапии при хроническом вирусном гепатите «В» ...
<variant>снижение уровня репликации HBV, существенное снижение АЛТ
<variant>сохранение вирусной репликации HBV на прежнем уровне
<variant>снижение повышенных значений АЛТ более чем в 2 раза

<variant>отсутствие положительной динамики гистологической картины
<variant>уменьшение индекса Кноделля менее, чем на 2 балла
<question>На диспансерном учете у врача мальчик 14 лет с диагнозом. Вирусный гепатит В. Назначьте первоочередное необходимое инструментальное исследование:
<variant>УЗИ оранов брюшной полости
<variant>УЗИ головного мозга
<variant>электрокардиограмма
<variant>электроэнцефалография
<variant>фонокардиография
<question>Света 9 лет, ходит в школу, со слов мамы в классе мальчик заболел гепатитом. Жалобы на тошноту, рвоту, повышение температуры, слабость. Больна 2-й день. При осмотре катаральные явления, тупые боли в правом подреберье, печень увеличена, болезненна при пальпации. Ваш вероятный диагноз:
<variant>вирусный гепатитА
<variant>вирусный гепатитВ
<variant>вирусный гепатитС
<variant>вирусный гепатитД
<variant>вирусный гепатитЕ
<question>Укажите наиболее информативный инструментальный метод обследования гепатобиллиарной системы для диагностики причины прямой гипербилирубинемии:
<variant>магнитно-резонансное исследование
<variant>сцинтиграфия
<variant>рентгенограмма брюшной полости
<variant>компьютерная томограмма
<variant>ультразвуковое исследование
<question>Мальчик 11 лет, жалобы на боли в правом подреберье, особенно при физической нагрузке, недомогание, снижение аппетита. В анамнезе – лечение у стоматолога. При осмотре – кожные покровы и склеры глаз иктеричны. Печень и селезенка увеличены, при пальпации болезненны. Ваш диагноз:
<variant>острый вирусный гепатитВ
<variant>острый вирусный гепатитА
<variant>острый вирусный гепатитС
<variant>острый вирусный гепатитД
<variant>острый вирусный гепатитЕ
<question>Ребенок с мамой на приеме, возраст 2г 6мес. Жалобы на слабость, недомогание, тошноту, рвоту. В анамнезе переливание крови во время лечения в стационаре. Предварительный диагноз Гепатит. Наиболее информативный лабораторный метод для обнаружения вируса :
<variant>полимеразная цепная реакция
<variant>иммуноферментный
<variant>спинномозговая пункция
<variant>белковые фракции
<variant>проба Сулковича
<question>Ребенку 13 лет, жалобы на кожный зуд, сонливость. При осмотре - кожа на конечностях, животе и ягодицах шелушится, зуд, больной раздражителен, бессонница. В анализе крови повышен билирубин. Ваш диагноз:

<variant>внутрипеченочный холестаз
<variant>дискинезия желчевыводящих путей
<variant>острый холецистит
<variant>острый панкреатит
<variant>острый вирусный гепатитВ
<question>Ребенку поставлен диагноз. Холестаз. В анализе крови повышение содержания билирубина. Укажите изменения в анализе крови у больного:
<variant>повышение холестерина, щелочной фосфатазы
<variant>снижение холестерина, щелочной фосфатазы
<variant>снижение билирубина, холестерина
<variant>снижение холестерина, мочевины
<variant>повышение холестерина, кальция
<question>Укажите метод исследования желчных протоков, позволяющих оценить их состояние:
<variant>ретроградная холангиопанкреатонрафия
<variant>биопсия печени
<variant>холангиография
<variant>полимеразная цепная реакция
<variant>иммуноферментный
<question>Ребенок с мамой на приеме у врача, часто болеет простудными заболеваниями, принимала парацетамол. Жалобы на боли в правом подреберье, тошноту, слабость, недомогание, при пальпации болезненность в правом подреберье, печень увеличена. Ваш диагноз:
<variant>лекарственный гепатит
<variant>острый вирусный гепатитА
<variant>острый вирусный гепатитВ
<variant>острый вирусный гепатитД
<variant>острый вирусный гепатитС
<question>Ребенок находился на стационарном лечении с диагнозом вирусный гепатит А. Назначьте диетотерапию данному ребенку:
<variant>стол 5
<variant>стол 15
<variant>стол 11
<variant>стол 8
<variant>стол 1
<question>Укажите суточную дозу препаратов железа для лечения железодефицитной анемии у детей
<variant>3 мг/кг
<variant>1 мг/кг
<variant>20 мг/кг
<variant>50 мг/кг
<variant>100 мг/кг
<question>Обнаружив выраженную бледность ладоней у ребёнка при осмотре, по программе ИВБДВ классифицируете:
<variant>тяжелое нарушение питания или тяжелая анемия
<variant>низкий вес или анемия

<variant>нет низкого веса или анемии
<variant>белково-энергитеческая недостаточность
<variant>гиповитаминоз
<question>Ребенку 9 месяцев. Жалобы на бледность, вялость, плохой аппетит. Объективно: бледность кожных покровов и слизистых, сухость и шелушение кожи, мышечная гипотония, тахикардия, функциональный систолический шум. В анализе крови: НВ - 70 г/л, эр – 3*10 /2 ,ЦП- 0,7,, гипохромия - + +, ретикулоциты-1,8%). Ваш диагноз
<variant>Железодефицитная анемия, средней степени
<variant>Железодефицитная анемия, легкой степени
<variant>Геморрагический васкулит
<variant>Гемолитическая анемия
<variant>Железодефицитная анемия, тяжелой степени
<question>Для В-12- дефицитной анемии характерно:
<variant>мегалобластный тип кроветворения
<variant>микроцитарная анемия
<variant>нижение числа ретикулоцитов
<variant>гипохромная анемия
<variant>эритробластоз
<question>У больного 3 лет выявлено: лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, подъем температуры до 38 градусов. Наибольшую диагностическую значимость имеет один из показателей гемограммы:
<variant>бластные клетки–10%
<variant>лимфоциты-81%
<variant>тромбоциты–60 000
<variant>лейкоциты–29 000
<variant>СОЭ-47мм\час
<question>Основной патогенетический препарат при лечении острого промиелоцитарного лейкоза:
<variant>весаноид
<variant>дексаметазон
<variant>гливек
<variant>гидроксимочевина
<variant>метипреднизолон
<question>Мальчик 13 лет. Жалобы на иктеричность склер и периодическое появление мочи черного цвета. Впервые эти симптомы появились 10 дней назад, после перенесенной ОРВИ, принимал в течение недели бисептола. Объективно - отмечена субиктеричность кожи и склер, селезенка прощупывается из-под края реберной дуги. В ОАК – эритроциты $2,9x10^{п}$/л, Нв 90 г/л, ЦП 0,9, ретикулоциты 10 %, лейкоциты $18x10^{п}$/л, п\я 2%, с/я 56%, моноциты 6, эозинофилы 3%, СОЭ 20 мм/ч. В Б/Х – билирубин 80 г/л за счет непрямой фракции.Какой диагноз наиболее вероятен
<variant>Гемолитическая анемия
<variant>Гемолитико-уремический синдром Гассера
<variant>Энзимопатия – дефицит глюкозо-6-фосфатазы
<variant>Иерсиниоз
<variant>Острый лейкоз
<question>На прием к ВОП пришла мама с ребенком 3 лет с жалобами на слабость,

быструю утомляемость, сухость кожи, непроизвольное мочеиспускание. В анализе крови: Нв-95г/л; эритроцит-2,2х1012/л; ретикулоциты-10‰; MCV–56фл;MCH–18; MCHC-242; RDW-24,5%; WBC-9,2х109/л, сегментоядерные нейтрофилы-30%, лимфоциты-60%, моноциты-10%. СОЭ-5мм/ч., анизацитоз++++; пойкилоцитоз+++; гипохромия++++; Показатели общей анализа крови характерны для какого из перечисленных заболеваний:
<variant>Железодефицитная анемия
<variant>Анемия Фанкони
<variant>Апластическая анемия
<variant>Гемолитическая анемия
<variant>Мегалобластная анемия
<question>Ребенку 1года 3 мес. Родился в срок, с массой 3200,0. С 2,5 мес переведен на искусственное вскармливание. Вскармливался беспорядочно, прикормы введены несвоевременно. Часто болел простудными заболеваниями При осмотре: масса тела 10,200. Вялый. Аппетит снижен. Кожные покровы бледные.Общая мышечная гипотония. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. Живот мягкий. Печень выступает из под-края реберной дуги на 2,5 см. В ОАК: Нв-82 г/л; эр. 2,5х1012; ЦП 0,75; ретикулоциты -3%; сывороточное Fe -8 ммоль/л. Общи белок-61 г/л. Поставьте диагноз.
<variant>Анемия железодефицитная, II степени, гипохромная, смешанной этиологии
<variant>Анемия железодефицитная, II-III степени, нормохромная, смешанной этиологии
<variant>Анемия железодефицитная, III степени, нормохромная, смешанной этиологии
<variant>Анемия железодефицитная, I-II степени, гипохромная, смешанной этиологии
<variant>Анемия белководефицитная, III степени, гипохромная, вирусной этиологии
<question>У девочки 12 лет через 3 недели после ОРВИ появился геморрагический синдром по петехиально-пятнистому типу кровоточивости: носовые и десневые кровотечения, синяки на теле. В ОАК: Hb – 98 г/л, эритроциты – 3,0х1012/л, тромбоциты – 18х109/л, лейкоциты – 7,2х109/л, п/я – 2%, с/я – 60%, э – 5%, л – 26%, м – 7%, СОЭ – 5 мм/час. В миелограмме: костный мозг клеточный, полиморфный, бластные клетки – 2%, нейтрофильный росток – 62%, эозинофильный росток – 4%, лимфоциты – 5%, эритроидный росток – 27%, мегакариоциты – 1 на 120 миелокариоцитов, отшнуровка тромбоцитов не нарушена. Какой диагноз Вы выставите
<variant>идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
<variant>геморрагический васкулит
<variant>гемофилия
<variant>лейкоз
<variant>апластическая анемия
<question>Девочка 13 лет. Беспокоят тупые боли и тяжесть в эпигастрии после еды, отрыжка, тошнота, неприятный вкус во рту. Метеоризм, диарея. Бледная, "лакированный" язык. Иногда жжение языка, чувство "ползания мурашек" в конечностях. В ОАК гиперхромная, макроцитарная анемия.
Какая форма поражения слизистой оболочки желудка при эндоскопии наиболее вероятна
<variant>Атрофическая
<variant>Смешанная
<variant>Эрозивная
<variant>Гипертрофическая
<variant>Поверхностная
<question>Больной П., 10 лет, жалобы на носовые кровотечение. Из анамнеза известно,

что за 2 недели до настоящего заболевания перенес ОРВИ. При осмотре обильный геморрагический синдром в виде экхимозов различной величины и давности, на лице, шее и руках – петехиальные элементы. В носовых ходах – тампоны, пропитанные кровью. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Гепатоспленомегалии нет. В ОАК: Hb – 101 г/л, эритроциты – 3,2х1012/л, тромбоциты – 12х109/л, лейкоциты – 6,4х109/л, п/я – 2%, с/я – 59%, э – 3%, л – 28%, м – 8%, СОЭ – 5 мм/час. Выставлен диагноз: ИТП. Какое исследование Вы проведете дополнительно перед началом гормональной терапии
<variant>миелограмма
<variant>коагулограмма
<variant>трепанобиопсия
<variant>агрегатограмма
<variant>биохимический анализ крови
<question>У мальчика 3-х лет через неделю после перенесенной ОРВИ внезапно повысилась температура тела до 38,70С, возникла слабость. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком. Беспокоят боли в животе и пояснице. Моча и кал стали темно-коричневого цвета. Печень и селезенка пальпируются на 3 см ниже реберного края. В общем анализе крови : Эритроциты 2,5 х 1012/л, Hb 72 г/л, ЦП 0,9; лейкоциты 8,5 х 109/л; эоз-2%, п/я 1%, с/я 35%, лимфоциты 56%, моноциты 6%, СОЭ - 50 мм/ч. Ретикулоциты 232‰. Тромбоциты 210 х 109/л, Б/х анализ крови: общий билирубин – 50,2 ммоль/л, непрямой – 46 ммоль/л, прямой – 4,2 ммоль/л. Какое исследование наиболее достоверно в постановке диагноза:
<variant>проба Кумбса
<variant>определение типов гемоглобина
<variant>количество ретикулоцитов
<variant>показатель осмотической резистентности
<variant>обнаружение сфероцитов в крови
<question>В поликлинике новорожденному ребенку было назначено общий анализ крови. В результате обнаружено одинаковый уровень нейтрофилов и лимфоцитов.
Первый «перекрест» в формуле крови у доношенных детей происходит в возрасте:
<variant>на 5-й день жизни
<variant>в 1-й день жизни
<variant>на 10-й день жизни
<variant>на 20-й день жизни
<variant>на 1-ой неделе
<question>Диагноз апластической анемии верифицируется ...
<variant>цитологическим и гистологическим исследованием костного мозга
<variant>окраской мазка крови для выявления пероксидазы в лейкоцитах
<variant>определение железа в сыворотке крови
<variant>определением осмотической резистентности эритроцитов
<variant>измерением диаметра эритроцитов
<question>У больного с аутоиммунной гемолитической анемией на высоте гемолитического криза в анализе периферической крови лейкоциты 15,8х109/л, резкий сдвиг влево до бластов (3%). НАИБОЛЕЕ вероятной интерпретация в анализе крови будет
<variant>Лейкемоидная реакция псевдобластного типа
<variant>Острый лейкоз
<variant>Хронический миелолейкоз

<variant>Лейкемоидная реакция лимфоидного типа
<variant>Лейкемоидная реакция миелоидного типа
<question>Данный метод обследования применяется для выявления различной патологии кроветворной системы у детей:
<variant>трепанобиопсия
<variant>рентгенограмма
<variant>УЗИ
<variant>колоноскопия
<variant>спирография
<question>Укажите ограничения для биопсии красного костного мозга у детей:
<variant>недоношенных
<variant>доношенных
<variant>больных
<variant>здоровых
<variant>подростков
<question>Исследование наиболее необходимо для верификации диагноза апластической анемии:
<variant>трепанобиопсия
<variant>стернальная пункция
<variant>исследование функции тромбоцитов
<variant>пункция селезенки
<variant>иммунофенотипирование
<question>У пациента 8 лет обнаружена приобретенная гемолитическая анемия. Для проведения дифференциации разновидностей гемолитических анемий проводят исследование:
<variant>проба Кумбса
<variant>проба Апта
<variant>подсчет ретикулоцитов
<variant>миелограмма
<variant>биопсия селезенки
<question>Проба Кумбса положительна при:
<variant>тепловой аутоиммунной гемолитической анемии
<variant>апластической анемии
<variant>ложной мелене новорожденных
<variant>наследственной микросфероцитарной анемии
<variant>талассемии
<question>У девочки 3-х лет, через неделю после перенесенной ОРВИ, внезапно повысилась температура тела до 38,70С, появились боли в животе и пояснице, слабость. При осмотре кожные покровы бледные с желтушным оттенком, моча и кал темно-коричневого цвета. Печень и селезенка пальпируются на 3 см ниже реберного края. Диурез достаточный. Эритроциты 2,5 х 1012/л, Hb 72 г/л, ЦП 0,9; лейкоциты 8,5 х 109/л; эоз-2%, п/я 1%, с/я 35%, лимфоциты 56%, моноциты 6%, СОЭ - 50 мм/ч. Ретикулоциты 232‰. Тромбоциты 210 х 109/л, свертываемость крови по Сухареву: 5 мин. Прямая проба Кумбса положительная (+). Б/х анализ крови: общий билирубин – 50,2 ммоль/л, непрямой – 46 ммоль/л, прямой – 4,2 ммоль/л. Ваш диагноз:
<variant>аутоиммунная гемолитическая анемия

<variant>наследственная микросфероцитарная гемолитическая анемия
<variant>изоиммунная гемолитическая анемия
<variant>микроангиопатическая гемолитическая анемия
<variant>талассемия
<question>Гематологическая картина, наиболее вероятная при апластической анемии:
<variant>панцитопения
<variant>ретикулоцитоз
<variant>гипохромия эритроцитов
<variant>тромбоцитоз
<variant>лейкоцитоз
<question>Наиболее эффективным методом верификации диагноза гипо- и апластической анемии является исследование:
<variant>стернального пунктата
<variant>трепанобиоптата
<variant>биоптата селезенки
<variant>биоптата лимфоузла
<variant>биоптата печени
<question>Наиболее эффективный метод при лечении апластической анемии:
<variant>трансплантация костного мозга
<variant>спленэктомия
<variant>введение антилимфоцитарного глобулина
<variant>терапия циклоспорином А
<variant>терапия преднизолоном
<question>Панцитопения и снижение кроветворения в костном мозге, без признаков гемобластоза характерно для:
<variant>апластической анемии
<variant>острого лейкоза
<variant>геморрагического васкулита
<variant>железодефицитной анемии
<variant>гемолитической анемии
<question>Причиной апластической анемии не может быть:
<variant>дефицит железа в пище
<variant>вирусы
<variant>ионизирующая радиация
<variant>лекарственные средства
<variant>химические вещества
<question>Ребенку 5 лет, жалобы на бледность кожи и слизистых, снижение аппетита. Объективно: бледность кожи и слизистых. Периферические л/узлы не пальпируются, печень, селезенка по краю реберной дуги. В ОАК – Нв 46г/л, эр 1,3х1012/л, тромб 40 тыс, лейк 1,3х10/л, лимф 90%, СОЭ 60мм/ч.Ваш диагноз:
<variant>Апластическая анемия
<variant>Анемия Фанкони
<variant>Железодефицитная анемия
<variant>Гемолитическая анемия
<variant>В12 деф. Анемия
<question>Высокий ретикулоцитоз в крови характерен для анемии:

<variant>Гемолитической
<variant>Железодефицитной
<variant>Витаминодефицитной
<variant>В12 дефицитной
<variant>Апластической
<question>Какой лекарственный препарат относится к не ионным препаратам железа, без побочных эффектов
<variant>Актиферрин
<variant>Ферроплекс
<variant>Тардиферон
<variant>Гемофер
<variant>Мальтофер
<question>При лечении какой анемии увеличение числа ретикулоцитов является показателем эффективности назначенной терапии
<variant>Железодефицитной
<variant>Белководефицитной
<variant>Фолиеводефицитной
<variant>Витамин В12 дефицитной
<variant>Микросфероцитарной
<question>У ребенка 3 месяцев на второй день заболевания ОРВИ появилось желтушное окрашивание кожных покровов и склер, усилилась бледность. При осмотре отмечается увеличенный в объеме живот, пальпируются умеренно плотный печень (+3 см) и селезенка (+2,5 см). При аускультации сердца в точке Боткина определяться умеренной силы систолический шум. В анализе крови: Эр.-2,4х1012/л, Нв-79 г/л, ретикулоциты-36%о, Л-12,0х109/л, СОЭ-10 мм/час. Ваш предположительный диагноз:
<variant>Гемолитическая анемия
<variant>Септический эндокардит
<variant>Вирусный гепатит
<variant>Острый лейкоз
<variant>Апластическая анемия
<question>Гемофилия «А»–это
<variant>Наследственное заболевание с резко замедленной свертываемостью крови и повышенной кровоточивостью из-за недостатка VIII фактора
<variant>Нарушение гемостаза в результате количественной недостаточности тромбоцитарного звена гемостаза
<variant>Нарушение гемостаза в результате качественной неполноценности тромбоцитов при нормальном их количестве
<variant>Иммунопатологическое заболевание, характеризующееся системным васкулитом
<variant>Нарушение гемостаза, обусловленное нарушением синтеза, ингибированием или повышенным потреблением плазменных факторов свертывания крови
<question>У девочки 5 лет через 3 недели после перенесенной ОРВИ появились носовые кровотечения, синяки на туловище, конечностях. В общем анализе крови уровень тромбоцитов снизился до 20х109/л. В миелограмме – отшнуровка тромбоцитов выражена. Наиболее правильной будет считаться лечебная тактика:
<variant>Аминокапроновая кислота, адроксон, дицинон, преднизолон
<variant>Аминокапроновая кислота, гепарин, курантил, андроксон, аспирин

<variant>Аминокапроновая кислота, адроксон, аспирин
<variant>Гепарин, курантил, димедрол
<variant>Переливание тромбоконцентрата
<question>Ребенок 1г 2 мес, родился недоношенным, вскармливание искусственное, все виды прикорма получал с опозданием, часто болеет. При обследовании отмечается бледность, желтушный оттенок кожи, увеличение селезенки (на 4 см ниже края реберной дуги). В крови гемоглобин 80 г/л, эритроциты 2,0х1012/л, цветовой показатель - 1,2 ед, ретикулоциты 20%, непрямой билирубин 30,8 ммоль/л.
Что нужно определить в первую очередь для установления диагноза
<variant>осмотическую резистентность эритроцитов
<variant>реакцию Кумбса
<variant>фракции гемоглобина
<variant>активность трансаминаз
<variant>желчные пигменты в моче
<question>Какой из перечисленных показателей является информативным для острого лейкоза
<variant>Бластемия
<variant>Анемия
<variant>Высокая СОЭ
<variant>Гиперлейкоцитоз
<variant>Тромбоцитопения
<question>Девочка 14 лет предъявляет жалобы на головные боли, плохо купирующиеся анальгетиками, периодически появляется тошнота, рвота. Из анамнеза: состоит на учете у онкогематолога, регулярно получает поддерживающую терапию. В анализе крови: эритроциты.-3,8х1012/л, гемоглобин 128г/л, лейкоциты - 2,6х109/л, эозинофилы-2%, палочкоядерные-2%, сегментоядерные - 59%, лимфоциты-30%, моноциты-7%. В миелограмме: признаки ремиссии, бластов-2,6%.Какой из перечисленных предварительных диагнозов является НАИБОЛЕЕ вероятным
<variant>Рецидив лейкоза, нейролейкоз
<variant>Рецидив лейкоза
<variant>Ремиссия лейкоза
<variant>Частичная ремиссия лейкоза
<variant>Рецидив лейкоза, осложнение от терапии
<question>Мальчик 8 лет, предъявляет жалобы на желтушность кожных покровов и склер. Периферические лимфоузлы, печень не увеличены. Селезенка +3 см из-под края реберной дуги. В анализах крови: эритроциты-3,1х1012/л, гемоглобин-96г/л, ретикулоциты - 5,7%, тромбоциты-288х109/л, лейкоциты-6,4х109/л, СОЭ -10мм/ч. Средний диаметр эритроцитов - 4,6 мкм (46%), 5,7 (38%), 6,4-16%. В биохимическом анализе крови: общий билирубин – 47 мкмоль/л, непрямой- 37 мкмоль/л, прямой - 10 мкмоль/л. АЛТ-0,32 ммоль/л, АСТ- 0,17 ммоль/л.Какой из перечисленных предварительных диагнозов является НАИБОЛЕЕ вероятным
<variant>Анемия Минковского-Шоффара
<variant>Острый лейкоз
<variant>Хронический лейкоз
<variant>Болезнь Верльгофа
<variant>Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура

<question>Ребенок 3года. Объективно: на коже живота, нижних конечностей - петехиальная геморрагическая сыпь. Кожа и видимые слизистые бледные. Выражена венозная сеть на животе, груди. Живот увеличен в объеме за счет гепатоспленомегалии, печень +6см, селезенка в малом тазу. Ребенок отстает в психофизическом развитии. Какой из перечисленных предварительных диагнозов является НАИБОЛЕЕ вероятным
<variant>Болезнь Гоше
<variant>Острый лейкоз
<variant>Хронический лейкоз
<variant>Портальная гипертензия
<variant>Хронический гепатит неясной этиологии
<question>У ребенка длительность кровотечения более 15 мин.
Какой из перечисленных предварительных диагнозов НАИБОЛЕЕ вероятен
<variant>Болезнь Виллебранда
<variant>Гемофилия
<variant>Синдром Рейтера
<variant>Гемолитическая анемия
<variant>Геморрагический васкулит
<question>Девочка 14 лет, наблюдается по поводу геморрагического васкулита.
Какое из перечисленных осложнений НАИБОЛЕЕ вероятно при данной патологии
<variant>Кровоизлияния в мышцы и суставы
<variant>Носовое кровотечение
<variant>Кишечное кровотечение
<variant>Желудочное кровотечение
<variant>Диссиминированное внутрисосудистое свертывание (ДВС-синдром)
<question>Мальчику 6 лет выставлен диагноз: анемия Минковского-Шоффара.
Какова НАИБОЛЕЕ целесообразная тактика дальнейшего ведения больного
<variant>Спленэктомия
<variant>Назначение витаминов
<variant>Применение препаратов железа
<variant>Применение фолиевой кислоты
<variant>Переливание свежезамороженной плазмы
<question>Какое из перечисленных нарушений является НАИБОЛЕЕ вероятной причиной гемоглобинопатий
<variant>Нарушение структуры цепей глобина
<variant>Ферментопатия
<variant>Иммунные факторы
<variant>Хроническая гипоксия
<variant>Нарушение структуры мембраны эритроцитов
<question>Мальчик 12 лет, предъявляет жалобы на вялость, слабость, снижение аппетита, повышение температуры тела, боли в верхних и нижних конечностях в течение 2х недель. Объективно: увеличение периферических лимфоузлов всех групп до 0,5-1,0 см. Гиперпластический синдром: печень+4см, селезенка+8см из под края реберной дуги. В анализе крови:гемоглобин-104г/л, тромбоциты143х109/л, лейкоциты178-х109/л, базофилы-2%, промиелоциты-5%, миелоциты-12%, метамиелоциты-7%, юные-5%, палочкоядерные-5%, сегментоядерные-61%, эозинофилы-1%, СОЭ-15 мм/ч, бластные клетки -17%.

