



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств для государственной итоговой аттестации	
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия
Квалификация	Врач-педиатр
Форма обучения	Очная

Матрица компетенций, сформированность которых оценивается на государственном экзамене

Номер ситуационной задачи и/или задания/билета	Компетенции
<i>Тесты блока № 1</i>	Кластер компетенций №1 «Общемедицинские и гуманитарные аспекты деятельности врача» ОК-1 ОК-2 ОК-3 ОК-4 ОК-5 ОК-8 ОПК-1 ОПК-2 ОПК-3 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-20
<i>Тесты блока № 2</i>	Кластер компетенций №2 «Диагностическое направление» ОПК-9 ПК-5 ПК-6 ПК-12
<i>Тесты блока № 3</i>	Кластер компетенций №3 «Лечебное направление» ОК-7 ОПК-8 ОПК-10 ОПК-11 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12 ПК-13 ПК-19
<i>Тесты блока № 4</i>	Кластер компетенций №4 «Профилактическое направление» ОК-6

	ОПК-11 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-15 ПК-16 ПК-12 ПК-22
<i>Тесты блока № 5</i>	Кластер компетенций №5 «Реабилитация» ОПК-11 ПК-14
<i>Тесты блока № 6</i>	Кластер компетенций №6 «Медицинская статистика, научная и управленческая деятельность врача» ОПК-6 ПК-4 ПК-7 ПК-17 ПК-18 ПК-21 ПК-22

Блок тестовых заданий №1

1. ТРАНСПОРТИРОВКА РЕБЕНКА С ГИПОТЕНЗИЕЙ ПРОВОДИТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ

- А тренделенбурга
- Б лежа на животе
- В строго сидя
- Г лежа на спине

2. НОРМАЛЬНОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ У ДЕТЕЙ ПОДДЕРЖИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- А сосудистого спазма
- Б перераспределение лимфы
- В гиперфункции парасимпатического отдела ЦНС
- Г снижение температуры

3. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ДЕТЕЙ ГЕПАРИНОМ ПРИМЕНЯЮТ

- А протамин сульфат
- Б Бемегрид
- В Налорфин
- Г Атропин

4. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АЦИДОЗ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ КУПИРУЕТСЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ПУТЕМ

- А ликвидации дефицита объема циркулирующей крови (ОЦК)
- Б проведения оксигенотерапии
- В введение раствора гидрокарбоната
- Г проведения искусственной вентиляции легких

5. ТРАНСПОРТИРОВКУ ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ПОВЫШЕНИЕМ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ПОЛОЖЕНИИ

- А лежа на спине с приподнятым головным концом
- Б лежа на спине с приподнятым ножным концом
- В сидя
- Г на животе

6. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А Адреналин
- Б Димедрол
- В Гидрокортизон
- Г Полиглюкин

7. ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А клиническая смерть
- Б биологическая смерть
- В отсутствие пульса на лучевой артерии
- Г анафилаксия

8. ДЕТАМ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА ПРОВОДИТСЯ

- А двумя пальцами
- Б двумя руками
- В одним пальцем
- Г основание ладони одной руки

9. ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТА С ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕМ С СТАБИЛЬНЫМ СОСТОЯНИИ ПРОВОДИТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ

- А строго сидя
- Б лежа на спине
- В вполоборота
- Г полулежа

10. К ПЕРВООЧЕРЕДНОМУ МЕРОПРИЯТИЮ ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ ОТНОСИТСЯ ВВЕДЕНИЕ

- А диазепам
- Б преднизолон
- В парацетамол
- Г фуросемида

11. НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ НЕОТЛОЖНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ РАЗВИТИИ КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРКАПИИ У БОЛЬНОГО В АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А перевод на искусственную вентиляцию легких
- Б усиление регидратационной терапии
- В назначение дыхательных analeптиков
- Г назначение гидрокарбоната натрия в/в

12. БОЛЬНОМУ С АНАФИЛАКТИЧЕСКИМ ШОКОМ НЕОБХОДИМО ПРЕЖДЕ ВСЕГО ВВЕСТИ

- А Эпинефрин
- Б Преднизолон
- В Хлористый кальций
- Г Атропин

13. ПРИЧИНОЙ ЗАТРУДНЕННОГО ДЫХАНИЯ, ПЕРИОДИЧЕСКИ С ПРИСТУПАМИ УДУШЬЯ, У ПАЦИЕНТОВ С ОХРИПЛЫМ ГОЛОСОМ И ПЕРИОДИЧЕСКОЙ АФОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А фиксированное инородное тело гортани
- Б фиксированное инородное тело трахеи
- В инородное тело главного бронха
- Г инородное тело сегментарного бронха

14. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КОМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А отравление
- Б инсульт
- В травма головы
- Г инфекционное заболевание

15. АНИЗОКОРИЯ ПРИ ЧЕРЕПНОМОЗГОВОЙ ТРАВМЕ СВЯЗАНА С ПОРАЖЕНИЕМ _____ НЕРВА

- А глазодвигательного
- Б блокового
- В зрительного
- Г отводящего

16. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РУЧНОЙ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ САМОРАСПРАВЛЯЮЩИМСЯ МЕШКОМ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ НОВОРОЖДЕННОМУ, ПЕРЕНЕСШЕМОМУ ТЯЖЕЛУЮ АСФИКСИЮ, КОНЦЕНТРАЦИЯ КИСЛОРОДА В ПОДАВАЕМОЙ ЕМУ ГАЗОВОЙ СМЕСИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ (%)

- А 90-100
- Б 70-80
- В 50-60
- Г 30-40

17. ПРИ ТЕПЛОВОМ УДАРЕ ПОТООТДЕЛЕНИЕ

- А прекращается
- Б несколько снижается
- В не изменяется
- Г увеличивается

18. ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА НАЧАЛЬНОГО ЭТАПА ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БОЛЬШИНСТВЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- А восстановление объема циркулирующей плазмы
- Б восстановление объема циркулирующих эритроцитов
- В восстановлении объема экстрацеллюлярной жидкости
- Г дезинтоксикации

19. ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- А падением артериального давления
- Б сухими хрипами в легких
- В влажными хрипами в легких
- Г повышением артериального давления

20. ПРИ УТОПЛЕНИИ В ПРЕСНОЙ ВОДЕ РАЗВИВАЮТСЯ

- А гиперволемия, гипонатриемия, гемлиз эритроцитов, почечная недостаточность
- Б гиповолемия, ацидоз, дыхательная недостаточность
- В гиперволемия по малому кругу, гиперкалиемия, сердечно-сосудистая недостаточность
- Г гипрволемия, гипернатриемия, метаболический ацидоз

21. РАННИМ ПРИЗНАКОМ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОГО ШОКА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А тахикардия
- Б гипотония
- В брадикардия
- Г олигурия

22. ОТРАВЛЕНИЕ УГАРНЫМ ГАЗОМ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- А удушье и головная боль
- Б рвотой
- В дизурией
- Г диспепсией

23. ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ ГАНГЛИОБЛОКАТОРЫ НЕОБХОДИМО ВВОДИТЬ

- А при артериальном давлении выше нормы
- Б у детей первых месяцев жизни
- В в вертикальном положении больного

Г при частоте дыхания свыше 60 в 1 минут

24. К НАЧАЛЬНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ТЕПЛООВОГО УДАРА У ДЕТЕЙ ОТНОСИТСЯ

- А частое мочеиспускание и полиурию, прекращение потоотделения
- Б незначительное потоотделение
- В задержку мочеиспускание и олигурию
- Г жажду

25. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УГАРНЫМ ГАЗОМ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЯВЛЯЕТСЯ

- А гипербарическая оксигенация
- Б введение антидота внутривенно
- В искусственная вентиляция легких 100% O₂
- Г обменное переливание крови

26. БОЛЬНОГО С РВОТОЙ НЕОБХОДИМО ТРАНСПОРТИРОВАТЬ В ПОЛОЖЕНИИ

- А лежа на боку
- Б лежа на животе
- В лежа на спине
- Г сидя с запрокинутой головой

27. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АПНОЭ ПРИ РЕЗКОЙ ГИПЕРКАПНИИ У БОЛЬНОГО С ДЕПРЕССИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ВЫСТУПАЕТ

- А кислородотерапия и искусственная вентиляция легких
- Б трахеотомия
- В введение Актовегина в/в
- Г интубация трахеи

28. ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ВАРФАРИНА НАЗНАЧАЕТСЯ ПРЕПАРАТ-АНТАГОНИСТ

- А витамин К
- Б адреналин
- В дипиридомол
- Г гепарин

29. ПРИ ЗАПРОКИДЫВАНИИ ГОЛОВЫ ПАЦИЕНТА КЗАДИ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

- А выпрямление дыхательным путей
- Б предотвращение западения языка
- В улучшение сердечного ритма
- Г улучшение мозгового кровотока

30. РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА АДРЕНАЛИНА У ДЕТЕЙ ПРИ В/В ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (МГ/КГ ВЕСА)

- А 0.01
- Б 0.05
- В 0.2
- Г 0.1

31. ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА У РЕБЕНКА С ОТРАВЛЕНИЕМ В БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ДОПУСТИМО

- А после интубации трахеи
- Б в положении на спине

- В после идентификации яда
- Г в положении на боку с опущенной голове

32. ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ ЗАПРЕЩАЕТСЯ ВВОДИТЬ

- А инсулин
- Б глюкоза
- В эпинефрин
- Г глюкагон

33. АНТИДОТОМ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А димеркапрол
- Б кальция хлорид
- В фентанил
- Г калия хлорид

34. К НЕОТЛОЖНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ КОЛЛАПСЕ ОТНОСИТСЯ

- А презнизолон в/м или в/в, мезатон в/м реополиглюкин в/в капельно
- Б антибактериальную терапию, адреналин в/в
- В оксигенотерапию
- Г спазмолитики, анальгетики

35. О РАЗВИТИИ ШОКА У СЕПТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- А резкое уменьшение диуреза и нарушение микроциркуляции
- Б длительная гипертермия
- В наличие метаболических нарушений
- Г постепенное ухудшение состояния больного

36. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

- А фебрильные судороги при вирусных инфекции
- Б травма головного мозга
- В острое отравление
- Г эпилепсия

37. КАКОЕ НЕОТЛОЖНОЕ СОСТОЯНИЕ МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ ПРИ ОРВИ

- А фебрильные судороги
- Б синдром гиперреактивность бронхов
- В приступообразный кашель
- Г анорексия

38. ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ХАРАКТЕРНА

- А гиперсаливация
- Б анемия
- В гипергликемия
- Г гипертермия

39. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АЦИДОЗ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ КУПИРУЕТСЯ ПУТЕМ

- А ликвидации дефицита объема циркулирующей крови
- Б проведения искусственной вентиляции
- В адекватного обезболивания

Г проведения оксигенотерапии

40. МИНИМАЛЬНАЯ ЧАСТОТА КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В МИНУТУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

- А 100
- Б 90
- В 80
- Г 70

41. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ БРОНХОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А нарушение проходимости дыхательных путей
- Б идиопатический фиброзирующий альвеолит
- В бронхиальная астма
- Г острый бронхит

42. ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ

- А падением АД
- Б сухими хрипами в легких
- В влажными хрипами в легких
- Г влажным кашлем

43. ПРИ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ 4 СТЕПЕНИ ПОКАЗАНА

- А трахиотомия
- Б ингаляция с Беродуалом
- В ингаляция Будосенидом
- Г ларингоскопия

44. ПРИ РАЗВИТИЕ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЦИАНОЗ ОТСУТСТВУЕТ ПРИ

- А анемия
- Б гиповолемии
- В эритроцитоз
- Г гипотонии

45. РЕБЕНОК 2-Х ЛЕТ ВНЕЗАПНО ЗАКАШЛЯЛ, ПОСИНЕЛ, КАШЕЛЬ ПРОДОЛЖАЕТСЯ ОКОЛО 10 МИН И БОЛЬШЕ НЕ ВОЗОБНОВЛЯЛСЯ. НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ КАШЕЛЬ ПОЯВИЛСЯ ВНОВЬ, ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ В ЛЕГКИХ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО СУХИХ ХРИПОВ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СПРАВА. ПОСТАВЬТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- А инородное тело бронхов
- Б стеноз гортани
- В острая пневмония
- Г обструктивный бронхит

46. ПРИЗНАКОМ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ГЕПАРИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- А гематурия
- Б дизурия
- В никтурия
- Г пиурия

47. СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ

- А отсутствии пульса на сонных артериях и остановке дыхания

- Б акроцианозе и судорогах
- В снижение систолического АД ниже 70 мм рт.ст.
- Г снижение диастолического АД ниже 60 мм рт.ст.

48. ОБТУРАЦИОННУЮ АСФИКСИЮ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

- А закрытие просвете дыхательных путей инородного телом
- Б нахождение в замкнутом объеме пространства
- В сдавление груди и живота
- Г повешение

49. КИСЛОРОДОТЕРАПИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ ЛЮБОМУ РЕБЕНКУ С САТУРАЦИЕЙ КРОВИ КИСЛОРОДОМ НИЖЕ (%)

- А 92
- Б 98
- В 80
- Г 85

50. ПРИ ОСТРОМ ПЕРОРАЛЬНОМ ОТРАВЛЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ РЕБЕНКУ ПРИ СОХРАНЕНИИ СОЗНАНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- А промывание желудка
- Б инфузионную терапию
- В катетеризацию периферической вены
- Г искусственную вентиляцию легких

51. КАКОВО КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВИ БОЛЬНОГО НА ОСНОВАНИИ СЛЕДУЮЩИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ: ВЕ-9ММОЛЬ/Л, РС0240ММ РТ.СТ., РН ПЛАЗМЫ КРОВИ 7,15

- А метаболический ацидоз
- Б состояние норм
- В алкалоз
- Г дыхательный ацидоз

52. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КОМЫ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А инфекционное заболевание
- Б травма головы
- В опухоль головного мозга
- Г отравление

53. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОМУ ОСЛОЖНЕНИЮ ГИПЕРТЕРМИИ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

- А судороги
- Б диарею
- В приступ кашля
- Г рвота

54. ПРИ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОМ ШОКЕ НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- А снижении преднагрузки
- Б снижении инотропной функции сердца
- В снижении сосудистого тонуса
- Г повышении преднагрузки

55. САМЫМ НАДЕЖНЫМ СПОСОБОМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В СЛУЧАЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ КРУПНЫХ АРТЕРИЙ РУК И НОГ ЯВЛЯЕТСЯ

- А наложение жгута
- Б пальцевое прижатие
- В наложение давящей повязки
- Г максимальное сгибание конечности

56. «ЭКСТЕННЫМ» ПРЕПАРАТОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А эпинефрин
- Б пенициллиназы
- В супрастин
- Г глюкоза в/в

57. РЕЗКОЕ ПАДЕНИЕ АД НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А анафилактическом шоке
- Б крапивнице
- В ангиоотеке
- Г сывороточной болезни

58. ТЕРМИНАЛЬНАЯ СТАДИЯ СИНДРОМ КРУПА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А дыханием Чейна-Стокса
- Б экспираторной одышкой
- В стенотическим дыханием
- Г инспираторной одышкой

59. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

- А 0,9% раствор хлорида натрия
- Б раствор гидроксиэтилкрахмала
- В эритроцитарная масса
- Г раствор полиглюкин

60. ЗАДАЧЕЙ «А» – ЭТАПА РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А восстановление проходимости дыхательных путей
- Б восстановление внешнего дыхания, вентиляции легких
- В тактильная стимуляция дыхание
- Г коррекция гемодинамики, реологических и метаболических расстройств

61. СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

- А 15:2
- Б 30:2
- В 10:1
- Г 5:1

62. ОПТИМАЛЬНЫЙ РЕЖИМ ОРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТОБЫ РАСТВОР

- А принимать из ложечки каждые 5-10 мин
- Б водно-солевой вводить форсировано через транспилорический зонд

- В принимать большими дозами по принципу “чем больше, тем лучше”
Г вводить капельно через желудочный зонд

63. ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ ПРИМЕНЯЮТ

- А фуросемид
Б мочевины
В альбумин
Г маннитол

64. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЦИАНИДАМИ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОЙ АНТИДОТНОЙ ТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А амилнитрит, тиосульфат натрия, метиленовый синий, глюкоза
Б бисвинилимидозола диацетат, оксигенотерапия, Афин, глюкоза
В атропин, дипироксим, диэтиксим, дзонитрозин
Г будаксим, метиленовый синий, фолевая кислота, ацизол

65. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ

- А могут отсутствовать симптомы со стороны кожных покровов
Б всегда имеются ангиоотеки
В всегда имеется гиперемия кожи лица
Г всегда имеются уртикарные высыпания

66. ДЛЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРУПЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А будесонид
Б амброксил
В преднизолон
Г фиксированная комбинация Фенотерола и Ипратропиума бромида

67. ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПО ОТНОШЕНИЮ К СЕРДЕЧНО-КЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА

- А 2,0 см кнаружи
Б 0,5 см кнаружи
В 1,0 см кнаружи
Г 0,5 см кнутри

68. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ АТРОПИНОПОДОБНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ НАБЛЮДАЕТСЯ

- А гиперемия кожи, сухость слизистых, расширение зрачков
Б тонко-клонические судороги
В угнетение сознания, сужение зрачков
Г саливация, бронхоспазм, сужение зрачков

69. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ РЕБЕНКА В РЕАНИМАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А стеноз гортани 3 степени
Б стеноз гортани 2 степени
В ларинготрахеит
Г стеноз гортани 1 степени

70. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ПАРЕНТЕРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А дефицит массы тела за счет обезвоживания 10% и более
- Б повышение АД
- В дефицит массы тела за счет обезвоживания 3-5%
- Г полиурия

71. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРИСТУПА КАШЛЯ У ИГРАЮЩЕГО В КОНСТРУКТОР 3 ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ

- А аспирацию инородного тела
- Б плеврит
- В пневмонию
- Г бронхиальную астму

72. «ТРОЙНОЙ» ПРИЕМ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СВОБОДНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ

- А под лопатки подложен валик, голова отогнута кзади, нижняя челюсть выдвинут вперед
- Б положение на спине, голова повернута на бок, нижняя челюсть выдвинута вперед
- В положение на спине, голова согнута кпереди, нижняя челюсть прижата к верхней
- Г положение на спине, под лопатки подложен валик, нижняя челюсть прижата к верхней

73. ПРИЕМ ГЕЙМЛИХА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ОДНОГО ГОДА

- А стоя
- Б сидя или лежа на бок
- В лежа на животе
- Г лежа на спине

74. СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ

- А остановке сердца
- Б отсутствии дыхания
- В снижении систолического АД ниже 70 мм рт.ст.
- Г отсутствии сознания

75. ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ

- А степень и скорость кровопотери
- Б степень обезвоживания
- В выраженность отеков
- Г выраженность сердечной недостаточности

76. ПРИ УКУСЕ ГАДЮКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ НЕОБХОДИМО

- А иммобилизация конечности и применить холод
- Б ввести антитоксическую сыворотку
- В наложить артериальный жгут
- Г разрезать ранку и отсосать яд

77. ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВА РЕБЕНКУ В КОМАТОЗНОМ СОСТОЯНИИ И ШОКА ПРОВОДИТСЯ

- А внутривенно
- Б ректально
- В подкожно
- Г внутримышечно

78. ДЛЯ ТЕРАПИИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

- А диазепам
- Б карбамезепин
- В топирмата
- Г лемотриджина

79. ЗАПАХ МОЧИ ПРИ ДЫХАНИИ ОТ ПАЦИЕНТА В ЗАТОРМОЖЕННОМ СОСТОЯНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У НЕГО КОМЫ

- А почечной
- Б первичной церебральной
- В печеночной
- Г токсической

80. СЛАДКОВАТЫЙ ПЕЧЕНОЧНЫЙ ЗАПАХ ПРИ ДЫХАНИИ ОТ ПАЦИЕНТА В ЗАТОРМОЖЕННОМ СОСТОЯНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У НЕГО КОМЫ

- А печеночной
- Б первичной церебральной
- В почечной
- Г токсической

81. ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КОМЫ СЛУЖИТ

- А тяжелая дегидратация с очень высоким уровнем сахара в крови (больше 600мг/100мг)
- Б умеренно высокой уровень сахара в крови при избыточном количестве жидкости в организме
- В нормальный уровень сахара при избыточном количестве жидкости в организме
- Г небольшая дегидратация с умеренно высоким уровнем сахара в крови

82. ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТАНОВКЕ ДЫХАНИЯ БОЛЬНОГО НЕОБХОДИМО УКЛАДЫВАТЬ

- А на спину, запрокинув в голову назад
- Б на животе, с валиком в области шеи и под коленями
- В в положении Транделенбурга
- Г на правый бок

83. АМБУЛАТОРНО ПРИ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ ИНГАЛЯЦИЯ СУСПЕНЗИЕЙ БУДЕСониДА ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ КОМПРЕССОРНЫЙ НЕБУЛАЙЗЕР В МАКСИМАЛЬНОЙ РАЗОВОЙ ДОЗЕ (В МИЛЛИГРАММАХ)

- А 2,0
- Б 3,0
- В 4,0
- Г 0,5

84. ОБЪЕМ ПИТАНИЯ НА СУТКИ РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ С 10 ДНЕЙ ДО 2 МЕСЯЦЕВ ОПРЕДЕЛЯЮТ ИЗ РАСЧЕТА ____ ДОЛЖЕНСТВУЮЩЕЙ МАССЫ ТЕЛА

- А 1/5
- Б 1/8
- В 1/7
- Г 1/6

85. ПИЩЕВУЮ АЛЛЕРГИЮ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТ

- А рыба
- Б мясо
- В огурец
- Г вишня

86. ИДЕАЛЬНОЙ ПИЩЕЙ ДЛЯ ГРУДНОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

- А молоко матери
- Б адаптированная молочная смесь
- В пастеризованное козье молоко
- Г пастеризованное коровье молоко

87. ОПТИМАЛЬНЫЙ РАЦИОН ЗДОРОВОГО ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ДОЛЖЕН ВКЛЮЧАТЬ ПО КАЛОРИЙНОСТИ ___% БЕЛКА

- А 12-14
- Б 31
- В 19
- Г 5

88. ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ _____ РАЗ/РАЗА В СУТКИ

- А 5
- Б 7
- В 8
- Г 3

89. РЕБЕНКУ МОЖНО ДАВАТЬ РЫБУ В КАЧЕСТВЕ ПРИКОРМА С ВОЗРАСТА ___ МЕС.

- А 8
- Б 6
- В 12
- Г 10

90. ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ МЯСО В РАЦИОН РЕБЕНКА СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ В (МЕС.)

- А 6
- Б 7
- В 4
- Г 8

91. НА 1 ГОДУ ЖИЗНИ СРЕДНЕСУТОЧНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В УГЛЕВОДАХ (В РАСЧЕТЕ Г/КГ МАССЫ ТЕЛА) СОСТАВЛЯЕТ

- А 13
- Б 9
- В 15
- Г 11

92. НОЧНЫЕ КОРМЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

- А разрешаются всегда
- Б разрешаются, если нет срыгиваний
- В разрешаются лишь после консультации невролога
- Г запрещаются

ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ РЕБЕНКА ДВУХ МЕСЯЦЕВ ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ ____ РАЗ В СУТКИ

- А 6
- Б 8
- В 5
- Г 7

ПОТРЕБНОСТЬ В КАЛОРИЯХ РЕБЕНКА 10-12 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ ____ ККАЛ/КГ/СУТКИ

- А 110
- Б 120
- В 100
- Г 115

ЭНЕРГЕТИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ В ОРГАНИЗМЕ В ОСНОВНОМ ВЫПОЛНЯЮТ

- А углеводы
- Б макро- и микроэлементы
- В витамины
- Г белки

ВТОРАЯ СТЕПЕНЬ ГИПОГАЛАКТИИ СООТВЕТСТВУЕТ ДЕФИЦИТУ МОЛОКА ДО (%)

- А 50
- Б 40
- В 30
- Г 20

93. ИСТОЧНИКАМИ ВИТАМИНА В12 ЯВЛЯЮТСЯ

- А мясо и молоко
- Б овощи и фрукты
- В крупяные каши
- Г чечевица, фасоль, горох

94. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ПРИКОРМА СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ

- А овощное пюре
- Б овсяную кашу
- В манную кашу
- Г фруктовый сок

95. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ СО СТОРОНЫ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

- А галактоземия
- Б волчья пасть
- В первичная лактазная недостаточность
- Г заячья губа

96. ДЛЯ ПЕРВОГО ПРИКОРМА ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А инстантная каша
- Б овощное пюре
- В мясное пюре

Г творог

97. К БЛЮДАМ, РАЗРЕШЕННЫМ К УПОТРЕБЛЕНИЮ НА ЗАВТРАК В ДОШКОЛЬНОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ, ОТНОСЯТ

- А творожную запеканку
- Б макаронны по-флотски
- В яичницу-глазунью
- Г форшмак

