

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
 ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
 ЦЕНТР ПОСЛЕДИПЛОМНОГО И НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
 Отдел программ педиатрических специальностей

РАССМОТРЕНО

На заседании отдела протокол № 18

от « 26 » 11 2022-года

Рук. отд. Маткасымова А.Т. 

УТВЕРЖДАЮ

Председатель УМС ЦПинМО

Пр № _____ от « _____ » 2022-года

Калыбекова К.Д. 



ФОНД ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Для итогового контроля по специальности

92 «Педиатрия»

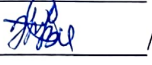
На 20 22-2023 учебный год

2-курс 3-семестр

Наименование дисциплины	Всего часов	Аудиторные занятия 10% (96 ч)		Практика 90%
		Лекция	Семинарское	
ОКД	864	36	36	792
Специальная дисциплина	240	10	10	220
Аттестация	48	2	2	44

Составители:

1. ФИО Маткасымова А.Т. подпись / 

2. ФИО Зрешова Л.А. подпись / 

Эксперт –тестолог: ФИО Жеңиралеев Д.Д. подпись / 

№	Название дисциплины	Количество тестовых задач	%ное соотношение
1	Детская гематология	42	16,8%
2	Детская нефрология	41	16,4%
3	Детская кардио-ревматология	41	16,4%
4	Детская анестезиология и реанимация	42	16,8%
5	Поликлиническая педиатрия	42	16,8%
6	Детская хирургия	42	16,8%
Итого:		250	100%

Тесты для клинических ординаторов второго года по специальности «Педиатрия».

1. Возраст первой вакцинации против коклюша, дифтерии, столбняка, гемофильной инфекции, вирусного гепатита В (пентавакциной), пневмококковой инфекции, полиомиелита соответствует:

- A. 1 месяцу
- B. 2 месяцам
- C. 3,5 месяцам
- D. 5 месяцам
- E. 12 месяцам

2. Вторая доза пентавакцины (АКДС-ВГВ-ХИБ) вводится в возрасте:

- A. 1 месяц
- B. 2 месяца
- C. 3,5 месяца
- D. 5 месяца
- E. 12 месяца

3. Третья доза пентавакцины (АКДС-ВГВ-ХИБ) вводится в возрасте:

- A. 1 месяц
- B. 2 месяца
- C. 3,5 месяца
- D. 5 месяца
- E. 12 месяца

4. Инъекция пентавакциной (АКДС-ВГВ-ХИБ) у детей до 12 месяцев проводится:

- A. в верхнюю переднебоковую часть бедра
- B. в нижнюю переднебоковую часть бедра
- C. в дельтовидную мышцу плеча
- D. в ягодицу
- E. под лопатку

5. Компонентом пентавалентной вакцины, обеспечивающим специфическую защиту от гнойных менингитов и пневмоний у детей раннего возраста, является:

- A. дифтерийный анатоксин
- B. столбнячный анатоксин
- C. инактивированная цельноклеточная бактерия коклюша
- D. поверхностный антиген гепатита В
- E. антиген гемофильной инфекции типа b

6. Доза пентавакцины (АКДС-ВГВ-ХИБ) составляет:

- A. 0,1 мл
- B. 0,2 мл

- C. 0,3 мл
- D. 0,4 мл
- E. 0,5 мл

7. В случае гипертермической реакции в анамнезе после иммунизации пентавакциной (АКДС-ВГВ-ХИБ) в течение 4-8 часов назначается:

- A. анальгин
- B. амидопирин
- C. ацетилсалициловая кислота
- D. парацетамол
- E. диазепам

8. Противопоказанием для введения первой дозы пентавакцины (АКДС-ВГВ-ХИБ) является:

- A. ВИЧ-инфекция
- B. рахит
- C. железодефицитная анемия
- D. наличие судорог у новорожденных
- E. молочница

9. Согласно календарю профилактических прививок, утвержденному приказом МЗ КР №143 от 26.02.2016 г., первая вакцинация против полиомиелита (ОПВ) проводится:

- A. в первые 24 часа после рождения
- B. в течение пребывания в роддоме
- C. в 1 месяц
- D. в 2 месяца
- E. в 3,5 месяцев

10. Согласно календарю профилактических прививок, утвержденному приказом МЗ КР №143 от 26.02.2016 г., вакцинация инактивированной вакциной против полиомиелита (ИПВ) и оральной полиомиелитной вакциной (ОПВ) проводится:

- A. в первые 24 часа после рождения
- B. в течение пребывания в роддоме
- C. в 1 месяц
- D. в 2 месяца
- E. в 3,5 месяцев

11. Согласно календарю профилактических прививок, утвержденному приказом МЗ КР №143 от 26.02.2016 г., первая вакцинация против пневмококковой инфекции проводится:

- A. в первые 24 часа после рождения
- B. в течение пребывания в роддоме
- C. в 1 месяц
- D. в 2 месяца
- E. в 3,5 месяцев

12. Согласно календарю профилактических прививок, утвержденному приказом МЗ КР №143 от 26.02.2016 г., вторая вакцинация против пневмококковой инфекции проводится:

- A. в первые 24 часа после рождения
- B. в 1 месяц
- C. в 2 месяца
- D. в 3,5 месяца
- E. в 5 месяцев

13. Возраст планового определения гемоглобина периферической крови соответствует:

- A. 1 месяцу
- B. 3,5 месяцам
- C. 5 месяцам
- D. 6 месяцам
- E. 7,5 месяцам

14. Ребенок первого месяца жизни нуждается в мерах ухода:

- A. многослойном укутывании
- B. тугом пеленании
- C. ежедневном купании

- D. накрывании лица тонким платком во время сна
- E. проветривании комнаты ребенка после курения родителей

15. Современный показатель физического развития и состояния питания детей первых пяти лет жизни при плановом осмотре в ЦСМ исходит из соответствия:

- A. нормативам массо-ростового соотношения
- B. нормативам ежемесячных прибавок массы и роста
- C. ориентировочным формулам для подсчета массы и роста
- D. индексам, высчитываемым по таблицам стандартных отклонений
- E. значениям, высчитываемым по таблицам центильных отклонений

16. На приеме у семейного врача, пациент 12 лет. Обратились родители после того, как узнали, что родной дядя болен туберкулезом, диагноз: Фиброзно-кавернозный туберкулез легких, БК (+). При обследовании: жалоб у ребенка нет, индекс массы тела 19 кг/м², со стороны других органов и систем без патологических особенностей, но у ребенка имеется бронхиальная астма, состоит на учете более 2-х лет, обследуется и лечение получает регулярно. После обследования ребенка локальный туберкулезный процесс полностью исключен. Решите, какой противотуберкулезный препарат необходим для проведения химиопрофилактики туберкулеза у данного пациента?

- A. рифампицин
- B. пиразинамид
- C. изониазид
- D. этамбутол
- E. стрептомицин

17. Студент 19 лет, на приеме у семейного врача, предъявляет жалобы на кашель с мокротой, по утрам кровохаркание, одышку, повышение температуры тела 37,0 С, потливость и похудание в течении 4 недель. Из анамнеза: больным себя считает в течении 2х месяцев, занимался самолечением (ампициллин, парацетамол, кетонал) отмечал временное улучшение. Последние 3 дня отмечает ухудшение состояния. Какой метод диагностики необходимо провести в первую очередь?

- A. Посев мокроты на чувствительность к антибиотикам
- B. Общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов
- C. Биохимический анализ крови
- D. Бактериоскопию мокроты на микобактерии
- E. Посев мочи на чувствительность к антибиотикам

18. У больного ребенка 12 лет, состоящим на учете у ревматолога, с повышалась температура до 37,6 по вечерам, несмотря на проводимую антирецидивную терапию строго по плану. Жалуется на кашель с мокротой, боль в грудной клетке справа, слабость, недомогание. Родители обратились к педиатру. Какое исследование необходимо сделать в первую очередь?

- A. бронхографию
- B. электрокардиографию
- C. бактериоскопию мокроты
- D. спирографию
- E. торакографию

19. Девочка 12 лет, заболела остро 2 недели назад, с подъемом температуры до 40°С с ознобом, профузным потом, резко выраженной слабостью, адинамией, диспепсическими расстройствами, тахикардией. При осмотре – больная пониженного питания, глаза с блеском, сознание ясное, изменений со стороны грудной клетки и брюшной полости нет. Был заподозрен брюшной тиф. При аускультации в межлопаточном пространстве - влажные мелкопузырчатые хрипы и нежный шум трения плевры. На обзорной рентгенограмме легких - тотальное обсеменение обоих легких мелкими очагами. Проба Манту с 2 ТЕ – отрицат. Из анамнеза известен контакт с больным туберкулезом легких с бактериовыделением. Поставьте предварительный диагноз:

- A. Первичная пневмония
- B. Туберкулез легких
- C. Бронхиальная астма
- D. Саркоидоз легких
- E. Пневмокониоз легких

20. У ребенка 3 лет, общее состояние удовлетворительное. На левом плече имеется поствакцинальный рубчик размерами 6 мм. В возрасте 1,5 лет пострадал в автокатастрофе, в связи с потерей крови было проведено переливание плазмы и эритроцитарной массы. Через 6 месяцев была выявлена ВИЧ инфекция. При диспансерном обследовании, поставлена проба Манту с 2 ТЕ. Через 72 часа после постановки теста наблюдали инфильтрат размером 5 мм в диаметре. Ваша дальнейшая тактика по отношению к данному ребенку?
- A. провести химиопрофилактику изониазидом 2 месяца
 - B. провести химиопрофилактику изониазидом 4 месяца
 - C. провести химиопрофилактику изониазидом 6 месяцев
 - D. провести химиопрофилактику изониазидом 8 месяцев
 - E. провести химиопрофилактику изониазидом 1 год
21. На приеме девушка 17 лет. Жалобы на кашель с отделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, боли в грудной клетке, лихорадку, утомляемость. Болеет в течение 3-х недель. Принимала аспирин при повышении температуры тела, пила отвары из корня алтея без особого эффекта. Объективно: пациентка пониженного питания, кожные покровы на ощупь влажные. В легких справа ниже угла лопатки определяется укорочение перкуторного звука, дыхание на этом участке ослабленное, хрипов нет. ЧД 20 в мин., ЧСС 105 в мин., АД 110/70 мм рт. ст. Другие органы без особенностей. Врач направил на 2-кратный анализ мокроты на бактериоскопии - отрицательный. Какую тактику должен выбрать врач?
- A. Назначить рентгенографию легких
 - B. Назначить торакоскопию
 - C. Назначить УЗИ синусов
 - D. Назначить бронхоскопию
 - E. Назначить биохимическое исследование крови
22. Пациент 16 лет, при поступлении в приемное отделение противотуберкулезного стационара, сдал мокроту на Haintest, вышла устойчивость к рифампицину и изониазиду. Фтизиатр поставил пациенту туберкулез с мультирезистентной устойчивостью. Выберите противотуберкулезные препараты II ряда (резервные препараты) для лечения данного пациента:
- A. ПАСК, циклосерин, рифампицин
 - B. изониазид, стрептомицин, канамицин
 - C. изониазид, рифампицин, этамбутол
 - D. левофлоксацин, циклосерин, амикацин
 - E. этионамид, пиразинамид, этамбутол
23. Результат внутрикожной пробы Манту у здорового ребенка интерпретируется положительным, если размер:
- A. Размер от 1 – 2 мм
 - B. Размер от 2 – 4 мм
 - C. Размер от 4 – 6 мм
 - D. Размер от 6 – 8 мм
 - E. Размер от 10 – 12 мм
24. Инфильтративный туберкулез легких, при неблагоприятном течении переходит следующую форму туберкулеза:
- A. Первичный туберкулезный комплекс
 - B. Милиарный туберкулез
 - C. Кавернозный туберкулез
 - D. Туберкулезный бронхоаденит
 - E. Очаговый туберкулез
25. У ребенка 3-х лет из очага туберкулезной инфекции, после постановки пробы Манту (результат 13 мм) и при дальнейшем обследовании, выявлена малая форма туберкулеза внутригрудных лимфоузлов. Проведено также обследование взрослых контактных лиц методом флюорографии, которое выявило у матери ребенка в области верхней доли правого легкого наличие кольцевидной тени с зоной перифокальной инфильтрации и немногочисленными очагами бронхогенной диссеминации. Выберите из перечисленных форм туберкулеза, которую вы можете предварительно выставить:
- A. Инфильтративный туберкулез легких
 - B. Очаговый туберкулез легких
 - C. Кавернозный туберкулез легких
 - D. Диссеминированный туберкулез легких
 - E. Туберкулема легких
26. На приеме у врача ребенок 5 лет, по контакту с отцом, у которого диагностирован туберкулез легких, БК (+). После постановки ребенку пробы Манту, через 72 часа отмечается гиперемизированная папула, с четкими

контурами, плотной консистенции. Интерпретируйте пробу Манту. В каком из предложенных вариантов можно оценить положительный результат как признак инфицирования?

- A. папула 1 мм.
- B. папула 4 мм
- C. папула 6 мм
- D. папула 8 мм
- E. папула 14 мм

27. Особенности рентгенологической картины при туберкулезе легких у больных сахарным диабетом:

- A. единичные очаговые тени в верхушках легких;
- B. мелкоочаговая диссеминация в легких, больше в нижних отделах;
- C. расширенные внутригрудные лимфоузлы;
- D. сливные очаговоподобные тени, склонность к инфильтрации с множественными полостями распада;
- E. инфильтративные тени связанные с корнем, больше расположенные в нижних отделах легких.

28. У подростка 13 лет,

страдающим СД I типа из туберкулезного очага при флюорографическом обследовании обнаружено расширение тени средостения. Какое заболевание можно подозревать?

- A. туберкулез внутригрудных лимфоузлов
- B. лимфогранулематоз
- C. саркоидоз
- D. кавернозный туберкулез
- E. пневмония

29. Перечислите наиболее характерные изменения плевральной жидкости при туберкулезном плеврите:

- A. снижение содержания сахара, снижение количества белка, единичные лимфоциты в клеточном составе жидкости;
- B. увеличение количества лейкоцитов, повышение содержания сахара;
- C. увеличение количества белка, преобладание в клеточном составе жидкости лимфоцитов, высокий удельный вес, единичное обнаружение МБТ
- D. геморрагическая жидкость
- E. опалесцирующая жидкость

30. При каких формах туберкулеза отмечается R-й синдром патологии корней легких и увеличение внутригрудных лимфатических узлов?

- A. кавернозный туберкулез легких;
- B. первичный туберкулезный комплекс;
- C. инфильтративный туберкулез;
- D. милиарный туберкулез
- E. туберкулема легких

31. У ребенка 5 лет, с ВИЧ-инфекцией проба Манту дала результат 9 мм инфильтрат. Как вы оцените данную пробу?

- A. отрицательная
- B. положительная
- C. слабо положительная;
- D. гиперергическая;
- E. сомнительная.

32. Здорового новорожденного, в роддоме, при выписке, на 3-й день жизни привили вакциной БЦЖ. Какой результат пробы Манту вы ожидаете к 1 году жизни?

- A. отрицательный;
- B. положительный;
- C. сомнительная;
- D. слабо положительная;
- E. гиперергическая.