Какой из перечисленных предварительных диагнозов НАИБОЛЕЕ вероятен
<variant>Хронический миелобластный лейкоз
<variant>Острый лейкоз
<variant>Апластическая анемия
<variant>Геморрагический васкулит
<variant>Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
<question>Девочка 14 лет предъявляет жалобы на головные боли, плохо купирующиеся анальгетиками, периодически появляется тошнота, рвота. Из анамнеза: состоит на учете у онкогематолога, регулярно получает поддерживающую терапию. В анализе крови: эритроциты.-3,8х1012/л, Hb-128г/л, лейкоциты - 2,6х109/л, эоз-2%, п/я-2%, с/я- 59%, лимф-30%, мон-7%. В миелограмме: признаки ремиссии, бластов-2,6%.
Какое из перечисленных исследований является НАИБОЛЕЕ первоочередным в диагностике заболевания
<variant>Исследование ликвора
<variant>Миелограмма
<variant>Консультация невропатолога
<variant>Компьютерная томография головного мозга
<variant>Ультразвуковое исследование брюшной полости
<question>У мальчика 5 лет с диагнозом: Гемофилия А, диагностирован острый аппендицит. Необходимо хирургическое лечение.Какая из перечисленных тактик НАИБОЛЕЕ целесообразна в подготовке к операции
<variant>Криопреципитат до и после операции
<variant>Пенициллин до и после операции
<variant>Тромбоконцентрат до и после операции
<variant>Гепарин+курантил до и после операции
<variant>Свежезамороженная плазма до и после операции
<question>Ребенку 3 года. После острого респираторного заболевания на теле появились синячки, петехии, носовое и десневое кровотечение. В анализах крови: эритроциты-4,6х1012/л, гемоглобин-130 г/л, цветовой показатель -0,9, лейкоциты-7,4х109/л, тромбоциты - 50х109/л, СОЭ-5 мм/ч.Какое из перечисленных исследований является НАИБОЛЕЕ информативным для установления диагноза
<variant>Время кровотечения
<variant>Миелограмма
<variant>Коагулограмма
<variant>Функции тромбоцитов
<variant>Определение количества тромбоцитов
<question>Девочка 7 лет, течение 2,5 недель получает лечение по поводу ангины. Эффекта от антибиотикотерапии нет. Появились жалобы на слабость, утомляемость, появления кровоточивости десен, подъема температуры до 390С. При осмотре: кожные покровы бледные, наблюдается геморрагическая сыпь. Полилимфоаденопатия до II-III размера. Язвенно-некротическая ангина. ОАК: Нв-85 г/л, Э-2,8х1012/л, Л-50,0х109/л, тромбоциты-100,0х109/л, СОЭ-65 мм/час., бластные клетки-46%. Цитохимическая реакция с пероксидазой - отрицательная. Поставьте предварительный диагноз:
<variant>Острый лимфобластный лейкоз
<variant>Апластическая анемия
<variant>Хронический миелолейкоз

<variant>Лимфогрануломатоз
<variant>Гистиоцитоз
<question>Ребенок 4 года. Состояние тяжелое. Обильное кровотечение из носа. Бледный. На коже туловища и конечностей обильная геморрагическая сыпь, полиморфная, полихромная, несимметричная. Пульс 100 в 1 мин. Селезенка 1,0 см. В разв.ан.крови: Нв-92 г/л, эр.-2,7х109/л, лейк.-4,5х10 9/л, тромб.-15,0х109/л, с-68, л-32, СОЭ-18мм/час, длительность кровотечения по Дюку-15 мин, свертываемость-3 мин.-3 мин. 40 секунд. В лечении ребенку необходимо назначить:
<variant>Преднизолон
<variant>Гепарин
<variant>Антигемофильную плазму
<variant>Аспирин
<variant>Метотрексат
<question>Вызов врача общей практики на дом к ребенку 10 лет. Болен вторые сутки. Температура тела 39,0 °С. Боли в животе и пояснице, головная боль. Кожа бледная, чистая. Не мочился в течение 19 час. Предположительный диагноз:
<variant>Острый гломерулонефрит
<variant>Острый пиелонефрит
<variant>Цистит
<variant>Атонический мочевой пузырь
<variant>Пузырно-мочеточниковый рефлюкс
<question>Ребенку 5 лет. Жалобы на частые болезненные мочеиспускания, боли в животе, повышение температуры до 38,5°, вялость. Больна в течении 3 дней. В анализе мочи: белок- 0,099 г/л, лейкоциты - 20-30 в поле зрения, бактерии ++. Ваш, предварительный диагноз
<variant>Острый пиелонефрит
<variant>Острый гломерулонефрит
<variant>Инфекция мочевыводящих путей
<variant>Острый цистит
<variant>Хронический пиелонефрит
<question>Ребенок 3 года, впервые поступила с отеками на лице, голенях, асцитом, АД 90/60 мм ртст, в моче содержание белка 3,3 г/л, эритроцитов 3-5 в п/зр, лейкоциты 2 в п/зр., цилиндры зернистые 5-6 в п/зр., в крови общий белок 50 г/л, холестерин 9 ммоль/л. Ваш диагноз
<variant>острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом
<variant>мочекаменная болезнь
<variant>острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом
<variant>пиелонефрит
<variant>интерстициальный нефрит
<question>Мальчику 12 лет. При профилактическом осмотре выявлены протеинурия и лейкоцитурия к которым на протежении 2 лет присоединились эритроцитурия. АД до 130/90 мм рт/ст. При осмотре самочувствие не нарушено. Бледность лица и кожных покровов, пастозность век. В БАК: общии белок 62 г/л, мочевина- 7.84 ммоль/л, креатинин 140 мкмоль/л. В ОАМ. Удел. Вес 1020, белок – 1,0 г/л; макрогематурия, цилиндры гиалиновые до 10 в п/зр. Ваш диагноз.
<variant>Хронический гломерулонефрит, гематурическая форма

<variant>Хронический пиелонефрит, латентное течение
<variant>Острый пиелонефрит, активная фаза
<variant>Острый гломерулонефрит, нефротический синдром
<variant>Хронический гломерулонефрит, нефритический синдром
<question>У ребенка 10 месяцев высокая температура, интоксикация. В крови - лейкоцитоз, высокое СОЭ, в моче - лейкоцитурия, бактериурия. Выставлен диагноз «Острый пиелонефрит». Какой препарат предпочтителен в амбулаторно-поликлинических условиях
<variant>амоксиклав
<variant>цефазолин
<variant>гентамицин
<variant>фуразолидон
<variant>ко-тримоксазол
<question>Девочке 8 лет. Вызов на дом. Заболела остро 2 дня назад. Температура тела повышалась до 38,0-40,0; озноб. Мочится часто, моча мутная. Предположительный диагноз.
<variant>острый пиелонефрит
<variant>острый цистит
<variant>острый уретрит
<variant>острый гломерулонефрит
<variant>инфекция мочевых путей
<question>Ребенок 1г 6 мес поступил в клинику с диагнозом "Септическое состояние". Заболел накануне остро, отмечались подъем t до 390С, многократная рвота, жажда, стул 4 раза в день, жидкий с небольшим количеством слизи. У бабушки по линии матери: гидронефроз. Объективно: кожа бледная, несколько сухая, потеря в весе до 500,0. АД 100/60 мм рт.ст. Живот вздут, несколько болезненный, локальной болезненности нет. Печень на 4,0 см ниже края реберной дуги. ОАК: СОЭ 34 мм/ч, Л- 23х109/л, п/я 14%, с/я 44%. ОАМ: мутная, уд.вес 1009, белок 0,066 г/л, эр. 4 в п/зр, Л- 30 в п/зр. Бактерии в моче: 150000 в 1 мл (E.coli). Копрограмма: слизь небольшое количество, Л- 4 в п/зр. Ваш диагноз
<variant>острый пиелонефрит
<variant>пищевая токсикоинфекция
<variant>вгидронефроз
<variant>кишечная инфекция
<variant>сепсис
<question>У девочки 10 лет при диспансерном обследовании в анализе мочи выявили следы белка, эритроциты 5-7 в поле зрения, лейкоциты 3-4 в поле зрения, кристаллы оксалатов.Родная сестра девочки 15 лет страдает хроническим пиелонефритом, у отца мочекаменная болезнь. Какое заболевание наиболее вероятно
<variant>Дисметаболическая нефропатия
<variant>Хроничесий пиелонефрит
<variant>Хронический цистит
<variant>Мочекаменная болезнь
<variant>Хронический гломерулонефрит
<question>Ребенку 1,5 мес. Жалобы матери на повышение температуры тела до 37,80С, частые, болезненные мочеиспускания. В моче лейкоцитурия до 10-15 в п/зр.,

эритроцитурия до 7-9 в п/зр. Какой возбудитель наиболее вероятен
<variant>Кишечная палочка
<variant>Стафилококк
<variant>Стрептококк
<variant>Цитомегаловирус
<variant>Грибки
<question>Ребенок 5 лет. Периодически отмечаются боли в животе приступообразного характера, в моче гематурия, протеинурия, лейкоцитурия, кристаллы цистина. Предполагаемый диагноз
<variant>цистинурия
<variant>пиелонефрит
<variant>почечный тубулярный ацидоз
<variant>мочекаменная болезнь
<variant>цистит
<question>При первичном патронаже ВОП к ребенку на 4-ый день жизни отмечается мутная, желто-коричневого цвета моча, оставляющая на пеленке пятно. Состояние не нарушено, сосет активно, не срыгивает. Ребенок от 3 беременности,1-х срочных родов. Вес при рождении 3650 гр. К груди приложен в родзале. ВОП срочно сделан общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, реакция кислая, удельный вес – 1004, белок отсутствует, эпителий плоский – сплошь, лейкоциты 6-7 в п/з, эритроциты – нет, гиалиновые цилиндры . Это состояние характерно для:
<variant>мочекислого инфаркта
<variant>полового криза
<variant>инфекции мочевыводящих путей
<variant>дизметаболической нефропатии
<variant>десквамативного вульвовагинита
<question>Девочка 2,5 года. Жалобы на болезненность при мочеиспускании, частыми, малыми порциями. Два дня назад перенесла ОРВИ. В анализах мочи: мутная, белок 0,058 г/л, эпителий 10 – 12 в п.зр., лейкоциты 15-18 в п.зр., эритроциты (свежие) 8-10 в п.зр. Предполагаемым диагнозом является:
<variant>инфекция мочевыводящих путей. Острый цистит
<variant>острый гломерулонефрит, нефритический синдром
<variant>липоидный нефроз
<variant>хронический цистит
<variant>дизметаболическая нефропатия
<question>Гломерулонефрит – это:
<variant>Воспалительное заболевание почек с преимущественным поражением клубочков нефронов
<variant>Состояние снижения скорости клубочковой фильтрации почек без структурных изменений и снижения числа нефронов
<variant>Воспалительное заболевание почек с поражением чашечно-лоханочной системы, интерстициальной ткани паренхимы почек и канальцев
<variant>Воспалительное заболевание с поражением интерстициальной ткани почек и вовлечением канальцев
<variant>Заболевание почек наследственного характера с поражением клубочков нефронов и прогрессирующим течением с исходом в хроническую почечную

недостаточность
<question>Пациенту 3 года. С 4-х месячного возраста беспокоят повторяющиеся периоды рвоты и обезвоживания. Отстает в физическом и психомоторном развитии. Тургор кожи снижен. Полиурия. Частые запоры. Анализ крови: глюкоза - 4,5 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л. Анализ мочи: суточная глюкозурия- 0,02 г.; удельный вес мочи- 1001-1003; 17-ОКС и 17-КС в норме; ацетон - отрицательный. Клинико-лабораторные данные свидетельствуют в пользу наличия у ребенка:
<variant>Почечного несахарного диабета
<variant>Ацетонемической рвоты
<variant>Сахарного диабета
<variant>Почечной глюкозурии
<variant>Почечного солевого диабета
<question>1Пациент А., 12 лет, жалобы на повышение температуры до 380С, отеки на лице и ногах, изменение цвета мочи. Десять дней назад перенес тонзиллофарингит. АД-140/90 мм.рт.ст. ОАК: Нв-106 г/л, эр.-3,3 х 1012/л, лейк.-8,8 х 109/л, СОЭ-45 мм/час. ОАМ: удельный вес – 1022, белок – 0,99 г/л, лейкоциты – 10-12-14 п/зр, эритроциты измененные – 35-46 п/зр. БХАК: мочевина – 9,3 ммоль/л, креатинин – 117 мкмоль/л, общий белок – 62 г/л, АСЛО – 600 ед. Предварительный диагноз:
<variant>Острого гломерулонефрита
<variant>Транзиторного мочевого синдрома на фоне острой инфекции
<variant>Первичного нефротического синдрома с гематурией
<variant>Острого тубуло-интерстициального нефрита
<variant>Острого пиелонефрита
<question>Для нефротического синдрома острого гломерулонефрита не характерно:
<variant>гипотрофии скелетной мышцы
<variant>массивных отеков
<variant>бледности кожи
<variant>умеренных отеков
<variant>протеинурии
<question>У мальчика 13 лет с активной фазой нефротического синдрома появились боли в пояснице, левостороннее варикоцеле, гематурия, нарастание протеинурии и быстрое нарушение функций почек.Назовите причину ухудшения состояния больного
<variant>Быстро прогрессирующий гломерулонефрит
<variant>Тромбоз почечных вен
<variant>Обструкция мочевых путей
<variant>Гемолитико-уремический синдром
<variant>Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания
<question>Ребенок, 10 лет. Жалобы на жажду, частое мочеиспускание, особенно в ночное время, зуд кожи. Какое исследование необходимо провести для подтверждения диагноза «сахарный диабет»
<variant>Анализ глюкозы крови натощак
<variant>Анализ глюкозы в суточной моче
<variant>Анализ ацетона в утренней порции мочи
<variant>Анализ суточной мочи на глюкозу и ацетон
<variant>Анализ глюкозы крови перед сном

<question>Мальчик, 3 недели жизни. Рожден в сроке гестации 40 недель, с весом 4000 г. При осмотре: вялый, сонливый, отмечается отечность лица и туловища. Язык большой, голос хриплый, широкая переносица. Сосет слабо. На 3 день жизни появилось желтушное окрашивание кожи, которое держится 2 недели. Какие лабораторные исследования необходимо сделать в первую очередь для уточнения диагноза:
<variant>Определение уровня тиреоидных гормонов в крови
<variant>Определение уровня сахара крови
<variant>Исследование кариотипа
<variant>Определение общего билирубина
<variant>Общий анализ крови
<question>У девочки 9 лет с проявлениями полиурии, полидипсии, потери массы тела в течение последнего месяца при обращении к участковому педиатру заподозрен диагноз сахарный диабет. Какими лабораторными тестами следует подтвердить это предположение
<variant>глюкозо-толерантный тест
<variant>общий анализ крови
<variant>анализ мочи
<variant>анализ мочи на оксалатурию
<variant>анализ мочи на уратурию
<question>Девочка 9 лет, направлена к эндокринологу. Беспокоят ощущения приливов, потливость. За 3 месяца похудела на 5 кг. При объективном осмотре: эмоционально неустойчива, возбудима, плаксива. Повышена двигательная активность – заметен мелкий тремор пальцев рук. Кожные покровы влажные, горячие на ощупь; при взгляде вниз виден участок склеры над радужкой. Положительный симптом Грефе. Щитовидная железа диффузно увеличена, плотноэластической консистенции, над железой прослушивается сосудистый шум. Тахикардия в покое, границы сердца расширены влево, усилен верхушечный толчок. Стул частый. Укажите предполагаемый диагноз:
<variant>Диффузно-токсический зоб
<variant>Пароксизмальная тахикардия
<variant>Гипотиреоз
<variant>Эутиреоидный зоб
<variant>Атаксия мозжечка
<question>Мальчику 1 год. Имеет место отставание в психомоторном развитии, которое стало заметно со второго полугодия жизни, после 9 мес появились судороги. При осмотре обращает на себя внимание светлый цвет кожи и волос. Наблюдается невропатологом по поводу судорог, дерматологом по поводу экземы. Клинический анализ крови без патологии, анализ мочи в норме. Мама отмечает "мышиный" запах мочи. Ваш диагноз:
<variant>Фенилкетонурия
<variant>Гипотиреоз
<variant>Детский церебральный паралич
<variant>Гликогеноз
<variant>Эпилепсия
<question>У 13 летней девочки диффузный токсический зоб 2 степени, тиреотоксикоз средней степени тяжести, эндокриннаяофтальмопатия 2 степени. Назначена терапия мерказолилом по 10 мг 3 раза в день, тиреотоксикоз субкомпенсирован, глазные симптомы сохраняются. Ваша тактика

<variant>добавить к лечению преднизолон в дозе 10-20 мг/сут
<variant>продолжать монотерапиюмерказолилом
<variant>добавить к лечению анаприлин
<variant>добавить к лечению преднизолон в дозе 60-90 мг/сут
<variant>заменить мерказолил на левотироксин
<question>У больного 16 лет парциальная акромегалия, проявляющаяся изолированным ростом правой руки и ноги. Ваши лечебные рекомендации
<variant>соматулин
<variant>агонисты дофамина
<variant>достинекс
<variant>цитостатики
<variant>пегвисомант
<question>Девочка 12 лет имеет избыток массы в 34 кг. Кожа сухая, заеды в уголках рта. Ожирение по андроидному типу. В течение двух месяцев соблюдала гипокалорийную диету. Гликемия натощак 6,9 и 6,2 ммоль/л. АЛТ и АСТ в норме. Выберите наиболее оптимальную терапию:
<variant>гипокалорийная диета препараты метформина
<variant>изокалорийная диета манинил
<variant>гипокалорийная диета инсулинотерапия
<variant>изокалорийная диета физические нагрузки
<variant>изокалорийная диета диабетон препараты метформина
<question>Девочке 5 месяцев диагностирован «врожденный гипотиреоз». Выберите НАИБОЛЕЕ вероятный показатель тиреотропного гормона (ТТГ) при первичном гипотиреозе:
<variant>Уровень ТТГ понижен
<variant>Уровень ТТГ повышен
<variant>Уровень ТТГ нормальный
<variant>Уровень ТТГ резко снижен
<variant>ТТГ не определяется в крови
<question>Девочке 7 лет выставлен диагноз вторичного приобретенного гипотиреоза. Что может быть вероятной причиной заболевания
<variant>Аденома гипофиза
<variant>Аутоиммунный тиреоидит
<variant>Аплазия щитовидной железы
<variant>Эктопия щитовидной железы
<variant>Гипоплазия щитовидной железы
<question>Девочка 7 лет с диагнозом «сахарный диабет» поступила в тяжелом состоянии с сильными болями животе, рвотой «кофейной гущей». Кожа и слизистые сухие, акроцианоз, тахикардия, артериальное давление снижено, сознание сопорозное. Какой из перечисленных препаратов является НАИБОЛЕЕ первоочередным в данном случае
<variant>Инсулин
<variant>Спиронолактон
<variant>40 % раствор глюкозы
<variant>1 % раствор тропофена
<variant>10 % раствор кальция хлорида

<question>Девочке 12 лет диагностирован сахарный диабет.
Выберите НАИБОЛЕЕ вероятную характеристику при постановке диагноза сахарного диабет:
<variant>Сахар крови натощак более 6,1 ммоль/л
<variant>Глюкозурия
<variant>Кетоацидоз
<variant>Метаболический ацидоз
<variant>Сахар крови натощак более 5,5 ммоль/л
<question>Основные диагностические мероприятия проводимые на амбулаторном уровне при подозрении на сахарный диабет I типа:
<variant>определение гликемии натощак и через 2 часа после еды (глюкометром), определение кетоновых тел в моче
<variant>определение гликемии натощак и через 2 часа после еды (глюкометром), пероральный глюкозотолерантный тест с 75 г глюкозы
<variant>определение гликемии после еды (глюкометром), определение кетоновых тел в моче
<variant>ИФА–определение ICA – антитела к островковым клеткам
<variant>IAA – антитела к инсулину
<question>В минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию с диагнозом сахарный диабет I типа НЕ входить:
<variant>определение гликемии натощак и через 2 часа после еды (глюкометром)
<variant>определение кетоновых тел в моче
<variant>ОАК,ОАМ
<variant>ЭКГ
<variant>УЗИ живота
<question>У мальчика 2 лет выявлен гипертиреоидный криз. Что из перечисленного НАИБОЛЕЕ характерно для данной ситуации
<variant>Гиперкальциемия, гипофосфатемия, гипокалиемия
<variant>Повышенное выделение с мочой катехоламинов
<variant>Повышенный уровень в крови альдостерона, гипокалиемия
<variant>Низкий уровень в крови тиреоидных гормонов, гиперхолестеринемия
<variant>Снижение 17-ОКС (оксикортикостероид) в суточной моче, гипохлоремия, гиперкалиемия
<question>У мальчика 6 месяцев выявлен первичный гиперальдостеронизм.
Какой из перечисленных симптомов НАИБОЛЕЕ характерен в данной ситуации
<variant>Повышенный уровень в крови альдостерона, гипокалиемия
<variant>Повышенное выделение с мочой катехоламинов
<variant>Гиперкальциемия, гипофосфатемия, гипокалиемия
<variant>Низкий уровень в крови тиреоидных гормонов, гиперхолестеринемия
<variant>Снижение 17-ОКС (оксикортикостероид) в суточной моче, гиперкалиемия
<question>Гипотиреоз у детей – это синдром недостаточной функциональной активности:
<variant>щитовидной железы
<variant>паращитовидных желез
<variant>вилочковой железы
<variant>надпочечников

<variant>гонад
<question>Микседема у детей — тяжелая форма:
<variant>гипотиреоза
<variant>гипертиреоза
<variant>ожирения
<variant>гиповитаминоза А
<variant>гиповитаминоза В6
<question>Поздние роды, отставание в росте, позднее закрытие родничка и прорезывание зубов
типично для:
<variant>врожденного гипотиреоза
<variant>приобретенного гипотиреоза
<variant>диффузного токсического зоба
<variant>эутиреоидной гиперплазии щитовидной железы
<variant>гиповитаминоза А
<question>Замедленные движения, одутловатость лица, гипотермия, запоры, характерны для:
<variant>приобретенного гипотиреоза
<variant>эутиреоидной гиперплазии щитовидной железы
<variant>диффузного токсического зоба
<variant>гиповитаминоза А
<variant>гиповитаминоза В6
<question>Повышенное содержание в крови гормонов щитовидной железы, обусловленное еедисфункцией, характерно для:
<variant>диффузного зоба
<variant>эутиреоидного зоба
<variant>гиповитаминоза В6
<variant>гипотиреоза
<variant>гиповитаминоза В1
<question>Сердцебиение, дрожь тела, повышенная потливость, эмоциональная лабильность,
характерны для
<variant>диффузного токсического зоба
<variant>гипотиреоза
<variant>гиповитаминоза В1
<variant>гиповитаминоза В6
<variant>анемии
<question>Девочка 11 лет от первой нормально протекавшей беременности. Развитие в раннем возрасте без особенностей. Родители здоровы. Перенесла корь в возрасте 2 лет. Часто болеет ангинами. Последний год девочка стала раздражительной, плаксивой, страдает бессонницей, появился тремор пальцев рук. Жалуется на боли в области сердца, сердцебиение. Участковый врач отметил тахикардию до 100-120 уд/мин., систолический шум на верхушке при нормальных границах и громких тонах сердца, артериальное давление 120/40 мм.рт.ст., выраженную потливость, увеличение щитовидной железы III степени. Ваш диагноз:
<variant>Диффузный токсический зоб

<variant>Ювенильная струма
<variant>Вегетососудистая дистония
<variant>Кардит
<variant>Эндемический зоб
<question>Девочка 11 лет от первой нормально протекавшей беременности. Развитие в раннем возрасте без особенностей. Родители здоровы. Перенесла корь в возрасте 2 лет. Часто болеет ангинами. Последний год девочка стала раздражительной, плаксивой, страдает бессонницей, появился тремор пальцев рук. Жалуется на боли в области сердца, сердцебиение. Участковый врач отметил тахикардию до 100-120 уд/мин., систолический шум на верхушке при нормальных границах и громких тонах сердца, артериальное давление 120/40 мм.рт.ст., выраженную потливость, увеличение щитовидной железы III степени. Из указанных методов исследования НЕ показано:
<variant>Электроэнцефалография
<variant>Электрокардиография
<variant>УЗИ щитовидной железы
<variant>Пункционная биопсия щитолвидной железы
<variant>Исследование гормонов ТТГ, Т3, Т4 в сыворотке крови
<question>Девочка 11 лет от первой нормально протекавшей беременности. Развитие в раннем возрасте без особенностей. Родители здоровы. Перенесла корь в возрасте 2 лет. Часто болеет ангинами. Последний год девочка стала раздражительной, плаксивой, страдает бессонницей, появился тремор пальцев рук. Жалуется на боли в области сердца, сердцебиение. Участковый врач отметил тахикардию до 100-120 уд/мин., систолический шум на верхушке при нормальных границах и громких тонах сердца, артериальное давление 120/40 мм.рт.ст., выраженную потливость, увеличение щитовидной железы III степени. Выставлен диагноз: Диффузный токсический зоб. В лечении ребенка не будет использован препарат:
<variant>тироксин
<variant>антиструмин
<variant>анаприлин
<variant>настойка пустырника
<variant>мерказолил
<question>Ребенок 1 года 3 месяцев от первой беременности, срочных родов. Масса при рождении 4000, длина 50 см. К груди приложен в первые сутки, сосал вяло. Пуповина отпала на девятый день, из роддома выписан с явлениями затянувшейся желтухи, которая держалась до четырехнедельного возраста. У матери узловой зоб III степени без нарушений функции. С первых дней жизни девочка вялая, сосет плохо. Дыхание шумное, сопящее, голос низкий. Кожа сухая. Волосы жидкие. Запоры. Голову держит с 6 месяцев, сидит с 1 –го года, не стоит. Большой родничок 2х1,5 см, зубов нет. В ОАК отмечается снижение гемоглобина и эритроцитов. Зоны роста на рентгенограмме кисти соответствуют трехмесячному возрасту. Ваш предположительный диагноз:
<variant>Гипотиреоз
<variant>Рахит
<variant>Родовая травма
<variant>Билирубиновая энцефалопатия
<variant>Болезнь Де Тони-Дебре-Фанкони
<question>Ребенок 1 года 3 месяцев от первой беременности, срочных родов. Масса при