98. АПТАЦИЯ МОЛОЧНОЙ СМЕСИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- А введение белков молочной сыворотки
- Б снижение содержания лактозы
- В введение аминокислоты серин
- Г увеличение содержания белка

99. ОВОЩИ И ПЛОДЫ В ПИТАНИИ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЮТСЯ ИСТОЧНИКАМИ

- А углеводов, пищевых волокон, витаминов и минералов
- Б белков, пищевых волокон, витаминов
- В пищевых волокон и минералов
- Г белков, жиров, углеводов

100. ПРОФИЛАКТИКОЙ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ СВОЕВРЕМЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМА

- А мясными продуктами
- Б овощными пюре
- В фруктовыми соками
- Г молочными кашами

101. НАИБОЛЬШУЮ ЭНЕРГЕТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ ИМЕЮТ

- А жиры и углеводы
- Б белки и минеральные соли
- В клетчатка и вода
- Г вода и белки

102. У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ЗАВТРАКА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ ____% ОТ СУТОЧНОЙ ДОЛИ ПИТАНИЯ

- А 25
- Б 35
- В 20
- Г 40

103. СТУЛ У РЕБЕНКА НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

- А замазкообразной консистенции
- Б имеет кислый запах
- В имеет примесь слизи
- Г кашицеобразный консистенции

104. ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ ФЛОРОЙ КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЮТСЯ

- А бифидум-бактерии
- Б ацидофильные палочки
- В кишечные палочки

Г энтерококки

105. ЖЕНСКОЕ МОЛОКО ПО СРАВНЕНИЮ С КОРОВЬИМ МОЛОКОМ ИМЕЕТ БОЛЕЕ

- А высокое содержание полиненасыщенных жирных кислот
- Б высокий уровень белка
- В низкое содержание углеводов
- Г низкое содержание железа

106. АНТИРЕФЛЮКСНЫЕ СМЕСИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ УПОРНЫХ СРЫГИВАНИЙ СОДЕРЖАТ

- А камедь
- Б пребиотик
- В пробиотик
- Г крахмал

107. ОСНОВНАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ ЖИРОВ – ЭТО ИСТОЧНИК

- А энергии
- Б витамина С
- В витаминов группы В
- Г микроэлементов

108. ОПТИМАЛЬНОЕ ДЛЯ УСВОЕНИЯ СООТНОШЕНИЯ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В ЖЕНСКОМ МОЛОКО СОСТАВЛЯЕТ

- А 2:1
- Б 1:1
- В 3:2
- Г 1:2

109. В РАЦИОН ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА РЫБА ВВОДИТСЯ С

- А 8-9 месяцев
- Б 6 месяцев
- В 1 года жизни
- Г 1,5 лет

110. В ВОЗРАСТЕ 6 МЕСЯЦЕВ В КАЧЕСТВЕ ПРИКОРМА ВВОДЯТ

- А мясо
- Б овощное пюре
- В кефир
- Г кашу

111. ПРИ НЕРАЦИОНАЛЬНОМ ПИТАНИИ У РЕБЕНКА РАЗВИВАЕТСЯ

- А нарушение физического и психического развития
- Б элифантиаз
- В синдром Шерешевского-Тернера
- Г синдром Уотерхауса-Фридериксена

112. ПЕРВАЯ СТЕПЕНЬ ГИПОГАЛАКТИИ СООТВЕТСТВУЕТ ДЕФИЦИТУ МОЛОКО ДО (В ПРОЦЕНТАХ)

- А 25
- Б 75
- В 40

113. НАРУШЕНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА, ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РОССИИ – ЭТО ДЕФИЦИТ

- А кальция и железа
- Б хлора и кальция
- В калия и магния
- Г натрия и калия

114. КЛАССОМ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В ГРУДНОМ МОЛОКЕ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ МЕСТНЫЙ ИММУНИТЕТ КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А IgA
- Б IgE
- В IgG
- Г IgM

115. В ВОЗРАСТЕ 4-6 МЕСЯЦЕВ В КАЧЕСТВЕ ПРИКОРМА ВВОДЯТ

- А овощное пюре
- Б творог
- В желток
- Г мясо

116. СООТНОШЕНИЕ БЕЛКОВ, ЖИРОВ И УГЛЕВОДОВ В РАЦИОНЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА СОСТАВЛЯЕТ

- А 1:1:4
- Б 1:2:3
- В 1:3:4
- Г 1:2:4

117. КАЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ УГЛЕВОДОВ ЖЕНСКОГО МОЛОКА ПРЕДСТАВЛЕН

- А в-лактозой
- Б мальтодекстрином
- В глюкозой
- Г а-лактозой

118. ДЕФИЦИТ МОЛОКА ПРИ ГИПОГАЛАКТИИ 2 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- А 50
- Б 20
- В 25
- Г 75

119. МАКСИМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ САХАРОВ В РАЦИОНЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ НИИ ПИТАНИЯ РАМН СОСТАВЛЯЕТ ____% СУТОЧНОГО ПОСТУПЛЕНИЯ УГЛЕВОДОВ

- А 20
- Б 15
- В 30
- Г 10

120. СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ «НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПО ОПТИМИЗАЦИИ ВСКАРМЛИВАНИЯ» ПРИКОРМЫ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ С (В МЕС.)

- А 4-6
- Б 8-10
- В 5-8
- Г 6-8

121. ПРОДУКТАМИ, СОСТАВЛЯЮЩИМИ ОСНОВАНИЕ «ПИЩЕВОЙ ПИРАМИДЫ», ЯВЛЯЮТСЯ

- А овощи и фрукты, цельно-зерновые продукты
- Б мясо животных и птицы, яйца, рыба и морепродукты
- В хлеб и хлебобулочные изделия
- Г молоко и кисломолочные продукты

122. СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА В ГРУДНОМ МОЛОКЕ СОСТАВЛЯЕТ (Г/100МЛ)

- А 1,2
- Б 2,0
- В 3,5
- Г 2,8

123. В РАЦИОН ПИТАНИЯ РЕБЕНКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ ТВОРОГ С ВОЗРАСТА __ МЕС.

- А 8
- Б 9
- В 10
- Г 7

124. ДЕТЯМ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТ НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ПЕРВЫМ ПРИКОРМОМ ВВОДЯТ

- А овощное пюре
- Б мясо
- В кашу
- Г творог

125. ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОДЕРЖАНИЕ ГРУДНОГО МОЛОКА В СУТОЧНОМ РАЦИОНЕ РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ НЕ МЕНЕЕ

- А 4/5
- Б 5/8
- В 1/2
- Г 2/3

126. АДЕКВАТНАЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РАЦИОНА РЕБЕНКА 11-13 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (В ККАЛ/СУТ)

- А 2500-2750
- Б 1650-1800
- В 1800-2000
- Г 2000-2450

127. ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ ЛАКТАЦИИ КОРМЯЩЕЙ МАТЕРИ СЛЕДУЕТ

- А увеличить частоту прикладывания ребенка к груди
- Б уменьшить количество ночных кормлений
- В отказ от ночных кормлений

Г уменьшить длительность кормления

128. НЕОБХОДИМОЕ СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО МОЛОКА И КИСЛОМОЛОЧНЫХ ПРОДУКТОВ В РАЦИОНЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕ 3 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (В МЛ)

- А 500
- Б 700
- В 300
- Г 400

129. В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ОСНОВНЫМИ ИНГРЕДИЕНТАМИ ПИЩИ – Б:Ж:У

- А 1:1:4
- Б 1:1:3
- В 1:2:5
- Г 1:2:4

130. ПЕРВЫМ ПРИКОРМОМ ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ РЕБЕНКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ

- А овощное пюре
- Б мясное пюре
- В яблочное пюре
- Г творог

131. ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ РЕБЕНКА С АЛЛЕРГИЕЙ НА БЕЛОК КОРОВЬЕГО МОЛОКА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ СМЕСИ

- А высоко гидролизованные
- Б безлактозные
- В кисломолочные
- Г адаптированные молочные

132. В КАЧЕСТВЕ ЗАГУСТИТЕЛЯ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ СМЕСЯХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А камедь рожкового дерева
- Б гуаровая камедь
- В агар
- Г ксантоновая медь

133. В ПОНЯТИЕ «РЕЖИМ ПИТАНИЯ» ВХОДИТ

- А кратность приемов пищи
- Б распределение энергетической ценности по приемам пищи
- В характер потребляемых за неделю продуктов
- Г интервалы между приемами пищи