33. У ребенка 5 лет, проживающего в интернате, при проведении пробы Манту с 2 ТЕ наблюдали реакцию в виде инфильтрата размером 7 мм в диаметре с лимфангоитом и везикулами на стороне введения. Оцените результат пробы:

- A. положительный
 - B. отрицательный
 - C. сомнительная;
 - D. гиперергическая;
 - E. слабо положительная.
34. У инфицированного МБТ человека на месте внутрикожного введения 2 ТЕ обычно формируется:
- A. пустула;
 - B. участок депигментации;
 - C. папула;
 - D. участок гиперпигментации;
 - E. гиперемия.
35. Туберкулин – это...:
- A. L-формы МБТ;
 - B. продукт жизнедеятельности микобактерий;
 - C. убитые *m. Bovis*;
 - D. живые микобактерии;
 - E. фильтрующие формы.
36. Снижение чувствительности к туберкулину бывает при развитии:
- A. пищевой аллергии;
 - B. лямблиозе;
 - C. лимфогранулематозе
 - D. вирусной инфекции
 - E. при контакте с больным туберкулезом
37. Выявить специфическую аллергию к МБТ позволяет:
- A. туберкулинодиагностика;
 - B. микроскопия мокроты;
 - C. рентгенография легких;
 - D. общий анализ крови;
 - E. бактериологическое исследование.
38. Вакцина БЦЖ представляет собой:
- A. продукт жизнедеятельности живых туберкулезных палочек;
 - B. особый штамм живых, ослабленных атипичных микобактерий;
 - C. особый штамм живых, апатогенных ослабленных типичных микобактерий туберкулеза;
 - D. продукт жизнедеятельности МБТ;
 - E. продукт жизнедеятельности нетуберкулезных микобактерий.
39. Сан.авиацией, в приемное отделение противотуберкулезной больницы поступил ребенок 4-х лет. Состоял на учете, как контактный из туберкулезного очага (отец болен ТБ БК (+), не лечится). На рентгенограмме органов грудной клетки и срединной томограмме отмечается синдром патологии корней легких. При осмотре, ребенок вяло реагирует на внешние раздражители, отстаёт в физическом развитии, «положительный» с. Кернига, ваш предварительный диагноз:
- A. ТБ менингит
 - B. ТБ плеврит
 - C. ТБ внутригрудных лимфоузлов, осложненный менингитом
 - D. ТБ печени
 - E. первичный туберкулезный комплекс
40. Прием какого противотуберкулезного препарата ведет к изменению функций органа зрения (ограничение полей зрения, образование скотом, цветовая слепота на красный или зеленый цвет)?
- A. изониазид
 - B. пиперазинид
 - C. стрептомицин
 - D. этамбутол
 - E. рифампицин
41. Стандартная комбинация в интенсивную фазу для лечения больных «Новый случай» с лекарственно-чувствительным туберкулезом:
- A. изониазид + этамбутол + канамицин

- В. изониазид + рифампицин + пиразинамид +этамбутол
- С. рифампицин + стрептомицин + этионамид + ПАСК
- Д. изониазид + стрептомицин + этамбутол + ПАСК
- Е. изониазид + стрептомицин + этамбутол + этионамид

42. Здорового новорожденного в роддоме при выписке, на 3-й день жизни привили вакциной БЦЖ. Какой результат пробы Манту вы ожидаете к 1 году жизни?

- А. отрицательный;
- В. положительный;
- С. сомнительная;
- Д. слабо положительная;
- Е. гиперергическая.

43. У ребенка 5 лет, проживающего в интернате, при проведении пробы Манту с 2 ТЕ наблюдали реакцию в виде инфильтрата размером 7 мм в диаметре с лимфангоитом и везикулами на стороне введения. Оцените результат пробы:

- А. положительный
- В. отрицательный
- С. сомнительная;
- Д. гиперергическая;
- Е. слабо положительная.

44. К блокаторам H₂-рецепторов гистамина относится:

- А. омепразол
- В. кординокс
- С. гастрोцепин
- Д. квамател
- Е. трихопол

45. Согласно Маахстрихского соглашения по лечению гастритов хеликобактерной этиологии основными препаратами, входящими в протокол лечения тройной терапии являются:

- А. гентамицин, алмагель, мотилиум
- В. амоксициллин, омепразол, метронидазол
- С. кларитромицин, пилорид, мотилиум
- Д. де-нол, ранитидин, пенициллин
- Е. рабепразол, висмут-цитрат, трихопол

46. Ребенок 4 года. Жалобы матери на кашель с гнойным отделяемым, одышку, заложенность носа, плохой аппетит. В анамнезе - частые простудные заболевания, гаймориты, отиты. Объективно: отставание в физическом развитии, гнойные выделения из носа. В легких - мелкопузырчатые влажные хрипы с двух сторон. Границы сердца смещены вправо, там же прослушиваются сердечные тоны. Печень пальпируется в левом подреберье. Ваш предполагаемый диагноз:

- А. бронхоэктатическая болезнь
- В. синдром Гудпасчера
- С. синдромХаммен Рича
- Д. хронический бронхит
- Е. синдром Картагенера

47. Мальчик 8 лет. Жалобы на кашель с трудно отделяемой мокротой, запоры. Болен с рождения. Неоднократно госпитализировался с диагнозами обструктивный бронхит, пневмония. 2сисба умерли в неонатальном периоде от кишечной непроходимости. Вес 29 килограмм, рост 140 см. Выражены симптомы "часовых стекол" и "барабанных палочек". Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук над легкими с тимпаническим оттенком. Аускультативно: справа дыхание ослаблено, слева – жесткое, разнокалиберные влажные и сухие хрипы, Стул обильный, с жирным блеском, замазкообразный. Поставьте предварительный диагноз:

- А. фиброзирующийальвеолит
- В. дефицит альфа один антитрипсина

- C. муковисцидоз
- D. цилиарная дискинезия
- E. интерстициальная болезнь легких

47. У 5-летнего ребенка после катаральных явлений через 7 дней появилась слабость сначала в ногах, затем и в руках, чувствительность сохранена, нарушений функций тазовых органов нет. На 10-день заболевания появилось нарушение дыхания, потребовавшее применения ИВЛ. Каков Ваш предположительный диагноз?

- A. ОРВИ
- B. Острый полирадикулоневрит Гисна-Барре
- C. Острый миелит
- D. Полиомиелит
- E. Цереброастенический синдром

48. У 5-летнего ребенка после катаральных явлений через 7 дней появилась слабость сначала в ногах, затем и в руках, чувствительность сохранена, нарушений функций тазовых органов нет. На 10-день заболевания появилось нарушение дыхания, потребовавшее применения ИВЛ. Подберите для данного клинического случая данные анализа спинномозговой жидкости?

- A. Белок - 400 мг/л, глюкоза - 750 мг/л, лейкоциты - 3/мкл, эритроциты - 0, давление - 430 мм. вод. ст., цвет - прозрачный, гамма-глобулин - 8% от белка
- B. Белок - 3000 мг/л, глюкоза - 860 мг/л, лейкоциты - 7/мкл, эритроциты - 0, давление - 120 мм. вод. ст., цвет - желтый, гамма-глобулин - 12% от белка
- C. Белок - 650 мг/л, глюкоза - 800 мг/л, лейкоциты - 8/мкл, эритроциты - 0, давление - 110 мм. вод. ст., цвет - прозрачный, гамма-глобулин - 17% от белка
- D. Белок - 950 мг/л, глюкоза - 120 мг/л, лейкоциты - 150/мкл, эритроциты - 3, давление - 200 мм. вод. ст., цвет - молочный, гамма-глобулин - 13% от белка
- E. Белок - 1200 мг/л, глюкоза - 650 мг/л, лейкоциты - 85/мкл, эритроциты - 15, давление - 300 мм. вод. ст., цвет - мутный, гамма-глобулин - 15% от белка

49. Ребенок во время игры получил травму боковой части головы. После чего в течение 30 сек оказался оглушенным, но затем полностью оправился, пока внезапно не впал в сопор. Конечности на стороне противоположной травме, стали слабыми. Ребенок госпитализирован в стационар через 25 минут, не реагирует на боль. Пульс 40 ударов в минуту без аритмии. АД 170/110 мм/рт столба, на глазном дне венозный застой, при отсутствии пульсации сосудов сетчатки.

Наиболее целесообразная тактика в ближайшие 4 часа?

- A. краниотомия
- B. антигипертензивное лечение
- C. установка водителя ритма
- D. вентрикулоперитонеальное шунтирование
- E. противэпилептическое лечение

50. Ребенок получил травму головы. Через некоторое время впал в сопор, наблюдаются латерализованные судороги, гемиплегия, не реагирует на боль. Пульс 40 ударов в минуту без аритмии. АД 170/110 мм/рт столба, на глазном дне венозный застой, при отсутствии пульсации сосудов сетчатки.

Что можно ожидать от МРТ головного мозга ребенка, проведенного в первые часы после травмы?

- A. нормальную картину мозга
- B. внутримозговую гематому
- C. резидуальную энцефалопатию
- D. субарахноидальное кровоизлияние
- E. эпидуральную гематому

51. У 14-летнего ребенка последние 6 недель по несколько раз в день возникают приступы диплопии, непрекращающиеся в течение ряда дней с присоединением тупых болей за правым глазом. Врач попросил ее смотреть на мигающую слева лампу, закрыв правый глаз красным светом. При этом ребенок увидел 2

света: белый и слева от него красный. Правый зрачок был шире левого и слабо реагировал на свет. Какой из ЧМН поражен?

- A. II ЧМН
- B. III ЧМН
- C. IV ЧМН
- D. VII ЧМН
- E. V ЧМН

52. У ребенка была наблюдается сильнейшая головная боль, нарушение сознания до оглушения. Врач обнаружил ригидность мышц шеи и светобоязнь, диплопию. Причем в течение дня приступы диплопии возникают несколько раз. Была назначена ангиография с контрастированием.

Какой результат Вы ожидаете получить?

- A. артериовенозный порок развития
- B. затылочную астроцитому
- C. менингимому в области клиновидных костей
- D. аденому гипофиза
- E. мешковидную аневризму

53. У ребенка была наблюдается сильнейшая головная боль, нарушение сознания до оглушения. Врач обнаружил ригидность мышц шеи и светобоязнь, диплопию. Причем в течение дня приступы диплопии возникают несколько раз на высоте сильнейших головных болей. Проведена ангиография с контрастированием, которая выявила аневризму, нарушение сознания до оглушения. Врач обнаружил ригидность мышц шеи и светобоязнь. Повреждение, вызвавшую описанную симптоматику локализуется в артерии:

- A. передней соединительной
- B. задней соединительной
- C. передней мозговой
- D. средней мозговой
- E. задней мозговой

54. У ребенка 10 лет на фоне легких катаральных явлений и субфебрильной температуры, появились боли в пояснице, ногах и нижней части живота, продолжавшиеся нескольких часов, затем возникло онемение и слабость в дистальных отделах ног, затруднения мочеиспускания. При осмотре: сознание ясное, тонус мышц в нижних конечностях снижен, активные движения в конечностях незначительные, в сгибателях и разгибателях голени сила мышц – 3 балла. Коленные и Ахиллов рефлексы вызываются, но торпидны. При исследовании подошвенных рефлексов возникает экстензорное положение пальцев. Наблюдается гипестезия поверхностной чувствительности (болевого, тактильной и температурной) от уровня паховых складок, кроме того, снижено двумерно-пространственное чувство. Симптомы натяжения отсутствуют. Самостоятельно не мочится. Для какого процесса характерна описанная клиническая картина?

- A. Полиомиелит
- B. Полиневрит
- C. Полирадикулоневрит
- D. Поперечный миелит
- E. Рассеянный склероз

55. Какие симптомы не характерны для острого полирадикулоневрита?

- A. Чувствительные нарушения
- B. Нарушение функции тазовых органов
- C. Отсутствие рефлексов
- D. Течение заболевания
- E. Снижение рефлексов

56. У ребенка 10 лет на фоне легких катаральных явлений и субфебрильной температуры, появились боли в пояснице, ногах и нижней части живота, продолжавшиеся нескольких часов, затем возникло онемение и

слабость в дистальных отделах ног, затруднения мочеиспускания. При осмотре: сознание ясное, тонус мышц в нижних конечностях снижен, активные движения в конечностях незначительные, в сгибателях и разгибателях голени сила мышц – 3 балла. Коленные и Ахилловы рефлексы вызываются, но торпидны. При исследовании подошвенных рефлексов возникает экстензорное положение пальцев. Наблюдается гипестезия поверхностной чувствительности (болевой, тактильной и температурной) от уровня паховых складок, кроме того, снижено двумерно-пространственное чувство. Симптомы натяжения отсутствуют. Самостоятельно не мочится. Какие изменения ликвородинамики и состава ликвора характерны для миелита?

- A. Положительная проба Квеккенштедта и Стукея
- B. Значительное увеличение белка
- C. Значительное увеличение клеток и белка
- D. Незначительное увеличение белка и клеток
- E. Нормальное содержание клеток и белка

57. Поступил мальчик 10 лет с предварительным диагнозом острый полирадикулоневрит. При повторном осмотре в неврологическом отделении у больного сохраняются слабость в конечностях, объем движений ограничен, гипестезия до уровня паховых складок. Была проведена люмбальная пункция с ликвородинамическими пробами. Ликвородинамические пробы положительные. Состав ликвора: лимфоцитоз 10 клеток в поле зрения. Реакция Панди и Нонне-Апельта отрицательны. Ваш предположительный диагноз?

- A. Полиомиелит
- B. Полиневрит
- C. Полирадикулоневрит
- D. Поперечный миелит
- E. Рассеянный склероз

58. Какие препараты необходимо назначить больному с острым поперечным миелитом?

- A. Антихолинэстеразные
- B. Ноотропы
- C. Стероидные гормоны
- D. Биостимуляторы
- E. Дегидратанты

59. Ребенок 6 мес., поступил на 3 день заболевания с жалобами на беспокойство, отказ от груди, нарушение сна, субфебрильную температуру, жидкий стул до 5-6 раз, срыгивания. При осмотре состояние тяжелое, оглушенное, температура 38,2°, все время постанывает. Зев слегка гиперемирован, пероральный и акроцианоз, мраморный рисунок кожи, в области виска ссадина, печень выступает на 1,0 см ниже реберной дуги, умеренная тахикардия и тахипное, в легких дыхание жесткое хрипов нет. В неврологическом статусе большой родничок 2,0-1,5 заполнен, голова несколько запрокинута, плавающие движения глазных яблок, сглаженность носогубной складки справа, тонус мышц дистоничный, сухожильные рефлексы оживлены, симптом Бабинского +.

Каков Ваш предварительный диагноз?

- A. Острая кишечная инфекция
- B. ОРВИ с кишечным синдромом
- C. Острая диарея неинфекционная
- D. Черепно-мозговая травма
- E. Острый бронхит

60. У пробанда-мужчины полидактилия. Его отец также имеет эту патологию, у матери ее нет. Дальнейшая родословная известна только по линии отца. У отца есть брат и сестра с полидактилией. Дядя с этой патологией был дважды женат на женщинах без патологии. От первого брака у него была дочь с полидактилией, а от второго – 6 детей: сын и две дочери с полидактилией и два сына и дочь с нормальным строением кисти. Дед пробанда без аномалии, а бабушка с полидактилией. Какова вероятность рождения детей с полидактилией в семье пробанда, если он вступит в брак с женщиной, имеющей нормальное строение кисти?

- A. 50%
- B. 25%
- C. 0%/
- D. 100%
- E. Неизвестно

61. Консультирующийся мужчина нормального роста, имеет сестру с ахондроплазией (наследственная карликовость). Определить вероятность появления карликов в семье пробанда, если его жена будет иметь такой же генотип, как и он сам

- A. 50%
- B. 25%
- C. 0%
- D. 100%
- E. Неизвестно

62. Здоровые муж и жена – двоюродные сибсы, имеют дочь, больную атаксией Фридрейха. Мать мужа и отец жены – родные сибсы. Они здоровы. Брат мужа и две сестры жены – здоровы. Общий дядя супругов тоже здоров. Их общая бабка была здорова, а дед страдал атаксией. Все родственники со стороны отца мужа, в том числе два дяди, двоюродная сестра, дед и бабка здоровы. Составив родословную отметьте всех членов родословной, гетерозиготность которых по гену атаксии не вызывает сомнения. Определите тип наследования болезни//

- A. Аутосомно-доминантный
- B. Аутосомно-рецессивный тип
- C. Мутация де ново
- D. Мультифакториальный
- E. Неизвестен

63. Составьте родословную семьи со случаями прогрессирующей миопатии Дюшена (атрофия скелетной мускулатуры, начинающаяся в детском возрасте с быстрым развитием и тяжелым течением). Пробанд – мальчик, больной миопатией. По данным анамнеза родителей, сами родители и две сестры пробанда здоровы. По отцовской линии два дяди, тетка, дед и бабка пробанда тоже здоровы. По линии матери пробанда из двух дядей (старший) болел миопатией. Второй дядя (здоровый) имел двух здоровых сыновей и здоровую дочь. Тетка пробанда имела здорового сына. Дед и бабка пробанда здоровы. Составив родословную, определите тип наследования болезни в этой семье. Укажите гетерозиготных членов родословной

- A. Аутосомно-доминантный
- B. Аутосомно-рецессивный
- C. Сцепленный с полом рецессивный тип наследования
- D. Сцепленный с полом доминантный тип наследования

64. Больной 5 лет, поступил в отделение гематологии с жалобами на носовые кровотечения. В общем анализе крови: анемия, тромбоцитопения, бластоз в периферической крови. О каком заболевании идет речь?