рождении 4000, длина 50 см. К груди приложен в первые сутки, сосал вяло. Пуповина отпала на девятый день, из роддома выписан с явлениями затянувшейся желтухи, которая держалась до четырехнедельного возраста. У матери узловой зоб III степени без нарушений функции. С первых дней жизни девочка вялая, сосет плохо. Дыхание шумное, сопящее, голос низкий. Кожа сухая. Волосы жидкие. Запоры. Голову держит с 6 месяцев, сидит с 1 –го года, не стоит. Большой родничок 2х1,5 см, зубов нет. В ОАК отмечается снижение гемоглобина и эритроцитов. Зоны роста на рентгенограмме кисти соответствуют трехмесячному возрасту. Был выставлен предварительный диагноз врожденный гипотиреоз. Для подтверждения диагноза необходимо провести исследование:
<variant>Определение уровня Т3,Т4,ТТГ в сыворотке
<variant>Общий анализ мочи
<variant>Исследование уровня билирубина в сыворотке
<variant>ЭЭГ,Эхо-ЭГ
<variant>Рентгенограмма черепа
<question>Ребенок 1 года 3 месяцев от первой беременности, срочных родов. Масса при рождении 4000, длина 50 см. К груди приложен в первые сутки, сосал вяло. Пуповина отпала на девятый день, из роддома выписан с явлениями затянувшейся желтухи, которая держалась до четырехнедельного возраста. У матери узловой зоб III степени без нарушений функции. С первых дней жизни девочка вялая, сосет плохо. Дыхание шумное, сопящее, голос низкий. Кожа сухая. Волосы жидкие. Запоры. Голову держит с 6 месяцев, сидит с 1 –го года, не стоит. Большой родничок 2х1,5 см, зубов нет. В ОАК отмечается снижение гемоглобина и эритроцитов. Зоны роста на рентгенограмме кисти соответствуют трехмесячному возрасту. Был выставлен диагноз врожденный гипотиреоз. При лечении ребенка Вы будете использовать:
<variant>левотироксин
<variant>антиструмин
<variant>пенициллин
<variant>седуксен
<variant>мерказолил
<question>Для клинической картины врожденного гипотиреоза не характерна:
<variant>гипертонус мышц
<variant>Низкий голос
<variant>Задержка психомоторного развития
<variant>Отставание костного возраста
<variant>Запоры
<question>Девочке 12 лет. Жалобы на слабость, быструю утомляемость, беспричинное беспокойство, чувство давления в области шеи. Такое состояние отмечено после дорожно-транспортного происшествия и прогрессирует в течение 3 мес. При осмотре выявлены: диффузное увеличение щитовидной железы 2 степени, кожные покровы влажные, горячие, дрожание пальцев рук. Частота сердечных сокращений 100 в мин. АД 130/50 мм рт ст. Ваш предварительный диагноз:
<variant>диффузный токсический зоб
<variant>вегетососудистая дистония
<variant>травматическая энцефалопатия
<variant>синдром хронической усталости

<variant>пограничная артериальная гипертензия
<question>У мальчика 14-ти лет отмечается задержка роста с 2-х летнего возраста. Вторичные половые признаки отсутствуют, кожа сухая, лицо напоминает «старческое», интеллект сохранен, телосложение пропорциональное, высокий тембр голоса. «Костный возраст» - 7 лет. Ваш предполагаемый диагноз:
<variant>гипофизарный нанизм
<variant>примордиальный нанизм
<variant>гипотиреоз
<variant>хондродистрофия
<variant>соматогенный нанизм
<question>12 летний мальчик направлен к педиатру в связи с трудностями в концентрации внимания, снижением школьной успеваемости и частыми просьбами выйти в туалет. Согласно записи педиатра, мальчик потерял в весе со времени своего предыдущего посещения 6 месяцев назад около 2,5кг. При общем осмотре частота пульса в покое 100 ударов в минуту, артериальное давление 130/50 мм.рт. ст. Щитовидная железа увеличена почти в 2 раза по сравнению с нормой. Ваш предварительный диагноз:
<variant>тиреотоксикоз
<variant>медуллярная карцинома щитовидной железы
<variant>эндемический зоб
<variant>ювенильный гипотиреоз
<variant>тиреоидит Хашимото
<question>Генетический пол ребенка определяется на основании:
<variant>кариотипа
<variant>появления вторичных половых признаков
<variant>строения наружных гениталий
<variant>наличия гонад
<variant>выработки половых гормонов
<question>Больной 6 лет. Жалобы: сухость во рту, жажда, похудение. Эти симптомы в течении 3 месяцев. Заболевание связывает с вирусной инфекцией. Наследственно – мать умерла от сахарного диабета. Ваш предварительный диагноз:
<variant>гипотиреоз
<variant>сахарный диабет II типа
<variant>несахарный диабет
<variant>сахарный диабет I типа
<variant>нанизм
<question>Девочка 7 лет с диагнозом «сахарный диабет» поступила в тяжелом состоянии с сильными болями животе, рвотой «кофейной гущей». Кожа и слизистые сухие, акроцианоз, тахикардия, артериальное давление снижено, сознание сопорозное. Первоочередным препаратом в данном случае будет ...
<variant>Инсулин
<variant>Спиронолактон
<variant>40 % раствор глюкозы
<variant>1 % раствор тропофена
<variant>10 % раствор кальция хлорида
<question>Наприемеребенок 8 лет. Состоит на учете у эндокринолога с диагнозом: Сахарный диабет. Приопросежалобына общуюслабость, нарастание жажды и полиурии,

повышение аппетита несмотря на это, потерью веса, появление запаха ацетона. Сознание сохранено. В анализах: глюкоза плазмы 11,5 ммоль/л, гиперкетонемия, кетонурия +, pH 7,25. Ваш диагноз:
<variant>Диабетический кетоацидоз, легкийстепени
<variant>Диабетический кетоацидоз, среднийстепени
<variant>Диабетический кетоацидоз, тяжелойстепени
<variant>Кетоацидотическая кома
<variant>Сахарный диабет II типа
<question>На приеме у врача общей практики девочка 13 лет с жалобами на общую слабость, нарастание жажды и полиурии, одышку, снижениеаппетита, тошноту,боли в животе. Послеосмотраврачзаметилчто у девочкиотмечаетсясонливостьзатемразвилсясомнолентносопорозноесостояние. В анализах: гипергликемия, гиперкетонемия, кетонурия ++, pH 7,1. Ваш диагноз:
<variant>Диабетический кетоацидоз, среднийстепени
<variant>Диабетический кетоацидоз, легкийстепени
<variant>Диабетический кетоацидоз, тяжелойстепени
<variant>Кетоацидотическая кома
<variant>Сахарный диабет II типа
<question>Вызов на дом ребенку 10 лет. Приосмотресознаниеотсутствует, рефлексыснижены Кожныепокровы и слизистыечистые, сухие, холодные, конечности, кончикносасинюшные, дыханиенарушено, типакуссмауля. Ребенок состоит на учете у эндокринолога по поводу сахарного диабета.Ваш диагноз:
<variant>Кетоацидотическая кома
<variant>Гиперосмолярная кома
<variant>Гипогликемическая кома
<variant>Диабетический кетоацидоз, среднийстепени
<variant>Диабетический кетоацидоз, легкийстепени
<question>Выберитерасчетнуюформулу суточногокаллоража для девочек от 1 до 15 лет с диагнозомсахарный диабет:
<variant>Суточный каллораж = 1000 + 100 X n
<variant>Суточный каллораж = 1000 + 100 X n + 100
<variant>Суточный каллораж = 1000 + 100 X (n – 11)
<variant>Суточный каллораж = 1000 + 100 X n + 100 X (n – 9)
<variant>Суточный каллораж = 1000 + 100 X n + 100 X (n – 11)
<question>Выберитерасчетнуюформулу суточногокаллоража для мальчиковот 11 лет до 15 лет с диагнозомсахарный диабет:
<variant>Суточный каллораж = 1000 + 100 X n + 100 X (n – 11)
<variant>Суточный каллораж = 1000 + 100 X n
<variant>Суточный каллораж = 1000 + 100 X n + 100
<variant>Суточный каллораж = 1000 + 100 X (n – 11)
<variant>Суточный каллораж = 1000 + 100 X n* + 100 X (n – 9)
<question>Определитенеобходимый общий дневной прием энергии ребенку с диагнозом сахарный диабет:
<variant>углеводы 50-55%, жиры 30-35%, белки 10-15%
<variant>углеводы 45-50%, жиры 30-35%, белки 20-25%
<variant>углеводы 50-55%, жиры 20-25%, белки 20-30%

<variant>углеводы 30-35%, жиры50-55%, белки 10-15%
<variant>углеводы10-15%, жиры 30-35%, белки 50-55%
<question>Препаратам инсулина, рекомендуемые к применению у больных СД 1 типа НЕ относиться:
<variant>Длительного действия
<variant>Ультракороткого действия
<variant>Короткого действия
<variant>Средней продолжительности действия
<variant>Длительного действия
<question>Ребенок 12 лет состоит на учете с диагнозом с сахарный диабет I типа в течении 1 года. Определите суточную потребность ребенка в инсулине:
<variant>0,5–0,6 ЕД/кг массы тела
<variant>0,7–0,9 ЕД/кг массы тела
<variant>0,5–1,0 ЕД/кг массы тела
<variant>1,2–1,5 ЕД/кг массы тела
<variant>1,5–2,0 ЕД/кг массы тела
<question>Девочке 15 летсостоит на учете с диагнозом с сахарный диабет I типа более 5 лет. Определите суточную потребность ребенка в инсулине:
<variant>1,2–1,5 ЕД/кг массы тела
<variant>0,5–0,6 ЕД/кг массы тела
<variant>0,7–0,9 ЕД/кг массы тела
<variant>0,5–1,0 ЕД/кг массы тела
<variant>1,5–2,0 ЕД/кг массы тела
<question>Основные диагностические мероприятия проводимые на амбулаторном уровне при подозрении на сахарный диабет II типа:
<variant>определение гликемии натощак и через 2 часа после еды (глюкометром), пероральный глюкозотолерантный тест с 75 г глюкозы
<variant>определение гликемии натощак и через 2 часа после еды (глюкометром), определение кетоновых тел в моче
<variant>определение гликемии после еды (глюкометром), определение кетоновых тел в моче
<variant>ИФА–определение ICA – антитела к островковым клеткам
<variant>Iga – антитела к инсулину
<question>Показания к использованию помповой терапии при сахарном диабете:
<variant>неэффективность метода многократных ежедневных инъекций инсулина
<variant>эффективность метода многократных ежедневных инъекций инсулина
<variant>частые гипергликемии
<variant>дети старшего возраста с высокой потребностью в инсулине
<variant>нерегулярные занятия спортом
<question>Противопоказаниям для перевода на помповую инсулинотерапию НЕ относится:
<variant>тяжелые нарушения опорно двигательного аппарата у пациента
<variant>отсутствие комплаентности пациента и/или членов семьи
<variant>психологические и социальные проблемы в семье
<variant>психические нарушения
<variant>тяжелые нарушения зрения и (или) слуха у пациента

<question>У ребенкакетоацидоз, глюкоза крови более 14 ммоль/л, кетоны в крови0,8 ммоль/л. Проведитекоррекцию инсулинотерапии:
<variant>Увеличение дозы короткого/ультракороткого инсулина на 5-10% от суммарной суточной дозы
<variant>Увеличение дозы короткого/ультракороткого инсулина на 5-20% от суммарной суточной дозы
<variant>Увеличение дозы короткого/ультракороткого инсулина на 10-20% от суммарной суточной дозы
<variant>Увеличение дозы короткого/ультракороткого инсулина на 20-25% от суммарной суточной доз
<variant>Увеличение дозы короткого/ультракороткого инсулина на 20-30% от суммарной суточной дозы
<question>У ребенкакетоацидоз, глюкоза крови более 14 ммоль/л, кетоны в кровиболее 3ммоль/л. Проведитекоррекцию инсулинотерапии:
<variant>Увеличение дозы короткого/ультракороткого инсулина на 10-20% от суммарной суточной дозы
<variant>Увеличение дозы короткого/ультракороткого инсулина на 5-10% от суммарной суточной дозы
<variant>Увеличение дозы короткого/ультракороткого инсулина на 5-20% от суммарной суточной дозы
<variant>Увеличение дозы короткого/ультракороткого инсулина на 20-25% от суммарной суточной дозы
<variant>Увеличение дозы короткого/ультракороткого инсулина на 25-30% от суммарной суточной дозы
<question>Укажите наиболее частый побочный эффект ингаляционных стероидов
<variant>кандидоз полости рта
<variant>недостаточность коры надпочечников
<variant>остеопороз
<variant>синдром Иценко-Кушинга
<variant>гипергликемия
<question>Болезнь Иценго – Кушинга тяжелое эндокринное заболевание, в основе которого лежит нарушение регуляторных механизмов, контролирующих ….. систему.
<variant>гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую
<variant>нервную
<variant>желудочно-кишечную
<variant>мочевыводящую
<variant>сердечно сосудистую
<question>Ребенку 1 год. Диагноз Иценко - Кушинга. Для детального изучения гипофиза и окружающих мозговых структур применяется.
<variant>компьютерная томография (КТ) и магнитно резонансная томография (МРТ)
<variant>ультразвуковое исследование (УЗИ) и магнитно резонансная томография (МРТ)
<variant>компьютерная томография (КТ) и рентгенография черепа
<variant>компьютерная томография (КТ) и ультразвуковое исследование (УЗИ)
<variant>ультразвуковое исследование (УЗИ) и рентгенография черепа
<question>Мальчик 14 лет. В анализе мочи обнаружено гиперкальциурия. При осмотре: огрубление черт лица (увеличение надбровных дуг, скуловых костей, разрастание мягких

тканей), не пропорциональное увеличение кистей и стоп.
Ваш предварительный диагноз:
<variant>акромегалия
<variant>гигантизм
<variant>гаргулизм
<variant>синдром Марфана
<variant>синдром Дауна
<question>Методы лечения акромегалии:
<variant>медикаментозный, хирургический, лучевой
<variant>немедикаментозный, гипнотический, комбинированный
<variant>фитотерапия, нехирургическое, лучевой
<variant>фитотерапия, лучевой, народный
<variant>гамма терапия, протонотерапия, народная
<question>Болезнь Аддисона это - …
<variant>хроническая недостаточность коры надпочечников
<variant>хроническая недостаточность надпочечников
<variant>хроническая недостаточность почек
<variant>хроническая недостаточность печени
<variant>хроническая недостаточность сердца
<question>Для первичной хронической недостаточностью коры надпочечников (ХНН) снижение уровней гормонов:
<variant>кортизола и альдостерона
<variant>АКТГ и ренина
<variant>альдостеронаиАКТГ
<variant>кортизолаиренина
<variant>ренина и альдостерона
<question>Синтезирующие гормоны коры надпочечников.
<variant>глюкокортикоиды, минералокортикоиды, андрогены
<variant>глюкокортикоиды,инсулин,андрогены
<variant>окситоцин,минералокортикоиды,андрогены
<variant>статины,либерины,тиреоиды
<variant>пролактины, тестостероны, андрогены
<question>На приеме мама с ребенком 3 лет жалобы на низкий рост, на задержку прорезыванию зубов и не закрытие большого родничка. При осмотре: круглая голова, короткое и широкое лицо, короткая шея, маленькие кисти и стопы.Ваш диагноз.
<variant>дефицит гормона роста(соматортопина)
<variant>дефицит инсулин гормона
<variant>дефициттиреоидина
<variant>дефицит эндорфин гормона
<variant>дефицит андрогенов
<question>Преждевременное половое созревание у мальчиков определяют повышением уровня гормона.
<variant>тестостерона в сыворотке
<variant>половогохроматина в моче
<variant>СОЭ в крови
<variant>эстерогенов в крови

<variant>эстерогенов в моче
<question>Девочка 8 лет. Развиты молочные железы и оволосение лобка. Ваш предварительный диагноз.
<variant>преждевременное половое созревание
<variant>соматический здоров
<variant>опухоль гипофиза
<variant>позднее половое созревание
<variant>пубертатный период
<question>Изменения крови при Иценго – Кушинге
<variant>повышение адренокортикотропного гормона и кортикостероидов
<variant>повышениеинсулина и глюкоза
<variant>понижениеренина и ангиотензина
<variant>повышение адренокортикотропного гормона и инсулина
<variant>повышение ангиотензина и кортикостероидов
<question>Назовите функцию либеринов в организме:
<variant>стимуляция гипофизарных гормонов
<variant>стимуляция адреналина
<variant>стимуляция окситоцина
<variant>стимуляция ацетилхолин
<variant>стимуляция антигистаминов
<question>Острая надпочечниковая недостаточность не является осложнением:
<variant>болезни Симмондса
<variant>болезни Аддисона
<variant>адреногенитального синдрома
<variant>менингококцемии
<variant>нейротоксикоз
<question>Для синдрома Иценко-Кушинга не характерно:
<variant>ускоренное половое развитие
<variant>неравномерное ожирение с преимущественнымотложением жира в области лица, шеи, груди
<variant>лунообразное лицо багрово-красного
<variant>цвета, множественные стрии на туловище и конечностях
<variant>гипертрихоз
<question>Раннее половое развитие не обусловлено:
<variant>избыточной инсоляцией
<variant>опухолью в области мамиллярных тел, серого бугра,гипоталамуса, эпифиза
<variant>как результат воспалительного заболевания мозга
<variant>опухоли половых желез
<variant>опухоли гипофиза
<question>Больной 6 лет. Жалобы: сухость во рту, жажда, похудение. Эти симптомы в течении 3 месяцев. Заболевание связывает с вирусной инфекцией. Наследственно – мать умерла от сахарного диабета. Ваш предварительный диагноз:
<variant>гипотиреоз
<variant>сахарный диабет II типа
<variant>несахарный диабет
<variant>сахарный диабет I типа

<variant>нанизм
<question>При первичном гипогонадизме показано:
<variant>постоянная заместительная терапия препаратами половых гормонов
<variant>применение диферилина
<variant>применение бромкрип
<variant>назначение профази
<variant>постоянная терапия преднизолон
<question>Назовите препараты, которые используются при лечении первичного гипогонадизма у женщин
<variant>Микрофоллин
<variant>Тестостерон пропионат
<variant>Омнадрен
<variant>Сустанон
<variant>Метилтестостерон
<question>Назовите препараты, которые используются при лечении первичного гипогонадизмау мужчин
<variant>тестостерон пропионат
<variant>Микрофоллин
<variant>Фолликулин
<variant>Ноновлон
<variant>омнадрен
<question>Девочка 11 лет. В 8 лет начался рост грудных желез, появилось половое оволосение. С 10 лет - регулярные menses. Рост низкий, соответствует 10 годам, костный возраст - 15-16 годам. Половое развитие - IV ст. по Таннеру. Розовые стрии на ягодицах, гиперпигментация в области локтей и подмышечных областях. Ваш диагноз.
<variant>Гипоталамический синдром пубертатного периода. Ускоренное половое развитие
<variant>Гипоталамический синдром
<variant>Гипоталамический синдром пубертатного периода
<variant>Преждевременное половое развитие
<variant>Ускоренное половое развитие
<question>У ребенка 7 лет с рождения определяется единственное правое яичко. Левое не удалось обнаружить никакими визуализирующими методами. Ваш диагноз.
<variant>Монорхизм
<variant>Левосторонний крипторхизм
<variant>Гипогонадизм
<variant>Гипоспадия
<variant>Анорхизм
<question>У 13 летнего высокорослого мальчика отмечается изолированный рост правой нижней конечности. По данным МРТ гипофиза аденомы нет. уровни СТГ и ИРФ-1 в крови в норме. Ваш диагноз.
<variant>парциальный гигантизм
<variant>акромегалия
<variant>гигантизм
<variant>остеосаркома
<variant>высокорослость
<question>У мальчика 9 лет первичный приобретенный гипогонадизм.

Возраст, в котором целесообразно начинать заместительную терапию препаратами мужских половых гормонов.
<variant>15-17
<variant>13-14
<variant>19-20
<variant>9-10
<variant>14-15
<question>У мальчика 15 лет случайно выявлена гликемия 9,3 ммоль/л.
Ваши действия:
<variant>повторное определение гликемии натощак
<variant>проведение перорального теста толерантности к глюкозе
<variant>определение гликемии через 2 часа после еды
<variant>выставляется диагноз сахарный диабет 2 типа, впервые выявленн
<variant>повторное определение гликемии натощак через две недели соблюдением диеты
<question>Какой пероральный сахароснижающий препарат разрешен для лечения сахарного диабета 2 типа у детей и подростков в Республике Казахстан:
<variant>глюкоконил
<variant>манинил
<variant>диабетон MR
<variant>новонорм
<variant>актос
<question>Половое развитие должно начинаться у девочек не ранее:
<variant>8лет
<variant>5лет
<variant>13лет
<variant>15лет
<variant>11лет
<question>О наступлении пубертатного периода у девочек свидетельствует:
<variant>появление первых месячных
<variant>появление грудных желез
<variant>появление вторичного оволосения
<variant>ускорение роста
<variant>закрытие зон роста
<question>Об окончании пубертатного периода у девочек свидетельствует:
<variant>наличие регулярных месячных и закрытых зон роста
<variant>достижение прогнозируемого роста
<variant>появление стрий
<variant>наличие развитых грудных желез
<variant>появление вторичного оволосения
<question>Гиперпролактинемию подавляет:
<variant>бромкриптин
<variant>инсулин
<variant>преднизолон
<variant>тиролиберин
<variant>глюкагон
<question>Гипогонадизм при гиперпролактинемии обусловлен

<variant>подавление секреции гонадолиберина
<variant>повышением секреции СТГ
<variant>усилением секреции гонадолиберина
<variant>снижением секреции соматотропина
<variant>повышение секреции андрогенов
<question>Наибольшее значение для диагностики первичного гипогонадизма имеет определение:
<variant>уровня ЛГ в крови
<variant>содержания Т3 и Т4 в крови
<variant>В содержания холестерина в крови
<variant>основного обмена
<variant>активности АСТ и АЛТ
<question>Определение гликозилированного гемоглобина в крови у пациента с сахарным диабетом необходимо для:
<variant>оценка уровня компенсации заболевании
<variant>определения типа диабета
<variant>выявления диабетической нефропатии
<variant>выявления диабетической нейропати
<variant>повседневной коррекции доз инсулина
<question>11-летнему мальчику установлен диагноз первичного гипогонадизма. Определите врачебную тактику
<variant>Терапию андрогенными препаратами назначать после достижения прогнозируемого роста
<variant>Назначить терапию препаратом профази
<variant>Назначить постоянную заместительную терапию андрогенными препаратами
<variant>Назначать анаболические препораты
<variant>Назначить комбинированную терапию профази и андрогенами
<question>Ребенку 10мес., весприрождении 4000г., рост 51 см. Налице и туловищеотеки. Большойродничок 4:4, сагитальныешвыоткрытые 0,5 см. Адинамия, сонливость, приступыапноэ, усилиноестридорозноедыхание. Тепло держит 7плохо. Хроническаяжелтуха. Первоначальная диагностика:
<variant>выявление Т3 и Т4
<variant>выявление в моче 17 –КС и 17-ОКС
<variant>кальций и фосфат в крови
<variant>сахар в крови
<variant>сахар в моче
<question>Феномен постгипогликемической гипергликемии наблюдается:
<variant>при хроническом избытке инсулина
<variant>при хроническом дефиците инсулина
<variant>только у подростков
<variant>при проведении пульс-терапии преднизолоном
<variant>при резкой отмене глюкокортикоидной терапии
<question>Укажите гормон, являющийся антагонистом инсулина:
<variant>глюкагон
<variant>тестостерон
<variant>эстрадиол