134. ЗДОРОВЫХ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ КОРМЯТ

- А по требованию
- Б с интервалом в 5 часов
- В с интервалом в 4 часа
- Г с интервалом в 6 часов

135. СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА В ЗРЕЛОМ ГРУДНОМ МОЛОКЕ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ ОКОЛО (Г/100МЛ)

- А 1,0
- Б 2,2
- В 1,5
- Г 2,0

136. ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ РЕБЕНКА ВТОРОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ ____ КОРМЛЕНИЙ В СУТКИ

- А 5
- Б 7
- В 4
- Г 6

137. ГЛЮТЕН СОДЕРЖИТСЯ В КАШЕ

- А овсяной
- Б гречневой
- В кукурузной
- Г рисовой

138. ПОТРЕБНОСТЬ В КАЛОРИЯХ РЕБЕНКА 0-3 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ ____ ККАЛ/КГ/СУТКИ

- А 115
- Б 100
- В 120
- Г 110

139. КЕФИР И ДЕТСКИЙ ЙОГУРТ ВВОДЯТСЯ В РАЦИОН РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ (В МЕС)

- А 8
- Б 8,5-9
- В 6,5-7
- Г 5,5-6

140. К АГЛЮТЕНОВЫМ КАШАМ ОТНОСИТСЯ

- А гречневая
- Б овсяная
- В манная
- Г ячневая

141. ВАЖНЕЙШИМ ИСТОЧНИКОМ БЕЛКА ЯВЛЯЕТСЯ

- А мясо
- Б картофель
- В молоко
- Г сливочное масло

142. К ОБЪЕКТИВНЫМ ПРИЗНАКАМ НЕХВАТКИ ГРУДНОГО МОЛОКА ОТНОСЯТ

- А плохую прибавку в весе у ребенка, стул плотный, сухой или зеленый, редкие мочеиспускания
- Б очень частые кормления грудью, частый жидкий стул
- В очень продолжительные кормления грудью
- Г отказ ребенка от груди

143. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ПИЩЕВЫХ ВЕЩЕСТВАХ И ЭНЕРГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ДИФФЕРЕНЦИРУЕТСЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ

- А возраста
- Б пола
- В состояние здоровья
- Г характера деятельности

144. ПРАВИЛЬНЫМ РАСПРЕДЕЛЕНИЕМ ПО ОТДЕЛЬНЫМ ПРИЕМАМ ПИЩИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ (В ПРОЦЕНТАХ ВСЕГО РАЦИОНА В КАЛОРИЯХ)

- А завтрак-25, обед-35-45, полдник-10-15, ужин -20-25
- Б завтрак -5, обед-70-75, полдник – 5-10, ужин – 10-20
- В завтрак -0, обед-50-60, полдник-0, ужин-40-50
- Г завтрак -40-50, обед – 50-60, полдник-0, ужин-0

145. РАЦИОНАЛЬНЫМ СЧИТАЮТ ПИТАНИЕ

- А с определенным соотношением питательных веществ
- Б с учетом потребностей организма
- В распределенное по времени принятия пищи
- Г набором определенных продуктов

146. ОСНОВНЫМ УГЛЕВОДОМ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А лактоза
- Б крахмал
- В гликоген
- Г сахароза

147. КАКОЙ ФАКТОР СПОСОБСТВУЕТ УЛУЧШЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ?

- А рациональное питание
- Б обильное питание
- В интенсивные занятия в спортивных секциях
- Г обливание холодной водой на морозе и хождение босиком по снегу

148. ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, С СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ К БЕЛКУ КОРОВЬЕГО МОЛОКА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ

- А смесями на основе аминокислот
- Б соевыми смесями
- В адаптированными смесями на основе коровьего молока
- Г смесями на основе частично гидролизованного белка сыворотки

149. ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ СОХРАНЯТЬ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ КАК МИНИМУМ ДО ___ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

- А 6
- Б 24
- В 12
- Г 9

150. ПРИКОРМ В ВИДЕ КАШИ ВВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В МЕСЯЦАХ)

- А 4,0-6,0
- Б 6,0-7,0

- В 3,5-4,5
- Г 7,5-8,0

151. ДИАГНОЗ «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» СТАНОВИТСЯ НЕСОМНЕННЫМ ПРИ

- А тотальном бластозе в костном мозге
- Б появлении бластных клеток в гемограмме
- В анемическом и геморрагическом синдроме
- Г угнетении всех ростков кроветворения в костном мозге

152. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» ЯВЛЯЕТСЯ

- А миелограмма
- Б иммунограмма
- В гемограмм
- Г коагулограмма

153. КО ВТОРОЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ОНКОБОЛЬНЫХ ОТНОСЯТ ПАЦИЕНТОВ С

- А раком, подлежащим лечению
- Б запущенными формами рака
- В предраковыми заболеваниями
- Г подозрением на рак

154. РИСК НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ДЛЯ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ ПОВЫШАЕТ СИНДРОМ

- А нейрорлейкемический
- Б интоксикационный
- В геморрагический
- Г гиперпластический

155. ДИАГНОЗ «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ИССЛЕДОВАНИИ

- А миелограммы
- Б пунктата лимфатического узла
- В коагулограммы
- Г общего анализа крови

156. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ХОДЖКИНА ЗАВИСИТ ОТ

- А стадии заболевания
- Б возраста ребенка
- В показателей анализа крови
- Г гистологического варианта

157. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ ___ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ЛЕЙКОЗА

- А лимфобластный
- Б промиелоцитарный
- В мегакариоцитарный
- Г миеломонобластный

158. ПРИ ПИЩЕВОДЕ БАРРЕТА МЕТАПЛАЗИЯ ЭПИТЕЛИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ___ ПИЩЕВОДА

- А в нижней трети

- Б в средней трети
- В в верхней трети
- Г на всём протяжении

159. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПРИ БОЛЕЗНИ ХОДЖКИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- А увеличение лимфатических узлов
- Б боль в костях
- В кожный зуд
- Г увеличение печени

160. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У БОЛЬНОГО В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ АНЕМИИ, ТРОМБОЦИТОПЕНИИ, БЛАСТОЗА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А острый лейкоз
- Б инфекционный мононуклеоз
- В апластическая анемия
- Г тромбоцитопеническая пурпура

161. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- А исследование костного мозга
- Б биохимическое исследование крови
- В исследование антигенов гистосовместимости
- Г анализ периферической крови

162. ОПУХОЛЬЮ НАЗЫВАЕТСЯ ТКАНЬ С

- А нарушением регуляции роста и дифференцировки клеток
- Б выраженной пролиферацией клеток
- В воспалительной клеточной инфильтрацией
- Г гипертрофией и гиперплазией клеток

163. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А артериальная гипертензия
- Б артериальная гипотония
- В гиперхолестеринемия
- Г гипергликемия

164. ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ЛИМФАДЕНОПАТИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А острого лейкоза
- Б диффузных болезней соединительной ткани
- В болезни «кошачьей царапины»
- Г наследственных коагулопатий

165. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ФОРМОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А медуллобластома
- Б астроцитомы
- В краниофарингиома
- Г эпендимомы

166. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ РАКЕ НОСОГЛОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А расстройство носового дыхания
- Б боль
- В наличие носовых кровотечений
- Г лихорадка

167. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИЗОЛИРОВАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А лимфоме
- Б ретикулосаркоме
- В семиноме
- Г плазмацитоме

168. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НЕЙРОГЕННЫЕ ЗАБРЮШИННЫЕ ОПУХОЛИ У ДЕТЕЙ ПАЛЬПИРУЮТСЯ В

- А верхних отделах живота
- Б подвздошных областях
- В полости малого таза
- Г нижних отделах живота

169. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ НЕФРОБЛАСТОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А компьютерная томография
- Б ультразвуковая томография
- В цистография
- Г выделительная урография

170. ГЛАВНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ СИМПТОМАТИКИ ОПУХОЛЕЙ МОЗГА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А длительный бессимптомный или малосимптомный период
- Б доброкачественный характер опухоли
- В частое и раннее нарушение психики
- Г раннее развитие очаговой неврологической симптоматики

171. АТРОФИЯ РЕБЕР И РАСШИРЕНИЕ МЕЖРЕБЕРНЫХ ПРОМЕЖУТКОВ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- А нейробластомы
- Б тимомы
- В лимфосаркомы
- Г лимфомы Ходжкина

172. ОПУХОЛИ СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЕТАСТАЗИРУЮТ В

- А печень
- Б лимфатические узлы
- В кости
- Г лёгкие

173. ПРЕРОЖДЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ МОЗГА В ЗЛОКАЧЕСТВЕННУЮ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А инфильтративным ростом
- Б геморрагическим синдромом

- В длительной лихорадкой
- Г нейротоксическим действием

174. СТРАХОВЩИКОМ ПРИ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А федеральный фонд обязательного медицинского страхования
- Б организация или индивидуальный предприниматель
- В медицинская организация
- Г орган исполнительной власти субъектов РФ

175. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМ МЕЖДУНАРОДНЫМ ДОКУМЕНТОМ В ЗАЩИТЕ ПРАВ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А конвенция о правах ребенка
- Б закон об основах системы профилактики правонарушений несовершеннолетних
- В закон об основных гарантиях прав ребенка
- Г семейный кодекс

176. ЗАСТРАХОВАННЫМ В СИСТЕМЕ ОМС ЯВЛЯЕТСЯ

- А гражданин РФ
- Б страховое учреждение
- В юридическое лицо
- Г медицинская организация

177. ОСНОВНЫМ УЧЕТНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А листок нетрудоспособности
- Б амбулаторная карта
- В карта выбывшего из стационара
- Г медицинская карта

178. К ОСНОВНЫМ КАТЕГОРИЯМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТ СПОСОБНОСТЬ К

- А самостоятельной трудовой деятельности и обучению
- Б самостоятельному освоению иностранных языков
- В самостоятельным занятиям профессиональными спортивными танцами и подводным плаванием
- Г самостоятельным занятиям профессиональным спортом и образованием

179. РЕБЕНОК ОБЛАДАЕТ ПРАВАМИ

- А с момента рождения
- Б с 16 лет
- В с 14 лет
- Г по достижению совершеннолетия

180. ДЕЙСТВУЮЩИМ НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПО ЭКСПЕРТИЗЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А приказ Министерства здравоохранения
- Б приказ Министерства труда и социальной защиты
- В постановление Правительства Российской Федерации
- Г распоряжение Федерального Фонда социального страхования

181. В СЛУЧАЕ БЫТОВОЙ ТРАВМЫ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЁТСЯ С __ ДНЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- А первого
- Б пятнадцатого
- В десятого
- Г пятого

182. В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ, ОРГАН, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИЙ ПЕНСИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, ЛИБО ОРГАН СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ОТКАЗАЛИ ГРАЖДАНИНУ В НАПРАВЛЕНИИ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ, ЕМУ ВЫДАЕТСЯ СПРАВКА, НА ОСНОВАНИИ КОТОРОЙ ГРАЖДАНИН (ЕГО ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ)

- А имеет право обратиться в бюро самостоятельно
- Б имеет право обратиться в бюро по направлению участкового врача
- В имеет право обратиться в бюро по направлению главного врача
- Г не имеет право обратиться в бюро самостоятельно

183. МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- А на общих основаниях
- Б местной администрации
- В за счёт кредитов банков
- Г предприятиями, расположенными на обслуживаемой территории

184. ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ВИДАМ, УСЛОВИЯМ И ФОРМАМ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА УРОВНЕ

- А федеральном
- Б международном
- В муниципальном
- Г частном

185. СТРАХОВАТЕЛЕМ ДЛЯ НЕРАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А орган исполнительной власти субъектов РФ
- Б страховое учреждение
- В медицинская организация
- Г организация или индивидуальный предприниматель

186. ПРАВИЛА ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (ЕЁ СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ, ВРАЧА) ВКЛЮЧЕНЫ В

- А порядки оказания медицинской помощи
- Б протоколы ведения пациентов
- В клинические рекомендации
- Г стандарты медицинской помощи

187. К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА «СПОСОБНОСТЬ К ОБУЧЕНИЮ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ

- А организовывать деятельность по овладению знаниями
- Б устанавливать контакты между людьми
- В осознавать себя и адекватно вести с учетом норм
- Г осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями

188. ДЛЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РФ ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ УДЕЛЬНОГО ВЕСА ЛИЦ

- А пожилого возраста
- Б детского возраста
- В мужского пола
- Г состоящих в браке

189. ОСНОВНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ДОКУМЕНТОМ ПРИ ОФОРМЛЕНИИ РЕБЕНКА НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМА

- А 076/у
- Б 026/у-2000
- В 070/у
- Г 063/у

190. ФИНАНСОВЫЕ СРЕДСТВА ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НАХОДЯТСЯ В СОБСТВЕННОСТИ

- А государства
- Б предприятий, организаций
- В страховых медицинских организаций
- Г фонда социального страхования населения РФ

191. АБСОЛЮТНУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИНАНСОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- А рентабельность
- Б выручка
- В доход
- Г прибыль

192. К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА «СПОСОБНОСТЬ К ОРИЕНТАЦИИ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ

- А к определению времени и места нахождения
- Б к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм
- В осуществлять основные физиологические потребности
- Г к целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности

193. ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ ДЛИТСЯ (ГОД)

- А с 10 до 19
- Б с 12 до 16
- В с 11 до 18
- Г с 10 до 14

194. ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ВНЕДРЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХ ПРОГРАММ СОСТОИТ

- В
- А снижении числа обострений, осложнений и уменьшении степени тяжести заболевания
- Б расширении диеты; формировании мотивации здорового образа жизни, развитии личности, способной к самореализации
- В получении среднего медицинского образования родителями детей; формировании мотивации здорового образа жизни; развитии личности, способной к самореализации

Г усиленном занятии спортом; формировании мотивации здорового образа жизни; развитии личности, способной к самореализации

195.МИНИМАЛЬНЫЙ РАЗМЕР ОПЛАТЫ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА УРОВНЕ

- А федеральном
- Б муниципальном
- В региональном
- Г областном

196. ГЕНЕРАЛЬНАЯ АССАМБЛЕЯ ООН ПРИНЯЛА КОНВЕНЦИЮ О ПРАВАХ РЕБЕНКА 20 НОЯБРЯ ___ ГОДА

- А 1989
- Б 1991
- В 1999
- Г 1990

197. РАСЧЕТ ШТАТА ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ ДЛЯ РАБОТЫ В ШКОЛЕ СОСТАВЛЯЕТ: 1 ВРАЧ НА ___ УЧАЩИХСЯ

- А 1000
- Б 2000
- В 8000
- Г 500

198. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

- А соответствующий вид медицинской помощи
- Б стандарт медицинской помощи
- В протоколы ведения пациентов
- Г порядок оказания медицинской помощи

199. БАЗОВЫМ ПОНЯТИЕМ В ЭКОНОМИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- А эффективность
- Б спрос
- В предложение
- Г управление

200. К КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА «СПОСОБНОСТЬ К ОБЩЕНИЮ» ОТНОСИТСЯ СПОСОБНОСТЬ

- А устанавливать контакты между людьми
- Б реализовывать собственное самообслуживание
- В осознавать себя и адекватно вести с учетом норм
- Г осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями

201. ПРИ НАПРАВЛЕНИИ РЕБЕНКА Н САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ

- А путёвку; санаторно-курортную карту; полис обязательного медицинского страхования; анализ на энтеробиоз; справку врача-педиатра об отсутствии контакта ребёнка с инфекционными больными

Б путёвку; полис обязательного медицинского страхования; справку врача-педиатра об отсутствии контакта ребёнка с инфекционными больными по месту жительства, в детском саду или школе

В путёвку; анализ на энтеробиоз; справку врача-педиатра об отсутствии контакта ребёнка с инфекционными больными по месту жительства, в детском саду или школе

Г путёвку; санаторно-курортную карту; полис обязательного медицинского страхования; анализ на энтеробиоз

202. СКОРАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ ПОМОЩИ

А Скорой

Б Специализированной

В Паллиативной

Г первичной медико-санитарной

203. ФИНАНСИРОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

А в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

Б за счет средств родителей (законных представителей) ребенка

В за счет средств образовательной организации

Г за счет средств спонсоров и благотворительных фондов

204. ПРОФЕССИОНАЛЬНО ПРИГОДНЫМ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ПОДРОСТКА, СПОСОБНОГО

А успешно освоить профессию и работать в ней без ущерба для здоровья

Б частично освоить профессию и работать в ней без существенного ущерба для здоровья