- A. эритремия
- B. апластическая анемия
- C. острый лейкоз
- D. В12-дефицитная анемия
- E. железодефицитная анемия

65. В отделение гематологии госпитализирована девочка 3 лет. Со слов мамы последние 2 месяца отмечает увеличение и деформацию живота справа. При осмотре отмечается деформация правой половины живота за счет опухоли туго-эластичной консистенции с гладкой поверхностью, четкими контурами, безболезненная при пальпации. Ваш предварительный диагноз.

- A. Лимфосаркома
- B. Тератобластома
- C. Нефробластома
- D. Нейробластома
- E. Гепатобластома.

66. В отделение гематологии госпитализирована девочка 3 лет. Со слов мамы последние 2 месяца отмечает увеличение и деформацию живота справа. При осмотре отмечается деформация правой половины живота за счет опухоли туго-эластичной консистенции с гладкой поверхностью, четкими контурами, безболезненная при пальпации. Какое исследование является решающим для уточнения диагноза у данной пациентки?

- A. Ультразвуковое исследование
- B. Экскреторная урография
- C. КТ органов брюшной полости
- D. Определение катехоламинов в моче
- E. Определение опухолевых маркеров в сыворотке крови

67. При КТ органов брюшной полости выявлено опухолевое образование, исходящее из левой половины забрюшинного пространства, состоящее из нескольких опухолевых узлов с множественными кальцинатами и бугристой поверхностью. При пальпации в левой половине живота определяется опухолевое образование с бугристой поверхностью, плотной консистенции. Ваш предварительный диагноз:

- A. Лимфосаркома
- B. Нейробластома
- C. Тератобластома
- D. Нейробластома
- E. Фибросаркома забрюшинного пространства

68. При КТ органов брюшной полости выявлено опухолевое образование, исходящее из левой половины забрюшинного пространства, состоящее из нескольких опухолевых узлов с множественными кальцинатами и бугристой поверхностью. При пальпации в левой половине живота определяется опухолевое образование с бугристой поверхностью, плотной консистенции. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?

- A. УЗИ
- B. Экскреторная урография
- C. Биохимические анализы крови
- D. Определение катехоламинов в моче
- E. Определение опухолевых маркеров в сыворотке крови.

69. Мальчик 5 лет поступил в детское гематологическое отделение с жалобами на необильные геморрагические высыпания на коже нижних конечностей, повышение температуры тела, плохой аппетит. Объективно: состояние тяжелое, выражены бледность кожных покровов, вялость, на коже ног и в области ягодиц мелкоочечная геморрагическая сыпь, лимфатические узлы размером до 1,0x1,5см, гепатоспленомегалия. В общем анализе крови: эритроциты- $2,4 \times 10^{12}$, Нв-76 г/л, тромбоциты- $6,8 \times 10^9$, лейкоциты- $11,2 \times 10^9$, бласты-49 %. Миелограмма – бласты 81 %. Цитохимическое типирование – бластные клетки дают отрицательную реакцию на миелопиноксидазу и положительная реакция на гликоген. Ваш диагноз?

- A. Острый лимфобластный лейкоз
- B. Болезнь Ходжкина
- C. Острый миелобластный лейкоз
- D. Неходжкинская лимфома
- E. Хронический миелобластный лейкоз

70. Мальчик 5 лет поступил в детское гематологическое отделение с жалобами на необильные геморрагические высыпания на коже нижних конечностей, повышение температуры тела, плохой аппетит. Объективно: состояние тяжелое, выражены бледность кожных покровов, вялость, на коже ног и в области ягодиц мелкоочечная геморрагическая сыпь, лимфатические узлы размером до 1,0x1,5см, гепатоспленомегалия. В общем анализе крови: эритроциты- $2,4 \times 10^{12}$, Нв-76 г/л, тромбоциты- $6,8 \times 10^9$, лейкоциты- $11,2 \times 10^9$, бласты-49 %. Миелограмма – бласты 81 %. Какой из дополнительных методов диагностики наиболее информативен для уточнения диагноза?

- A. Рентгенография органов грудной клетки
- B. УЗИ органов грудной полости
- C. Трепан-биопсия костного мозга
- D. Биопсия лимфатического узла
- E. Биохимический анализ крови

71. Мальчик 7 лет поступил в отделение детской онкологии с жалобами на увеличение паховых лимфоузлов с обеих сторон, выраженную ночную потливость, похудание. При УЗИ имеется поражение селезенки, очаговое поражение печени, увеличение лимфатических узлов в области ворот печени. Гистологическое заключение (биопсия пахового лимфоузла) – лимфогранулематоз, вариант лимфоидного истощения. Укажите стадию заболевания:

- A. II В
- B. III А
- C. III В
- D. IV А
- E. IV В

72. Ребенку 2 года. Масса тела-16кг., пальпируются все группы периферических лимфоузлов до величины фасоли, склонность к частым простудным заболеваниям, на рентгенограмме органов грудной клетки-увеличение тимуса. О каком состоянии идет речь:

- A. экссудативно-катаральном диатезе
- B. лимфатико-гипопластическом диатезе
- C. нервно-артритическом диатезе
- D. аллергическом диатезе
- E. геморрагическом диатезе

73. Ребенку 9 мес. Доставлен в стационар с судорогами. Из анамнеза- получает профилактическую дозу витамина D. При осмотре - положительные симптомы Хвостека, Маслова, Труссо. Вы диагностировали спазмофилию. После купирования судорог назначаете:

- A. сернокислую магнезию
- B. фенобарбитал
- C. глюконат кальция
- D. титрование ГОМКа
- E. фуросемид

73. Ребенок 7 месяцев. С 2 месяцев на искусственном вскармливании. Прикорм введен в 10 мес. Сидит с поддержкой. Выступают лобные, теменные бугры, уплощен затылок. Размеры большого родничка 3,0х3,0 см, края размягчены. На ребрах «рахитические четки». Уровень кальция-1,75 ммоль/л, фосфора-0,65 ммоль/л.

Вы предполагаете:

- A. рахит, начальный период
- B. рахит, стадия разгара
- C. рахит, стадия реконвалесценции
- D. рахит, стадия остаточных явлений
- E. тяжелое нарушение питания

74. Ребенок 10 месяцев. На искусственном вскармливании. Прикорм с 8 мес. Сидит с поддержкой. Выступают лобные, теменные бугры, уплощен затылок. Размеры большого родничка 3,0х3,0 края размягчены, на ребрах «рахитические четки». Уровень кальция-1,85 ммоль/л, фосфора-0,75 ммоль/л. Вы диагностировали рахит, II степени тяжести.

Ваша тактика в назначении специфической терапии аквадетримом:

- A. 5000 ME/сут
- B. 4000 ME/сут
- C. 3000 ME/сут
- D. 2000 ME/сут
- E. 1000 ME/сут

75. Ребенку 3 месяца. Беспокоен, раздражителен, плохо спит, часто вздрагивает, отмечается потливость. Края большого родничка податливы.

Вы предполагаете стадию рахита:

- A. начальную
- B. разгара
- C. реконвалесценции
- D. остаточных явлений
- E. конечную

76. У ребенка 9 мес. выраженное отставание в физическом развитии, «лягушачий живот», мышечная гипотония, слабость связочного аппарата. Ребенок не сидит, не ползает.

Какие костные изменения конечностей подтвердят предполагаемый Вами диагноз:

- A. отечность, покраснение и деформация коленных суставов
- B. «браслеты», «нити жемчуга» на кистях
- C. спонтанные переломы
- D. «четки на ребрах»
- E. остеопороз, краниотабес

77. Ребенок 2 мес. На приеме вы рекомендуете профилактическую дозу витамина Д. Мама приобрела «Аквадетрим», необходимо получать его в дозе и в сроки:

- A. 300 МЕ/сут. с октября по май
- B. 500 МЕ/сут. с октября по май
- C. 1000 МЕ/сут. с октября по май
- D. 2000 МЕ/сут. с октября по декабрь
- E. 2000 МЕ/сут. с октября по январь

78. Ребенок 6 мес. Со слов мамы, на фоне получаемой профилактической дозы витамина Д отмечается ухудшение аппетита, рвота, учащение стула. Выяснено, что ребенок на протяжении последних 2х недель получал витамин Д в дозе 5000МЕ/сут. При осмотре – признаки обезвоживания.

Вы предполагаете:

- A. хронический гипервитаминоз Д
- B. острый гипервитаминоз Д
- C. кишечную инфекцию
- D. функциональное расстройство желудка
- E. энтеровирусную инфекцию

79. Ребенку 7 мес. Доставлен в стационар в марте с судорогами, повторяющимися неоднократно в течении 3-х дней на фоне нормальной температуры. Выявлены: выраженные теменные и лобные бугры, воронкообразная деформация грудной клетки, «рахитические четки» на ребрах. Вы предполагаете:

- A. рахит I степени тяжести
- B. спазмофилию, явной формы
- C. фебрильные судороги
- D. нейроинфекцию
- E. аффективно-респираторные пароксизмы

80. Девочка 1 год. На приеме: пониженного питания (масса 6,0кг (снижена), длина тела 68 см (снижена)), истончение ПЖК, отеки на стопах. Склонность к гипотермии. Адинамия. Снижение тургора тканей. Из анамнеза- перенес тяжелую ОКИ в возрасте 9 мес. Ваш диагноз:

- A. острое тяжелое нарушение питания
- B. хроническое тяжелое нарушение питания
- C. острое умеренное нарушение питания
- D. хроническое умеренное нарушение питания
- E. ребенок из группы риска нарушенного питания

81. Ребенок 2 мес. Жалобы на беспокойство, гиперемию щек, сухость кожных покровов, опрелости, несмотря на хороший уход. Выявлены себорейные корки на бровях, волосистой части головы. Ваше предположение:

- A. аллергическая реакция
- B. экссудативно-катаральный диатез
- C. лимфатико-гипопластический диатез
- D. нервно-артритический диатез
- E. контактный дерматит

82. Ребенок 4 мес. доставлен в апреле с судорогами, имеет место затруднение вдоха с краткой остановкой дыхания («петушиный крик»). Вы предполагаете:

- A. фебрильные судороги
- B. менингит
- C. спазмофилию, явной формы
- D. спазмофилию, скрытой формы
- E. эпилепсию

83. Ребенок 4 мес. доставлен в апреле с судорогами, имеет место затруднение вдоха с краткой остановкой дыхания («петушиный крик»). При осмотре потливость, облысение затылка, податливость краёв большого родничка. Вы диагностировали спазмофилию и определили экстренное назначение:

- A. глюкозы
- B. диазепама
- C. фенобарбитала
- D. сернокислой магнезии
- E. маннита

84. Ребенок 2х лет. Пониженного питания, кожа бледная, сухая, волосы тусклые, редкие, склонность к поеданию мела. Вы предполагаете:

- A. нарушение питания
- B. железодефицитную анемию
- C. гиповитаминоз
- D. В₁₂ – дефицитную анемию
- E. гемолитическую анемию

85. Ребенок 7-ми месяцев с диагнозом ЖДА тяжелой степени тяжести. Вы решили назначить ранферон в дозе (по элементарному железу):

- A. 2мг/кг массы
- B. 3мг/кг массы
- C. 4мг/кг массы
- D. 5мг/кг массы
- E. 6мг/кг массы

86. У ребенка 8 лет после сильного переохлаждения появились жалобы на общую слабость, выраженные отеки, уменьшение количества мочи. В анализе крови: общий белок - 49г/л, холестерин 8,5 ммоль/л, СОЭ – 64 мм/ч, в анализе мочи: белок 3,5 г/сут. Ваш предполагаемый диагноз:

- A. острый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом
- B. острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом
- C. острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом
- D. острый тубулоинтерстициальный нефрит
- E. врожденный нефротический синдром

87. У ребенка 5 лет при обследовании для поступления в детский сад выявлено: СОЭ-10 мм/ч, общий белок 70 г/л, холестерин 4,5 ммоль/л, мочевины 5,5 ммоль/л, креатинин 86 ммоль/л. В анализе мочи: белок 0,095 г/сут, эритроциты до 25, лейкоциты 2-4 в п/зр,

Ваш предполагаемый диагноз:

- A. острый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом
- B. острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом
- C. острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом
- D. острый тубулоинтерстициальный нефрит
- E. врожденный нефротический синдром

88. У ребенка 11 лет изменение цвета мочи в виде "мясных помоев", слабость, утомляемость, головная боль. Из анамнеза: две недели назад ребенок перенес ангину с лихорадкой. В анализе крови: анемия, СОЭ 25 мм/ч. В анализе мочи: белок 0,8 г/л, лейкоциты 4, эритроциты 50. Ваш предполагаемый диагноз:

- A. острый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом
- B. острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом
- C. острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом
- D. острый тубулоинтерстициальный нефрит
- E. врожденный нефротический синдром

89. У мальчика 5 лет отмечается бледность кожи, отеки лица, передней брюшной стенки, голеней и стоп. АД 100/65 мм рт.ст. Олигурия. В анализе мочи: белок 5,0 г/л, лейкоциты единичные в поле зрения, эритроциты 0 в п/зр. О каком заболевании можно думать?

- A. острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом
- B. острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом
- C. острый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом
- D. быстро прогрессирующий гломерулонефрит
- E. острое почечное повреждение

90. При профилактическом осмотре у девочки 10 лет выявлены изменения в моче: протеинурия – 0,4 г/сутки, эритроциты 20-25 в поле зрения. Общее состояние удовлетворительное, кожа и слизистые чистые, отеков нет. Неправильный прикус, высокое небо, брахидактилия. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД – 100/60 мм рт.ст. Дед ребенка по материнской линии страдал заболеванием почек и умер от почечной недостаточности. Какой предварительный диагноз?

- A. острый постстрептококковый гломерулонефрит

- В. быстро прогрессирующий гломерулонефрит
- С. наследственный нефрит
- Д. врожденный нефротический синдром
- Е. нефрит Шенлейна-Геноха

91. Ребенок 8 лет поступил в отделение с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, снижение аппетита, головную боль, розовый оттенок цвета мочи. За неделю до настоящего заболевания перенес острый тонзиллит. При осмотре кожные покровы бледные, пастозность лица, АД 130/90 мм.рт. ст. В общем анализе крови: гемоглобин 105 г/л, эритроциты 3,2 млн., лейкоциты 10,5 тыс, СОЭ-30 мм/ч. В общем анализе мочи: удельный вес 1025, белок 0,99 г/л, лейкоциты 10, эритроциты 50, цилиндры гиалиновые 7-8. Какая терапия показана ребенку?

- А. диуретическая
- В. гипотензивная
- С. инфузионная
- Д. стероидная
- Е. цитостатическая

92. В стационар на четвертый день болезни госпитализирован ребенок 10 лет с жалобами на головную боль, утомляемость, отечность лица. В общем анализе мочи эритроцитурия 100. АД 160/100 мм рт.ст. С какого препарата необходимо начать терапию?

- А. бисопролол
- В. эналаприл
- С. преднизолон
- Д. циклоспорин
- Е. циклофосфан

93. Девочке 12 лет установлен диагноз: «Острый нефритический синдром, дебют активная стадия, функции почек сохранены». За период 6 месяцев, несмотря на проводимую терапию эналаприлом 2,5 мг/сут, сохраняются изменения в анализах мочи: эритроциты до 50 в поле зрения, суточная протеинурия до 2,3 г/сут. Дальнейшие диагностические мероприятия:

- А. урография
- В. томография
- С. цистография
- Д. сцинтиграфия
- Е. нефробиопсия

94. В приемное отделение доставлена девочка 5 лет с выраженными отеками лица, туловища, увеличением размера живота. АД 85/45 мм.рт.ст. Диурез 240 мл/24 часа. Протеинурия 12 г/сут. Со слов матери 3 недели назад в районной больнице был установлен диагноз "Нефротический синдром, дебют, активная стадия". На фоне лечения преднизолоном в дозе 15 мг/24 часа состояние ребенка значительно ухудшилось, после чего самостоятельно обратились в г. Бишкек. Что явилось причиной ухудшения состояния ребенка?