<variant>тирокальцитонин
<variant>соматостатин
<question>Диагноз несахарного диабета базируется на основе определения:
<variant>относительной плотности мочи
<variant>содержания белка в крови
<variant>уровеньглюкозы в крови
<variant>уровня креатинина в крови
<variant>размеров почек по данным УЗИ
<question>Для центрального несахарного диабета характерно все, кроме одного признака:
<variant>гиперазотемия
<variant>жажда
<variant>полиурия
<variant>низкий удельный вес мочи
<variant>повышение удельного веса мочи при применении препаратов антидиуретического гормона
<question>Какой из следующих методов лечения должен использоваться у всех больных диабетом
<variant>диета
<variant>инсулин
<variant>физические нагрузки
<variant>ангиопротекторы
<variant>сахароснижающие таблетки
<question>Наличие кетоновых тел в моче может быть признаком:
<variant>лабильного течение диабета
<variant>диабета 2 типа
<variant>компенсации диабета
<variant>молочнокислой комы
<variant>гиперосмолярной комы
<question>Проявления, характерные для дефицита инсулина:
<variant>жажда,похудение,полиурия
<variant>снижение зрения
<variant>чрезмерная прибавка в весе
<variant>потливость
<variant>чувство "внутренней дрожи"
<question>Гипергликемия натощак у ребенка, больного диабетом 1 типа, может быть результатом:
<variant>ночной гипогликемии
<variant>нехватки быстродействующего инсулина перед ужином
<variant>переедания в завтрак предыдущего дня
<variant>злоупотребления белковой пищей
<variant>избыточной дозы короткого инсулина перед обедом
<question>Обязательным признаком сахарного диабета является:
<variant>уровень гликемии натощак? 6,1ммоль/л
<variant>уровень гликемии натощак ? 5,5 ммоль/л, но ниже 6,1 ммоль/л
<variant>наличие глюкозурии
<variant>уровень гликемии ч/з 2 часа после еды - 8,1 ммоль/л

<variant>наличие симптомокомплекса: жажда, полиурия, похудение
<question>Укажите признаки, характерные для:сахарного диабета 1 типа
<variant>жажда, полиурия,острое начало,дефицит массы тела,снижение содержания инсулина в крови,потребность в постоянной инсулинотерапии
<variant>относительный дефицит инсулина
<variant>постепенное незаметное начало
<variant>избыточная масса тела
<variant>жажда, полиурия,острое начало,снижение содержания инсулина в кров, потребность в постоянной инсулинотерапи
<question>Укажите признаки, характерные для:сахарного диабета 2 типа
<variant>относительный дефицит инсулина, постепенное незаметное начало, избыточная масса тела
<variant>острое начало
<variant>дефицит массы тела
<variant>снижение содержания инсулина в крови
<variant>относительный дефицит инсулина,избыточная масса тела
<question>В клубочковой зоне коры надпочечников вырабатывается:
<variant>альдостерон
<variant>кортизол
<variant>кортизон
<variant>кининаза
<variant>адреналин
<question>Какой показатель позволяет наиболее точно установить диагноз сахарного диабета 1 типа
<variant>наличие GAD64 антител в крови
<variant>низки уровень С-пептида в плазме
<variant>низки уровень ИРИ плазме
<variant>наличие кетоновых тел в моче
<variant>уровень глюкозы в плазме выше 11.1ммоль/л
<question>Мальчик 14 лет через 2 недели после перенесенного ОРЗ похудел, появилась жажда, учащенное мочеиспускание. Гликемия натощак 8,7 и 9,6 ммоль/л. Удельный вес мочи 1025.Кожа и язык суховатые, печень +1см.Ваш диагноз.
<variant>сахарный диабет тип1,впервые выявленный
<variant>нарушение гликемии натощак
<variant>нарушение толерантности к глюкозе
<variant>несахарный диабет
<variant>сахарный диабет тип 2
<question>Мальчик 8 лет. Сильная жажда, учащенное мочеиспускание. Моча светлая ("как вода"). Год назад перенес закрытую черепно-мозговую травму. Гликемия натощак 4,2 - 4,5 ммоль/л. Удельный вес мочи - 1001.Какое исследование необходимо назначить ребенку
<variant>анализ мочи по Зимницкому
<variant>анализ мочи по Нечипоренко
<variant>контрольгликемии в течении дня
<variant>оральный глюкозотолерантный тест с 75гр глюкозы
<variant>определение креатинина,мочевины,остаточного азота.
<question>Ребенок 10 лет. Избыточный вес, непостоянная жажда. Гликемия натощак - 5,1

ммоль/л. Тест на толерантность к глюкозе: гликемия натощак - 5,5 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки - 7,0 ммоль/л. Заключение
<variant>Нарушение углеводного обмена отсутствуют
<variant>Сахарный диабет тип 1
<variant>Сахарный диабет тип 2
<variant>Нарушение толерантности к глюкозе
<variant>Нарушение гликемии натощак
<question>Мальчик 8 лет, находится в бессознательном состоянии в течение 1 часа, дыхание Куссмауля, гиперемия щек, сухость кожи, глазные яблоки мягкие, запах ацетона изо рта. В течение 3 недель беспокоила жажда, частые мочеиспускания, похудел на 1 кг. Ваш предварительный диагноз:
<variant>диабетическая кетоацидотическая кома
<variant>сахарный диабет
<variant>несахарный диабет
<variant>менингит
<variant>гипогликемическая кома
<question>Когда у больного гипогликемия, он должен сразу:
<variant>съесть сахар в любом виде
<variant>лечь и отдохнуть
<variant>сделать 10 приседаний
<variant>все перечисленное
<variant>ввести определенное количество инсулина
<question>Ребенку 7 лет. Жалобы на субфебрильную температуру и повышенную утомляемость. Кожные покровы с сероватым оттенком, тени под глазами. Врач обнаружил у ребенка мелкие плотные многочисленные лимфатические узлы во всех группах. Подобная реакция лимфатических узлов характерна для ...
<variant>туберкулезной интоксикации
<variant>лимфогранулематоза
<variant>туберкулеза лимфатических узлов
<variant>инфекционного мононуклеоза
<variant>краснухи
<question>Больная Карлыгаш 13 лет, 3 года назад развилась картина нефротического синдрома с протеинурией до 30 г/л, АД 210/120 мм. рт. ст., остаточный азот в крови до 72 ммоль/л. При исследовании белковых фракции крови выявлена 35% гамма - глобулинов, холестерин 1,1моль/л. СОЭ 80 мм/ч. Обнаружены LE-клетки. Ваш вероятный диагноз:
<variant>системная красная волчанка
<variant>дерматомиозит
<variant>узелковый периартериит
<variant>склеродермия
<variant>вазоренальная гипертензия
<question>При патронаже ребенка 1 месяца, обнаружен в левой подмышечной впадине плотный, увеличенный, безболезненный лимфоузел, при пальпации определяется флюктуация, остальные группы лимфатических узлов не увеличены. Привит по календарю. Вероятное осложнение после вакцинации
<variant>регионарный лимфаденит
<variant>келлоидные рубцы

<variant>везикулонекротическая реакция
<variant>генерализованный БЦЖит
<variant>остеомиелит
<question>Первичным источником образования лейкозных клеток является ...
<variant>костный мозг
<variant>лимфатические узлы
<variant>цнс
<variant>печень
<variant>селезенка
<question>На основании результатов ... выставляется диагноз ходжкинской лимфомы (лимфогранулематоз).
<variant>биопсии лимфатического узла
<variant>пункции лимфатического узла
<variant>пункции костного мозга
<variant>истологического исследования костного мозга
<variant>анализа периферической крови
<question>В окончательном диагнозе острого лейкоза решающее значение имеет обнаружение в костном мозге ...
<variant>высокого процента бластных клеток
<variant>угнетения красного (эритроидного) ростка
<variant>отсутствия мегакариоцитов
<variant>появления нетипичных для костного мозга клеток
<variant>нарушения созревание в миелоидном ростке
<question>В современные взгляды на происхождение лейкозов не входит … теория.
<variant>бактериальная
<variant>опухолевая
<variant>вирусная
<variant>ионизация
<variant>химическая
<question>Классификация острых лейкозов не предусматривает ...
<variant>степень тяжести
<variant>лимфобластный, нелимфобластный
<variant>периоды разгара
<variant>клиническая ремиссия
<variant>клинико-гематологическая ремиссия
<question>Критерии выздоровления при остром лимфобластном лейкозе ...
<variant>полная ремиссия в течение 5 лет и более
<variant>полная ремиссия 1 год
<variant>клиническая ремиссия
<variant>полная ремиссия 2 года
<variant>ремиссия с наличием бластных клеток
<question>Реакция лимфоидной ткани, выражающаяся в увеличении лимфатических узлов на воздействие целого ряда факторов экзогенного и эндогенного характера - это:
<variant>лимфоаденопатия
<variant>гемофилия
<variant>геморрагический васкулит

<variant>туберкулез
<variant>краснуха
<question>Девочке 9 лет на приеме у врача, жалобы на лихорадку, увеличение лимфатических узлов в подмышечной области, болезненность. Из анамнеза реакция на туберкулин положительная. Ваш диагноз:
<variant>туберкулезный лимфаденит
<variant>острый лейкоз
<variant>системная красная волчанка
<variant>дерматомиозит
<variant>склеродермия
<question>Пришел на прием в поликлинику мальчик 12 лет, жалобы на температуру 37,5 С, боли при глотании. При осмотре: зев яркая гиперемия, увеличены подчелюстные, шейные и подмышечные лимфоузлы. Для исключения вероятности туберкулеза необходима:
<variant>туберкулинодиагностика
<variant>серологические исследования крови
<variant>биопсия лимфатического узла
<variant>трепанобиопсия костного мозга
<variant>подключичная катетеризация
<question>При патронаже ребенка 1 месяца, обнаружен в левой подмышечной впадине плотный, увеличенный, безболезненный лимфоузел, при пальпации определяется флюктуация, остальные группы лимфатических узлов не увеличены. Привит по календарю. Осложнение после вакцинации:
<variant>регионарный лимфаденит
<variant>келлоидные рубцы
<variant>везикулонекротическая реакция
<variant>генерализованный БЦЖ
<variant>не образовался рубец
<question>У больного трех лет выявлено: лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, подъем температуры до 38 градусов. Наибольшую диагностическую значимость имеет один из показателей гемограммы:
<variant>бластные клетки–10%
<variant>тромбоциты – 60 000
<variant>лейкоциты – 29 000
<variant>лимфоциты – 81%
<variant>СОЭ-47мм/час
<question>При патронаже ребенка 1 месяца, обнаружен в левой подмышечной впадине плотный, увеличенный, безболезненный лимфоузел. При пальпации определяется флюктуация, остальные группы лимфатических узлов не увеличены. Привит по календарю.Необходима консультация специалиста:
<variant>фтизиатра
<variant>онколога
<variant>гематолога
<variant>хирурга
<variant>педиатра
<question>Больная К., 16 лет. Ребенок 3 года назад, развилось картина нефротического

синдрома с протеинурией до 30 г/л, АД 210/120 мм. рт. ст., ост. Азот в крови до 72 ммоль/л. При исследовании белковых фракции крови выявлена 35% гамма – глобулинов, холестерин 1,1 ммоль/л. СОЭ 80 мм/ч, а также лекарственная непереносимость. Обнаружение LE – клеток у пациентки подтвердит первичный диагноз.
<variant>Системной красной волчанки
<variant>Узелковыйпериартерит
<variant>Склеродермия
<variant>Дерматомиозит
<variant>БолезньЛайма
<question>При системной красной волчанке чаще наблюдается
<variant>наличиеклетокLE
<variant>синдром Рейно
<variant>периорбитальная эритема
<variant>Дисфагия
<variant>миозит
<question>На приеме мальчик 5 лет. Жалуется на боль в правом колене. При осмотре правое колено увеличена в объеме, движения в нем ограничены, болезненны. Неделю назад появился двухсторонний увеит.Предположительный диагноз ...
<variant>ревматоидный артрит
<variant>бруцеллез
<variant>болезнь Бехтерева
<variant>ревматическая лихорадка
<variant>СКВ
<question>У 10 летнего мальчика опухло правое колено, движения в нем ограничены, болезненны. Неделю назад появился двухсторонний увеит.Ваш предположительныйдиагноз:
<variant>ревматоидный артрит
<variant>бруцеллез
<variant>болезнь Бехтерева
<variant>ревматическая лихорадка
<variant>СКВ
<question>Болевой синдром при ювенильном ревматоидном артрите чаще появляется:
<variant>в ранние утренние часы
<variant>в вечернее время
<variant>в ночное время
<variant>вполудню
<variant>не имеет четких временных характеристик
<question>Обязательное обследование при ювенильном ревматоидном артрите включает:
<variant>определение ревматоидного фактора
<variant>холтеровское мониторирование ЭКГ
<variant>холтеровское мониторирование артериального давления
<variant>эхокардиографическое исследование
<variant>рентгенография органов грудной клетки
<question>Ребенку с предварительным диагнозом «ревматическая лихорадка» необходимо назначить ...
<variant>госпитализацию

<variant>биохимический анализ крови амбулаторно
<variant>консультацию кардиоревматолога
<variant>клинический анализ крови амбулаторно
<variant>ЭКГ амбулаторно
<question>У девочки 12 лет отмечаются периодические колющие боли в области сердца. Прежде всего необходимо назначить ...
<variant>клинический анализ крови и ЭКГ
<variant>ФКГ
<variant>рентгенографию сердца
<variant>пробу с физической нагрузкой
<variant>велоэргометрию
<question>Больному с ювенильным ревматоидным артритом необходимо ...
<variant>общий анализ крови, белково-осадочные пробы, ревматоидный фактор
<variant>консультация гинеколога
<variant>стернальная пункция
<variant>спирография
<variant>компьютерная томография
<question>Наиболее информативным исследованием для выявления туберкулеза внутригрудных лимфоузлов является ...
<variant>томограмма прямая и боковая
<variant>боковая ренгенограмма легких
<variant>обзорная рентгенограмма легких
<variant>бронхоскопия
<variant>бронхография
<question>Для ревматического полиартрита не характерно ...
<variant>преимущественное поражение мелких суставов
<variant>мигрирующий характер поражения суставов
<variant>быстрый эффект от нестероидных противовоспалительных средств
<variant>преимущественное поражение крупных суставов
<variant>полное обратное развитие
<question>Характерные признаки при врожденном сифилисе - … .
<variant>пузырчатка, саблевидные голени, гетченовские зубы
<variant>врожденная микроцефалия
<variant>гидроцефалия, энцефалопатия с последующей эпилепсией, олигофренией
<variant>гнойный конъюнктивит, упорная пневмония без интоксикации
<variant>поражение органов зрения (катаракта, глаукома, микроофтальмия)
<question>К менингиальному симптому не относится:
<variant>симптом Труссо
<variant>симптом Брудзинского
<variant>симптом Кернига
<variant>выбухание большого родничка
<variant>регидность затылочных мышц
<question>Мальчику 2 года выставлен диагноз «острый пиелонефрит».В какие сроки после достижения ремиссии целесообразнее всего проводить рентгенурологическое обследование
<variant>Через 2 месяца

<variant>Через год
<variant>Через 2 года
<variant>Через 6 месяцев
<variant>Сразу по достижении ремиссии
<question>Назовите необходимые лечебные мероприятия при пиелонефрите у детей в амбулаторных и домашних условиях
<variant>антибактериальная ипротиворецидивная терапии
<variant>иглорефлексотераия,антибактериальная терапия
<variant>иммуномодулирующая терапия
<variant>противорецидивная
<variant>гипотензивная,противовоспалительная
<question>При диспансерном наблюдении детей с хроническим пиелонефритом обязательны следующие исследования:
<variant>ОАМ,анализ мочи по Нечипоренко,биохимический анализ крови,УЗИ почек один раз в шесть месяцев,клинический анализ крови один раз в три месяца
<variant>ОАМ,ОАК
<variant>Биохимический анализ,ОАК,ОАМ
<variant>ОАМ,ОАК,анализ по Нечипоренко,Амбурже,анализ кала
<variant>Клиренс эндогенного креатинина
<question>При системной красной волчанке сыпь локализуется преимущественно на:
<variant>спинке носа и щеках
<variant>туловище
<variant>груди
<variant>ушных раковинах
<variant>нижних конечностях
<question>Основное звено в патогенезе геморрагического васкулита:
<variant>иммунокомплексноепоражениестенкисосудов
<variant>микробно-воспалительное поражение стенки сосудов
<variant>аутоиммунное воспаление стенки сосудов
<variant>токсическое поражение сосудистой стенки
<variant>поражение сосудистой стенки продуктами распада фибриноге
<question>Заместительная терапия свежезамороженной плазмой при геморрагическом васкулите проводится с целью:
<variant>восполенияуровня антитромбина-3
<variant>купирования развившегося ДВС
<variant>восполнения уровня фибриногена
<variant>восполнения уровня белка
<variant>восполенияуровнятромбина
<question>При системной красной волчанке чаще наблюдается
<variant>наличие LE клеток
<variant>периорбитальнаяэритема
<variant>дисфагия
<variant>миозит
<variant>синдром Рейно
<question>Для геморрагического васкулита смешанной формы характерно все перечисленное, кроме:

<variant>носовое кровотечения
<variant>кожный синдром
<variant>абдоминальный синдром
<variant>суставной синдром
<variant>ДВС-синдром
<question>При болезни Верльгофа противопоказаны все перечисленное, кроме
<variant>глюконат кальция
<variant>уксус
<variant>карбенициллин, аминазин
<variant>алкоголь
<variant>салицилаты, НПВП
<question>Для гипергликемической комы характерно следующее, кроме:
<variant>бледность
<variant>постепенное начало
<variant>сухость слизистых оболочек и кожных покровов
<variant>запах ацетона изо рта
<variant>дыхание Кусмауля
<question>Дифференцировать ревматическую хорею приходится со всеми перечисленными патологиями, кроме
<variant>менингитом
<variant>атаксией
<variant>локальным тиком
<variant>распростренением гиперкинезом
<variant>неврозом навязчивых движении
<question>Ребенок заболел неделю назад. Жалуется на боль в суставе. Объективно выявляется покраснение, припухлость, местное повышение температуры, болезненность в области сустава. У ребенка лихорадка, он отказывается наступать на больную ногу. Ваши действия
<variant>Показана немедленная пункция сустава, произвести мазок и посев синовиальной жидкостьи
<variant>Назначить местное лечение и физиотерапевтические процедур
<variant>Назначение НПВП
<variant>Назначить антибиотики
<variant>Превести рентгенологические исследование и назначить антибиотики
<question>У17 летнего- юноши отмечаются боли и скованность в пояснице, которые возникают после занятий спортом и длятся несколько дней. При осмотре изменений суставов и позвоночника не выявлено. На рентгенограммах позвоночника и крестцово-подвздошных суставов изменений не отмечается. СОЭ 13 мм/ч. Выявлен HLA B27. Лечебной тактикой является
<variant>рекомендация сделать перерыв в занятиях спортом
<variant>рентгенологическое исследование толстого кишечника
<variant>исследование глаз щелевой лампой
<variant>рекомендация наращивать физические нагрузки
<variant>назначение вольтарене на неделю
<question>Трехлетний ребенок болен 1 день. Лихорадит, отказывается наступать на больную ногу. Коленный сустав красный, горячий на ощупь, припухший. Кроме

антибиотиков, действующих на грамположительные микроорганизмы,накакой вид микроорганизмов нужно назначить другие антибиотики
<variant>Haemophilus influenza
<variant>Staphylococcus aureus
<variant>Neisseria
<variant>Chlamydia
<variant>Enterococcus
<question>Какой из факторов не относится к медиаторам воспаления:
<variant>ацетилхолин
<variant>гистамин
<variant>простагландины
<variant>лейкотриены
<variant>кинины
<question>Для ревматического полиартрита в классическом варианте характерно все перечисленное, кроме
<variant>рентгенологически выявляемой эрозии суставных поверхностей
<variant>дефигурации суставов, обусловленной скоплением экссудата
<variant>поражения крупных суставов
<variant>высоких показателей активности ревматического процесса
<variant>быстрой ликвидации полиартрита
<question>При системной красной волчанке наблюдаются все перечисленные патоморфологические изменения, кроме
<variant>остеолиза ногтевых фаланг пальцев рук
<variant>продуктивных васкулитов головного мозга
<variant>эндокардита Либмана– Сакса
<variant>образования гематоксилиновых телец
<variant>волчаночной нефропатии
<question>У 7-летнего ребенка диагностирован «Неревматический кардит, идиопатический, поражение проводящей системы сердца, хроническое течение, тяжелый, НКІІБ». Какие симптомы недостаточности кровообращения Вы можете обнаружить у данного ребенка?
<variant>Кашель, одышка, тахикардия, акроцианоз, разнокалиберные влажные хрипы в легких, печень выступает из-под края реберной дуги на 4-5 см
<variant>Отеки на лице, асцит, кашель, одышка, гидроторакс, акроцианоз, гидроперикард
<variant>Асцит, кашель, печень выступает из-под края реберной дуги на 3-4 см, гидроперикард
<variant>Отеки на ногах, одышка, гидроторакс, кашель, тахикардия, сухие хрипы в легких
<variant>Асцит, кашель, одышка, печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, гидроперикард
<question>На приеме у ВОП ребенок 5 лет на 7-й день болезни с жалобами на повышение температуры тела до 37,5°С, одышку, кашель, усиливающийся при перемене положения тела. При осмотре обнаружены катаральные изменения в зеве, над легкими немного укороченный перкуторный тон в задненижних отделах, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы, частота дыхания 40 в 1 мин. Левая граница сердца смещена на 2 см влево от среднеключичной линии, частота сердечных сокращений 126 в 1 мин. Печень на 2 см ниже реберной дуги.Суточный диурез снижен, мочеиспускание не нарушено. Какой

диагноз наиболее вероятен в данном клиническом случае?
<variant>Острый неревматический кардит
<variant>Острая пневмония
<variant>Острый бронхит
<variant>Острый обструктивный бронхит
<variant>Ревматический кардит
<question>На приеме у врача общей практики девочка 5 лет с жалобами на головную боль, вялость, одышку, сердцебиение. Из анамнеза известно, что две недели назад перенесла гастроэнтерит. Объективно: состояние ребенка тяжелое, отмечается вялость, бледность, тахикардия 120 в мин, ритм галопа, тоны сердца нечеткие, шумы отсутствуют, влажные хрипы в легких, печень 2 см. Периферический пульс слабый, увеличение размеров сердца. После обследования на ЭКГ изменение сегмента ST и зубца Т, аритмия. Какому заболеванию наиболее достоверно соответствует описанная симптоматика?
<variant>Неревматический кардит
<variant>Инфекционный эндокардит
<variant>Острая ревматическая лихорадка
<variant>Кардиомиопатия
<variant>Острая пневмония
<question>У мальчика 8 лет в течение 3 недель наблюдаются интермиттирующая лихорадка с ознобами, во время которых возрастают проявления полиартрита, появляются пятнисто-папулезные высыпания. Гепатолиенальный синдром. В общем анализе крови: нормохромная анемия, нейтрофильный лейкоцитоз, СОЭ-58мм/час. В общем анализе мочи: гематурия, протеинурия. Посев крови стерильный. По данному факту проводилась комбинированная антибактериальная терапия без явного эффекта. Какая патология наиболее вероятна в данном клиническом случае?
<variant>Ювенильный ревматоидный артрит, системный вариант
<variant>Острая ревматическая лихорадка, артрит
<variant>Геморрагический васкулит, нефрит
<variant>Системная красная волчанка, люпус-нефрит
<variant>Системная склеродермия, локализованная форма
<question>Девочка 5 лет, жалуется на ощущение дискомфорта в эпигастрии, возникающее после волнения, реже - после приема пищи. Наблюдается в невролога по поводу логоневроза. При проведении фиброэзофагогастродуоденоскопии выявлендуодено-гастральный рефлюкс. Установите предварительный диагноз.
<variant>Функциональное расстройство желудка по моторному типу
<variant>Функциональное расстройство желудка по секреторному типу
<variant>Хронический гастрит
<variant>ГЭРБ
<variant>Хронический дуоденит
<question>Юноша отмечает жалобы на изжогу через 1-1,5 часа после еды, отрыжку кислым, запоры, дискомфорт в эпигастральной после приёма пищи симптомы ненадолго стихают. Объективно: живот мягкий, чувствтельный в подложечной области. Анализ крови: эритроциты 4,3х1012/л, гемоглобин 145 г/л, лейкоциты 5,2х109/л, палочкоядерные 10 %, сегментоядерные 62%, лимфоциты 23%, моноциты 5%, СОЭ 8 мм/час. Какие лекарственные препараты из нижеперечисленных могут быть наиболее целесообразны в лечении по клиническому протоколу?