В частично освоить профессию и работать в ней без ущерба для здоровья

Г успешно освоить профессию и работать в ней

205. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРОВОДИТСЯ ПО ЗАЯВЛЕНИЮ

А гражданина или его законного представителя

Б представителей медицинских учреждений

В специалиста страховой компании

Г сотрудников центра социального обслуживания населения

206. МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМОЙ

А социальной защиты интересов населения в охране здоровья

Б охраны жизни, трудоспособности человека

В ответственности за неисполнение рекомендаций врача

207. В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ РФ ПОЛИС ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ИМЕЕТ СИЛУ

А на всей территории РФ

Б только на территории того субъекта РФ, где проживает застрахованный

В только на территории того субъекта РФ, где выдан страховой полис

Г на территории других государств, с которыми РФ имеет соглашение о медицинском страховании граждан

208. НАГРУЗКА ВРАЧЕЙ ЛЕЧЕБНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ СТАЦИОНАРА

ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А числом коек на одну должность
- Б затратами времени на медицинскую услугу
- В числом больных за год
- Г количеством выполняемых медицинских услуг

209. ПЕРВОЕ МЕСТО В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ЗАНИМАЮТ

- А болезни органов дыхания
- Б инфекционные и паразитарные болезни
- В травмы и отравления
- Г болезни органов пищеварения

300. ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ВРАЧЕБНЫМИ КАДРАМИ НА 10000 НАСЕЛЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО

- А штатным должностям
- Б соотношению врачебного и среднего медицинского персонала
- В численности населения на врачебных участках
- Г заболеваемости

301. ДЕТСКИМ АМБУЛАТОРНЫМ ЦЕНТРОМ ЯВЛЯЕТСЯ УЧРЕЖДЕНИЕ, ОКАЗЫВАЮЩЕЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ

- А внебольничную
- Б стационарную
- В родовспоможения
- Г высокотехнологичную

302. ПОД ПРОФОСМОТРОМ ПОНИМАЮТ ОРГАНИЗАЦИОННУЮ ФОРМУ ПРОВЕДЕНИЯ

- А динамического наблюдения
- Б оздоровительных мероприятий
- В санпросвет работы
- Г профилактики заболеваний

303. ОСНОВНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ДОКУМЕНТОМ РЕБЕНКА, ПОСЕЩАЮЩЕГО ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМА

- А 026/у-2000
- Б 063/У
- В 112/у
- Г 058/у

304. ОДНИМ ИЗ ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ДЕЙСТВИЙ ВОЗ В УСЛОВИЯХ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ

- А матери и новорожденного
- Б новорожденного
- В всей семьи в целом
- Г детей и подростков

305. УСРЕДНЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И КРАТНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, ИМПЛАНТИРУЕМЫХ В ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА, ВКЛЮЧЕНЫ В

- А стандарты медицинской помощи

- Б порядки оказания медицинской помощи
- В протоколы ведения пациентов
- Г клинические рекомендации

306. В ОСНОВЕ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК ЛЕЖАТ

- А индивидуальная особенность течения болезни, недостаточность опыта врача, отсутствие средств диагностики и лечения
- Б неоказание помощи больному, недостаточность опыта врача
- В отсутствие средств диагностики и лечения, неоказание помощи больному
- Г индивидуальная особенность течения болезни, неоказание помощи больному

307. КАБИНЕТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ОРГАНИЗУЕТСЯ В СОСТАВЕ

- А детской городской поликлиники (поликлинического отделения)
- Б детской городской больницы (детского стационара)
- В детского санатория
- Г детского дошкольного образовательного учреждения

308. ОСОБЕННОСТЬЮ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А дородовый патронаж
- Б санитарное просвещение
- В социальная помощь
- Г формирование здорового образа жизни

309. ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧЕНЫ В

- А порядки оказания медицинской помощи
- Б стандарты медицинской помощи
- В клинические рекомендации
- Г протоколы ведения пациентов

310. ПОД ИНТЕГРИРОВАННЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПОНИМАЮТ

- А группу здоровья
- Б патологическую пораженность
- В распространенность хронических заболеваний
- Г показатель охвата диспансерным наблюдением

311. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ БОЛЬНИЧНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ: ___ ОБОРОТА КОЙКИ И ___ ЛЕТАЛЬНОСТИ

- А уменьшение; увеличение
- Б уменьшение; снижение
- В увеличение; снижение
- Г увеличение; увеличение

312. ОСНОВНОЙ ЯЧЕЙКОЙ ОБЩЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

- А семья
- Б дом
- В школа
- Г дошкольное образовательное учреждение

313. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ В ВОЗРАСТЕ ДО 7 ЛЕТ ПРИ КАРАНТИНЕ ВЫДАЕТСЯ

- А на весь период карантина
- Б до 10 дней
- В до 15 дней
- Г на неделю

314. ПО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 21 НОЯБРЯ 2011 Г. N 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» ПОД ЗДОРОВЬЕМ ПОНИМАЮТ

- А состояние физического, психического и социального благополучия человека при отсутствии заболеваний
- Б отсутствие патологических процессов в организме
- В отсутствие анатомических и физиологических дефектов
- Г возможность осуществления биологических и трудовых функций

315. К КРИТЕРИЯМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ЗДОРОВЬЕ, ОТНОСЯТ

- А наличие или отсутствие функциональных нарушений
- Б факторы риска социального анамнеза
- В факторы риска биологического анамнеза
- Г факторы риска генеалогического анамнеза

316. К ВАЖНЕЙШЕМУ ИСТОЧНИКУ ИЗУЧЕНИЯ ЧИСЛЕННОСТИ, СОСТАВА И ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО РАЗМЕЩЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ОТНОСЯТ

- А перепись населения
- Б данные медицинских осмотров
- В анкетирование
- Г статистические отчёты больниц

317. ПЕРВОЕ МЕСТО В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПРИНАДЛЕЖИТ

- А заболеваниям перинатального периода
- Б инфекционным заболеваниям
- В врожденным порокам
- Г заболеваниям органов дыхания

318. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 15 ЛЕТ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЫДАЕТСЯ ДО (ДЕНЬ)

- А 3
- Б 7
- В 15
- Г 10

319. ДЕТСКИЙ АМБУЛАТОРНЫЙ ЦЕНТР ОКАЗЫВАЕТ ЛЕЧЕБНО ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ ДО (ГОД)

- А 18
- Б 14
- В 15
- Г 20

320. К ДОКУМЕНТАЦИИ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ОТНОСИТСЯ

- А журнал учета приёма больных и отказов в госпитализации (Ф. № 001/у)
- Б журнал учёта инфекционных заболеваний (Ф. № 060/у)
- В история развития ребёнка (Ф. № 112/у)
- Г медицинское заключение на ребёнка (подростка) - инвалида с детства (Ф. № 080/у)

321. К ПОКАЗАТЕЛЯМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ОТНОСИТСЯ

- А летальность
- Б перинатальная смертность
- В С младенческая смертность
- Г детская смертность

322. МЛАДЕНЧЕСКОЙ НАЗЫВАЮТ СМЕРТНОСТЬ ДЕТЕЙ ____ ЖИЗНИ

- А на первом году
- Б в первые три года
- В в первые шесть месяцев
- Г на первой неделе

323. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ ВЫДАЕТСЯ ГРАЖДАНИНУ

- А работающему на предприятии, в организации, учреждении
- Б обучающемуся в образовательной организации высшего образования
- В матери, находящейся в декретном отпуске по уходу за ребенком в возрасте до трёх лет
- Г военнослужащему аттестованному

324. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ ВЫДАЕТСЯ МАМЕ, ЕСЛИ

- А у ребёнка диагностирована острая кишечная инфекция
- Б у ребенка хронический пиелонефрит в стадии ремиссии
- В мама находится в очередном отпуске
- Г мама находится в декретном отпуске

325. К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТ

- А паллиативную
- Б санаторно-курортную
- В стационарную
- Г первую

326. ОСНОВНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- А Этапность
- Б Множественность
- В Вариационность
- Г Индивидуальность

327. ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А охват родовым патронажем беременных
- Б летальность новорожденных
- В заболеваемость новорожденных
- Г смертность новорожденных

328. К ПОКАЗАТЕЛЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ОТНОСИТСЯ

- А младенческая смертность
- Б мертворождаемость
- В ранняя неонатальная смертность
- Г перинатальная смертность

329. К СПЕЦИАЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ОТНОСЯТ

- А перинатальную смертность
- Б общую плодовитость
- В рождаемость
- Г повозрастную плодовитость

330. ПОКАЗАТЕЛЬ РАННЕГО ПАТРОНАЖА НОВОРОЖДЕННЫХ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

- А детской поликлиники
- Б перинатальной службы
- В роддома
- Г акушера-гинеколога