- А. неправильный выбор препарата
- В. неадекватная дозировка препарата
- С. неправильно установленный диагноз
- Д. недооценка состояния в дебюте
- Е. позднее обращение за медицинской помощью

95. Девочка 10 лет в течении 4-х недель принимала преднизолон в дозе 60 мг/сут ежедневно, в связи с установленным диагнозом «Нефротический синдром, дебют». В течение последней недели получено три отрицательных анализа мочи на белок. Выберите дальнейшую тактику лечения:

- А. продлить терапевтический курс до 6 недель
- В. перейти на альтернирующий курс
- С. постепенная отмена преднизолона
- Д. пульс-терапия метилпреднизолоном
- Е. назначить цитостатическую терапию

96. Больная 11 лет находится на стационарном лечении с диагнозом: «Нефротический синдром, дебют, активная стадия», проводится терапия преднизолоном 60 мг/24 часа в течение 8 недель. В анализе мочи: уд.вес - 1013, цвет - с/ж, белок 3,5 г/л, лейкоциты - 5 в поле зрения, эритроциты - 100 в поле зрения. Суточная протеинурия 4,6 г/сут. Дальнейшая тактика терапии:

- А. постепенная отмена преднизолона
- В. продолжить прием преднизолона
- С. перевести на альтернирующий курс
- Д. нефропротективная терапия

Е. цитостатическая терапия

97. Больной 12 лет в течение 6 недель находится на стационарном лечении в отделении нефрологии с диагнозом: «Нефротический синдром, дебют, активная стадия». На терапевтической дозе преднизолона сохраняется активность заболевания. Ваша дальнейшая тактика:

- А. перейти на альтернирующий курс
- В. провести пульс-терапию
- С. назначить ингибиторы кальцийнерина
- Д. провести гемодиализ
- Е. назначить алкилирующие средства

98. Восьмилетнему мальчику 7 месяцев назад был установлен диагноз: «Нефротический синдром, дебют, активная стадия». За весь этот период при попытке снижения дозы преднизолона до 15мг/48 часов наблюдается рецидив заболевания. Ваша дальнейшая тактика:

- А. пульс-терапия метилпреднизолоном
- В. нефропротективная терапия
- С. цитостатическая терапия
- Д. антикоагулянтная терапия
- Е. гемодиализная терапия

99. Девочке 12 лет установлен диагноз: «Нефротический синдром, дебют, активная стадия, функции почек сохранены». Протеинурия в дебюте заболевания 3,0г/сут. В течение 6 недель получает преднизолон в терапевтической дозе 2мг/кг/24ч. За весь период лечения отмечается колебание протеинурии 3,0-2,1-3,5г/сут. Выберите дальнейшую тактику лечения:

- А. продолжить прием преднизолона
- В. перейти на альтернирующий курс
- С. постепенная отмена преднизолона
- Д. пульс-терапия метилпреднизолоном
- Е. назначить цитостатическую терапию

100. Девочка 6 лет находилась на стационарном лечении в районной больнице в течение 7 дней с диагнозом: «Нефротический синдром, дебют, активная стадия». На фоне терапии преднизолоном из расчета 1мг/кг/сут состояние ребенка ухудшилось, появилась тошнота и боли в животе. При осмотре: выраженные отеки лица, туловища, увеличение размера живота, положительный симптом флюктуации. Кожа бледная, на передней поверхности голени и бедер «рожеподобная» эритема. В легких двусторонние влажные хрипы. АД 85/45 мм.рт.ст. Олигурия. Биохимический анализ крови: общий белок-42 г/л, альбумин-10 г/л, мочевина-6 ммоль/л, креатинин-80 мкмоль/л. Суточная протеинурия 12 г/сут.

Какое осложнение развилось у данного ребенка?

- А. ДВС-синдром
- В. Рожистое воспаление
- С. Нефротический криз
- Д. Бактериальный перитонит
- Е. Острое повреждение почек

101. В приемный покой инфекционного отделения в 12:15 доставлен ребенок в возрасте 2 лет 3 мес. Масса 14 кг. Жалобы на учащенный стул до 7 раз в сутки, стул с кровью, рвота дважды за день, температура тела 39,5⁰. Отказывается от питья. В группе детского сада, который посещает ребенок, вспышка дизентерии. При осмотре кожные покровы бледные, иктеричность склер. Периоральнопетехиальная сыпь. ЧД до 45 в минуту. ЧСС до 140 мин. АД 80/40 мм.ртст. Живот напряжен, болезненный, но симптомы раздражения брюшины отрицательны. Последний раз мочился в 21ч предыдущего дня. С какой терапии начать неотложную помощь?

- А. антибактериальной
- В. цитостатической
- С. гемодиализной
- Д. гипотензивной
- Е. стероидной

102. В приемный покой инфекционного отделения в 12:15 доставлен ребенок в возрасте 2 лет 3 мес. Масса 14 кг. Жалобы на учащенный стул до 7 раз в сутки, стул с кровью, рвота дважды за день, температура тела 39,5⁰С. Отказывается от питья. В группе детского сада, который посещает ребенок, вспышка дизентерии. При осмотре кожные покровы бледные, иктеричность склер. Периоральнопетехиальная сыпь. ЧД до 45 в минуту. ЧСС до 140 мин. АД 80/40 мм рт ст. Живот напряжен, болезненный, но симптомы раздражения брюшины отрицательны. Последний раз мочился в 21ч предыдущего дня. О каком диагнозе можно думать?

- А. острое повреждение почек, преренальное

- В. острое повреждение почек, ренальное
- С. острое повреждение почек, постренальное
- Д. типичный гемолитико-уремический синдром
- Е. атипичный гемолитико-уремический синдром

103. Случайное обнаружение мочевого синдрома в виде гематурии в первые 5 лет жизни, снижение слуха, нарушение зрения, незавершенный поворот почек на экскреторной урограмме, прогрессирующее снижение функций почек могут свидетельствовать о:

- А. синдроме Альпорта
- В. болезни де Тони-Дебре-Фанкони
- С. синдроме Олбрайт-Батлера
- Д. синдром Барттера
- Е. цистинозе

104. Такие признаки как: отставание в физическом и умственном развитии, рахитоподобные изменения скелета, боли в костях, снижение сопротивляемости к инфекциям, гипераминоацидурия, глюкозурия, метаболический ацидоз, позволяют предположить следующую тубулопатию:

- А. болезнь де Тони-Дебре-Фанкони
- В. нефронофтиз Фанкони
- С. почечная глюкозурия
- Д. синдром Альпорта
- Е. почечный тубулярный ацидоз

105. У девочки 8 лет отмечаются головная боль, адинамия, боль в животе и поясничной области слева, учащение и болезненность при мочеиспускании. Заболеванию предшествовало купание в холодной воде. При поступлении: состояние средней тяжести, бледность, легкая пастозность век, температура 39,5⁰С, пальпация левой почки болезненная. Моча мутная. О каком заболевании можно думать:

- А. острый цистит
- В. острый уретрит
- С. острый пиелонефрит
- Д. мочекаменная болезнь
- Е. острый гломерулонефрит

106. Девочка 12 лет жалуется на боли при мочеиспускании, ощущение жжения во время мочеиспускания, частота мочеиспусканий до 12 раз в сутки. Температура тела 36,7⁰С. Заболевание началось после купания в море. Общий анализ крови: гемоглобин 130 г/л, эритроциты 5,0, лейкоциты 7,5, СОЭ 8мм/ч. Общий анализ мочи: мутная, удельный вес 1021, реакция щелочная, белок - отр, лейкоциты 25-30, эритроциты 10-15, плоский эпителий до 10, бактерии +++, слизь. Уролейкограмма – нейтрофильная лейкоцитурия. О каком заболевании можно думать?

- А. острый цистит
- В. острый пиелонефрит
- С. мочекаменная болезнь
- Д. острый гломерулонефрит
- Е. хронический гломерулонефрит

107. Мальчик 8 лет, вес 28 кг, рост 136 см. При нормальной температуре тела жалобы на рези при мочеиспускании, частые мочеиспускания, боли внизу живота. Из анамнеза: вышеуказанные жалобы появились после посещения бассейна. Анализ мочи: удельный вес-1013, цвет-с/ж, белок 0,01 г/л, лейкоциты-55 в поле зрения, эритроциты 0-1. Ведущий клинический синдром при данном заболевании:

- А. отечный
- В. анемический
- С. дизурический
- Д. гипертензионный
- Е. гипертермический

108. Девочка, 2 года, поступила в стационар с жалобами на повышение температуры до 38,1⁰С. Ранний анамнез без особенностей. В течение последней недели жалуется на боли в животе, стала вялой, не интересуется окружающим, плохо ест. Моча стала мутной.

УЗИ почек: Оба органа обычной величины и формы. Чашечно-лоханочная система не расширена. Стенки лоханок утолщены. Антибиотик из какой группы предпочтителен в данном случае?

- А. цефалоспорины
- В. пенициллины

- С. аминогликозиды
 - Д. макролиды
 - Е. фторхинолоны
109. Девочка 11 лет. В 8 лет начался рост грудных желез, появилось половое оволосение. С 10 лет – регулярные месячные. 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. Вы предполагаете:
- А. преждевременное половое развитие
 - В. гипоталамический синдром
 - С. гипоталамический синдром пубертатного периода
 - Д. гипоталамический синдром пубертатного периода. Ускоренное половое развитие
 - Е. гипоталамический синдром. Задержка полового развития
110. У мальчика 7 лет отмечается выраженные жажда и полиурия, общая слабость, сниженный аппетит. При обследовании: гликемия натощак — 3.5 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой — 4.5 ммоль/л. Ацетон в моче отсутствует. Суточный диурез — 3000 мл. Удельный вес мочи в пробе по Зимницкому — 1000-1002. Ваш предполагаемый диагноз:
- А. почечная глюкозурия
 - В. сахарный диабет 1 типа
 - С. сахарный диабет 2 типа
 - Д. нарушенная толерантность к углеводам
 - Е. несахарный диабет
111. У ребенка 5 лет установлен диагноз - эндемический зоб 1 степени, эутиреоз. Назначьте лечение:
- А. прием препаратов йода по 200 мкг/день, пожизненно
 - В. прием препаратов йода по 100 мкг/день 1 месяц
 - С. прием препаратов йода в течение 3 месяцев по 100мкг/день с последующей оценкой состояния
 - Д. терапия левотироксином
 - Е. прием препаратов йода в течение 3 месяцев по 50 мкг/день с последующим решением вопроса о дальнейшей тактике
112. Для конституционально-экзогенного ожирения характерно:
- А. перераспределение жира, задержка роста, гипертрихоз, артериальная гипертензия
 - В. равномерное развитие подкожно-жировой клетчатки, стрии тонкие и розовые
 - С. ускорение полового развития
 - Д. ускорение роста
 - Е. перераспределение подкожно-жировой клетчатки, багровые стрии на бедрах
113. У ребенка 7 лет с рождения определяется единственное правое яичко. Левое не удалось обнаружить никакими визуализирующими методами. Вы предполагаете:
- А. левосторонний крипторхизм
 - В. Анорхизм
 - С. Гипогонадизм
 - Д. правосторонний крипторхизм
 - Е. Монорхизм

114. Препараты для лечения церебрально-гипофизарного нанизма:
- A. генотропин, нордитропин
 - B. преднизолон, кортинеф
 - C. глюкофаж, урсосан
 - D. хумалог, лантус
 - E. актрапид, хуматроп
115. У ребенка с сахарным диабетом 1 типа выявлена стабильная микроальбуминурия (3-я стадия диабетической нефропатии). Ему показаны:
- A. ингибиторы АПФ
 - B. Диуретики
 - C. инфузии белковых кровезаменителей
 - D. хронический гемодиализ
 - E. адrenoблокаторы
116. У ребенка жажда, полиурия, признаки обезвоживания. Гликемия во все часы не превышает норму, реакция мочи на ацетон и глюкозу отрицательная. Удельный вес мочи в течение суток 1000,0 - 1007,0. Определите имеющееся состояние:
- A. хроническая почечная недостаточность
 - B. хроническая надпочечниковая недостаточность
 - C. диабетическая нефропатия
 - D. сахарный диабет
 - E. несахарный диабет
117. У новорожденного мальчика отмечаются вялость, жажда, мышечная гипотония, рвота «фонтаном», диарея, признаки обезвоживания. При осмотре отмечается гиперпигментация каймы губ, сосков, мошонки. При обследовании: гипонатриемия, гиперкалиемия, на ЭКГ - высокий заостренный зубец Р. Ваш предположительный диагноз:
- A. сольтерясущая форма адреногенитального синдрома
 - B. вегетососудистая дистония
 - C. церебрально-гипофизарный нанизм
 - D. кишечная инфекция
 - E. пилоростеноз
118. Больная 13 лет. Страдает сахарным диабетом 1 типа. Постоянно декомпенсирована. Рост низкий, масса избыточна, вторичных половых признаков нет, печень увеличена. Гликемия в течение суток 14,0 - 22,0 ммоль/л. Получает инсулин в дозе 1,4 Ед/кг/сутки. Отец страдает сахарным диабетом 2 типа. Причина хронической декомпенсации диабета:
- A. недостаточная доза инсулина
 - B. передозировка инсулина
 - C. влияние неблагоприятной наследственности по диабету
 - D. пубертатный возраст
 - E. задержка полового развития
119. У девочки 13 лет отмечается задержка роста с 3 лет (темпы роста не превышают 2-3 см в год). Телосложение пропорциональное. Рост 120 см. Костный возраст соответствует 7 годам. Половой хроматин положительный. Уровни СТГ, ТТГ, гонадотропных и половых гормонов в крови снижены. Вы предполагаете:

- A. Пангипопитуитаризм
 - B. примордиальный нанизм
 - C. синдром Шерешевского — Тернера
 - D. конституциональная задержка пубертата
 - E. врожденный гипотиреоз
120. У девочки 8 лет зоб II степени. На УЗИ: гиперплазия щитовидной железы, эхоплотность обычная, эхоструктура однородная, общий объем 15 см³. Гормоны щитовидной железы и ТТГ в пределах возрастной нормы, антитела к ТПО и ТГ отрицательны. Ваш диагноз:
- A. приобретенный гипотиреоз
 - B. эндемический зоб II степени, эутиреоз.
 - C. диффузно-токсический зоб II степени
 - D. врожденный вторичный гипотиреоз.
 - E. аутоиммунный тиреоидит
121. 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 суховаты, печень +1,0см. Ваш диагноз:
- A. нарушение гликемии натощак
 - B. сахарный диабет тип 2
 - C. сахарный диабет тип 1, впервые выявленный
 - D. нарушение толерантности к глюкозе
 - E. MODY диабет
122. У ребенка 3 лет врожденная дисфункция коры надпочечников. Ежедневно получает 33 мкг «Кортинефа» и 5 мг преднизолона. На фоне ОРЗ остро появились понос, дважды рвота, резкая адинамия. АД - 60/40 мм.рт.ст. Что нужно сделать в первую очередь:
- A. назначить бак.посев кала
 - B. немедленно увеличить суточную дозу преднизолона и «Кортинефа»
 - C. назначить фуразолидон перорально по 2 таб. х 4 раза в день
 - D. назначить УЗИ печени и биохимический анализ крови
 - E. снизить дозы преднизолона и кортинефа
123. Ребенок 6 лет. Рост и костный возраст соответствует 4 годам. Телосложение пропорциональное. Кожа эластичная. Щитовидная железа не увеличена. Половое развитие соответствует 4 годам. Тиреоидный статус в норме. Рост матери - 150см., отца- 155см. Ваш предварительный диагноз:
- A. врожденный первичный гипотиреоз
 - B. церебрально-гипофизарный нанизм
 - C. семейная низкорослость
 - D. синдром позднего пубертата
 - E. эндемический зоб
124. 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:
- A. сахарный диабет тип 1
 - B. сахарный диабет тип 2

- C. нарушение толерантности к глюкозе
- D. нарушения углеводного обмена отсутствуют
- E. сахарный диабет тип 1, впервые выявленный

125. Девочка на 5 день жизни поступает в тяжелом состоянии с явными признаками обезвоживания. Со слов мамы, на 3 день после рождения у ребенка появилась неукротимая рвота «фонтаном», диарея, слабость. После чего решили обратиться в поликлинику, при осмотре педиатр обратил внимание на гипертрофию клитора и увеличенные большие половые губы по Прадеру 2 степень, ребенка в срочном порядке направили в НЦОМид, где были госпитализированы в отделение ОРИТ. Какие анализы назначите для уточнения диагноза?