<variant>Ингибиторы протонной помпы
<variant>Спазмолитики
<variant>Ферменты
<variant>Анальгетики
<variant>Пробиотики
<question>У мальчика 12 лет, при проведении фиброгастродуоденоскопии были выявлены следующие изменения: умеренно выраженная эритема и рыхлость слизистой оболочки абдоминального отдела пищевода, выраженное снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера. Данные эндоскопические признаки характерны для:
<variant>Гастроэзофагеального рефлюкса
<variant>Дуоденогастрального рефлюкса
<variant>Пищевода Барретта
<variant>Грыжи пищеводного отдела диафрагмы
<variant>Стриктуры пищевода
<question>Девочка 13 лет. Больна около 2-х лет хроническим гастритом. Беспокоят тупые боли и тяжесть в эпигастрии после еды, отрыжка, тошнота, неприятный вкус во рту. Метеоризм, диарея. Бледная, субиктеричность склеры, "лакированный" язык. Иногда жжение языка, чувство "ползания мурашек" в конечностях. В ОАК гиперхромная, макроцитарная анемия. Какая эндоскопическая картина хронического гастрита будет соответствовать этому клиническому описанию:
<variant>атрофическая форма
<variant>эрозивная форма
<variant>гипертрофическая форма
<variant>поверхностная
<variant>смешанная форма
<question>Мальчик, 10 лет болеет ревматизмом в течение 3-х лет. В течение последних 3-х месяцев появились боли и тяжесть в эпигастрии во время еды и сразу после еды, периодически тошнота, изжога. На ФЭГДС: поражение антрального отдела желудка в виде гипертрофии слизистой, гастроэзофагеальный рефлюкс. Какой дополнительный метод исследования следует провести в первую очередь:
<variant>исследование на Helicobacterpylori
<variant>УЗИ органов брюшной полости
<variant>общий анализ крови
<variant>дуоденальное зондирование
<variant>желудочное зондирование
<question>У больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки изменился характер боли – стали усиливаться после применения еды, стали появляться при беге и быстрой ходьбе. Выявлены лабораторные признаки воспаления. Клинико-лабораторные данные свидетельствуют в пользу развития осложнения:
<variant>Перивисцерита
<variant>Кровотечения
<variant>Перфорации
<variant>Пенетрации
<variant>Стеноза привратника
<question>Саша Н. 8 лет. Жалобы на боли в подложечной области, отдающие в левую лопатку и поясницу (временами боль носит опоясывающий характер), тошноту, рвоту,

жажду вздутие живота. Ухудшение в состоянии после погрешностей в диете. Болен 2 года. В анамнезе - эпидемический паротит в 6-летнем возрасте. Температура 38,8 град. Пальпаторно - болезненность в эпигастрии в левой подреберной области, положительные симптомы Кача, Мейо-Робсона, Керте, Воскресенского. В анализе крови – Нв - 120 г/л, Эр.-3,95х1012/л, Л-11,0 х 109/л, СОЭ - 15 мм/час. Диастаза мочи - 132 ЕД. Сахар крови - 6,8 ммоль/л. Ваш диагноз:
<variant>хронический панкреатит
<variant>хронический энтероколит
<variant>хронический холецистит
<variant>хронический гастродуоденит
<variant>острый аппендицит
<question>У больного имеются симптомы артрита и одновременно схваткообразные боли в животе, жидкий стул со слизью и кровью, тенезмы. На ректороманоскопии: слизистая оболочки кишечника гиперемирована, отечна, имеется отдельные язвочки. Ваш предварительный диагноз:
<variant>неспецифический язвенный колит
<variant>ревматизм
<variant>острый аппендицит
<variant>системная красная волчанка
<variant>острый сальмонеллез
<question>Мальчик 10 лет жалуется на снижение аппетита, горечь во рту, недомогание, вялость, приступообразную боль в правом подреберье после жирной, жареной пищи. Болеет 3 года. Для установления диагноза в первую очередь необходимо провести обследование:
<variant>УЗИ желчевыводящих путей
<variant>Дуоденальное зондирование
<variant>Фиброгастродуоденоскопию
<variant>Уровень билирубина в крови
<variant>Общий анализ крови
<question>Ребенка беспокоит повышенная утомляемость, приступообразные, острые, кратковременные боли в животе, которые связаны с приемом жирной пищи. При осмотре кожные покровы розовые, чистые. При пальпации живота положительные симптомы Мерфи, Кера. В анализе крови: Нв-126 г/л, Эр.-3,96 х 1012/л, Л - 5,0 х 109/л, СОЭ - 2 мм/час, э-4, с-67, л-29. При дуоденальном зондировании: скорость выделения желчи порции - 10 мин, время закрытия сфинктера Одди - 9 мин., после повторного раздражителя вновь выделяется темная желчь. Ваш диагноз:
<variant>дискинезия желчевыводящих путей по гипермоторному типу
<variant>острый гастродуоденит
<variant>острый дуоденопанкреатит
<variant>дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу
<variant>острый гастрит
<question>Саша А, 12 лет, жалуется на резкую боль в животе с иррадиацией в левое подреберье. Была 2-х кратная рвота, не приносящая облегчения. В анамнезе 2 месяца назад переболел вирусным гепатитом А. Кожные покровы бледные, с легким иктеричным оттенком. АД - 70/50 мм. рт. ст. ЧСС - 120 ударов в минуту. При пальпации живота определяется болезненность в медиальной линии над пупком. Стул четыре раза за сутки,

неоформленный, обычного цвета. В анализе крови - нейтрофильный лейкоцитоз. В дифференциально-диагностическом плане наиболее значимо биохимическое определение уровня:
<variant>альфа - амилазы в крови и мочи
<variant>Билирубина
<variant>альбуминов и глобулинов
<variant>сиаловых кислот
<variant>трансаминаз
<question>У девочки, 14 лет, отмечаются длительные боли и чувство распирания в правом подреберье. При обследовании: желтухи нет, положительный симптом Кера, температура субфебрильная, СОЭ — 30 мм/ч. Предварительный диагноз:
<variant>Хронический холецистит в фазе обострении
<variant>Хронический панкреатит в фазе ремиссии
<variant>Язвенная болезнь желудка в фазе обострения
<variant>Хронический гепатит
<variant>Другое заболевание
<question>Девочка 13 лет. Состоит у ВОП на учете около 2-х лет с хроническим гастритом. Беспокоят тупые боли и тяжесть в эпигастрии после еды, отрыжка, тошнота, неприятный вкус во рту. Метеоризм, диарея. Бледная, субиктеричность склеры, "лакированный" язык. Иногда жжение языка, чувство "ползания мурашек" в конечностях. Какая картина крови в ОАК характерна для данного заболевания?
<variant>гиперхромная, макроцитарная анемия
<variant>гиперхромная, микроцитарная анемия
<variant>гипохромная, железодефицитная анемия
<variant>гипохромная, анемия тяжелой степени
<variant>повышение непрямого билирубина
<question>У ребенка 12 лет, на участке на фоне получаемой эрадикационной терапии в связи с хр. гастродуоденитом хеликобактерной этиологии появились расстройства стула в виде диареи до 4 раз в сутки. В копрограмме лейкоциты до 2-3 в п/зрения, слизь ++, иодофильная флора +++. Какой группы препарат должно быть первостепенным в терапии данной дисфункции кишечника?
<variant>пробиотик
<variant>ферментный препарат
<variant>кишечный антисептик
<variant>адсорбент
<variant>нитрофураны
<question>На приеме мальчик 14 лет. Боли возникают в левом половине живота, периодически после переедания, переохлаждения, тряской езды; уменьшаются после приемы но-шпы, анальгина. Объективно: язык обложен белым налетом, живот мягкий, при пальпации болезнен в левом подреберье. Диагноз: хронический рецидивирующий панкреатит.Укажите симптомы, характерные для нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы?
<variant>снижение массы тела, креаторея, стеаторея
<variant>сухость кожных покровов
<variant>гипергликемия
<variant>расширение вен передней брюшной стенки

<variant>почечно-печеночная недостаточность
<question>Для какого заболевания характерны признак Кача, признак Гротта, выявление болезненности при пальпации в области выше пупка на 3 см и в точке Мейо-Робсона?
<variant>хронический панкреатит
<variant>хронический пиелонефрит
<variant>язвенная болезнь желудка
<variant>язвенная болезнь ДПК
<variant>мочекаменная болезнь, почечная колика
<question>Больной К., страдает системной красной волчанкой. Поступил в клинику с жалобами на одышку, головокружение, сердцебиение, головные боли. Объективно желтушность кожи и склер, гепатомегалия, спленомегалия, систолический шум на верхушке сердца, тахикардия. В крови определяются антитела к эритроцитам. ОАК: общий холестерин 3,9 - 5,2 ммоль/л, общий билирубин 41,5 мкмоль/л, прямой билирубин 0,1 мкмоль/л, непрямой билирубин 41,4 мкмоль/л, гемоглобин 80 г/л, уробилин +++. ОАМ: цвет насыщенно-желтый, белок отсутствует,уробилин +++. Укажите наиболее вероятный диагноз:
<variant>Гемолитическая желтуха, развившаяся вследствие аутоиммунной гемолитической анемии
<variant>Синдром Маркиафавы-Микели
<variant>Паренхиматозная желтуха, развившаясявследствиеострого гепатита
<variant>Печеночно-клеточная желтуха, обусловленная токсическим воздействием
<variant>Болезнь Шенлейн-Геноха
<question>Мальчик 5 лет с жалобами на слабость, повышение температуры тела, боли в нижних конечностях. Из анамнеза известно, что в течение 3 месяцев мальчик быстро устает, снизился аппетит. Ухудшение появилось 10 дней с повышения температуры тела до 39,3 С, увеличения лимфатических узлов. При осмотре состояние тяжелое, симптомы интоксикации. Выражен геморрагический синдром на нижних конечностях и слизистых оболочках полости рта. Пальпируются подчелюстные, шейные, паховые лимфатические узлы размерами до 1 см, плотные, безболезненные. Печень +4 см, селезенка + 2 см ниже реберной дуги. В анализ периферической крови гиперлейкоцитоз до 200 000/мкл, бласты 76%, анемия, тромбоцитопения. В миелограмме: бласты 96%, эритроидный росток, нейтрофильный росток 3%, мегакариоцитов нет. Сформулируйте диагноз:
<variant>Острый лимфобластный лейкоз
<variant>Хронический лимфобластный лейкоз
<variant>ЛимфомаХоджкина
<variant>Неходжкинскаялимфома
<variant>Апластическая анемия
<question>Основным показателем эффективности лечения острого лейкоза (достижения ремиссии) является:
<variant>Число бластных клеток в костном мозге менее 5%
<variant>Исчезновение бластных клеток из периферической крови
<variant>Нормализация уровня гемоглобина и лейкоцитов
<variant>Улучшение клинического состояния ребенка
<variant>Число бластных клеток в костном мозге менее 10%
<question>Геморрагический синдром при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре обусловлен:

<variant>Повышенной деструкцией тромбоцитов
<variant>Угнетением мегакариоцитарного ростка гемопоэза
<variant>Инфильтрацией костного мозга бластными клетками
<variant>Жировым замещением костного мозга
<variant>Патология системы фибринолиза
<question>Для гемофилии А характерно:
<variant>Нормальное время кровотечения, удлинение времени свертывания крови
<variant>Удлинение времени кровотечения, высокое количество тромбоцитов
<variant>Высокое количество лейкоцитов, ускорение СОЭ
<variant>Ускоренное время свертывания крови
<variant>Высокое количество тромбоцитов,эозинофилия
<question>Несомненной бактериурией и наиболее частым возбудителем ИМС считается выделение с мочой более:
<variant>100000 микробных тел кишечной палочки в мл
<variant>1000 микробных тел стафилококка в мл
<variant>10000 микробных тел стафилококка в мл
<variant>1000 микробных тел тел кишечной палочки в мл
<variant>10000 микробных тел стрептококка в мл
<question>Укажите признаки клинической манифестации ИМС у детей грудного возраста:
<variant>Фебрильная лихорадка
<variant>Полиурия
<variant>Энурез
<variant>Боли в животе
<variant>Цианоз
<question>У девочки 14 лет, в общем анализе мочи - лейкоциты 5-6 в п/зр.Какая тактика ведения наиболее предпочтительна для данного пациента?
<variant>Патологии нет, повторить анализ
<variant>Назначение фурагина
<variant>Консультации гинеколога
<variant>Назначить антибиотик
<variant>Провести цистографию
<question>Что из перечисленного относиться к экстраренальным симптомам гломерулонефрита?
<variant>Гипертензия
<variant>Цилиндрурия
<variant>Эритроцитурия
<variant>Протеинурия
<variant>Гематурия
<question>Каков наиболее вероятный механизм терапевтического воздействия глюкокортикоидов на детей с гломерулонефритом?
<variant>Выраженный противовоспалительный эффект
<variant>Нарушение деления клеток
<variant>Кардиопротективный эффект
<variant>Иммуностимулирующее действие
<variant>Мочегонный эффект
<question>У ребенка 10 лет, имеются выраженные отеки на лице, ногах, асцит, олигурия в

ОАМ протеинурия 6 г\л, в б\х анализах крови-гипопротеинемия, гиперлипидемия. Ваш диагноз:
<variant>гломерулонефрит с нефротическим синдромом
<variant>пиелонефрит
<variant>гломерулонефрит с нефритическим синдромом
<variant>цистит
<variant>наследственный нефрит
<question>Ребенок 3 лет впервые поступил с отеками на лице, голенях, асцитом, АД 90/60 мм рт ст, в моче содежание белка 3,3 г/л, эритроцитов 3-5 в п/зр, лейкоциты 2 в п/зр., цилиндры зернистые 5-6 в п/зр., в крови общий белок 50 г/л, холестерин 9 ммоль/л. Какой ваш диагноз:
<variant>острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом
<variant>пиелонефрит
<variant>мочекаменная болезнь
<variant>острыйгломерулонефрит с нефритическим синдромом
<variant>интерстициальный нефрит
<question>Больная 15 лет обратилась с жалобами на раздражительность, повышенную утомляемость, похудание, сердцебиение, перебои в деятельности сердца. При пальпации щитовидная железа увеличена за счет обеих долей и перешейка, мягко-эластической консистенции, безболезненная. Положительны глазные симптомы: экзофтальм, редкое мигание, нарушение конвергенции. Пульс 110 уд.в минуту. При УЗИ – диффузное увеличение щитовидной железы, объем – 25 мм. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?
<variant>Диффузно-токсический зоб
<variant>Острый тиреоидит
<variant>Рак щитовидной железы
<variant>Тиреоидит де Кервена
<variant>Тиреотоксическая аденома
<question>Пациента К., 15 лет, беспокоит утомляемость, слабость, боли в суставах и неприятные ощущения в области щитовидной железы – чувство давления, кома в горле. На УЗИ щитовидной железы отмечается понижение эхогенности железы и выраженные диффузные изменения. Вероятный диагноз:
<variant>Аутоиммунный тиреодит
<variant>Рак щитовидной железы
<variant>Первичный гипотиреоз
<variant>Вторичный гипотиреоз
<variant>Диффузно-токсический зоб
<question>Больной Ю., студент 17 лет, доставлен в приемный покой «Скорой помощью» в бессознательном состоянии. Со слов родственников, в течение нескольких последних дней жаловался на резкую слабость, усталость, сонливость, много пил жидкости. К врачу не обращался. За 3 недели до этого перенес тяжелую ОРВИ.Объективно: больной без сознания. Слабо реагирует на болевые раздражители. Кожные покровы сухие, тургор тканей снижен. Глазные яблоки при пальпации мягкие. Изо рта запах ацетона. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС - 120 в минуту. АД - 80\40 мм.рт.ст. Дыхание шумное, частое. ЧДД - 26 в минуту. Язык сухой, обложен грязно-коричневым налетом, слизистая рта сухая. Живот мягкий. Печень - по краю реберной дуги. Вероятный диагноз?

<variant>Сахарный диабет I типа, впервые выявленный. Кетоацидотическая кома
<variant>Сахарный диабет II типа , впервые выявленный.Лактоацидотическая кома
<variant>Сахарный диабет I типа, впервые выявленный. Гиперосмолярнаякома
<variant>Сахарный диабет I типа, впервые выявленный. Гипогликемическая кома
<variant>Сахарный диабет II типа , впервые выявленный. Гипергликемическая кома
<question>К осложнениям инсулинотерапии относятся:
<variant>синдром Сомоджи
<variant>кетоацидотическая комы
<variant>гипергликемическая кома
<variant>синдром Нобекур
<variant>артериосклероз Менкеберга
<question>Пациентка 16 лет страдает значительным ожирением (вес 116 кг, рост 172 см). Нерегулярные менструации, головные боли, на коже узкие розовые полосы. Избыточный вес с 5 лет. Диеты не придерживалась. АД-160/100 мм рт. ст. Предположительный диагноз:
<variant>гипоталамический синдром пубертатного периода
<variant>микропролактинома
<variant>ожирение
<variant>болезнь Иценко-Кушинга
<variant>синдром Иценко-Кушинга
<question>Симптомы, характерные для гипоталамического синдрома пубертатного периода:
<variant>стрии
<variant>ускорение полового созревания
<variant>гиперпигментация кожи
<variant>дислипопротеинемия
<variant>увеличение лимфатических узлов
<question>Девочка 2 месяцев капризна, плаксива, аппетит снижен. Мама в течение недели замечает выраженную потливость во время сна, пот с кислым запахом, девочка вздрагивает на громкий звук и яркий свет, склонность к запрам. Ребенок от 1 беременности в сроке 36 недель путем Кесарева сечения по показаниям. Беременность протекала на фоне преэклампсии, железодефицитной анемии. При осмотре: большой родничок 3,0х3,0, края податливы, на затылке залысина, кислый запах пота, «лягушачий живот».Проба Сулковича +++. Какой препарат показан при данной патологии?
<variant>Эргокальциферол в дозе 2000-5000 МЕ 30-45 дней
<variant>Кальций Д3 Никомед по ½ таблетки 2 раза в день 10 дней
<variant>Энтерожермина по 2,5 мл 2 раза в день 10 дней
<variant>Дюфалак по 3,0 мл 1 раз на ночь 7 дней
<variant>Ферлатум 1,5 мг/кг в 2 приема 30 дней
<question>Девочка 4 месяца. Со слов мамы ребенка беспокоят частые кишечные колики, снижение аппетита, с рождения стул частый, жидкий, пенистый, небольшими порциями. В анамнезе: ребенок от 1 беременности, в сроке 40-41 неделя, роды самостоятельные, девочка с весом 3600, ростом 51 см. Находится на искусственном вскармливании, у мамы агалактия. На момент осмотра вес 5400, рост 62,5 см, эмоции отрицательные, живот вздут, тургор мягких тканей снижен, подкожно-жировая клетчатка на животе 0,5 см. В кале обнаружены крахмал, нейтральный жир, слизь, мышечные волокна. Моча с неприятным

запах аммиака.Какую диетотерапию наиболее целесообразно применить к данному пациенту?
<variant>смесь на основе глубокого гидролиза молочного белка, без лактозы
<variant>соевая смесь
<variant>смесь на основе козьего молока
<variant>неадаптированные кисломолочные смеси
<variant>смесь на основе частичного гидролиза белка, с высокой калорийностью
<question>Мальчику 5 месяцев. Мама обратилась с жалобами на малоподвижность, сонливость ребенка, храп во сне. Ребенок от 2 беременности, протекавшей на здоровом фоне, родился с весом 3800, ростом 54 см. Находится на искусственном вскармливании смесью Нестожен, мама отмечает частые ОРВИ у ребенка. Объективный осмотр: вес 9400, рост 68 см, тургор мягких тканей и мышечный тонус снижены, подкожно-жировая клетчатка под лопатками 2,0 см.Какая диетотерапия наиболее целесообразна?
<variant>кисломолочные адапированные смеси
<variant>соевые смеси
<variant>смесь на основе козьего молока
<variant>неадаптированные молочные смеси
<variant>смеси на основе глубокого гидролиза молочного белка, без лактозы
<question>Мама девочки 12 месяцев обратилась с жалобами на быструю утомляемость ребенка, снижение аппетита в течение последних нескольких месяцев, частые простудные заболевания, ребенок еще самостоятельно не ходит. Беременность протекала на фоне токсикоза 1 и 2 триместра. Ребенка прикармливают в основном манной кашей и печеньем. При осмотре отмечается бледность и сухость кожных покровов, тургор мягких тканей снижен, аускультативно ослабление тонов, систолический шум на верхушке сердца, ЧСС 146 в минуту. В ОАК: эритроциты-3,0х10х12/л, цветной показатель 0,8, гемоглобин 90 г/л, ретикулоциты 10%, СОЭ 12 мм/ч.Какая терапия наиболее целесообразна?
<variant>диета богатая железом, препараты двухвалентного железа
<variant>препараты на основе ГПК трехвалентного железа
<variant>диета богатая клетчаткой, препараты трехвалентного железа
<variant>диета богатая белками, препараты трехвалентного железа
<variant>адаптированные молочные смеси, солевые препараты железа
<question>Ребенок 7 месяцев. Мама обратилась в поликлинику за направлением к невропатологу с жалобами на раздражительность, быструю утомляемость снижение аппетита у ребенка. Жалобы отмечаются в течение последнего месяца, прикорм еще не введен.Ребенок от 3 доношенной беременности, протекавшей на фоне приема антибиотиков (мама перенесла острый средний отит). При осмотре отмечается выраженная бледность, сухость кожных покровов, видимые слизистые бледные, мышечный тонус несколько снижен, поперечная исчерченность ногтевых пластинок. В ОАК эритроциты - 2,8х1012/л, НВ - 84 г/л. цветной показатель - 0,8, ретикулоциты–3,5%, скорость оседания эритроцитов - 10 мм/час.Какова наиболее целесообразная дозировка элементарного железа?
<variant>3 мг/кг
<variant>1,5 мг/кг
<variant>5 мг/кг
<variant>20 мг/кг

<variant>40 мг/кг
<question>В какие сроки необходимо проведение ЭФГДС при язвенной болезни желудка для контроля рубцевания язвы?
<variant>через 4,6,8 недель от начала эрадикационной терапии
<variant>на 11-14 день от начала эрадикационной терапии
<variant>через 3,4,5 недель от начала эрадикационной терапии
<variant>через 4,6,8 недель после завершенияэрадикационной терапии
<variant>через 2,4,6 недель после завершения эрадикационной терапии
<question>В какие сроки необходимо повторить уреазный тест для проведения контроля эрадикации инфекции Helicobacter pylori при язвенной болезни желудка?
<variant>через 4-6 недель после завершения эрадикационной терапии
<variant>на 11-14 день от начала эрадикационной терапии
<variant>через 3-5 недель от начала эрадикационной терапии
<variant>через 4-6 недель от начала эрадикационной терапии
<variant>через 2-4 недели после завершения эрадикационной терапии
<question>Девочка13 лет, предъявляет жалобы на отрыжку кислым, изжогу, «голодные» боли в животе утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, частые ночные боли. Боли проходят после приема пищи. Со слов мамы больна в течение года, у бабушки со стороны матери язвенная болезнь желудка, у отца - гастрит. Кожа обычной окраски, видимые слизистые бледно-розовые, чистые. При пальпации живот болезненный в эпигастрии и пилородуоденальной области. Печень не увеличена, безболезненная. На ФЭГДС в желудке мутная слизь, слизистая оболочка с очаговой гиперемией. Слизистая оболочка луковицы дуоденумочагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8×0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Какой метод выявления Helicobacter pylori считают "золотым стандартом" диагностики инфекции?
<variant>Неинвазивный метод диагностики Helicobacter pylori (ХЕЛИК-тест)
<variant>Определение суммарных антител к Helicobacter pylori в сыворотке крови ИФА-методом
<variant>Гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки
<variant>Обнаружение Helicobacter pylori в биологическом материале методом ПЦР
<variant>Цитологическое исследование мазков отпечатков слизистой оболочки
<question>На приеме у врача мама 11 месячнойдевочки предъявила жалобы на частое срыгивание небольшого объема пищи через некоторое время после каждого кормления, беспокойство ребенка во время кормления, недостаточный набор веса ребенком. Из анамнеза: беременность вторая, в первом триместре беременности страдала токсикозом, роды стремительные, оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. Ребенок срыгивает с первых дней жизни. При осмотре живот несколько вздут, участвует в акте дыхания равномерно, при пальпации мягкий. Стул обычной консистенции, без патологических примесей, диурез достаточный.Какое исследование наиболее информативно при постановке диагноза?
<variant>Суточное мониторирование внутрипищеводного pH
<variant>Сцинтиграфия пищевода
<variant>Рентгенологическое исследование пищевода
<variant>Эзофаготономанометрия
<variant>Эндоскопическая ультрасонография

<question>Девочка 12 лет жалуется на тошноту, изжогу, боли в животе после приема жирной, жареной пищи через 1,5-2 часа. Из анамнеза: учится в спортивной школе-интернате, питается не регулярно, часто всухомятку. Мать страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. При осмотре ребенок пониженного питания. Кожа и видимые слизистые несколько бледные, чистые. Язык обложен серым налетом. Живот обычной формы, при пальпации болезненный в эпигастральной области ипилородуоденальной зоне, печень 9х7х8 см. В ОАК: Hb-108 г/л, ЦП-0,85, Эр-4,0×1012/л; Лейк-8,2х 109/л; п/я-4%, с/я-55%, э-4%, л-34%, м-9%, СОЭ-8 мм/час.Приэндоскопическом исследовании: диффузная гиперемия слизистой желудка, двенадцатиперстной кишки.Какой из нижеперечисленных диагнозов наиболее вероятен?
<variant>Хронический гастродуоденит
<variant>Хронический гастрит
<variant>Хронический панкреатит
<variant>Функциональная диспепсия
<variant>Хронический эзофагит
<question>Мальчик 9 лет жалуется на тошноту, отрыжку кислым, боли в животе сразу после приема пищи. Со слов мамы аппетит снижен, часто питается всухомятку, любит фастфуд и газированные напитки. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Язык обложен беловатым налетом. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания равномерно, при пальпации болезненный в эпигастральной области, печень у края реберной дуги, безболезненная. При зндоскопическом исследовании: слизистая желудкадиффузно гиперемирована,складки несколько отечны, видны подслизистые мелкоточечные геморрагии. ХЕЛИК-тест положительный.
Какой из нижеперечисленных диагнозов наиболее вероятен?
<variant>Хронический гастрит
<variant>Функциональная диспепсия
<variant>Хронический холецистит
<variant>Хронический панкреатит
<variant>Хронический эзофагит
<question>Вызов врача на дом к 14 летнемумальчику. Со слов мамы ребенок заболел несколько часов назад, когда появились сильные боли в животе, больше в области эпигастрия, иррадиирующие в спину и имеющие опоясывающий характер. Дважды была рвота, не приносящая чувства облегчения. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые бледные, язык обложен белым налетом, температура 37,8оС, живот вздут, несколько напряжен в эпигастрии. Симптом Ортнера сомнителен. Определяется болезненность в точке Мейо-Робсона. Стул был после очистительной клизмы, каловые массы плотные, жирные. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?
<variant>Острый панкреатит
<variant>Острый холецистит
<variant>Острый гастродуоденит
<variant>Острый гастрит
<variant>Острый энтероколит
<question>Мальчик 14 лет обратился с жалобами на отрыжку, боли в правом подреберье давящего, ноющего характера с постепенным нарастанием, иногда с иррадиацией в область спины. Боли появляются через 2-3 часа после приема пищи.Болен в течение года.Акушерский и ранний анамнезы без патологии.Со слов мамы аппетит снижен,