- A. 17-оксипрогестерон
- B. АКТГ
- C. эстрадиол
- D. тестостерон
- E. кортизол

126. Сахарный диабет 1 типа выставляется при наличии триады симптомов (жажда, полиурия, полидиспсия) и если уровень глюкозы в крови независимо от приема пищи составляет более:

- A. 3,3 ммоль/л
- B. 5,5 ммоль/л
- C. 7,8 ммоль/л
- D. 9,2 ммоль/л
- E. 11,1 ммоль/л

127. У ребенка 17 лет после простудного заболевания появились жажда, полиурия, общая слабость. Уровень сахара в крови 26 ммоль/л, в моче - 5%, ацетон в моче положителен. Ваш предполагаемый диагноз:

- A. сахарный диабет 1-го типа
- B. сахарный диабет 2-го типа
- C. MODY диабет
- D. LADA диабет
- E. несахарный диабет

128. Раннее проявление, характерное для дефицита инсулина:

- A. снижение зрения
- B. прибавка в весе
- C. потливость
- D. гипертензия
- E. похудение

129. Мальчик 14 лет, обратился с жалобами на раздражительность, непереносимость душных помещений, приступы удушья, возникающие в общественном транспорте. Объективно: щитовидная железа видна на глаз, пальпируется, консистенция плотная, однородная. УЗИ щитовидной железы – общий объем 18 см³, усиленный сосудистый рисунок с обеих сторон. Сдан анализ крови на тиреотропный гормон. Какие анализы дополнительно Вы назначите для уточнения диагноза?

- A. антитела к тиреоглобулину, трийодтиронин свободный
- B. антитела к тиреоглобулину, тироксин свободный
- C. тироксин и трийодтиронин свободные
- D. антитела к тиреопероксидазе, трийодтиронин свободный
- E. антитела к тиреопероксидазе, тироксин свободный

130. У мальчика 12 лет появились жажда, полиурия, общая слабость, которая отмечалась в течении 1 месяца. Вчера состояние резко ухудшилось, появилась рвота, боли в животе, диарея. Была вызвана скорая помощь, мальчика в экстренном порядке отвезли в НЦОМид, госпитализировали в отделение ОРИТ. Уровень глюкозы в крови при поступлении – 20,8 ммоль/л, ацетон в моче положителен (++++). С чего следует начать лечение в первый час?

- A. раствор инсулина в/в струйно
- B. раствор NaCl 0,9% в/в капельно
- C. раствор Рингера в/в струйно
- D. раствор инсулина в/в капельно
- E. раствор калия в/в капельно

131. Скорая помощь приехала по вызову в школу. У мальчика 10 лет отмечается потеря сознания около 15 минут. При осмотре: бессознательное состояние; дыхание нормальное; кожа влажная; мышечный тонус

повышен. В анамнезе: со слов учителя ребенок болен сахарным диабетом 1 типа один год, получает инсулин, на обед ребенок не ходил, так как сказал, что не голоден. По данным глюкометра глюкоза крови – 2.0 ммоль/л. Какую дозу 10% глюкозы в/в струйно должен использовать врач СМП?

- A. 3 мл/кг
- B. 4 мл/кг
- C. 5 мл/кг
- D. 6 мл/кг
- E. 7 мл/кг

132. Ребенок с сахарным диабетом 1 типа, был госпитализирован в ОРИТ, получает следующую терапию - по 0,1 ед/кг Актрапида ежечасно внутривенно капельно под контролем гликемии. При каком осложнении сахарного диабета 1 типа назначается данное лечение?

- A. диабетическая нефропатия
- B. диабетический кетоацидоз
- C. гипогликемическая кома
- D. диабетическая полинейропатия
- E. гиперосмолярная кома

133. У мальчика 8 лет отмечена потеря сознания 1 час назад. При осмотре: бессознательное состояние; дыхание Куссмауля; гиперемия щек; сухость кожи. От больного исходит отчетливый запах ацетона. В анамнезе: перенесенный грипп, в течение 2-3 недель жалобы на жажду, частые мочеиспускания; похудание при удовлетворительном аппетите. Ваш предварительный диагноз:

- A. гипогликемическая кома
- B. кетоацидотическая кома
- C. гиперосмолярная кома
- D. печеночная кома
- E. лактоацидотическая кома

134. Мальчик 12 лет, страдает сахарным диабетом 1 типа, после катания на велосипеде пожаловался на дрожь в теле, потливость, слабость и головокружение. Через несколько минут мальчик внезапно потерял сознание. Ваша тактика?

- A. раствор NaCl 0,9% в/в
- B. раствор Рингера в/в
- C. раствор инсулина в/в
- D. раствор глюкозы в/в
- E. раствор дисоль в/в

135. Девочка 6 лет. Жалобы на появление выделений из влагалища красного цвета «месячные», появились несколько дней назад впервые. Из анамнеза известно, что девочка с 4 лет, опережает своих сверстников по росту и весу, но родители не придавали этому значение. В 5 лет отмечался рост молочных желез, но мама связывала это с избыточной массой девочки и не обследовала ребенка. При осмотре по Таннеру: MaIV, AxIV, PIV. Какое гормональное исследование необходимо провести для подтверждения диагноза?

- A. ТТГ, тироксин, трийодтиронин
- B. ЛГ, пролактин, тестостерон
- C. ЛГ, ФСГ, эстрадиол
- D. АКТГ, кортизол, 17-ОКС
- E. ФСГ, тестостерон, эстрадиол

136. У девочки 15 лет, с сахарным диабетом 1 типа появились симптомы ОРВИ, повышение температуры до 37,5. Гликемия в пределах 16-17 ммоль/л в течении дня. Она обратилась за рекомендациями к вам. Что вы назначите?

- A. увеличить дозу только короткого инсулина
- B. увеличить дозу только продленного инсулина
- C. уменьшить дозу только продленного инсулина
- D. уменьшить дозу только короткого инсулина
- E. уменьшить дозу короткого и продленного инсулина

137. Мальчик 16 лет. Жалобы на похудание при исходно избыточной массе тела, на жажду, частое мочеиспускание, зуд промежности. ИМТ 26,7. Сахар крови 10,7 ммоль/л. Какой анализ вы назначите для дифференциальной диагностики заболевания?

- A. уровень С-пептида
- B. гликолизированный гемоглобин
- C. гликемический профиль
- D. глюкозурический профиль
- E. уровень глюкагона

138. Ребенок 15 лет, отмечает жалобы на учащённое сердцебиение, потливость, повышенный аппетит, быструю утомляемость и раздражительность. При осмотре: положительный симптом телеграфного столба, симптом Грефе, Мейбиуса, Штельвага. Отмечается увеличение щитовидной железы, видна на глаз, пальпируется. Ваш предварительный диагноз?

- A. Диффузный эндемический зоб
- B. Диффузный токсический зоб
- C. Первичный врожденный гипотиреоз
- D. Вторичный приобретенный гипотиреоз
- E. Врожденный нетоксический зоб

139. Ребенок родился с большой массой тела при рождении, лицо и губы отечные, отмечается макроглоссия, низкий, грубый голос при крике и плаче, позднее отхождение мекония, плохая эпителизация пупочной ранки, затянувшаяся желтуха. Ваш предварительный диагноз?

- A. врожденный гипотиреоз
- B. неонатальный диабет
- C. адреногенитальный синдром
- D. диффузно-токсический зоб
- E. эндемический зоб

140. В школе при профилактическом осмотре у девочки при пальпации было обнаружено увеличение щитовидной железы, жалоб не предъявляла. Направлена на УЗИ: гиперплазия щитовидной железы при нормальной эхоструктуре. По данным гормонального статуса: ТТГ 3,1 мМЕ/л; Т4 свободный 15 пмоль/л. Ваш диагноз?

- A. Диффузный эндемический зоб
- B. Диффузный токсический зоб
- C. Первичный врожденный гипотиреоз
- D. Вторичный приобретенный гипотиреоз
- E. Врожденный нетоксический зоб

141. Девочке 16 лет, выставлен диагноз: болезнь Грейвса. С какого препарата необходимо назначить консервативную терапию?

- A. калия иодид
- B. тиамазол
- C. левотироксин
- D. преднизолон
- E. дексаметазон

142. Ребенку 2 месяца. При осмотре выявлено: макроглоссия, пупочная грыжа, запоры, склонность к гипотермии, низкий голос, отставание в психомоторном развитии. Для уточнения диагноза вы назначите анализ крови на:

- A. адренокортикотропный гормон
- B. тиреотропный гормон
- C. фолликулостимулирующий гормон
- D. соматотропный гормон
- E. пролактин

143. Девочке 15 лет был выставлен диагноз: диффузный эндемический зоб, эутиреоз. С какого препарата необходимо начать лечение?

- A. калия иодид
- B. тиамазол
- C. левотироксин
- D. преднизолон
- E. дексаметазон

144. Девочка 13 лет с диагнозом диффузно-токсический зоб, наблюдается у врача-эндокринолога 1 год, непрерывно принимает мерказолил в дозе 0,7 мг/кг, достичь ремиссии не удастся, отмечаются периодические кризы. Объем щитовидной железы достиг 32 см³. Ваша тактика?
- провести хирургическое лечение
 - увеличить дозу мерказолила в 2 раза
 - провести радиоiodотропную терапию
 - добавить в лечение левотироксин
 - назначить дополнительно калия иодид
145. Ребенку 5 дней. Был выписан из род.дома в удовлетворительном состоянии на 3 день. Пол мужской, двусторонний крипторхизм, была рекомендована плановая консультация хирурга по месту жительства. На 4 день появились жалобы на рвоту фонтаном, понос, слабость. При осмотре наружных гениталии отмечается сформированный половой член с уретральным отверстием на вершине головки. Мошонка нормально сформирована, но пуста. При проведении УЗИ малого таза: яичники и матка, влагалище соединено внутри с уретрой. Какой ваш предварительный диагноз?
- врожденная дисфункция коры надпочечников
 - хроническая недостаточность надпочечников
 - врожденное нарушение дифференцировки пола
 - врожденный мужской псевдогермафродитизм
 - врожденный женский псевдогермафродитизм
146. У ребенка 3 лет врожденная дисфункция коры надпочечников. Ежедневно получает 33 мкг кортинефа и 5 мг преднизолона. На фоне ОРЗ остро появились понос, дважды рвота, резкая адинамия. АД - 60/40 мм.рт.ст. Ваша тактика?
- Уменьшить суточную дозу преднизолона в 2 раза
 - Уменьшить суточную дозу кортинефа в 2 раза
 - Увеличить суточную дозу преднизолона и кортинефа в 2 раза
 - Увеличить суточную дозу преднизолона и уменьшить кортинеф
 - Увеличить суточную дозу кортинефа и уменьшить преднизолон
147. Ребенку 4 дня. Был доставлен скорой помощью. Со слов мамы отмечается рвота фонтаном, понос, слабость. Объективно большой родничок запавший, тургор снижен. При осмотре наружных гениталии отмечается увеличение клитора по Прадеру 3 степень. Какой анализ вы проведете в первую очередь для уточнения диагноза?
- калий, натрий
 - кальций, магний
 - хлор, калий
 - натрий, кальций
 - магний, калий
148. Девочка 6 лет. Жалобы на появление выделении из влагалища красного цвета «месячные», появились несколько дней назад впервые. При осмотре по Таннеру: MaIV, AxIV, PIV. Ваш предварительный диагноз?
- адрено-генитальный синдром
 - хроническая недостаточность надпочечников
 - преждевременное половое развитие
 - нарушение дифференцировки пола
 - ускоренное половое развитие
149. Мальчик 15 лет. Обратился с жалобами на маленький половой член, отсутствие вторичных половых признаков. Конечности длинные, худые, тонкие. Евнухоидный тип телосложения. Отмечается отложение жира по женскому типу. Половое развитие по Таннеру G 0, P 0, Ax 0, пенис длина 5 см, тестикулы объём правого и левого по 2 мл. Какой Ваш предварительный диагноз?
- синдром Прадера
 - синдром Нуна
 - синдром Хангарта
 - синдром Тернера
 - синдром Клайнфельтера
150. Ребенок 14 лет с висцеральным ожирением, артериальной гипертензией. Пероральный тест толерантности к глюкозе: гликемия натощак - 5,5 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки - 7,9 ммоль/л. Оцените нарушение углеводного обмена.

- A. нарушение гликемии натощак
- B. сахарный диабет 2 типа
- C. сахарный диабет 1 типа
- D. MODY диабет
- E. нарушение толерантности к глюкозе

151. Мальчик 16 лет с жалобами на избыточный вес, головные боли. Объективно: объем талии 98 см, вес 98 кг, ИМТ 33,9, АД 145/90 мм.рт.ст. Уровень глюкозы натощак 6,0 ммоль/л. Какой тест необходимо провести для уточнения диагноза?

- A. глюкозо-толерантный
- B. печеночный
- C. почечный
- D. хелик-тест
- E. электролитный

152. Мальчик 12 лет. Ожирение. Артериальная гипертензия. Гликемия натощак в пределах 9,9-10,7 ммоль/л, после еды 9,2-12,4 ммоль/л. Эндокринологом диагностирован сахарный диабет 2 типа. Какой из перечисленных ниже сахароснижающих препаратов показан ребенку?

- A. манинил
- B. дианорм
- C. диабетон
- D. актропид
- E. сиофор

153. Подросток 13 лет в течение года страдает диффузным токсическим зобом. Лечится нерегулярно, больным себя не считает. На данный момент - ярко выраженная симптоматика тиреотоксикоза. Определите наиболее оптимальную тактику?

- A. после медикаментозной ремиссии - прооперировать
- B. после медикаментозной ремиссии - назначить левотироксин
- C. дополнить анти тиреоидное лечение левотиоксином
- D. дополнить анти тиреоидное лечение калия иодидом
- E. после медикаментозной ремиссии - назначить преднизолон

154. Девушка 15 лет с фурункулезом. Индекс массы тела 36. Гликемия натощак 6,9 и 6,6 ммоль/л, уровень триглицеридов в крови - 2,2 ммоль/л. Для уточнения диагноза какое обследование необходимо провести?

- A. инсулиновую пробу с гормоном роста
- B. повторное исследование гликемии натощак
- C. исследование содержания глюкозы в моче
- D. пероральный тест толерантности к глюкозе
- E. парентеральный тест толерантности к глюкозе

155. Девочка 10 лет с костной формой первичного гиперпаратиреоза. После удаления аденомы паращитовидной железы появились судороги. Получает препарат кальция 500 мг в сутки. Уровень общего кальция в крови - 1,9 ммоль/л., содержание паратгормона на верхней границе нормы. Ваши рекомендации?

- A. добавить противосудорожные препараты
- B. увеличить дозу препарата кальция
- C. обогатить питание кальцием
- D. добавить препараты магния
- E. снизить дозу препаратов кальция

156. При подозрении синдрома Клайнфельтера какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?

- A. МРТ гипофиза
- B. кариотипирование
- C. УЗИ яичек
- D. анализ крови на пролактин
- E. КТ надпочечников

157. При обследовании мальчика 15 лет отмечается отсутствие вторичных половых признаков, евнухоидный тип телосложения, удлинённые верхние и нижние конечности, короткое туловище по отношению к конечностям. Кожа и слизистые обычного цвета, но тургор кожи снижен. Мышечная гипотония. Тембр голоса мальчика – высокий. Уровень гонадотропных гормонов в крови повышен, тестостерона – снижен.

Объем яичек соответствует от 2 – до 4 мл, пенис 6 см. При назначении тестостерона в/м (Омнадрен-250 мг), сколько ребенок должен получать инъекции в месяц?

- A. 1
- B. 2
- C. 3
- D. 4
- E. 5

158. У мальчика 15 лет при подготовке к плановой операции по поводу миопии (склеропластика) был проведен анализ на глюкозу крови, результат - 9,3 ммоль/л. Ребенок обратился к эндокринологу, жалоб нет. ИМТ 19. Клиника без особенностей. Ваши действия?

- A. проведение перорального теста толерантности к глюкозе
- B. повторное определение гликемии натощак
- C. определение гликемии через 2 часа после еды
- D. проведение парентерального теста толерантности к глюкозе
- E. исследование содержания глюкозы в моче

159. Девочка 16 лет. Жалуется на избыточную массу тела, повышенную утомляемость, периодическую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема пищи. Аппетит повышенный. Объективно. Рост - 168 см, масса тела - 86 кг. ИМТ 30,5 кг/м. 96 перцентиль. Отложение подкожной жировой клетчатки равномерное. Кожа обычной окраски и влажности. АД - 135/80 мм.рт.ст. При подозрении на метаболический синдром какие анализы необходимо назначить ребенку?

- A. Холестерин, глюкозу крови
- B. ЛГ, эстрадиол
- C. Гемоглобин, железо
- D. Креатинин, мочевины
- E. ТТГ, тироксин

160. Ребенок в возрасте 10 лет был госпитализирован в ОРИТ с приступами судорог. В последние 2 месяца периодически отмечал жалобы на боли в икроножных мышцах, утомляемость, боли в области большеберцовых костей и предплечья, ключиц, грудины. Лабораторные исследования. Показатели электролитов- ионизированный кальций – 0,9 ммоль/л, общий кальций 2,1 ммоль/л. Неорганический фосфор -2.8 ммоль/л норма. Уровень паратгормона -3нг/л. Назначьте лечение ребенку.

- A. Рокальтрол
- B. Ретинол
- C. Никотинамид
- D. Пиридоксамин
- E. Тиамин

161. Пациента 12 лет в течение двух недель беспокоили голодные и ночные боли в эпигастрии. В последние 2-3 дня он предъявляет жалобы на тупые боли в эпигастрии, проходят после еды и возобновляются через 1,5-2 часа, метеоризм, кашицеобразный стул, снижение аппетита, некоторое похудание. При осмотре: язык обложен толстым бело-желтым налетом, определяется умеренное напряжение мышц и пальпаторная болезненность в эпигастральной области, вздутие живота. Каков Ваш предварительный диагноз?

- A. хронический панкреатит
- B. хронический холецистит
- C. дискинезия желчного пузыря
- D. острый панкреатит
- E. язвенная болезнь желудка

162. Пациента 12 лет в течение двух недель беспокоили голодные и ночные боли в эпигастрии. В последние 2-3 дня он предъявляет жалобы на тупые боли в эпигастрии, проходят после еды и возобновляются через 1,5-2 часа, метеоризм, кашицеобразный стул, снижение аппетита, некоторое похудание. При осмотре: язык обложен толстым бело-желтым налетом, определяется умеренное напряжение мышц и пальпаторная болезненность в эпигастральной области, вздутие живота. Какое обследование необходимо провести для подтверждения диагноза?

- A. ректороманоскопию
- B. УЗИ органов брюшной полости
- C. холецистографию
- D. эзофагогастродуоденоскопию
- E. рентеноскопию брюшной полости

163. Ребенку 12 лет выставлен диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, в стадии «свежей язвы». Какое обследование необходимо провести для определения тактики лечения?

- A. анализ на *Helicobacter pylori*
- B. генетика метаболизма лактозы
- C. анализ мочи на диастазу
- D. антитела к глиадину
- E. фекальный кальпротектин

164. Ребенок 6 лет поступил в стационар с жалобами на жидкий стул с примесью крови до 10-12 раз в сутки, тенезмы, боли в животе, иногда повышение температуры, боли в суставах. Из анамнеза: болен в течение месяца, проходил обследование и лечение в инфекционной больнице. Кишечная инфекция была исключена, антибактериальная терапия неэффективна. В анализах крови – анемия, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. Ваш предварительный диагноз?

- A. язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
- B. хронический эрозивный гастродуоденит
- C. неспецифический язвенный колит
- D. синдром раздраженного кишечника
- E. функциональная диспепсия

165. Ребенок 6 лет поступил в стационар с жалобами на жидкий стул с примесью крови до 10-12 раз в сутки, тенезмы, боли в животе, иногда повышение температуры, боли в суставах. Из анамнеза: болен в течение месяца, проходил обследование и лечение в инфекционной больнице. Кишечная инфекция была исключена, антибактериальная терапия неэффективна. В анализах крови – анемия, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. Какое обследование необходимо провести для установления диагноза?

- A. эзофагогастродуоденоскопию
- B. УЗИ органов брюшной полости
- C. холецистопанкреографию
- D. колоноскопию
- E. дуоденальное зондирование

166. Больной в возрасте 7 лет обратился в поликлинику с жалобами на постоянную жажду. Со слов матери ребенка жидкость пьет каждые 15-30мин независимо от степени занятости или увлеченности. Из анамнеза вышеперечисленные жалобы появились после получения ЧМТ из-за ушиба головы. Лабораторные исследования: - общий анализ мочи – относительная плотность мочи-1005, в остальном без патологии, сахар в моче не выявлен. Проба по Зимницкому- относительная плотность мочи в 8 порциях в пределах 1000-1008г\л. Сахар в крови- 4.8ммоль.\л. Какой препарат вы назначите?

- A. Преднизалон
- B. Гидрокортизон
- C. Десмопрессин
- D. Карбомозепин
- E. Пропраналол

167. Ребенок 6 лет поступил в стационар с жалобами на жидкий стул с примесью крови до 10-12 раз в сутки, тенезмы, боли в животе, иногда повышение температуры, боли в суставах. Из анамнеза: болен в течение месяца, проходил обследование и лечение в инфекционной больнице. Кишечная инфекция была исключена, антибактериальная терапия неэффективна. В анализах крови – анемия, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. Какие препараты относятся к базовой терапии в данном случае?

- A. антибиотики широкого спектра
- B. 5-аминосалициловой кислоты
- C. ингибиторы протонной помпы
- D. блокаторы H₂-рецепторов гистамина
- E. антигистаминные

168. Ребенок 2 года поступил в стационар с жалобами на частый жидкий стул, вздутие живота, снижение аппетита, слабость, отставание в физическом развитии. Из анамнеза: симптомы заболевания появились у ребенка в возрасте 7 месяцев, после введения в качестве прикорма мучных продуктов. Объективно: ребенок пониженного питания, выраженное вздутие живота, при пальпации мягкий, беспокойства не вызывает. В анализах крови – анемия, гипопроотеинемия. Ваш предполагаемый диагноз?

- A. лактазная недостаточность
- B. муковисцидоз
- C. дисахаридазная недостаточность
- D. глютеновая энтеропатия
- E. функциональная диарея

169. Ребенок 2 года поступил в стационар с жалобами на частый жидкий стул, вздутие живота, снижение аппетита, слабость, отставание в физическом развитии. Из анамнеза: симптомы заболевания появились у ребенка в возрасте 7 месяцев, после введения в качестве прикорма мучных продуктов. Объективно: ребенок пониженного питания, выраженное вздутие живота, при пальпации мягкий, беспокойства не вызывает. В анализах крови – анемия, гипопроотеинемия. Какое исследование крови необходимо провести для уточнения предполагаемого диагноза?

- A. антитела к глиадину
- B. генетика метаболизма лактозы
- C. на щелочную фосфатазу
- D. на трансминазы
- E. антитела к ВУИ

170. Ребенок 2 года поступил в стационар с жалобами на частый жидкий стул, вздутие живота, снижение аппетита, слабость, отставание в физическом развитии. Из анамнеза: симптомы заболевания появились у ребенка в возрасте 7 месяцев, после введения в качестве прикорма мучных продуктов. Объективно: ребенок пониженного питания, выраженное вздутие живота, при пальпации мягкий, беспокойства не вызывает. В анализах крови – анемия, гипопроотеинемия. Какую диету вы выберете в первую очередь?

- A. бессолевую
- B. аглютеновую
- C. безбелковую
- D. углеводную
- E. молочную

171. У прежде здорового подростка появились выраженные боли в животе, неоднократная рвота «кофейной гущей». Однократно была мелена, положительная реакция Грегерсена в кале. Заболеванию предшествовало лечение ангины сульфаниламидными препаратами. Какое осложнение предполагаемого заболевания в данном случае имеет место?

- A. перфорация
- B. пенетрация
- C. стеноз
- D. кровотечение
- E. малигнизация

172. Ребенку 2 месяца, родителей беспокоят приступы беспокойства и плача, чаще всего вечером после кормления, продолжительные. Ребенок при этом краснеет, сучит ножками, живот вздут, напряжен. Приступы плача прекращаются также внезапно, как и появляются. При осмотре педиатром никаких отклонений в состоянии здоровья не выявлено. Какое функциональное расстройство желудочно-кишечного тракта имеет место?

- A. младенческие срыгивания
- B. функциональный запор
- C. младенческие колики
- D. синдром циклической рвоты
- E. младенческая диспепсия

173. Девочка 10 лет, на приеме у педиатра в поликлинике с жалобами на боли в животе, без связи с приемом пищи и физической нагрузкой, возникают периодически два-три раза в неделю. Из анамнеза: боли

беспокоят в течение полугода. При клинико-лабораторном исследовании, на эзофагогастродуоденоскопии и УЗИ органов брюшной полости отклонений не выявлено. Ваш диагноз?

- A. хронический гастрит
- B. дискинезия желчного пузыря
- C. функциональная диспепсия
- D. хронический панкреатит
- E. желчнокаменная болезнь

174. Ребенку 1 год 2 месяца. На приеме у педиатра мама жалуется на редкий стул у ребенка – один-два раза в неделю, плотный, иногда в виде «овечьего кала». Из анамнеза: данные явления беспокоят с возраста 4-х месяцев, после перехода на искусственное вскармливание. Ребенок беспокойный, часто стоит на носочках, акт дефекации болезненный. Какое инструментальное исследование необходимо провести в данном случае?

- A. эзофагогастродуоденоскопию
- B. колоноскопию
- C. рентгеноскопию брюшной полости
- D. ирригографию с контрастированием
- E. ректороманоскопию

175. Ребенку 1 год 2 месяца. На приеме у педиатра мама жалуется на редкий стул у ребенка – один-два раза в неделю, плотный, иногда в виде «овечьего кала». Из анамнеза: данные явления беспокоят с возраста 4-х месяцев, после перехода на искусственное вскармливание. Ребенок беспокойный, часто стоит на носочках, акт дефекации болезненный. Клинико-лабораторное и инструментальное исследование отклонений не выявило. Ваш диагноз?

- A. хронический энтероколит
- B. функциональный запор
- C. синдром раздраженного кишечника
- D. младенческая дишезия
- E. синдром мальабсорбции

176. Ребенок 1 месяц на приеме у врача педиатра. Мама жалуется на то, что ребенок перед отхождением мягкого стула напрягается, краснеет, плачет и сучит ножками. Данное состояние беспокоит в течение 10-20 минут. После отхождения стула ребенок успокаивается. Никаких отклонений в состоянии здоровья у ребенка не выявлено. Какое функциональное расстройство желудочно-кишечного тракта в данном случае имеет место?

- A. младенческие срыгивания
- B. функциональный запор
- C. младенческие колики
- D. синдром циклической рвоты
- E. младенческая дишезия

177. Мальчик 14 лет. Болен 3 года. Периодически беспокоили боли в животе, тошнота, рвота после жирной еды. После очередного обильного приема жирной пищи появились опоясывающие боли, рвота, понос без примеси крови. Объективно: болезненность при пальпации живота в пилородуоденальной зоне. Положительные симптомы Кача, Мейо-Робсона. Стул кашицеобразный, жирный. В ОАК — нейтрофильный лейкоцитоз, повышенная СОЭ. В биохимии крови — повышение амилазы.

Укажите вероятный диагноз:

- A. язвенная болезнь в фазе обострения
- B. дискинезия желчевыводящих путей
- C. хронический холецистит, обострение
- D. хронический панкреатит, обострение
- E. хронический гастрит, обострение

178. Пациент 16 лет поступил в приемное отделение стационара с жалобами на сильные, интенсивные боли в подложечной области с иррадиацией в левое подреберье и поясничную область слева. Боли сопровождаются тошнотой, многократной рвотой, не приносящей большого облегчения. Однократно был жидкий стул без примесей. Из анамнеза: симптомы появились накануне вечером, через несколько часов употребления в пищу фаст-фуда, боли периодически беспокоят в течение последних трех лет, иногда носят опоясывающий характер. До настоящего времени за медицинской помощью не обращался, не обследовался.

Объективно: больной пониженного питания, температура - 37,3, АД - 120/ 70 мм рт. ст. В общем анализе крови: лейкоциты - $10,8 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ - 20 мм/час. Амилаза мочи - 128 ед. Ваш предварительный диагноз?

- A. хронический гастродуоденит
- B. язвенная болезнь желудка
- C. острый аппендицит
- D. хронический панкреатит
- E. желчнокаменная болезнь

179. Пациент 13 лет госпитализирован в жалобами на рвоту "кофейной гущей", частый жидкий стул черного цвета, слабость. АД= 90/60 мм рт.ст., частота пульса - 98 уд/мин. Какое исследование необходимо провести для верификации диагноза?

- A. ректороманоскопию
- B. УЗИ органов брюшной полости
- C. холецистографию
- D. эзофагогастродуоденоскопию
- E. рентеноскопию брюшной полости

180. Пациент 16 лет, обратился в поликлинику с жалобами на чувство тяжести в правом подреберье, умеренную желтуху, общую слабость, похудание, боли в суставах. Объективно: кожные покровы желтушные с единичными телеангиоэктазиями. Печень увеличена - выступает из-под края правой реберной дуги на 1,5- 2 см. Селезенка не пальпируется. При биохимических исследованиях: уровень трансаминаз повышен более 3 раз, общий билирубин - 32,8 мкмоль/л, тимоловая проба - 9,3 ед. В крови обнаружен НВсAg. Ваш предварительный диагноз?

- A. хронический гепатит
- B. острый холецистит
- C. хронический панкреатит
- D. язвенная болезнь
- E. дискинезия желчного пузыря

181. Девочка 14 лет. Через 4 часа после приема жирной пищи появились схваткообразные боли в левом подреберье, тошнота, неоднократная рвота, не приносящая облегчения. При пальпации выявлена резкая болезненность в точке Мейо-Робсона. Ваш предварительный диагноз:

- A. аппендицит
- B. холецистит
- C. панкреатит
- D. гастрит
- E. холангит

182. Девочка 14 лет. Через 4 часа после приема жирной пищи появились схваткообразные боли в левом подреберье, тошнота, многократная рвота, не приносящая облегчения. При пальпации выявлена резкая болезненность в точке Мейо-Робсона. Для подтверждения панкреатита необходимо определение:

- A. трансаминаз
- B. амилазы
- C. общего белка
- D. сахара
- E. креатинина

183. Мальчик 2 г.5 мес. Болен в течение недели: появились боли в животе, стул до 3 раз в сутки. В последние два дня боль в животе стала схваткообразной, возникает перед актом дефекации. Стул участился до 4 раз в сутки, кашицеобразный с прожилками крови. Температура в пределах нормы. Ваш предварительный диагноз:

- A. острая кишечная инфекция
- B. неспецифический язвенный колит
- C. полип прямой кишки
- D. дисбактериоз
- E. дизентерия

184. Мальчик 2 г.5 мес. Болен в течение недели: появились боли в животе, стул до 3 раз в сутки. В последние два дня боль в животе стала схваткообразной, возникает перед актом дефекации. Стул участился

до 4 раз в сутки, кашицеобразный с прожилками крови. Температура в пределах нормы. Укажите препарат базисной терапии при этом заболевании:

- A. салофальк
- B. азатиоприн
- C. сандимун
- D. преднизолон
- E. альфа-интерферон

185. Мальчик 13 лет. Предварительный диагноз: неспецифический язвенный колит. Наиболее информативный метод для подтверждения диагноза:

- A. УЗИ органов брюшной полости
- B. колонофиброскопия
- C. ректороманоскопия
- D. фиброгастроскопия
- E. рентгенография брюшной полости

186. Девочка 11 лет. После обследования выставлен диагноз: острый панкреатит. Решающее значение в диагностике заболевания принадлежит:

- A. дуоденальному зондированию
- B. копрологическому исследованию
- C. фиброгастроскопии
- D. активности ферментов поджелудочной железы
- E. рентгенография брюшной полости

187. Девочка 3-х лет, поступила в стационар с жалобами на кожный зуд, желтуху, увеличение размеров живота, отеки на нижних конечностях, слабость. Из анамнеза: в течение последнего года беспокоит кожный зуд, однако обследование не проводилось. В последнее время кожный зуд усилился и появилась желтуха. В анализах: гипербилирубинемия за счет прямой фракции, значительное повышение трансаминаз, гипопроteinемия. Анализы на маркеры вирусного гепатита отрицательные. На УЗИ – диффузные изменения паренхимы печени, асцит, спленомегалия. Фибросканирование печени – стадия фиброза III. Какой анализ крови необходимо провести для установления предполагаемой этиологии заболевания?