ребенок стал раздражительным, беспокойным. При осмотре: кожные покровы несколько бледные, ладони влажные, выражен красный дермографизм. При поверхностной и глубокой пальпации живота определяется болезненность в пилородуоденальной области, правом подреберье. Симптом Кера сомнительный. Печень 7х9х11см. Стула не было 3 дня. Какой предварительный диагноз из ниже перечисленных наиболее вероятен?
<variant>Хронический холецистит
<variant>Желчнокаменная болезнь
<variant>Хронический панкреатит
<variant>Синдром раздраженного кишечника
<variant>Хронический гастрит
<question>Мальчик 12 лет, предъявляет жалобы на отрыжку кислым,«голодные» боли в эпигастрии, появляющиеся утром натощак, ночью, проходящие после приема пищи. Со слов мамы ребенок болен в течение 6-7 месяцев, у отца ребенка язвенная болезнь желудка. Акушерский и ранний анамнезы без патологии. При осмотре: кожа несколько бледная, видимые слизистые бледно-розовые, чистые. При пальпации живота небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, болезненность в точке Дежардена. Печень не увеличена, безболезненная. Hb-128 г/л, ЦП-0,91, Эр-4,2×1012/л; Лейк-7,2х 109/л; п/я-3%, с/я-51 %, э-3%, л-36%, м-7%, СОЭ-6 мм/час. Какое исследование наиболее информативно при постановке диагноза?
<variant>ФЭГДС с биопсией слизистой
<variant>УЗИ органов брюшной полости
<variant>Рентгенологическое исследование желудка
<variant>Обзорная рентгенография органов брюшной полости
<variant>Эндоскопическая ультрасонография
<question>Девочка 14 лет, предъявляет жалобы наслабость, тошноту, отрыжку горьким, боли в животе тупые, ноющего характера, возникающие через 30-45 минут после приема пищи. Больна в течение 6 месяцев.С 9 лет находится на диспансерном учете у невропатолога по поводу вегетососудистой дистонии. Отец страдает хроническим гастродуоденитом. При осмотре кожа бледная, умеренной влажности. Живот не увеличен, болезненный при пальпации в эпигастрии и правом подреберье. Печень не увеличена. На УЗИ органов брюшной полости: контуры печени ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь 85×37мм (норма-75×30), стенки не утолщены. Холедох до 3,5 мм (норма 4), стенки не утолщены.После желчегонного завтрака желчный пузырь сократился на 10%.Какой предварительный диагноз из ниже перечисленных наиболее вероятен?
<variant>Дискинезия желчного пузыря по гипотоническому типу
<variant>Желчнокаменная болезнь
<variant>Хронический гастродуоденит
<variant>Хронический холецистит
<variant>Синдром раздраженного кишечника
<question>Девочка, 14 лет, на приеме у врачапредъявляет жалобы на изжогу, длительные, приступообразные боли в животе, обычно на голодный желудок, частые ночные боли. Облегчение приносит прием пищи. Больна около 2-х месяцев. Из семейного анамнеза выяснено, что у бабушки по материнской линии хронический гастрит, у матери язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Объективно: самочувствие удовлетворительное. Рост 157 см, вес 47 кг. Кожные покровы и видимые слизистые несколько бледные. Живот

мягкий, болезненный в эпигастральной области. На ФЭГДС обнаружен язвенный дефект в антральном отделе желудка, в биоптате обнаружены H. Pylori.
Какая тактика лечения ребенка наиболее верна?
<variant>Омепразол +кларитромицин +амоксициллин
<variant>Кларитромицин +домперидон +панкреатин
<variant>Фамотидин +кларитромицин +метронидазол
<variant>Ранитидин +алмагель
<variant>Омепразол +панкреатин +метронидазол
<question>Мальчик, 12 лет, жалуется на отрыжку, изжогу, боли при глотании, чувство кома в горле, снижение аппетита, неприятный запах изо рта, кашель по ночам. При осмотре ребенок астенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы обычной окраски, чистые, язык обложен белосерым налетом, отмечается неприятный запах изо рта, кариозных зубов нет. При осмотре живот правильной формы, участвует в акте дыхания симметрично, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Стул обычной консистенции, без патологических примесей. На ФЭГДС слизистая пищевода в нижней трети гиперемирована, одиночная линейная эрозия на продольной складке.Какая тактика диспансерного наблюдения ребенка наиболее верна?
<variant>ФЭГДС 1 раз в 6 месяцев в течение 2-х лет
<variant>ФЭГДС 1 раз в 12 месяцев в течение 2-х лет
<variant>ФЭГДС 1 раз в 6 месяцев в течение 1 года
<variant>ФЭГДС 1 раз в 6 месяцев в течение 3-х лет
<variant>ФЭГДС 1 раз в 12 месяцев в течение 5 лет
<question>Девочка, 14 лет, на приеме предъявляет жалобы на изжогу, отрыжку кислым после еды, затруднение при проглатывании пищи, чувство кома в горле, дискомфорт от употребления горячей или холодной пищи. Со слов мамы у девочки снизился аппетит, стала раздражительной, плаксивой. При осмотре кожные покровы несколько бледные, чистые, видимые слизистые бледно-розового цвета, язык обложен беловатым налетом, отмечается неприятный запах изо рта. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания равномерно, при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области. Стул обычной консистенции, без патологических примесей. На ФЭГДС патологических изменений не выявлено.Какая продукты наиболее целесообразно исключить из рациона питания ребенка?
<variant>цитрусовые, томаты, кофе, шоколад
<variant>мясные продукты
<variant>молоко, творог, кефир
<variant>капуста, огурцы, кабачки
<variant>яблоки, сливы
<question>Девочка 13 лет с жалобами на тошноту, изжогу, отрыжку кислым, боли в животе после приема жирной, жареной пищи через 1,5-2 часа. Из анамнеза: питается не регулярно, часто всухомятку, любит фастфуд.Мать страдает хроническим гастритом. При девочка пониженного питания, кожные покровы бледные, чистые. Язык обложен серым налетом. Имеются кариозные зубы. Живот обычной формы, при пальпации болезненный в эпигастральной области ипилородуоденальнойзоне, печень 9х8х7 см. При зндоскопическом исследовании: диффузная гиперемия слизистой желудка, двенадцатиперстной кишки. ХЕЛИК-тест положителен.

Какая схема лечения наиболее целесообразна?
<variant>Омепразол + амоксициллин + кларитромицин
<variant>Омепразол + панзинорм + дротаверин
<variant>Амоксициллин + креон + бифидумбактерин
<variant>Маалокс +фамотидин +домперидон
<variant>Фамотидин + панзинорм + дротаверин
<question>Мальчик 9 лет на приеме предъявляет жалобы на тошноту, отрыжку кислым, боли в животе сразу после приема пищи. Со слов мамы аппетит снижен, часто питается всухомятку, любит жареную еду и газированные напитки. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Язык обложен беловатым налетом. Живот обычной формы, участвует в акте дызания симметрично, при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области, печень у края реберной дуги, край ее мягкий безболезненный. При зндоскопическом исследовании: слизистая желудкадиффузно гиперемирована,складки несколько отечны, видны подслизистые мелкоточечные геморрагии. ХЕЛИК-тест положительный.Как наиболее верно провести оценку эффективности эрадикационной терапии?
<variant>По дыхательному хелик- тесту через 4-6 недель после эрадикационной терапии
<variant>По уреазному тесту через 6 недель после эрадикационной терапии
<variant>По ЭФГДС через 12 недель после эрадикационной терапии
<variant>По титру ИФА к Нр через 8 недель после эрадикационной терапии
<variant>По дыхательному хелик- тесту через 12 недель после эрадикационной терапии
<question>Мальчик 12 лет предъявляет жалобы на тошноту, отрыжку кислым, голодные боли в животе. Из анамнеза: ребенок часто питается всухомятку, нерегулярно, отец страдает язвенной болезнью желудка.При осмотре кожа и видимые слизистые несколько бледные, чистые. Язык обложен желтоватым налетом. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания симметрично, болезненный при пальпациив эпигастральной области, печень печень 9х8х7 см. При эндоскопическом исследовании: слизистая желудкадиффузно гиперемирована, слизистая двенадцатиперстной кишки гиперемирована, отечна, единичный язвенный дефект на задней стенке. ХЕЛИК-тест положительный. Мальчику проведен курс эрадикационной терапии.В какие сроки наиболее верно проведение ФЭГДС при диспансерном наблюдении?
<variant>2 раза в год в первые 3 года, далее 1 раз в год
<variant>1 раз в год в первые 3 года, далее 1 раз в год
<variant>2 раза в год в течение 1 года наблюдения
<variant>2 раза в год в первые 2 года, далее 1 раз в год
<variant>3 раза в год в первые 2 года, далее 1 раз в год
<question>Ребенку 8 лет. В анамнезе частые ОРЗ, ангины. С трех лет состоит на диспансерном учете по поводу хронического тонзиллита. Через 3 недели после перенесенной ангины появились утомляемость, артралгия, тахикардия, расширение границ сердца, систолический шум. Предварительный диагноз и тактика врача общей практики:
<variant>острая ревматическая лихорадка, госпитализация
<variant>инфекционно-аллергический миокардит, госпитализация
<variant>инфекционно-аллергический миокардит, амбулаторное лечение
<variant>острая ревматическая лихорадка, амбулаторное лечение
<variant>врожденный порок сердца, госпитализация

<question>Ребенку 4 года, жалобы на снижение аппетита, извращение вкуса (потребность в приеме глины, мела), снижение веса. При осмотре ребенок пониженного питания, кожные покровы бледные, сухие, волосы тусклые, сосочки языка сглажены. Ребенок плаксив. В анализах крови Hb-65 г/л, эритроциты 2,5х1012 /л, ЦП-0,7, тромбоциты-250х109/л, лейкоциты 6,5х109/л, эозинофилы 3%, сегментоядерные 49%, лимфоциты 37%, моноциты 2%, ретикулоциты-1%. СОЭ 8 мм/час, сывороточное железо 8 мкмоль/л. Ваш диагноз?
<variant>железодефицитная анемия, тяжелой степени тяжести
<variant>железодефицитная анемия легкой степени
<variant>железодефицитная анемия средней степени тяжести
<variant>гемолитическая анемия
<variant>гипопластическая анемия
<question>У девочки 3 лет жалобы на слабость, головокружение, выпадение зубов, сухость кожи. Со слов мамы – ребенок кушает землю. Из анамнеза жизни: девочка от 3 доношенной беременности, семья социально неблагополучная. При осмотре ребенок вялый, неактивный. Волосы сухие, ломкие, кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие, койлонихия (ложкообразные ногти), явления хейлита, стоматита. Выражена мышечная гипотония. Сердечные тоны глухие, ритм правильный, тахикардия. Предположительный диагноз:
<variant>железодефицитная анемия
<variant>анемия Фанкони
<variant>апластическая анемия
<variant>гемолитическая анемия
<variant>В12деф. анемия
<question>У ребенка 10 лет после перенесенной скарлатины появились умеренные отеки на голенях и лице, АД 120 и 100 мм рт.ст, моча цвета «мясных помоев», протеинурия 1 г/л, лейкоцитурия до 15 в поле зрения. Какому из перечисленных клинических вариантов гломерулонефрита соответствует симптоматика заболевания у данного ребенка?
<variant>ОГН с нефритическом синдромом
<variant>ОГН с нефротическим синдромом
<variant>ОГН с изолированным мочевым синдромом
<variant>ОГН с нефротическим синдромом, гематурией и гипертонией
<variant>смешанная форма гломерулонефрита
<question>Ребенок 5 лет обратился к врачу общей практики с жалобами на отеки. При осмотре АД 90/60 мм рт ст, отеки на лице и голенях, асцит. В моче белок 3,7 г/л, эритроциты 5 в п/зр, лейкоциты 2 в п/зр., цилиндры зернистые 5-6 в п/зр., в крови общий белок 50 г/л, холестерин 9 ммоль/л. О каком заболевании следует думать в данном случае?
<variant>острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом
<variant>пиелонефрит
<variant>мочекаменная болезнь
<variant>острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом
<variant>интерстициальный нефрит
<question>У ребенка 1,5 лет отмечаются выраженные костные рахитические изменения. Ранний анамнез – грудное вскармливание, уход нормальный, профилактика витамина Д проводилась. УЗИ почек – врожденной патологии почек нет. Анализы мочи – без особенностей. Функции почек сохранены. Биохимия крови: Р – 0,6 ммоль/л, Са – 2,5

ммоль/л. Наиболее…
<variant>витамин Д – резистентный рахит (фосфат-диабет)
<variant>вероятный диагноз у данного больного
<variant>витамин Д – дефицитный рахит, остаточные явления
<variant>ренальная остеопатия в стадии ХПН
<variant>острый гломерулнефрит
<question>Какое из ниже перечисленных состояний является противопоказанием для направления ребенка на санаторно-курортное лечение:
<variant>вторичная гипертензия независимо от генеза
<variant>вегетососудистая дистония по гипотоническому типу
<variant>гипертоническая болезнь IA степень
<variant>гипертоническая болезнь I Б степень
<variant>гипертоническая болезнь IIA степень
<question>Бронхиальная обструкция выявляется с помощью:
<variant>спирографии, пневмотахографии
<variant>бронхоскопии
<variant>исследования газов крови
<variant>рентгенография легких
<variant>ангиопульмонографии
<question>Ребенок 1,2 года, заболел остро, повысилась температура до 38,9ºС, появились инспираторная одышка, частый лающий кашель, тахипноэ до 60 в мин. В этом случае можно думать о заболевании:
<variant>ОРВИ, ларинготрахеит, стеноз гортани II
<variant>ОРВИ, обструктивный бронхит
<variant>ОРВИ, бронхопневмония
<variant>ОРВИ, ларинготрахеит, стеноз гортани I
<variant>инородное тело верхних дыхательных путей
<question>При патронаже к новорожденному ребенку врач обнаружил короткий систолический шум на верхушке сердца, повышение температуры тела до 37,8°С. Ваш предварительный диагноз:
<variant>ВПС(ОАП)
<variant>острый миокардит
<variant>подострый миокардит
<variant>острый кардит
<variant>ВПС (ДМПП)
<question>На приеме мальчик 14 лет – реконвалесцент обострения хронического тонзиллита. Жалобы на боли в ногах, слабость, утомляемость, одышку, сердцебиение. При объективном осмотре: АД 115/70 мм.рт.ст., ЧДД – 24 в минуту, ЧСС - 115 в минуту, тоны сердца приглушены, левая граница сердца влево от левой среднеключичной линии на 2,0 см, верхняя – верхний край 2-го ребра, правая – на 1,5 см вправо от правого края грудины, систолический шум на верхушке сердца. Определите, какая из границ сердца расширена при данном заболевании:
<variant>Расширены все 3 границы сердца
<variant>Расширена левая граница сердца
<variant>Расширена правая граница сердца
<variant>Расширены левая и правая границы сердца

<variant>Расширена левая и верхняя границы сердца
<question>На приеме мальчик 14 лет – реконвалесцент обострения хронического тонзиллита. Жалобы на боли в ногах, слабость, утомляемость, одышку, сердцебиение. При объективном осмотре: АД 115/70 мм.рт.ст., ЧДД – 24 в минуту, ЧСС - 115 в минуту, тоны сердца приглушены, левая граница сердца влево от левой среднеключичной линии на 2,0 см, верхняя – верхний край 2-го ребра, правая – на 1,5 см вправо от правого края грудины, систолический шум на верхушке сердца. Определите тактику обследования и лечения ребенка:
<variant>Госпитализация в соматическое отделение без ЭКГ, ревмопробы
<variant>Госпитализация в соматическое отделение с ЭКГ, ревмопробами
<variant>ЭКГ, ревмопробы и амбулаторное лечение
<variant>ЭКГ, ревмопробы, организация дневного стационара
<variant>ЭКГ, ревмопробы, организация стационара на дому
<question>На приеме у ВОП мама с дочкой 11,5 лет. Температура - 38,7°С, беспокоят боли в суставах, мышцах. В области скуловых дуг, груди эритематозные высыпания. Границы сердца: левая - влево от левой среднеключичной линии на 1,5 см, верхняя – верхний край 2-го ребра, правая – на 1,5 см вправо от правого края грудины, тоны сердца приглушены, систолический шум средней интенсивности на верхушке сердца. ОАК: L–3,8х109/л, СОЭ – 48мм/час, Нв – 106г/л, эр – 3,5х1012/л. В ОАМ белок–0,33‰, эр – 6-8-10в п/зр. Определите состояние границ сердца и тактику ведения больного:
<variant>Расширены границы сердца, лечение в дневном стационаре поликлиники
<variant>Расширена левая граница сердца, госпитализации не подлежит
<variant>Расширена правая граница сердца, лечение амбулаторное
<variant>Расширеныграницы сердца, немедленная госпитализация
<variant>Расширена левая граница сердца, организация стационара на дому
<question>На .У больного язвенной болезнью боль возникает через непродолжительное время после еды, локализуется под мечевидным отростком, там же обнаруживается положительный симптом Менделя. Рвоты, со слов больного, не бывает. Локализация язвенного дефекта:
<variant>Кардиальный отдел желудка
<variant>Антральный отдел желудка
<variant>Луковица двенадцатиперстной кишки
<variant>Постбульбарный отдел двенадцатиперстной кишки
<variant>Малая кривизна желудка
<question>На Девочке 7 лет. После того, как пошла в школу, стала жаловаться на головную боль, слабость, боли в животе с локализацией в эпигастрии, не связанные с приемом пищи. Вышеизложенные жалобы беспокоят в течение 6 месяцев. В первую очередь необходимо провести диагностическое обследование:
<variant>Фиброгастродуоденоскопию
<variant>Рентгенографию желудка
<variant>Дуоденальное зондирование
<variant>рН-метрию желудка
<variant>УЗИ органов брюшной полости
<question>На У ребенка 13 лет, страдающего хроническим панкреатитом, после стрессовой ситуации (контрольная работа в школе) возникла острая боль опоясывающего характера в верхней части живота, отмечалась рвота, не приносящая облегчения. При

пальпации живота отмечается болезненность в точкеМейо-Робсона, зоне Шоффара. Биохимический анализ крови: амилаза – 200 Ед/л. Ведущим патогенетическим механизмом, лежащим в основе патологического процесса, является:
<variant>Активация протеолитических ферментов
<variant>Гиперсекреция желудочного сока
<variant>Гиперпродукция желчи
<variant>Увеличение синтеза жирных кислот
<variant>Гиперпродукция глюкагона
<question>На Мальчик 13 лет доставлен в стационар. Из анамнеза – в школе после проведения контрольной работы мальчик упал в обморок, затем отмечалась однократная рвота «кофейной гущей». Ранее не болел. Состояние при поступлении: бледность кожных покровов, покрыт холодным потом. Пульс нитевидный, тахикардия. Экстренно проведенаэзофагогастродуоденоскопия – на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки язвенный дефект диаметром 2,0 см, из которого отмечается кровотечение. В анализе крови – гемоглобин 65 г/л, эритроциты 2,0*1012, гематокрит 0,25. Поставьте диагноз по классификации:
<variant>Язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки, впервые выявленная, стадия «свежей» язвы, тяжелой степени тяжести, осложненная кровотечением. Постгеморрагическая анемия III степени
<variant>Язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки, впервые выявленная, стадия «свежей» язвы, средней степени тяжести, осложненная кровотечением. Постгеморрагическая анемия III степени
<variant>Язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки, впервые выявленная, стадия рубцевания, тяжелой степени тяжести, осложненная кровотечением. Постгеморрагическая анемия III степени
<variant>Язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки, впервые выявленная, стадия «свежей» язвы, тяжелой степени тяжести, осложненная кровотечением. Постгеморрагическая анемия II степени
<variant>Язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки, впервые выявленная, стадия «свежей» язвы, средней степени тяжести, осложненная кровотечением. Постгеморрагическая анемия II степени
<question>На У пятинедельного ребенка появились желтуха с обесцвеченным стулом.Биохимия крови: прямой билирубин - 90мкмоль/л. Какое обследование необходимо провести с целью дифференциальной диагностикиврожденного гепатита от атрезии желчевыводящих путей:
<variant>Экскреция радионуклидов с желчью
<variant>Исследование уровня сывороточных аминотрансфераз
<variant>Определение общего белка
<variant>Определение альфафетопротеина
<variant>Определение непрямого билирубина
<question>Ребенок 9 лет. Жалобы на боли в подложечной области, отдающие в левую лопатку и поясницу, рвоту, жажду, вздутие живота. Ухудшение в состоянииипосле погрешностей в диете. Болеет 2 года. В анамнезе - эпидемический паротит в 6-летнем возрасте. Температура 38,8 ºС. Болезненность в эпигастрии и левой подреберной области. В анализе крови – Нв-120 г/л, Эр.-3,95х1012/л, Л-11,0х109/л, СОЭ-15 мм/час. Диастаза мочи- 132 ЕД. Глюкоза крови- 6,8 ммоль/л. Предварительный диагноз:

<variant>хронический панкреатит
<variant>хронический энтероколит
<variant>хронический холецистит
<variant>хроничес кий гастродуоденит
<variant>острый аппендицит
<question>Пациенту 3 года. С 4-х месячного возраста беспокоят повторяющиеся периоды рвоты и обезвоживания. Отстает в физическом и психомоторном развитии. Тургор кожи снижен. Полиурия. Частые запоры. Анализ крови: глюкоза - 4,5 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л. Анализ мочи: суточная глюкозурия- 0,02 г.; удельный вес мочи- 1001-1003; 17-ОКС и 17-КС в норме; ацетон - отрицательный. Клинико-лабораторные данные свидетельствуют в пользу наличия у ребенка:
<variant>Ацетонемической рвоты
<variant>Почечного несахарного диабета
<variant>Сахарного диабета
<variant>Почечной глюкозурии
<variant>Почечного солевого диабета
<question>Пациент А., 12 лет, жалобы на повышение температуры до 380С, отеки на лице и ногах, изменение цвета мочи. Десять дней назад перенес тонзиллофарингит. АД-140/90 мм.рт.ст. ОАК: Нв-106 г/л, эр.-3,3 х 1012/л, лейк.-8,8 х 109/л, СОЭ-45 мм/час. ОАМ: удельный вес – 1022, белок – 0,99 г/л, лейкоциты – 10-12-14 п/зр, эритроциты измененные – 35-46 п/зр. БХАК: мочевина – 9,3 ммоль/л, креатинин – 117 мкмоль/л, общий белок – 62 г/л, АСЛО – 600 ед. Предварительный диагноз:
<variant>Транзиторного мочевого синдрома на фоне острой инфекции Острого гломерулонефрита
<variant>Острого гломерулонефрита
<variant>Первичного нефротического синдрома с гематурией
<variant>Острого тубуло-интерстициального нефрита
<variant>Острого пиелонефрита
<question>Ребенок в возрасте 22 дней поступает в отделение патологии новорожденных с диагнозом конъюгационная желтуха неясной этиологии. Состояние при поступлении: адинамия, плохо сосет. Отмечается пастозность лица, туловища, конечностей. Кожные покровы сухие, желтушные, шелушатся. Волосы сухие, ломкие. Рот полуоткрыт, язык большой, голос грубый. Тоны сердца приглушены, в легких без патологии. Живот мягкий, печень 3 см, отмечается склонность к запорам. Ваш предварительный диагноз:
<variant>Врожденный гипотиреоз
<variant>Болезнь Дауна
<variant>Паратрофия
<variant>Диабетическая фетопатия
<variant>Болезнь Гиршпрунга
<question>Рентгенологическим симптомом, не характерным для ревматоидного артрита является:
<variant>субхондральный склероз
<variant>сужение суставных щелей
<variant>эрозии костей
<variant>анкилозы
<variant>околосуставной остеопороз