- A. антитела к ВУИ
- B. на щелочную фосфатазу
- C. свертывающую систему
- D. антитела к глиадину
- E. белковые фракции

188. Девочка 16 лет, поступила в стационар с приступом болей в правом подреберье, носящих режущий, раздражающий характер. Боли иррадиируют в область правого плеча и шеи. Больная беспокойна, не находит положения, облегчающего боли. Из анамнеза: накануне вечером употребила в пищу гамбургер и сладкие газированные напитки. Приступ возник ночью. Ранее отмечались умеренные ноющие боли в правом подреберье, тошнота и горечь во рту при погрешностях в диете. Не обследовалась. Подобный приступ возник впервые.

Препарат какой группы необходимо ввести для устранения болевого синдрома?

- A. ингибиторы протонной помпы
- B. спазмолитические
- C. антацидные
- D. ферментные
- E. блокаторы H₂-рецепторов гистамина

189. Мальчик 13 лет. По поводу полиартрита два месяца принимает внутрь индометацин. Внезапно появились боли в эпигастрии, неоднократная рвота темными массами, слабость. При осмотре кожные покровы бледные, холодные. Пульс -120 в минуту. АД 90/70 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, мышечного напряжения нет. Ваш предварительный диагноз:

- A. острый эрозивный гастрит
- B. острый аппендицит
- C. пищевая токсикоинфекция
- D. острый холецистит
- E. острый панкреатит

190. Девочка 16 лет, поступила в стационар с приступом болей в правом подреберье, носящих режущий, раздражающий характер. Боли иррадиируют в область правого плеча и шеи. Больная беспокойна, не находит положения, облегчающего боли. Из анамнеза: накануне вечером употребила в пищу гамбургер и сладкие газированные напитки. Приступ возник ночью. Ранее отмечались умеренные ноющие боли в правом подреберье, тошнота и горечь во рту при погрешностях в диете. Не обследовалась. Подобный приступ возник впервые. Каков обследование необходимо провести в первую очередь для подтверждения диагноза?

- A. УЗИ органов брюшной полости
- B. обзорная рентгенография брюшной полости
- C. эзофагогастродуоденоскопия
- D. колонофиброскопия
- E. ирригография

191. Девочка 16 лет, поступила в стационар с приступом болей в правом подреберье, носящих режущий, раздражающий характер. Боли иррадиируют в область правого плеча и шеи. Больная беспокойна, не находит положения, облегчающего боли. Из анамнеза: накануне вечером употребила в пищу гамбургер и сладкие газированные напитки. Приступ возник ночью. Ранее отмечались умеренные ноющие боли в правом подреберье, тошнота и горечь во рту при погрешностях в диете. Не обследовалась. Подобный приступ возник впервые.

Каков Ваш предварительный диагноз?

- A. хронический гастрит
- B. язвенная болезнь
- C. острый аппендицит
- D. острый эзофагит
- E. желчнокаменная болезнь

192. Согласно Маахстрихского соглашения по лечению гастритов хеликобактерной этиологии основными препаратами, входящими в протокол лечения тройной терапии являются:

- A. гентамицин, алмагель, мотилиум
- B. амоксициллин, омепразол, метронидазол
- C. кларитромицин, пилорид, мотилиум
- D. де-нол, ранитидин, пенициллин
- E. рабепразол, висмут-цитрат, трихопол

193. Один из основных клинических признаков острой пневмонии у детей раннего возраста:

- A. повышение температуры тела до субфебрильных цифр
- B. локальное укорочение перкуторного звука
- C. жесткое дыхание
- D. рассеянные мелкопузырчатые хрипы
- E. рассеянные сухие хрипы

194. При обструктивном бронхите у детей раннего возраста отмечается:

- A. пульсация шейных вен
- B. экспираторная одышка
- C. локальное укорочение перкуторного звука
- D. инспираторная одышка
- E. судорожный синдром в результате дыхательной недостаточности

195. Ребенку 6 лет. Возбужден, T^0 – 37,2°C, Ч.Д. – 36 в мин., небольшая гиперемия зева. Перкуторно над легкими коробочный звук. При аускультации - дыхание жесткое, выдох удлинен, сухие свистящие и единичные влажные хрипы над всей поверхностью легких. Предположительный диагноз:

- A. острый обструктивный бронхит
- B. острый ларинготрахеит
- C. острая пневмония
- D. приступ бронхиальной астмы
- E. инородное тело дыхательных путей

196. Ребенок 5 месяцев. Болен 1 неделю. Жалобы матери: отказ от груди, покашливание, повышение температуры до 38,5°C. Осмотр: температура 38,9°C. Кожа бледная с сероватым оттенком, акроцианоз, «мраморный» рисунок кожи. Ч.Д. 60 в 1 мин. Дыхание аритмичное, втяжение эпигастрия. Притупление легочного звука и ослабление дыхания справа ниже угла лопатки, там же - крепитирующие хрипы. Ваш диагноз и тактика ведения:

- A. тяжелая пневмония, лечение в стационаре

- В. нетяжелая пневмония, лечение амбулаторное
- С. острая респираторная вирусная инфекция, лечение амбулаторное
- Д. сепсис, лечение в стационаре
- Е. тяжелая пневмония, лечение амбулаторное

197. Ребенку 10 лет. Жалобы на затрудненное дыхание, приступообразный непродуктивный кашель, свистящее дыхание, чувство страха удушья. Объективно: вынужденное положение - сидя, опираясь на руки, дистанционные свистящие хрипы, бочкообразная грудная клетка. При перкуссии - коробочный звук, при аускультации- жесткое дыхание с удлиненным выдохом, свистящие сухие хрипы. Окажите первую помощь:

- А. Ингаляция адреналина
- В. Ингаляция салбутамола
- С. Ингаляция беклазона
- Д. Ингаляция соляно-щелочная
- Е. Ингаляция серетида

198. Ребенку 7 лет. Жалобы на затрудненное дыхание, приступообразный непродуктивный кашель, свистящее дыхание, чувство страха удушья, сдавления в груди. Объективно: вынужденное положение сидя, опираясь на руки. Дистанционные свистящие хрипы, бочкообразная грудная клетка. Коробочный перкуторный звук, жесткое дыхание с удлиненным выдохом, свистящие сухие хрипы. Ваш предполагаемый диагноз:

- А. Обструктивный бронхит
- В. Интерстициальная пневмония
- С. Бронхиальная астма
- Д. Бронхиолит
- Е. Альвеолит

199. Ребенок 4 года. Жалобы матери на кашель с гнойным отделяемым, одышку, заложенность носа, плохой аппетит. В анамнезе - частые простудные заболевания, гаймориты, отиты. Объективно: отставание в физическом развитии, гнойные выделения из носа. В легких - мелкопузырчатые влажные хрипы с двух сторон. Границы сердца смещены вправо, там же прослушиваются сердечные тоны. Печень пальпируется в левом подреберье. Ваш предполагаемый диагноз:

- А. бронхоэктатическая болезнь
- В. синдром Гудпасчера
- С. синдромХаммен Рича
- Д. хронический бронхит
- Е. синдром Картагенера

200. Мальчик 8 лет. Жалобы на кашель с трудно отделяемой мокротой, запоры. Болен с рождения. Неоднократно госпитализировался с диагнозами обструктивный бронхит, пневмония. 2сисба умерли в неонатальном периоде от кишечной непроходимости. Вес 29 килограмм, рост 140 см. Выражены симптомы "часовых стекол" и "барабанных палочек". Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук над легкими с тимпаническим оттенком. Аускультативно: справа дыхание ослаблено, слева – жесткое, разнокалиберные влажные и сухие хрипы, Стул обильный, с жирным блеском, замазкообразный. Поставьте предварительный диагноз:

- А. фиброзирующийальвеолит
- В. дефицит альфа один антитрипсина
- С. муковисцидоз
- Д. цилиарная дискинезия
- Е. интерстициальная болезнь легких

201 Наиболее существенным параметром, подтверждающим гемолитическую болезнь новорожденных по системе АВО, следует считать:

Варианты ответов

- А.микросфероцитоз у ребенка;
- В.обнаружение иммунных антител анти-А и анти-В в крови матери;
- Е.наличие у матери группы крови О, у ребенка - А(11) или (111);
- Г.положительную прямую пробу Кумбса;

202 У родившегося в срок ребенка в первую неделю жизни нарастала желтуха, которая стабильно сохраняется в течение 4 недель, появились запоры, брадикардия. Ваш предварительный диагноз:

Варианты ответов

- А. сепсис;
- В. гипотиреоз;
- Г. АВО-гемолитическая болезнь;
- Е. пилоростеноз;

203 Гемолитическую болезнь новорожденного по АВО-системе антигенов наблюдают:

Варианты ответов

- А. только у зрелых доношенных детей;
- В. только у детей от повторной беременности;
- Е. у детей с группой крови O(1);
- Г. чаще у детей с группой крови A(11) от матерей с O(1) группой крови;

204 Диагноз муковисцидоза подтверждает:

Варианты ответов

- А. рентгенограмма грудной клетки;
- В. исследование костного мозга;
- Е. биопсия тонкого кишечника;
- Г. микроскопия осадка мочи;
- 5 определение электролитов пота.

205 У женщины 36 лет родился ребенок с типичной болезнью Дауна. Для генетической консультации важен показатель:

Варианты ответов

- А. возраст матери;
- В. генотип отца;
- Е. состояние здоровья матери;
- Г. генотип матери;

206 Ребенок 2 лет. Тяжелое состояние, температура 39С, сомнолентность, ригидность мышц затылка и небольшие кожные кровоизлияния. В ликворе 600 клеток, почти все гранулоциты, сахар снижен, белок повышен. Наиболее вероятный возбудитель менингита:

Варианты ответов

- А. пневмококк;
- В. менингококк;
- Д. микобактерия туберкулеза;
- Е. вирус кори;

207. К одним из "больших" критериев ревматической лихорадки относится:

- А. пневмония
- В. малая хорея
- С. судороги
- Д. аллергические высыпания на коже
- Е. лихорадка

208. Наиболее часто при острой ревматической лихорадке у детей поражается:

- А. трикуспидальный клапан
- В. клапан легочной артерии
- С. митральный клапан
- Д. коронарные сосуды
- Е. клапаны лёгочной артерии

209. Одним из препаратов первого ряда в базисной терапии при ювенильном ревматоидном артрите является:

- A. метотрексат
- B. бициллин - 5
- C. диклофенак натрия
- D. циклофосфамид
- E. плаквенил

210. Базисную терапию ювенильного ревматоидного артрита необходимо начинать:

- A. до установления диагноза
- B. сразу после установления диагноза
- C. через месяц после установления диагноза
- D. через 6 месяцев
- E. через год

211. Характерные изменения кожи при системной красной волчанке это:

- A. «древовидное ливедо»
- B. лиловая эритема параорбитальной области
- C. симптом «бабочки» на лице
- D. бледность с серо-землистым оттенком («кофе с молоком»)
- E. симметричные эритроматозно-лиловые пятна над разгибательными поверхностями пястно-фаланговых суставов

212. Характерные изменения кожи при ювенильном дерматомиозите это:

- A. «древовидное ливедо»
- B. плотноватые, возвышающиеся над кожей, округлой формы, розового цвета высыпания
- C. симптом «бабочки» на лице
- D. бледность с серо-землистым оттенком («кофе с молоком»)
- E. симметричные эритроматозно-лиловые пятна над разгибательными поверхностями пястно-фаланговых суставов

213. Патогномоничные изменения со стороны кожи при дерматомиозите:

- A. повышенный сосудистый рисунок
- B. «древовидное ливедо»
- C. лиловая эритема в параорбитальной области
- D. симптом «бабочки» на лице
- E. эритроматозные высыпания в виде «декольте»

214. Системная склеродермия характеризуется:

- A. поражением проксимальной группы мышц конечностей, атрофией мышц
- B. склеродактилией, атрофией кожи, синдромом Рейно, поражением почек
- C. поражением гепатолиенальной системы
- D. поражением нервной системы и мышц
- E. поражением печени, почек и лимфатических узлов

215. Какие из перечисленных препаратов являются препаратами первой линии в терапии ревматоидного артрита:

- A. кортикостероиды
- B. препараты золота
- C. нестероидные противовоспалительные препараты
- D. аминохинолиновые препараты
- E. антигистаминные препараты

216. Для врожденного гипотиреоза не характерно:

Варианты ответов

- 1 макроглоссия;
- 2 пролонгированная желтуха;
- 3 склонность к гипотермии;
- 4 преждевременное закрытие большого родничка;
- 5 запор.

217. Инсоляция провоцирует развитие:

- A. острой ревматической лихорадки
- B. системной красной волчанки

- C. реактивного артрита
- D. синдрома Рейтера
- E. склеродермии

218. При ревматическом поражении суставов наблюдается:

- A. утренняя скованность
- B. рецидивирующий полиартрит
- C. ночные локализованные боли в тазобедренных суставах
- D. мигрирующий артрит крупных и средних суставов
- E. быстрое развитие деструкции суставных поверхностей

219. Конъюнктивит чаще наблюдается:

- A. при ЮРА
- B. при синдроме Рейтера
- C. при ревматической лихорадке
- D. при склеродермии
- E. при бруцеллёзном артрите

220. С какого антибиотика начинают лечение острой ревматической лихорадки:

- A. пенициллина
- B. цефазолина
- C. левомицетина
- D. доксициклина
- E. гентамицина

221. На приёме ребёнок 12 лет. Предъявляет жалобы на отечность и высыпания в области обоих век, утомляемость, боль в конечностях. При осмотре лицо несколько отёчное, веки отёчные, лиловая эритема в области век, на ушных раковинах, на разгибательных поверхностях пястно-фаланговых суставов отмечаются симметричные эритематозно-лиловые пятна. Резкая болезненность при пальпации и тестоватая плотность мышц бёдер и плеч. Выраженная слабость в мышцах конечностей, встает с постели и ходит с трудом. Для какого заболевания характерны вышеперечисленные симптомы?

- A. ювенильного дерматомиозита
- B. системной красной волчанки
- C. системной склеродермии
- D. узелкового полиартериита
- E. ювенильного ревматоидного артрита

222. Больной 13 лет, лихорадка, артрит коленных суставов, эритематозные высыпания на лице и открытых участках тела, энантема на твердом небе, явления стоматита, усиленное выпадение волос, одышка, постоянный сухой кашель. В легких - ослабленное дыхание, не звонкие влажные хрипы в нижних отделах. Тоны сердца глухие, тахикардия. ОАК: резко повышенная СОЭ, анемия, тромбоцитопения, лейкопения. Предполагаемый диагноз:

- A. СКВ
- B. ЮРА
- C. узелковый полиартериит
- D. ревматическая лихорадка
- E. острая пневмония

223. У ребенка 3., 10 лет в течение последнего года отмечается утренняя скованность в суставах, трудно вставать с постели, одеваться. При осмотре: межфаланговые суставы пальцев рук веретенообразно утолщены, болезненные при пальпации, кисть в кулак смыкает на 1/3, коленные суставы деформированы, массивные, движения в них ограничено и болезненно. СОЭ - 35 мм/час. Предварительный диагноз:

- A. ревматическая лихорадка
- B. реактивный артрит
- C. ювенильный ревматоидный артрит
- D. бруцеллез
- E. дерматомиозит

224. На приёме ребёнок 6 лет. Жалобы на высокую температуру, слабость, боли в мышцах, боли в кистях рук, сильные приступообразные боли в животе. Кожные покровы в области дистальных отделов мраморные, холодные; на коже в области предплечий, стоп – сетчатое ливедо. СОЭ - 55 мм/час. Предварительный диагноз:

- A. ревматическая лихорадка

- В. реактивный артрит
- С. узелковый полиартериит
- Д. бруцеллез
- Е. дерматомиозит

224. О каком заболевании свидетельствуют: преждевременные роды с массой плода менее 3 кг, наличие большой плаценты, признаки внутриутробной асфиксии, высокий уровень гемоглобина, седловидный нос, раннее появление отечного синдрома:

- А. врожденный нефротический синдром
- В. вторичный нефритический синдром
- С. нефронофтизФанкони
- Д. олигомеганефрония
- Е. синдром Альпорта

225. Ребенок 15 лет, отмечает жалобы на учащённое сердцебиение, потливость, повышенный аппетит, быструю утомляемость и раздражительность. При осмотре: положительный симптом телеграфного столба, симптом Грефе, Мейбиуса, Штельвага. Отмечается увеличение щитовидной железы, видна на глаз, пальпируется. Ваш предварительный диагноз?

- А. Диффузный эндемический зоб
- В. Диффузный токсический зоб
- С. Первичный врожденный гипотиреоз
- Д. Вторичный приобретенный гипотиреоз
- Е. Врожденный нетоксический зоб

226. Ребенок родился с большой массой тела при рождении, лицо и губы отечные, отмечается макроглоссия, низкий, грубый голос при крике и плаче, позднее отхождение мекония, плохая эпителизация пупочной ранки, затянувшаяся желтуха. Ваш предварительный диагноз?

- А. врожденный гипотиреоз
- В. неонатальный диабет
- С. адреногенитальный синдром
- Д. диффузно-токсический зоб
- Е. эндемический зоб

227. В школе при профилактическом осмотре у девочки при пальпации было обнаружено увеличение щитовидной железы, жалоб не предъявляла. Направлена на УЗИ: гиперплазия щитовидной железы при нормальной эхоструктуре. По данным гормонального статуса: ТТГ 3,1 мМЕ/л; Т4 свободный 15 пмоль/л. Ваш диагноз?

- А. Диффузный эндемический зоб
- В. Диффузный токсический зоб
- С. Первичный врожденный гипотиреоз
- Д. Вторичный приобретенный гипотиреоз
- Е. Врожденный нетоксический зоб

228. Девочка 13 лет с диагнозом диффузно-токсический зоб, наблюдается у врача-эндокринолога 1 год, непрерывно принимает мерказолил в дозе 0,7 мг/кг, достичь ремиссии не удается, отмечаются периодические кризы. Объем щитовидной железы достиг 32 см³. Ваша тактика?

- А. провести хирургическое лечение
- В. увеличить дозу мерказолила в 2 раза
- С. провести радиоiodизотропную терапию
- Д. добавить в лечение левотироксин
- Е. назначить дополнительно калия иодид

229. Ребенку 5 дней. Был выписан из род.дома в удовлетворительном состоянии на 3 день. Пол мужской, двусторонний крипторхизм, была рекомендована плановая консультация хирурга по месту жительства. На 4 день появились жалобы на рвоту фонтаном, понос, слабость. При осмотре наружных гениталии отмечается сформированный половой член с уретральным отверстием на вершине головки. Мошонка нормально сформирована, но пуста. При проведении УЗИ малого таза: яичники и матка, влагалище соединено внутри с уретрой. Какой ваш предварительный диагноз?

- А. врожденная дисфункция коры надпочечников
- В. хроническая недостаточность надпочечников
- С. врожденное нарушение дифференцировки пола
- Д. врожденный мужской псевдогермафродитизм
- Е. врожденный женский псевдогермафродитизм

230. У ребенка 3 лет врожденная дисфункция коры надпочечников. Ежедневно получает 33 мкг кортинефа и 5 мг преднизолона. На фоне ОРЗ остро появились понос, дважды рвота, резкая адинамия. АД - 60/40 мм.рт.ст. Ваша тактика?

- A. Уменьшить суточную дозу преднизолона в 2 раза
- B. Уменьшить суточную дозу кортинефа в 2 раза
- C. Увеличить суточную дозу преднизолона и кортинефа в 2 раза
- D. Увеличить суточную дозу преднизолона и уменьшить кортинеф
- E. Увеличить суточную дозу кортинефа и уменьшить преднизолон

231. У ребенка 5 лет при обследовании для поступления в детский сад выявлено: СОЭ-10 мм/ч, общий белок 70 г/л, холестерин 4,5 ммоль/л, мочевина 5,5 ммоль/л, креатинин 86 ммоль/л. В анализе мочи: белок 0,095 г/сут, эритроциты до 25, лейкоциты 2-4 в п/зр,

Ваш предполагаемый диагноз:

- A. острый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом
- B. острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом
- C. острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом
- D. острый тубулоинтерстициальный нефрит
- E. врожденный нефротический синдром

232. У ребенка 11 лет изменение цвета мочи в виде "мясных помоев", слабость, утомляемость, головная боль. Из анамнеза: две недели назад ребенок перенес ангину с лихорадкой. В анализе крови: анемия, СОЭ 25 мм/ч. В анализе мочи: белок 0,8 г/л, лейкоциты 4, эритроциты 50. Ваш предполагаемый диагноз:

- A. острый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом
- B. острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом
- C. острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом
- D. острый тубулоинтерстициальный нефрит
- E. врожденный нефротический синдром

233. У мальчика 5 лет отмечается бледность кожи, отеки лица, передней брюшной стенки, голени и стоп. АД 100/65 мм рт.ст. Олигурия. В анализе мочи: белок 5,0 г/л, лейкоциты единичные в поле зрения, эритроциты 0 в п/зр. О каком заболевании можно думать?

- A. острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом
- B. острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом
- C. острый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом
- D. быстро прогрессирующий гломерулонефрит
- E. острое почечное повреждение

234. При профилактическом осмотре у девочки 10 лет выявлены изменения в моче: протеинурия – 0,4 г/сутки, эритроциты 20-25 в поле зрения. Общее состояние удовлетворительное, кожа и слизистые чистые, отеков нет. Неправильный прикус, высокое небо, брахидактилия. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД – 100/60 мм рт.ст. Дед ребенка по материнской линии страдал заболеванием почек и умер от почечной недостаточности. Какой предварительный диагноз?

- A. острый постстрептококковый гломерулонефрит
- B. быстро прогрессирующий гломерулонефрит
- C. наследственный нефрит
- D. врожденный нефротический синдром
- E. нефрит Шенлейна-Геноха

235. Ребенок 8 лет поступил в отделение с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, снижение аппетита, головную боль, розовый оттенок цвета мочи. За неделю до настоящего заболевания перенес острый тонзиллит. При осмотре кожные покровы бледные, пастозность лица, АД 130/90 мм.рт. ст. В общем анализе крови: гемоглобин 105 г/л, эритроциты 3,2 млн., лейкоциты 10,5 тыс, СОЭ-30 мм/ч. В общем анализе мочи: удельный вес 1025, белок 0,99 г/л, лейкоциты 10, эритроциты 50, цилиндры гиалиновые 7-8. Какая терапия показана ребенку?

- A. диуретическая
- B. гипотензивная
- C. инфузионная

- D. стероидная
- E. цитостатическая

236. В стационар на четвертый день болезни госпитализирован ребенок 10 лет с жалобами на головную боль, утомляемость, отечность лица. В общем анализе мочи эритроцитурия 100. АД 160/100 мм рт.ст. С какого препарата необходимо начать терапию?

- A. бисопролол
- B. эналаприл
- C. преднизолон
- D. циклоспорин
- E. циклофосфан

237. У ребенка 3-х лет, считавшегося ранее здоровым, без видимых провоцирующих факторов, появились отеки на лице, туловище, голенях и стопах. Общее состояние нарушено незначительно. АД – 90/60 мм рт.ст. При обследовании выявлена протеинурия до 4 г/сут, гипопротеинемия, гиперхолестеринемия. Какая терапия показана данному ребенку?:

- A. дезинтоксикационная
- B. антибактериальная
- C. цитостатическая
- D. гипотензивная
- E. стероидная

238. Девочке 12 лет установлен диагноз: «Острый нефритический синдром, дебют активная стадия, функции почек сохранены». За период 6 месяцев, несмотря на проводимую терапию эналаприлом 2,5 мг/сут, сохраняются изменения в анализах мочи: эритроциты до 50 в поле зрения, суточная протеинурия до 2,3 г/сут. Дальнейшие диагностические мероприятия:

- A. урография
- B. томография
- C. цистография
- D. сцинтиграфия
- E. нефробиопсия

239. В приемное отделение доставлена девочка 5 лет с выраженными отеками лица, туловища, увеличением размера живота. АД 85/45 мм.рт.ст. Диурез 240 мл/24 часа. Протеинурия 12 г/сут. Со слов матери 3 недели назад в районной больнице был установлен диагноз "Нефротический синдром, дебют, активная стадия". На фоне лечения преднизолоном в дозе 15 мг/24 часа состояние ребенка значительно ухудшилось, после чего самостоятельно обратились в г. Бишкек. Что явилось причиной ухудшения состояния ребенка?

- A. неправильный выбор препарата
- B. неадекватная дозировка препарата
- C. неправильно установленный диагноз
- D. недооценка состояния в дебюте
- E. позднее обращение за медицинской помощью

240. Девочка 10 лет в течении 4-х недель принимала преднизолон в дозе 60 мг/сут ежедневно, в связи с установленным диагнозом «Нефротический синдром, дебют». В течение последней недели получено три отрицательных анализа мочи на белок. Выберите дальнейшую тактику лечения:

- A. продлить терапевтический курс до 6 недель
- B. перейти на альтернирующий курс
- C. постепенная отмена преднизолона
- D. пульс-терапия метилпреднизолоном
- E. назначить цитостатическую терапию

241. Больная 11 лет находится на стационарном лечении с диагнозом: «Нефротический синдром, дебют, активная стадия», проводится терапия преднизолоном 60 мг/24 часа в течение 8 недель. В анализе мочи: уд.вес - 1013, цвет - с/ж, белок 3,5 г/л, лейкоциты - 5 в поле зрения, эритроциты - 100 в поле зрения. Суточная протеинурия 4,6 г/сут. Дальнейшая тактика терапии:

- A. постепенная отмена преднизолона
- B. продолжить прием преднизолона
- C. перевести на альтернирующий курс
- D. нефропротективная терапия
- E. цитостатическая терапия

242. Больной 12 лет в течение 6 недель находится на стационарном лечении в отделении нефрологии с диагнозом: «Нефротический синдром, дебют, активная стадия». На терапевтической дозе преднизолона сохраняется активность заболевания. Ваша дальнейшая тактика:

- A. перейти на альтернирующий курс
- B. провести пульс-терапию
- C. назначить ингибиторы кальцийнерина
- D. провести гемодиализ
- E. назначить алкилирующие средства

243. Восемилетнему мальчику 7 месяцев назад был установлен диагноз: «Нефротический синдром, дебют, активная стадия». За весь этот период при попытке снижения дозы преднизолона до 15мг/48 часов наблюдается рецидив заболевания. Ваша дальнейшая тактика:

- A. пульс-терапия метилпреднизолоном
- B. нефропротективная терапия
- C. цитостатическая терапия
- D. антикоагулянтная терапия
- E. гемодиализная терапия

244. Девочке 12 лет установлен диагнозом: «Нефротический синдром, дебют, активная стадия, функции почек сохранены». Протеинурия в дебюте заболевания 3,0г/сут. В течение 6 недель получает преднизолон в терапевтической дозе 2мг/кг/24ч. За весь период лечения отмечается колебание протеинурии 3,0-2,1-3,5г/сут. Выберите дальнейшую тактику лечения:

- A. продолжить прием преднизолона
- B. перейти на альтернирующий курс
- C. постепенная отмена преднизолона
- D. пульс-терапия метилпреднизолоном
- E. назначить цитостатическую терапию

245. Девочка 6 лет находилась на стационарном лечении в районной больнице в течение 7 дней с диагнозом: «Нефротический синдром, дебют, активная стадия». На фоне терапии преднизолоном из расчета 1мг/кг/сут состояние ребенка ухудшилось, появилась тошнота и боли в животе. При осмотре: выраженные отеки лица, туловища, увеличение размера живота, положительный симптом флюктуации. Кожа бледная, на передней поверхности голени и бедер «рожеподобная» эритема. В легких двусторонние влажные хрипы. АД 85/45 мм.рт.ст. Олигурия. Биохимический анализ крови: общий белок-42 г/л, альбумин-10 г/л, мочевина-6 ммоль/л, креатинин-80 мкмоль/л. Суточная протеинурия 12 г/сут.

Какое осложнение развилось у данного ребенка?

- A. ДВС-синдром
- B. Рожистое воспаление
- C. Нефротический криз
- D. Бактериальный перитонит
- E. Острое повреждение почек

246. В приемный покой инфекционного отделения в 12:15 доставлен ребенок в возрасте 2 лет 3 мес. Масса 14 кг. Жалобы на учащенный стул до 7 раз в сутки, стул с кровью, рвота дважды за день, температура тела 39,5⁰. Отказывается от питья. В группе детского сада, который посещает ребенок, вспышка дизентерии. При осмотре кожные покровы бледные, иктеричность склер. Периоральнопетехиальная сыпь. ЧД до 45 в минуту. ЧСС до 140 мин. АД 80/40 мм.ртст. Живот напряжен, болезненный, но симптомы раздражения брюшины отрицательны. Последний раз мочился в 21ч предыдущего дня. С какой терапии начать неотложную помощь?

- A. антибактериальной
- B. цитостатической
- C. гемодиализной
- D. гипотензивной
- E. стероидной

247. В приемный покой инфекционного отделения в 12:15 доставлен ребенок в возрасте 2 лет 3 мес. Масса 14 кг. Жалобы на учащенный стул до 7 раз в сутки, стул с кровью, рвота дважды за день, температура тела 39,5⁰С. Отказывается от питья. В группе детского сада, который посещает ребенок, вспышка дизентерии. При осмотре кожные покровы бледные, иктеричность склер. Периоральнопетехиальная сыпь. ЧД до 45 в минуту. ЧСС до 140 мин. АД 80/40 мм рт ст. Живот напряжен, болезненный, но симптомы раздражения брюшины отрицательны. Последний раз мочился в 21ч предыдущего дня. О каком диагнозе можно думать?

- A. острое повреждение почек, преренальное
- B. острое повреждение почек, ренальное
- C. острое повреждение почек, постренальное

- D. типичный гемолитико-уремический синдром
- E. атипичный гемолитико-уремический синдром

248. Больной страдает диффузным гломерулонефритом в течение 10 лет. Поступил в стационар в связи с выраженной почечной недостаточностью. Олигурия. Показатели кислотно-основного состояния и электролитного баланса: рН арт. крови = 7,27, $p\text{aCO}_2 = 27$ мм рт. ст., $\text{SB} = 15$ ммоль/л $\text{BE} = -10$ ммоль/л. Для коррекции данного осложнения необходимо назначить:

- A. кальция хлорид
- B. натрия хлорида
- C. кальция глюконат
- D. натрия тиосульфат
- E. бикарбонат натрия

249. У ребенка 8 лет после сильного переохлаждения появились жалобы на общую слабость, выраженные отеки, уменьшение количества мочи. В анализе крови: общий белок - 49г/л, холестерин 8,5 ммоль/л, СОЭ – 64 мм/ч, в анализе мочи: белок 3,5 г/сут. Ваш предполагаемый диагноз:

- A. острый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом
- B. острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом
- C. острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом
- D. острый тубулоинтерстициальный нефрит
- E. врожденный нефротический синдром

250. Ребенок 2 года поступил в стационар с жалобами на частый жидкий стул, вздутие живота, снижение аппетита, слабость, отставание в физическом развитии. Из анамнеза: симптомы заболевания появились у ребенка в возрасте 7 месяцев, после введения в качестве прикорма мучных продуктов. Объективно: ребенок пониженного питания, выраженное вздутие живота, при пальпации мягкий, беспокойства не вызывает. В анализах крови – анемия, гипопроотеинемия. Ваш предполагаемый диагноз?

- A. лактазная недостаточность
- B. муковисцидоз
- C. дисахаридазная недостаточность
- D. глютенная энтеропатия
- E. функциональная диарея