<question>Наибольшее значение в развитии вегетососудистой дистонии из «медленных» персистирующих инфекций имеет:
<variant>герпетическая инфекция
<variant>цитомегаловирусная
<variant>гепатита В
<variant>гепатита С
<variant>гепатита дельта
<question>Для детей с преобладанием ваготонии не характерно:
<variant>вспыльчивость
<variant>ипохондричность
<variant>склонность к депрессии
<variant>плохая переносимость душных помещений
<variant>пониженная физическая активность
<question>Для детей с преобладанием ваготонии не характерно:
<variant>повышенная возбудимость
<variant>чувство нехватки воздуха
<variant>избыток массы тела
<variant>сонливость
<variant>«мраморность» кожи
<question>Для детей с преобладанием ваготонии не характерно:
<variant>бледность и сухость кожи
<variant>зябкость
<variant>потливость
<variant>сальность кожи
<variant>пониженный аппетит
<question>Для детей с преобладанием ваготонии не характерно:
<variant>склонность к повышению температуры
<variant>вестибулопатии
<variant>склонность к коллаптоиднымраекция
<variant>склонность к аллергическим реакциям
<variant>тенденцию к брадикаридии
<question>Для детей с преобладанием симпатикотонии не характерно:
<variant>ипохондричность
<variant>повышенная возбудимость
<variant>раздражительность
<variant>вспыльчивость
<variant>повышенная физическая активность
<question>Для детей с преобладанием симпатикотонии не характерно:
<variant>пониженная физическая активность
<variant>склонность к похуданию
<variant>повышенный аппетит
<variant>тенденция к повышению артериального давления
<variant>нет верного ответа
<question>Для детей с преобладанием симпатикотонии не характерно:
<variant>тенденция к брадикаридии
<variant>расстройство сна

<variant>повышенный аппетит
<variant>тенденция к повышению артериального давления
<variant>пониженная физическая активность
<question>Для ваго-инсулярных кризов не характерно:
<variant>повышение артериального давления
<variant>сильные схваткообразные боли в животе
<variant>брадикардия
<variant>нехватка воздуха
<variant>вздутие живота
<question>Для ваго-инсулярных кризов не характерно:
<variant>чувство сердцебиения
<variant>более частое возникновение у детей младшего возраста
<variant>брадикардия
<variant>экстрасистолия
<variant>повторные позывы на рвоту, на дефекацию
<question>Для симпатико-адреналовых кризов не характерно:
<variant>снижение артериального давления
<variant>повышение артериального давления
<variant>сильная головная боль
<variant>чувство страха смерти
<variant>бледность кожных покровов
<question>Для симпатико-адреналовых кризов не характерно:
<variant>снижение температуры
<variant>сердцебиение
<variant>бледность кожных покровов
<variant>более частое возникновение у детей более старшего возраста
<variant>повышение артериального давления
<question>Ребенку выставлен диагноз вегетососудистой дистонии. Каков план обследования у данного ребенка:
<variant>комплексное соматическое обследование, исследование ВНС, консультации психоневролога, невропатолога, ЭЭГ, ДУЗи сосудов головного мозга, рентгенография головного мозга и шеи, осмотр офтальмолога
<variant>комплексное соматическое обследование, исследование ВНС, консультации психоневролога, невропатолога, кардиолога, рентгенография головного мозга и шеи, осмотр офтальмолога
<variant>комплексное соматическое обследование, исследование ВНС, консультации психоневролога, невропатолога, кардиолога, рентгенография головного мозга и шеи, осмотр офтальмолога, ЭФГДС, УЗи органов брюшной полости
<variant>комплексное соматическое обследование, исследование ВНС, консультации психоневролога, невропатолога
<variant>комплексное соматическое обследование, консультации психоневролога, невропатолога, кардиолога, рентгенография головного мозга и шеи, осмотр офтальмолога
<question>В лечение детей с ваготонией не применяется электрофорез с:
<variant>с 5 % раствором натрия бромидом
<variant>с 5 % раствором кальция хлорида
<variant>с 1 % раствором кофеина натрия-бензоата

<variant>с 1% раствором эфедрина гидрохлорида
<variant>с 1% раствором мезатона
<question>При преобладании симпатикотонии не применяется:
<variant>электрофорез с 5 % раствором кальция хлорида
<variant>гальванизация по реффлекторно-сегментарной методике
<variant>диатермию синокаротидной зоны
<variant>электрофорез по Вермилю
<variant>электрофорез с 1 % раствором кофеина натрия-бензоата
<question>При смешанном типе вегетативной дистонии рекомендуется:
<variant>белласпон по 0,5-1 таблетке 3 раза в день
<variant>желудочые капли по 1 кап/год жизни 3 раза в сутки
<variant>мепробат по 0,2г 2-3 раза в сутки
<variant>сонапакс по 20/30 мг/сут
<variant>экстракт элеутерококка по 1 кап/год жизни 3 раза в сутки
<question>Для вагального типа синкопе характерно
<variant>потеря сознания на фоне нормального артериального давления при резком замедлении частоты сердечных сокращений
<variant>потеря сознания на фоне повышения артериального давления при резком замедлении частоты сердечных сокращений
<variant>потеря сознания на фоне снижения артериального давления при нормальной или учащеннойчастоте сердечных сокращений
<variant>потеря сознания на фоне нормального артериального давления при резком учащении частоты сердечных сокращений
<variant>потеря сознания на фоне снижения артериального давления при замедлении частоты сердечных сокращений
<question>Для вазовагального типа синкопе характерно
<variant>потеря сознания на фоне снижения артериального давления при нормальной или учащеннной частоте сердечных сокращений
<variant>потеря сознания на фоне нормального артериального давления при резком замедлении частоты сердечных сокращений
<variant>потеря сознания на фоне повышения артериального давления при резком замедлении частоты сердечных сокращений
<variant>потеря сознания на фоне нормального артериального давления при резком учащении частоты сердечных сокращений
<variant>потеря сознания на фоне снижения артериального давления при замедлении частоты сердечных сокращений
<question>Для купирования симпатоадреналового криза используют в возрастных дозировках:
<variant>седуксен
<variant>атропин
<variant>трентал
<variant>белласпон
<variant>пирацетам
<question>Для купирования вагоинсулярного криза используют в возрастных дозировках:
<variant>атропин
<variant>седуксен

<variant>атропин
<variant>трентал
<variant>белласпон
<question>В мероприятия по оказанию помощи при обмороке не входит:
<variant>внутриввеное введение трентала
<variant>придать горизонтальное положение с опущенным головным концом
<variant>обеспечить свободный доступ воздуха
<variant>поднести к носу ватку с нашатырным спиртом
<variant>подкожное введение кофеина
<question>Какой рентгенологический признак является наиболее специфичным для анкилозирующего спондилита:
<variant>симметричный сакроилит
<variant>сужение суставной щели
<variant>гиперостоз скелета
<variant>анкилоз позвоночного столба
<variant>костные разрастания в местах энтезита
<question>На сколько родов подразделяются коронавирусы?
<variant>4
<variant>1
<variant>2
<variant>3
<variant>5
<question>Ккакойгруппепатогенностиотнесен SARS-CoV-2?
<variant>II
<variant>I
<variant>III
<variant>IV
<variant>I-II
<question>КогдаВОЗобъявилаоначалепандемии COVID-19-инфекции?
<variant>11 марта 2020г
<variant>20 февраля 2020г
<variant>13 января 2020г
<variant>13 марта 2020г
<variant>19 марта 2020г
<question>Какие организмы являются естественными хозяевами большинства коронавирусов?
<variant>Млекопитающие
<variant>Птицы
<variant>Рептилии
<variant>Гидробионты
<variant>Насекомые
<question>Кто является природным резервуаром возбудителя ТОРС?
<variant>Летучие мыши
<variant>Лошади
<variant>Верблюды
<variant>Грызуны

<variant>Обезьяны
<question>Основной природный резервуар MERS-COV-вируса:
<variant>Верблюды
<variant>Циветты
<variant>Зеленые мартышки
<variant>Многососковые крысы
<variant>Песчанки
<question>При COVID-19-инфекции возможны все пути заражения, кроме:
<variant>Трансмиссивного
<variant>Воздушно-капельного
<variant>Воздушно-пылевого
<variant>Контактного
<variant>Воздушного
<question>Укажите максимальный инкубационный период при COVID-19-инфекции:
<variant>14 дней
<variant>1,5 месяца
<variant>7 дней
<variant>21 день
<variant>Несколько часов
<question>Назовите эпидемиологические данные,позволяющие квалифицировать клинический случай как подозрительный на COVID-19:
<variant>возвращение из зарубежной поездки за 14 дней до появления симптомов
<variant>употребление в пищу импортированных морепродуктов за 14 дней до появления симптомов
<variant>возраст старше 70 лет
<variant>тесный контакт с больным ОРЗ, пневмонией
<variant>тесный контакт с детьми, посещающими ДДУ
<question>Назовите эпидемиологические данные, позволяющие квалифицировать клинический случай как подозрительный на COVID-19:
<variant>наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицами, у которых лабораторно подтвержден диагноз COVID-19-инфекции
<variant>нахождение в хосписе, "домах престарелых", учреждений сестринского ухода за последние 21 день
<variant>наличие тесных контактов с представителями определенных профессий (продавцы магазинов, работники аптек, медицинские работники и др.)
<variant>возраст старше 65 лет
<variant>возвращение из другого региона Казахстана за 14 дней до появления симптомов
<question>Основным методом лабораторного подтверждения COVID-19 является:
<variant>ПЦР респираторного образца
<variant>Бактериологическое исследование мокроты
<variant>РНИФ
<variant>ИФА на противокоронавирусныеIgM
<variant>Микроскопия мазка крови
<question>С целью дифференциальной диагностики COVID-19 обязательно проведение обследования на все инфекции, кроме:
<variant>менингококковой инфекции

<variant>легионеллеза
<variant>гриппа
<variant>РСВ-инфекции
<variant>пневмококковой инфекции
<question>Какой вид материала является основным для исследования на коронавирусы?
<variant>Материал мазка из носоглотки и/или ротоглотки
<variant>Промывные воды бронхов
<variant>Цельная кровь
<variant>Сыворотка
<variant>Моча
<question>Какой метод специфической лабораторной диагностики наиболее информативен в клинической практике при короновирусной инфекции?
<variant>Молекулярно-генетический (ПЦР)
<variant>Серологический (ИФА)
<variant>Бактериологический
<variant>Аллергологический (внутрикожная проба)
<variant>Вирусологический
<question>Порядок выписки пациентов с COVID-19 из МО:
<variant>отсутствие клиники и двукратный (с интервалом не менее 1 дня) отрицательный результат лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР
<variant>отсутствие клиники, контрольное лабораторное обследование не обязательно
<variant>отсутствие клиники и однократный отрицательный результат лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР
<variant>отсутствие клиники и трехкратный отрицательный результат лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР
<variant>достаточно клинического улучшения
<question>Каким препаратом возможно проведение медикаментозной профилактики COVID-19 у взрослых?
<variant>гидроксихлорохином
<variant>эметином
<variant>ремаксолом
<variant>фенирамином
<variant>занамивиром
<question>Для медицинского персонала, занятого оказанием помощи больным COVID-19 обязательным СИЗОД является:
<variant>респиратор со степенью защиты FFP2
<variant>ватно-марлевая повязка
<variant>хирургическая маска
<variant>респиратор со степенью защиты FFP1
<variant>использование СИОЗД не обязательно
<question>Патологоанатомические вскрытия при COVID-19:
<variant>обязательны, отмена не допускается
<variant>не проводятся
<variant>только судебно-медицинская экспертиза
<variant>труп подлежит немедленной кремации без вскрытия
<variant>проводится только после постановления Облздравнадзора

<question>Устанавливается ли 14-дневное наблюдение за членами бригады, осуществляющей транспортировку больного COVID-19?
<variant>устанавливается в любом случае
<variant>только в случае транспортировки без транспортировочного изолирующего бокса
<variant>только в случае тронспортировки с применением транспортировочного изолирующего бокса
<variant>не устанавливается в любом случае
<variant>только при отсутствии у членов бригады СИЗ
<question>Состав бригады медицинской эвакуации пациента с подозрением на COVID-19:
<variant>1 врач, 1 фельдшер, 1 санитар
<variant>1 врач, 1 фельдшер
<variant>1 фельдшер,1 санитар, 1 водитель
<variant>2 санитара, 1 водитель
<variant>1 врач, 1 санитар
<question>Какое мероприятие не относится к средствам профилактики коронавирусной инфекции COVID-19 в отношении источника инфекции?
<variant>введение нормального иммуноглобулина
<variant>изоляция в боксированные помещения/палаты
<variant>назначение этиотропной терапии
<variant>сбор сведений о контактных
<variant>подача экстренного извещения
<question>Какое мероприятие не относится к средствам профилактики коронавирусной инфекции COVID-19 в отношении механизма передачи инфекции?
<variant>этиотропное лечение больного
<variant>соблюдение правил личной гигиены
<variant>использование одноразовых медицинских масок
<variant>проведение дезинфекционных мероприятий
<variant>утилизация медицинских отходов класса В
<question>Какое мероприятие не относится к средствам профилактики коронавирусной инфекции COVID-19 в отношении механизма передачи инфекции?
<variant>изоляция больного на 14 дней
<variant>использование СИЗ для медработников
<variant>соблюдение правил личной гигиены
<variant>проведение дезинфекционных мероприятий
<variant>утилизация медицинских отходов класса В
<question>Какую группу препаратов применяют для медикаментозная профилактики COVID-19 у взрослых?
<variant>интерфероны
<variant>аналоги нуклеозидов
<variant>ингибиторы протеаз
<variant>блокаторы сборки
<variant>блокаторы адгезии
<question>Какой препарат применяют для постконтактной медикаментозная профилактики COVID-19 у медработников?
<variant>гидроксихлорохин
<variant>интерферон

<variant>иммуноглобулин
<variant>рибавирин
<variant>галавит
<question>Кого в первую очередь извещает медицинский работник при выявлении пациента с COVID-19?
<variant>руководителя медицинской организации
<variant>«Центр гигиены и эпидемиологии»
<variant>Облздравотдел
<variant>Региональную противочумную станцию
<variant>Региональное бюро ВОЗ
<question>Каково первое мероприятие в порядке действий медицинского работника после медицинской эвакуации пациента с COVID-19?
<variant>снятие СИЗ
<variant>обработка дезраствором обуви и рук
<variant>переодевание в запасной комплект одежды
<variant>обработка открытых участков тела
<variant>обработка рта, горла, носа и глаз
<question>Когда проводят заключительную дезинфекцию транспортного средства после эвакуации больного?
<variant>немедленно после эвакуации больного
<variant>в конце рабочей смены
<variant>во время эвакуации больного
<variant>каждые полчаса рабочей смены
<variant>каждый час рабочей смены
<question>Нельзя повторно использовать респиратор FFP2 одним и тем же лицом в случае если респиратор:
<variant>имеет следы физического повреждения
<variant>обеспечивает плотное прилегание к лицу, исключающее утечку воздуха под полумаску
<variant>не создаёт избыточного сопротивления дыханию из-за повышенной влажности
<variant>не имеет видимых следов контаминации биологическими жидкостями
<variant>прошел дезинфекции ультрафиоолетовым облучением
<question>Оксигинация при сатурации < 80-90% начинается с использования:
<variant>назальной канюли
<variant>маски с резервуаром
<variant>маски
<variant>аппарата ИВЛ
<variant>наркозо-дыхательного аппарата
<question>Всегда до и после контакта с больным, а также после контакта с загрязненными поверхностями или оборудованием необходимы:
<variant>гигиена рук, халат
<variant>многоразовый халат и многоразовые перчатки
<variant>гигиена рук с использованием многоразового полотенца
<variant>медицинская маска или марлевая маска
<variant>только средства защиты глаз
<question>Наиболее частым осложнением при коронавирусной инфекции является:

<variant>вирусная пневмония, ОРДС
<variant>гайморит, ринит
<variant>средний отит, синусит
<variant>менингит, миокардит
<variant>почечная недостаточность
<question>Факторы, предрасполагающие к тяжёлому заболеванию при COVID-19:
<variant>сахарный диабет, злокачественные новообразования, возраст>60 лет
<variant>возраст <50 лет, гипотиреоз, наследственные заболевания
<variant>пиодермия, возраст 30-40 лет, анемия
<variant>аллергический дерматит, алопеция
<variant>артериальная гипотензия, возраст 20-35 лет, доброкачественные новообразования
<question>Основным профилактическим мероприятием при коронавирусной инфекции является:
<variant>соблюдение правил личной гигиены, ношение СИЗ
<variant>иммунизация в предэпидемический период
<variant>лечение больных
<variant>применение противовирусных препаратов
<variant>применение иммуномодулирующих препаратов
<question>При возможности попадания брызг на лицо работника при COVID-19необходимы:
<variant>гигиена рук, перчатки, халат, медицинская маска, средства защиты глаз
<variant>перчатки и халат
<variant>гигиена рук, перчатки, халат, медицинская маска
<variant>только средства защиты глаз
<variant>гигиена рук, халат
<question>Средством защиты глаз при заборе биоматериалов подозрительных на содержание коронавируса 2019-nCoV является:
<variant>очки для защиты глаз или защитный экран
<variant>солнцезащитные очки
<variant>противогаз фильтрующий
<variant>поляризационные очки
<variant>маска
<question>Основная мера защиты медицинского персонала при работе с лицами, инфицированными коронавирусной инфекцией, — это использование:
<variant>средств инфекционной защиты
<variant>только масок
<variant>халата с коротким рукавом
<variant>многоразового полотенца
<variant>вакцинация
<question>Медицинские работники, которые собирают, упаковывают клинические образцы, должны быть обучены требованиям и правилам биологической безопасности при работе и сборе материала, подозрительного на зараженность микроорганизмами:
<variant>II группы патогенности (опасности)
<variant>III группы патогенности (опасности)
<variant>IV группы патогенности (опасности)
<variant>I группы патогенности (опасности)

<variant>V группы патогенности (опасности)
<question>При подозрении на наличие внебольничного метициллин-резистентного S. aureus (CA-MRSA) к терапии добавляют (рекомендации ВОЗ, 2017):
<variant>ванкомицин
<variant>доксициклин
<variant>азтреонам
<variant>хлорамфеникол
<variant>левофлоксацин
<question>Сортировка больных заключается в:
<variant>использовании капельных мер предосторожности в дополнение к стандартным
<variant>излишнем скопление больных
<variant>игнорировании использования капельных мер предосторожности
<variant>медленной сортировке пациентов
<variant>размещении пациентов с ОРИ в том числе с подозрением на 2019-nCoV в плохо вентилируемые зоны ожидания
<question>Под тесным контактом коронавирусной инфекции подразумевается:
<variant>непосредственное оказание медпомощи больному с 2019- nCoV
<variant>посещение за 7 дней до появления симптомов любого медицинского учреждения
<variant>поездка в городе не эндемичному по коронавирусной инфекции
<variant>проживания в городе не эндемичному по коронавирусной инфекции
<variant>работа за 14 дней до появления симптомов медицинского учреждения, в котором находились пациенты с гриппом
<question>Мероприятия по контролю за источниками инфекции:
<variant>расстояние между пациентами минимум 1 метр
<variant>для разделения потоков пациентов в помещениях, где проводится сортировка не применяются перегородки
<variant>плохо вентилируемые коридоры
<variant>расстояние между пациентами меньше 15 сантиметров
<variant>плохо вентилируемые помещения, где находятся пациенты
<question>Когда следует закончить наблюдение в эпидемическом очаге коронавирусной инфекции?
<variant>по истечении срока максимальной инкубации у контактировавших с больным
<variant>после введения контактировавшим с больным иммуноглобулина, или вакцины, или бактериофага
<variant>немедленно после заключительной дезинфекции
<variant>после выписки больного из стационара
<variant>немедленно после госпитализации больного
<question>К группам риска развития осложнений при коронавирусной инфекции относятся пациенты с:
<variant>злокачественными новообразованиями
<variant>перенесенным острым пиелонефритом
<variant>поллинозом
<variant>конъюнктивитом
<variant>перенесенным гастродуоденитом
<question>Вирусная пневмония (первичная) при осложненном течении 2019-nCoV развивается:

<variant>в 1-3 сутки от начала заболевания
<variant>к концу 7 дня от момента заболевания
<variant>на 14-день от начала заболевания
<variant>на 5-й день заболевания
<variant>к 10 дню заболевания
<question>К характерным клиническим симптомам при коронавирусной инфекции относят:
<variant>повышение температуры тела, кашель, одышка
<variant>лихорадка, рыхлая, пятнистая слизистая оболочка щек, одутловатость лица, гнойное отделяемое из носа
<variant>повышение температуры тела в первые сутки до максимальных цифр, рвота, сердцебиение
<variant>быстро нарастающие симптомы интоксикации в первые часы заболевания, слабость, миалгии
<variant>болезненность в области живота, рвота, головные боли
<question>Изменения в периферической крови при коронавирусной инфекции:
<variant>лейкопения, повышенное содержание провоспалительных цитокинов
<variant>лимфоцитоз, атипичные мононуклеары
<variant>тромбоцитоз
<variant>эритроцитоз
<variant>эозинофилия
<question>Самым частым осложнением коронавирусной инфекции является:
<variant>вирусно-бактериальная пневмония
<variant>бактериальная суперинфекция кожи
<variant>вирусная пневмония
<variant>кератоконъюнктивит
<variant>менингоэнцефалит
<question>Ваши действия при сатурации > 90%:
<variant>наблюдение
<variant>оксигенация через аппарат ИВЛ
<variant>оксигенация через маску с резервуаром
<variant>оксигенация через назальную конюлю
<variant>оксигенация через маску
<question>К методу лабораторной диагностике коронавирусной инфекции относят:
<variant>полимеразную цепную реакцию
<variant>реакциюиммунофлуоресценции
<variant>иммуноферментный анализ
<variant>пробу Кумбса
<variant>реакцию непрямой(пассивной) гемаглютинации
<question>Избыточные трансфузии жидкостей больному с COVID-2019 могут:
<variant>ухудшить насыщение крови кислородом
<variant>спровоцировать приступ почечной колики
<variant>нарушить всасывание лекарственных препаратов
<variant>нарушить усвоение питательных веществ
<variant>нарушить усвоение витаминов
<question>К подтвержденному случаю новой коронавирусной инфекции COVID-19

относят пациентов с:
<variant>лабораторным подтверждением инфекции, вызванной COVID-19, независимо от клинических симптомов
<variant>тяжелой острой респираторной инфекцией неясной этиологии, не учитывая эпидемиологического анамнеза
<variant>тяжелой острой респираторной инфекцией неясной этиологии в сочетании с данными эпидемиологического анамнеза: прибывающие из эпидемиологически неблагополучных регионов и контактным лицам
<variant>тяжелой острой респираторной инфекцией неясной этиологии в сочетании с данными эпидемиологического анамнеза: прибывающие из эпидемиологически неблагополучных регионов и контактным лицам, прикотором результат лабораторного исследования на наличие COVID-19 является сомнительным или положительный
<variant>клиническими проявлениями поражения кожи в сочетании с данными эпидемиологического анамнеза: прибывающие из эпидемиологически неблагополучных регионов и контактным лицам
<question>Средством защиты органов дыхания при заборе биоматериалов подозрительных на содержание коронавируса COVID-19 является:
<variant>респиратор типа FFP2
<variant>противогаз фильтрующий
<variant>полумаска фильтрующаяся
<variant>марлевая маска
<variant>маска медицинская
<question>Наиболее доступным измерением насыщения крови кислородом у пациентов является:
<variant>проведение пульсоксиметрии
<variant>флюорография органов грудной клетки
<variant>забор крови из центральной вены на газы крови
<variant>объективная оценка ЧДД и ЧСС
<variant>рентгенография органов грудной клетки
<question>Медицинские учреждения должны обеспечить всех медицинских работников подходящей обувью:
<variant>непромокаемой, закрывающей все части ног
<variant>также разрешено использование бахил
<variant>непромокаемой, по типу кроксов
<variant>одноразовой
<variant>тряпочной, в виде кроссовок
<question>Пациентов следует рассматривать как потенциально инфицированные и при работе с ними всегда соблюдать меры защиты:
<variant>кровь и биологические жидкости
<variant>одежду
<variant>волосы
<variant>кожу
<variant>ногти
<question>При выделении резистентных к метициллину золотистых стафилококков (MRSA) рекомендуется назначение:
<variant>ванкомицина

<variant>ампициллина
<variant>амикацина
<variant>левофлоксацина
<variant>левомицетина
<question>Для высушивания рук после мытья с мылом применяют полотенца:
<variant>одноразового применения
<variant>«для врача»
<variant>индивидуальные для персонала
<variant>многократного применения
<variant>«для медсестры»
<question>Поражение какого отдела дыхательных путей является наиболее типичным для осложненного течения COVID-19?
<variant>легких
<variant>бронхов
<variant>носоглотки
<variant>трахеи
<variant>гортани
<question>К подозрительному случаю новой коронавирусной инфекции COVID-19 относят пациентов с:
<variant>тяжелой острой респираторной инфекцией неясной этиологии в сочетании с данными эпидемиологического анамнеза: прибывающие из эпидемиологически неблагополучных регионов и контактным лицам
<variant>лабораторным подтверждением инфекции, вызванной COVID-19, независимо от клинических симптомов
<variant>тяжелой острой респираторной инфекцией неясной этиологии, не учитывая эпидемиологического анамнеза
<variant>клиническими проявлениями поражения кожи в сочетании с данными эпидемиологического анамнеза: прибывающие из эпидемиологически неблагополучных регионов и контактным лицам
<variant>тяжелой острой респираторной инфекцией неясной этиологии в сочетании с данными эпидемиологического анамнеза: прибывающие из эпидемиологически неблагополучных регионов и контактным лицам, при котором результат лабораторного исследования на наличие COVID-19 является сомнительным или положительный
<question>Профилактика контактной передачи инфекции заключается в:
<variant>использовании надлежащих СИЗ (перчатки, маски, защитные средства для глаз, халат с длинными рукавами) при входе в палату или при контакте с пациентом (в пределах 1 метра); снятии СИЗ после выхода из палаты
<variant>помещении пациента в палату вместе с пациентами с другим этиологическим диагнозом
<variant>контактировании с контаминированными поверхностями, используемыми при непосредственном уходе за пациентом
<variant>использовании многоразовых СИЗ или же предназначенного только для данного пациента оборудование
<variant>возможности трогать свои глаза, нос и рот потенциально контаминированными перчатками или голыми руками
<question>Когда следует закончить наблюдение в эпидемическом очаге коронавирусной инфекции?
<variant>по истечении срока максимальной инкубации у контактировавших с больным
<variant>после введения контактировавшим с больным иммуноглобулина, или вакцины, или бактериофага
<variant>после выписки больного из стационара

<variant>после заключительной дезинфекции
<variant>после госпитализации больного
<question>При сборе эпидемиологического анамнеза обращается внимание на:
<variant>посещение в течение 14 дней до первых симптомов эпидемически неблагополучных по COVID-19 стран и регионов
<variant>наличие тесных контактов за последние 2 дня с лицами, подозрительными на инфицирование ОРВИ
<variant>посещение в течение 14 дней до первых симптомов эпидемически благополучных по COVID-19 стран и регионов
<variant>наличие симптомов заболевания (температура, кашель, насморк, боль в ушах)
<variant>наличие тесных контактов за последние 7 дней с лицами, подозрительными на грипп
<question>Возбудителем коронавирусной инфекции является:
<variant>Coronaviridae
<variant>Paramyxoviridae
<variant>Reoviridae
<variant>Adenoviridae
<variant>Picornoviridae
<question>Официальным названием нового коронавируса является:
<variant>SARS-CoV-2
<variant>2019-nCoV
<variant>MERS-CoV
<variant>SARS-CoV
<variant>SARS-CoV-19
<question>Наиболее характерными путями передачи коронавирусной инфекции являются:
<variant>контактный, воздушно-капельный, аэрозольный
<variant>воздушно-пылевой, пищевой, контактно-бытовой
<variant>трансмиссивный, контактный, пищевой
<variant>алиментарный, перинатальный, гемотрансфузионный
<variant>трансплантационный, половой, парентеральный
<question>К клиническим вариантам COVID-19 относится, кроме:
<variant>острый энтероколит
<variant>сепсис
<variant>ОРВИ легкого течения
<variant>пневмония без дыхательной недостаточности
<variant>пневмония с дыхательной недостаточностью
<question>В настоящее время основным источником инфекции при коронавирусной инфекции COVID-19 является:
<variant>больной человек, в том числе в инкубационном периоде
<variant>бактерионоситель
<variant>больной человек
<variant>реконвалесцент
<variant>больное животное
<question>Для псориатического артрита характерны все перечисленные признаки, за исключением
<variant>кальцинатов мягких тканей
<variant>эрозий суставных поверхностей дистальных отделов стоп
<variant>асимметричных синдесмофитов
<variant>эрозий суставных поверхностей дистальных межфаланговых суставов рук
<variant>«лучевая» локализация артрита
<question>Поражение позвоночника при болезни Бехтерева чаще начинается
<variant>с крестцово-подвздошных сусавов

<variant>с шейного отдела
<variant>с поясничного отдела
<variant>с грудного отдела
<variant>с вовлечения в процесс всех отделов позвоночника
<question>Для системной склеродермии характерны все перечисленные процессы, кроме
<variant>капилляритов ладони
<variant>усиленной продукции фибробластами коллагена и фибронектина
<variant>усиленной продукции протеогликанов и гликопротеинов
<variant>увеличения транспорта ионов кальция
<variant>изменения мембранных рецепторов с развитием неадекватных реакций фибробластов
<question>Из перечисленных ниже положений, касающихся роли бактериальной, в том числе кишечной, инфекции как пускового (тригерного) фактора в возникновении реактивных артритов, верны все, за исключением
<variant>при реактивных артритах наблюдается лимфаденопатия
<variant>реактивные артриты - это инфекционные артриты
<variant>выявляют липополисахарид, содержащийся во многих микроорганизмах
<variant>в синовиальной оболочке больных реактивными артритами преобладают Т-лимфоциты, антигенспецифичные в отношении кишечной инфекции
<variant>у больных реактивными артритами повышена частота выявления антигена гистосовместимости В27
<question>Поражение периферической нервной системы при бруцеллезе, за исключением:
<variant>невралгии
<variant>невриты
<variant>плекситы
<variant>радикулоневриты
<variant>энцефалиты
<question>Ребенку 3 года. Жалобы на снижение аппетита, тошноту, боли в животе, сильный зуд в анальной области, усиливающийся ночью, плохой сон.
Объективно: кожа в области промежности, бедер гиперемирована, имеются следы расчесов, трещины в области заднего прохода. Стул жидкий со слизью, 3-4 раза в сутки.
Выберите наиболее правильный метод лечения данной патологии:
<variant>Гельминтокс 10 мг/кг массы тела, однократно
<variant>Албендазол 10 мг/кг массы тела 2 р. в день 3-4 цикла
<variant>Празиквантел 25-35 мг/кг массы тела в 3 приема
<variant>Декарис 2,5 мг/кг массы тела, однократно
<variant>Диэтилкарбамазин 2 мг/кг массы тела 3 р. в день
<question>У мальчика 7 лет, страдающего хроническим холециститом, при обследовании в желчи были обнаружены вегетативные формы лямблий.
Предварительный диагноз НАИБОЛЕЕ правомочен в данном случае:
<variant>Лямблиозный холецистит
<variant>Кишечный лямблиоз
<variant>Хронический холецистит
<variant>Хронический холецистопанкреатит
<variant>Дискинезия желчевыводящих путей
<question>Девочка 9 лет. Жалобы на температуру 37,30С, боли вокруг пупка в течение 3 месяцев. Стала раздражительной, ночью скрипит зубами. Примерно 2,5 месяца назад появился непродуктивный кашель, преимущественно по ночам, субфебрилитет. Кашель был расценен как проявления фарингита, который самостоятельно купировался через 2 недели. Девочка пониженного питания, кожные покровы сухие, в углах рта заеды. Катаральных явлений нет. Живот мягкий умеренно болезненный в левой подвздошной области. В ОАК Нв 110г/л, Эр 3,0

х1012/л, лейк 7,5 х109/л, п/я 2%, сегментоядерные 55%, э-8%, лимф -25%, м 10%, СОЭ11мм/ч. В анализе кала на я/г найдены яйца гельминта. Определите глистную инвазию:
<variant>Аскаридоз
<variant>Энтеробиоз
<variant>Трихоцефаллез
<variant>Дифилоботриоз
<variant>Описторхоз
<question>Девочка 11 лет жалобы на высокую лихорадку, боли в мышцах, головную боль. 2 месяца назад стали беспокоить приступообразные боли в животе, локализующиеся преимущественно вокруг пупка, не связанные с приемом пищи. 3 дня назад присоединились головные боли, миалгия, лихорадка. Объективно: умеренная пастозность лица, коньюктивит. Мышцы конечностей плотные, болезненные при пальпации. Живот мягкий, болезненный приповерхностной пальпации. В ОАК Нв 110г/л, Эр 3,0 х1012/л, лейк 10,5 х109/л, п/я 2%, сегментоядерные 55%, э-8%,лимф -25%, м 10%, СОЭ17мм/ч. Кал на я/г найдены яйца гельминта. Определите глистную инвазию.
<variant>Трихинеллез
<variant>Энтеробиоз
<variant>Дифилоботриоз
<variant>Аскаридоз
<variant>Описторхоз
<question>Рыбные продукты являются факторами передачи человеку:
<variant>описторхоза
<variant>энтеробиоза
<variant>аскаридоза
<variant>тениоза
<variant>эхинококкоза
<question>Контактно-бытовым путем передается:
<variant>энтеробиоз
<variant>диффилоботриоз
<variant>тениоз
<variant>описторхоз
<variant>кошачья двуустка
<question>У ребенка 9 лет при оформлении в плавательный бассейн в анализе кала были найдены яйца карликового цепня .Ваш диагноз:
<variant>гименолепидоз
<variant>энтеробиоз
<variant>описторхоз
<variant>аскаридоз
<variant>Тениоз
<question>Препаратом, применяемым при лечении гельминтозов является:
<variant>комбактрин
<variant>бисептол
<variant>бифидумбактерин
<variant>лактобактерин
<variant>фестал
<question>При лечении аскаридоза применяют:
<variant>комбактрин
<variant>бисептол
<variant>фуразолидон
<variant>фестал

<variant>панзинорм
<question>Характерные признаки при листериозе - … .
<variant>клиника сепсиса (пневмония, менингоэнцефалит)
<variant>поражение органов зрения (катаракта, глаукома, микроофтальмия)
<variant>врожденная микроцефалия
<variant>гнойный конъюнктивит, упорная пневмония без интоксикации
<variant>гидроцефалия, энцефалопатия с последующей эпилепсией, олигофренией
<question>Характерная боль в животе при кишечном иерсиниозе
<variant>Интенсивные, вокруг пупка или правой подвздошной области
<variant>Умеренная схваткообразная, а эпигастрии или мозогастрии, исчезает раньшетдиареи или одновременно с ней
<variant>Сильная, с ложными позывами, в нижней части живота, левой подвздошной области
<variant>Опоясывающие боли
<variant>Схваткообразные, в эпигастри
<question>Поэтиологии бактериальной инфекции относится
<variant>Шигеллез,сальмонеллез
<variant>Ротавирусный гастроэнтерит,аденовирусная инфекция
<variant>Амебиаз,лямблиоз
<variant>Энтеровирусная,реовирусная инфекция
<variant>Аскаридоз,гельминтоз
<question>Девочка 8 лет, болеет 1,5г, жалобы на недомогание, слабость, постоянные боли в правом подреберье с периодическими усилениями; боли тупые, ноющие, давящие, возникают через 1-1,5 часа после приема жирной пищи, или после физической нагрузки. Больна в течение 1,5 лет. Пальпация: болезненность в правом подреберье. Пузырные симптомы положительны; увеличена печень, болезненна.
Из перечисленных предварительных диагнозов является НАИБОЛЕЕ вероятным
<variant>дискинезия желчевыводящих путей
<variant>хронический гепатит
<variant>хронический холецистит
<variant>хронический панкреатит
<variant>язвенная болезнь 12-перстной кишки
<question>Ребенку 4 года, проходит медицинский осмотр в детский сад. Необходимый первоочередной анализ:
<variant>кал на яйца глист 3-х кратно
<variant>общий анализ кала
<variant>кал на бактерионосительство
<variant>кал на копрограмму
<variant>кал на скрытую кровь
<question>Ранние боли в животе появляются:
<variant>во время еды или в течение ближайшего получаса
<variant>через 2-2,5 часа после еды
<variant>днем
<variant>ночью
<variant>после еды через 1- 1,5 часа
<question>Ребенок 11 лет жалобы на похудание (потеря веса 7к), боли в правом подреберье, эпигастрии, тошноту, головную боль, раздражительность, повышенную потливость, лихорадку. Объективно: отстает в физическом развитии. Кожные покровы субиктеричные. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, точке желчного пузыря. В ОАК Нв 90г/л, Эр 3,0 х1012/л, лейк 10,5 х109/л, п/я 2%, сегментоядерные 55%, э-8%, лимф -25%, м 10%, СОЭ17мм/ч. Кал на я/г найдены яйца гельминта. Определите глистную инвазию:

<variant>описторхоз
<variant>трихинеллез
<variant>дифилоботриоз
<variant>аскаридоз
<variant>энтеробиоз
<question>Прогностически неблагоприятными факторами при судорожном синдроме у детей являются:
<variant>возникновение судорог на фоне нормальной температуры (афебрильные)
<variant>возникновение судорог на фоне гипертермии
<variant>возникновение судорог при спазмофилии
<variant>при гипокальциемии
<variant>длительность судорог не более 2-3 минут
<question>У годовалого ребенка после вакцинации развился анафилактический шок. Однократная доза 0,1% раствора адреналина, при оказании неотложной помощи составляет:
<variant>0,1 мл
<variant>0,2 мл
<variant>0,3 мл
<variant>0,5 мл
<variant>1 мл
<question>Вызов на дом к девочке 7 месяцев. Диагноз: ОРВИ, фебрильные судороги. Для неотложной терапии судорог ребенку необходима доза диазепама:
<variant>0,5 мг/кг ректально или в/м
<variant>0,7 мг/кг ректально или в/м
<variant>0,3 мг/кг ректально или в/м
<variant>0,4 мг/кг ректально или в/м
<variant>0,2 мг/кг ректально или в/м
<question>У ребенка 2 лет, состояние средней тяжести за счет симптомов интоксикации. Жалобы на температуру 38,7С и судороги. Для ликвидации гипертермии и судорог у данного ребенка необходимо назначить препараты:
<variant>парацетамол и диазепам
<variant>парацетамол и люминал
<variant>аспирин и люминал
<variant>аспирин и седуксен
<variant>анальгин и димедрол
<question>На приеме ребенок 2 лет. Температура тела 37 С. На туловище обильная мелкоточечная, местами сливная сыпь, фон кожи неизменен. Пальпируются увеличенные затылочные лимфатические узлы. Ваш предварительный диагноз:
<variant>краснуха
<variant>аллергическая сыпь
<variant>корь
<variant>скарлатина
<variant>ветряная оспа
<question>Осложнением при вакцинации кори является:
<variant>фебрильные судороги
<variant>холодный абсцесс
<variant>келлоидные рубцы
<variant>дисфункция кишечника
<variant>флегмона
<question>У ребенка 6 лет отеки на конечностях. Для выявления скрытых отеков используют пробу:

<variant>Мак-Клюра-Олдрича
<variant>Амбурже
<variant>Зимницкого
<variant>Нечипоренко
<variant>Адисса-Каковского
<question>Ребенок от 2-ой беременности, преждевременных родов на 33-35-й неделе. Родился в асфиксии, оценка по шкале Апгар 4-5 баллов. При осмотре состояние тяжелое, кожные покровы цианотичные, клонико - тонические судороги, крик слабый.
Для ликвидации судорог данному ребенку необходимая доза препарата:
<variant>диазепам в дозе 0,5 мг/кг массы в/м
<variant>диазепам в дозе 1,0 мг/кг массы в/м
<variant>раствор седуксена 1,0 мл в/в
<variant>диазепам в дозе 1,5 мг/кг массы в/м
<variant>диазепам в дозе 0,1 мг/кг массы в/м
<question>У больного отмечается протеинурия (<2,5г/сут, гематурия (умеренные отеки, артериальная гипертензия, продолжающиеся в течение 3 лет) Сделайте вывод о диагнозе больного:
<variant>Хронический нефритический синдром
<variant>Нефротический синдром
<variant>Острый нефритический синдром
<variant>Острая почечная недостаточность
<variant>Хроническая почечная недостаточность
<question>У больного диагноз: Острый нефритический синдром. Рассчитайте сроки диспансерного наблюдения.
<variant>5 лет
<variant>1 год
<variant>2 года
<variant>3 года
<variant>4 года
<question>У больного отмечается появление отеков на лице, на ногах в течение нескольких недель, месяцев. Мягкие, легко перемещаются в зависимости от положения тела, волнообразного течения с эпизодами спонтанного схождения отеков. Сделайте вывод о характере отеков
<variant>нефротический синдром
<variant>застойная ХСН
<variant>цирроз печени
<variant>тиреотоксикоз
<variant>лимфедема
<question>У больного с нефротическим синдромом длительно сохраняются отеки. Тактика лечения
<variant>Торасемид
<variant>Индапамид
<variant>Спиронолактон
<variant>Альбумин
<variant>Гемодиализ
<question>Клинический синдром, характеризующийся тяжелой протеинурией >3,5г/1,73м2/сут, гипоальбуминемией, гиперлипидемией и отеками:
<variant>Нефротический синдром
<variant>Острая почечная недостаточность
<variant>Нефритический синдром
<variant>Хроническая почечная недостаточность

<variant>Мочевой синдром
<question>Относится к четким признакам почечной недостаточности:
<variant>повышение уровня креатинина в крови
<variant>анемия
<variant>артериялық гипертония
<variant>олигурия
<variant>гиперкалиемия
<question>Характерно для мочевого синдрома:
<variant>протеинурия, гематурия
<variant>пиурия
<variant>снижение клубочковой фильтрации
<variant>оксалатурия
<variant>увеличение объема циркулирующей крови
<question>Относится к основному признаку нефротического синдрома:
<variant>массивные отеки
<variant>головные боли
<variant>боли в пояснице
<variant>артериальная гипертензия
<variant>кровохарканье
<question>Клинический синдром, характеризующийся персистирующей альбуминурией более 30 мг/сут, обнаруженной как минимум 2 раза в течение 3-6 месяцев с прогрессивным снижением СКФ и повышением артериального давления:
<variant>диабетическая нефропатия
<variant>острый гломерулонефрит
<variant>амилоидоз почек
<variant>нефротический синдром
<variant>волчаночный нефрит
<question>Острая диабетическая декомпенсация обмена веществ, проявляющаяся резким повышением уровня глюкозы и концентрации кетоновых тел в крови, появлением их в моче и развитием метаболического ацидоза, при различной степени нарушения сознания или без нее, требующая экстренной госпитализации больного
<variant>диабетический кетоацидоз
<variant>гиперосмолярная кома
<variant>лактатацидотическая кома
<variant>гипогилкемическая кома
<variant>тиреотоксический криз
<question>Ребенок 14 лет с диагнозом: Сахарный диабет 1 типа. Болеет в течение 4 лет. Рассчитайте дозу инсулина.
<variant>1ЕД/кг массы тела
<variant>2ЕД/кг массы тела
<variant>3ЕД/кг массы тела
<variant>4ЕД/кг массы тела
<variant>5ЕД/кг массы тела
<question>Больной с предварительным диагнозом: Сахарный диабет 2 типа. Выберите основные диагностические мероприятия, проводимые на амбулаторном уровне.
<variant>пероральный глюкозотолерантный тест с 75 г глюкозы
<variant>определение уровня С-пептида и иммунореактивного инсулина
<variant>ИФА–определение ICA – антитела к островковым клеткам
<variant>УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы
<variant>определение гликозилированного гемоглобина

<question>Минимальный уровень гликемии натощак, по которому диагностируется сахарный диабет, равен
<variant>6,1 ммоль/л
<variant>5,8 ммоль/л
<variant>6,7 ммоль/л
<variant>5,5 ммоль/л
<variant>7,8 ммоль/л
<question>Укажите значение гликемии через 2 часа после пероральной нагрузки с 75 г глюкозы, когда диагностируется сахарный диабет по критериям ВОЗ:
<variant>11,1 ммоль/л
<variant>6 ммоль/л
<variant>8 ммоль/л
<variant>8.4 ммоль/л
<variant>9.7 ммоль/л
<question>Сахароснижающее действие сульфаниламидов основано на:
<variant>усилении секреции инсулина бета – клетками
<variant>подавлении печеночного глюконеогенеза
<variant>улучшении действия эндогенного инсулина
<variant>замедлении резорбции глюкозы в кишечнике
<variant>замедлении секреции глюкагона
<question>Диабет наиболее часто встречающийся у подростков:
<variant>1 тип
<variant>2 тип
<variant>оба вида
<variant>в равной частоте
<variant>гестационный диабет
<question>Выберите тиреотоксикоз, обусловленный повышенной продукцией гормонов щитовидной железы.
<variant>болезнь Грейвса
<variant>метастазы рака щитовидной железы
<variant>хорионэпителиома
<variant>тиреоидит де Кервена
<variant>послеродовый тиреоидит
<question>Выберите показания для плановой госпитализации больных с тиреотоксикозом:
<variant>оценка адекватности терапии
<variant>неэффективность амбулаторного лечения
<variant>тиреотоксический криз
<variant>подготовка к операции
<variant>развитие осложнений
<question>Диагноз: Тиреотоксикоз. Выберите препараты для консервативной тиреостатической терапии.
<variant>тирозол
<variant>анаприлин
<variant>бисопролол
<variant>преднизолон
<variant>йодид калия
<question>Больной взят на диспансерный учет с диагнозом: Гипотиреоз. Разработайте план лечебно-оздоровительных мероприятий:
<variant>тиреотропные препараты, лечение сопутствующих заболеваний
<variant>оперативное, лучевое, комбинировнное лечение

<variant>рекомендации по навыкам здорового образа жизни
<variant>психопрофилактика, коррекцияфакторов риска
<variant>левотироксина, лечение сопутствующих заболеваний
<question>Больной взят на диспансерный учет с диагнозом: Тиреотоксикоз. Разработайте план лечебно-оздоровительных мероприятий.
<variant>терапия тиреостатиками, лечение сопутствующих заболеваний
<variant>тиреотропные препараты
<variant>оперативное, лучевое, комбинировнное лечение
<variant>рекомендации по навыкам здорового образа жизни
<variant>лечение сопутствующих заболеваний
<question>Больной взят на диспансерный учет с диагнозом: Тиреотоксикоз. Рассчитайте частоту визитов больного к ВОП.
<variant>1 раз в год
<variant>2 раза в год
<variant>3 раза в год
<variant>4 раза в год
<variant>5 раз в год
<question>Девочку 13 лет беспокоят прибавка в весе, слабость, отечность лица, сухость кожи, запоры, аменорея, ухудшение памяти. Кожа сухая, холодная. Щитовидная железа не пальпируется. АД – 90/60 мм РТ.ст., пульс – 52 в мин.Т3, Т4 снижены, ТТГ – повышен. Наиболее целесообразно назначить:
<variant>Тиреоидные препараты
<variant>Тиреостатические препараты
<variant>Диуретики
<variant>Антибиотики
<variant>Нестероидные противовоспалительные препараты
<question>При плановом диспансерном осмотре 13-летней девочки врач общей практики обратил внимание на учащенный (ЧСС – 120 в минуту) и аритмичный пульс, повышение АД до 160/80 мм РТ. Ст. Сама пациентка чувствует себя хорошо, жалоб не предъявляет. При активном расспросе выяснили, что больная похудела на 6 кг за последние 4 мес. Для уточнения диагноза необходимо прежде всего провести:
<variant>определение тиреотропного гормона в крови
<variant>ультразвуковое исследование щитовидной железы
<variant>определение экскреции метанефринов с суточной мочой
<variant>электрокардиограмму
<variant>компьютерную томографию надпочечников
<question>Больному с тиреотоксикозом тиреостатики назначаются для:
<variant>понижения уровня тиреоидных гормонов в крови
<variant>повышения уровня тиреоидных гормонов в крови
<variant>понижения в крови антител к тиреопероксидазе
<variant>понижения в крови антител к тиреоглобулину
<variant>повышения в крови уровня связанного с белком йода
<question>У юноши, 15 лет, обнаружен эндемический зоб 1 степени. Состояние эутиреоидное. Предпочтительная тактика ведения больного:
<variant>прием препаратов йода по 200 мкг/день в течение 6 месяцев
<variant>прием левотироксина
<variant>комбинированный прием мерказолила и β-блокаторов
<variant>пожизненный прием препаратов йода в дозе 100 мкг/день
<variant>комбинированный прием левотироксина и препаратов йода
<question>Выберите перечень основных диагностических мероприятий на амбулаторном этапе

при подозрении на гипотиреоз.
<variant>ТТГ
<variant>общий холестерин
<variant>ЭхоКГ
<variant>флюорогрфия
<variant>УЗИ внутренних органов
<question>Истинное преждевременное половое развитие обусловлено ранней активацией гипоталамуса или аденогипофиза, что приводит к избыточной секреции
<variant>лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона
<variant>соматотропного гормона, тиреотропного гормона
<variant>адренокортикотропного гормона, андрогенного гормона
<variant>фолликулостимулирующего гормона, соматотропного гормона
<variant>тиреотропного гормона, андрогенного гормона
<question>Больной с подозрением на акромегалию. Выберите основные диагностические мероприятия амбулаторном этапе:
<variant>Определение базального уровня СТГ в сыворотке крови
<variant>Определение в крови уровня ТТГ
<variant>Определение в крови уровня кортизола
<variant>Определение в крови уровня АКТГ
<variant>Определение в крови уровня ФСГ,ЛГ
<question>Больной с диагнозом: Гиперпаратиреоз, ремиссия. Разработайте тактику дальнейшего ведения больного.
<variant>наблюдение у эндокринолога
<variant>лечение тиреоидита
<variant>контроль кальция в крови
<variant>флюорографическое исследование
<variant>УЗИ щитовидной железы
<question>Группа гетерогенных по этиологии, патогенезу и морфологии заболеваний, характеризующихся избыточной и независимой от ренин-ангиотензиновой системы продукцией альдостерона и сопровождающихся артериальной гипертензией, гипокалиемией и метаболическим алкалозом:
<variant>первичный гиперальдостеронизм
<variant>реноваскулярная гипертония
<variant>гипогонадизм
<variant>соматогенный нанизм
<variant>болезнь Педжета
<question>Выберите основные диагностические мероприятия на амбулаторном этапе при припервичном гиперпаратиреозе:
<variant>общий и ионизированный кальций в крови
<variant>общий анализ крови
<variant>общий анализ мочи
<variant>гликемия натощак
<variant>сцинтиграфия с таллие
<question>Больной с диагнозом: Акромегалия. Выберите препарат для лечения:
<variant>Ланреотид
<variant>Эутирокс
<variant>Левотироксин
<variant>Эстрадиол
<variant>Небидо