331. К ПОКАЗАТЕЛЯМ КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ

- А удельного веса числа детей до 1 года жизни, находящихся на грудном вскармливании
- Б динамики общей заболеваемости детского населения
- В динамики численности детей-инвалидов
- Г доли госпитализированных в плановом порядке от числа детей, состоящих под диспансерным наблюдением

331. В СОСТАВ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ВХОДЯТ

- А лечащий врач, заведующий отделением и заместитель главного врача, в должностные обязанности которого входит решение вопросов, отнесенных к компетенции комиссии
- Б все врачи, прошедшие обучение по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности
- В главный врач, старшая медсестра отделения и представитель фонда социального страхования, курирующий вопросы выплат по листкам нетрудоспособности
- Г любой заместитель главного врача и представитель органов управления здравоохранением, курирующий вопросы временной нетрудоспособности граждан

332. ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- А распространённость заболеваний среди населения
- Б распространённость только социально значимых заболеваний
- В изменение распространённости заболеваний по времени
- Г удельный вес определённого заболевания

333. ПОКАЗАТЕЛЬ РЕГУЛЯРНОСТИ НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ОДНОГО ГОДА РАССЧИТЫВАЕТСЯ КАК ОТНОШЕНИЕ

- А $(\text{числа детей первого года жизни, регулярно наблюдавшихся врачом, к числу детей, достигших одного года жизни в отчетном году}) \times 100\%$

- Б (числа детей, не болевших на первом году, к числу детей, достигших одного года) $\times 100\%$
- В (числа детей, взятых под наблюдение в первый день после выписки из роддома, к общему числу новорождённых) $\times 100\%$
- Г (числа активных посещений к общему числу посещений) $\times 100\%$

334. ПОНЯТИЕ «ИНДЕКС НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЁННОСТИ» ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТНОШЕНИЕМ

- А общего числа заболеваний к общему числу родственников (сам ребёнок в это число не входит)
- Б общего числа заболеваний к общему числу родственников (включая ребёнка)
- В общего числа родственников к общему числу заболеваний
- Г заболевания каждого родственника к общему числу родственников

335. ДЛЯ РАСЧЕТА ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В ДАННОМ ГОДУ, И

- А среднегодовой численности населения
- Б социально-значимых заболеваний, зарегистрированных в данном году
- В заболеваний, выявленных впервые в жизни
- Г заболеваний, зарегистрированных на данной территории

336. ИНДЕКС ЗДОРОВЬЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- А процентное соотношение детей, ни разу не болевших за год, ко всему детскому коллективу
- Б процентное соотношение детей, перенёсших какое-либо заболевание, ко всему детскому коллективу
- В долю не болеющих детей в данном детском дошкольном заведении
- Г долю здоровых детей в данном детском коллективе

337. ДЛЯ РАСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОНКРЕТНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ СЛУЧАЕВ КОНКРЕТНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И

- А среднегодовой численностей населения
- Б числе случаев заболеваний в предыдущие годы
- В численность трудоспособного населения
- Г числе лиц, прошедших медосмотр

338. ДЛЯ РАСЧЕТА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОРАЖЕННОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ СЛУЧАЕВ

- А заболеваний, выявляемых при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр
- Б конкретного заболевания и числе случаев всех заболеваний
- В конкретного заболевания и среднегодовой численности населения
- Г всех заболеваний в данном году и числе случаев заболеваний в предыдущие годы

339. ДЛЯ ОЦЕНКИ ДОСТОВЕРНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ

- А критерий Стьюдента
- Б коэффициент корреляции
- В показатель соотношения
- Г коэффициент вариации

340. ПРИ ВЫЧИСЛЕНИИ ПОКАЗАТЕЛЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ СМЕРТНОСТИ В ЗНАМЕНАТЕЛЕ УЧИТЫВАЕТСЯ ЧИСЛО РОДИВШИХСЯ

- А живыми и мертвыми
- Б живыми
- В живыми, но умершими в первые 24 часа после родов
- Г живыми, но упёршими в первые 168 часов после родов

341. ПОКАЗАТЕЛЬ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ВЫЧИСЛЯЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ

- А $(\text{число детей, умерших в течение 7 дней жизни}) \times 1000 / \text{число детей родившихся живыми}$
- Б $(\text{число детей, родившихся мертвыми} + \text{число детей, умерших в течение первого года жизни}) \times 1000 / \text{число детей, родившихся живыми}$
- В $(\text{число детей, умерших в течение 28 дней жизни}) \times 1000 / \text{число детей, родившихся живыми}$
- Г $(\text{число детей, умерших в течение 7 дней жизни}) \times 1000 / \text{число детей живыми и мертвыми}$

342. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ ЗАНЯТИЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ С ДЕТЬМИ, КОТОРЫЕ ОТНОСЯТСЯ К СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЕ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО:

- А течению основного заболевания и качеству выполнения функциональных проб
- Б выполнению контрольных тестов
- В качеству выполнению тестов на выносливость
- Г посещаемости занятий

343. К ОСНОВНЫМ СПОСОБАМ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ОТНОСЯТ:

- А уроки физической культуры
- Б экскурсии, прогулки по пришкольному участку
- В гимнастику до занятий, игры на переменах, турпоходы
- Г выездные уроки по ознакомлению с окружающим миром

344. ДЛЯ УЧАСТИЯ В СОРЕВНОВАНИЯХ ОТБИРАЮТСЯ ДЕТИ ИЗ _____ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ:

- А основной.
- Б подготовительной
- В специальной Б
- Г специальной А

345. РЕЖИМ ДНЕВНОГО СНА ДЕТЕЙ ПОДГОТОВИТЕЛЬНОЙ ГРУППЫ ДЕТСКОГО САДА СОСТАВЛЯЕТ (ЧАС)

- А 1,5
- Б 2
- В 1
- Г 2,5

346. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАНЯТИЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ С ДЕТЬМИ ИЗ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО:

- А течение основного заболевания
- Б качеству выполнения скоростно-силовых тестов
- В выполнению пробы Штанге

Г посещаемость занятий

347. ОСНОВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ГРУППА ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ:

- А без или с незначительными отклонениями в состоянии здоровья
- Б со значительными отклонениями в состоянии здоровья и с отставанием в физическом развитии
- В со значительным отставанием в физическом развитии
- Г с хроническими заболеваниями в стадии стойкой ремиссии

348. ТЕСТИРОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПОКАЗЫВАЕТ:

- А развитие основных физических качеств
- Б подготовленность спортсменов
- В эффективность тренировок
- Г уровень здоровья

349. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ШКОЛЬНИКОВ В ГРУППУ ЗДОРОВЬЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С УЧЁТОМ:

- А состояния здоровья и физической подготовленности
- Б желания родителей
- В пола и физической подготовленности
- Г штатного расписания

350. ТЕСТИРОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ НЕ ПРОВОДИТСЯ У:

- А учащихся с отклонениями, препятствующими проведению тестов
- Б детей основной и подготовительной медицинских групп
- В часто болеющих детей
- Г спортсменов

351. К ПРИЗНАКАМ ВНЕШНЕГО УТОМЛЕНИЯ РЕБЁНКА НА УРОКЕ ФИЗКУЛЬТУРЫ НЕ ОТНОСЯТ:

- А антропометрические данные
- Б характер дыхания и движений
- В потливость
- Г окраску кожи лица, шеи

352. КАКОВЫ ПРИЗНАКИ РЕАКЦИИ НА ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ ПРИ РАЦИОНАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УРОКА ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ДЛЯ УЧАЩИХСЯ?

- А значительная гиперемия лица и большая степень потливости
- Б незначительное покраснение лица и незначительная степень потливости
- В незначительное покраснение лица и очень большая степень потливости
- Г резкое покраснение лица и очень большая степень потливости

353. РЕКОВАЛЕСЦЕНТЫ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ОРГАНИЗОВАННЫХ ДЕТСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ ПОДЛЕЖАТ:

- А освобождению от основных уроков физического воспитания на 1-2 недели
- Б оформлению в основную физкультурную группу
- В освобождению от уроков физкультуры на 2 недели
- Г оформлению в подготовительную физкультурную группу

354. ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О НАЗНАЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ ПОСЛЕ ВРЕМЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОТВОДА ОТ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ВРАЧ РУКОВОДСТВУЕТСЯ:

- А характером восстановления артериального давления и частоты сердечных сокращений при пробе Мартине-Кушелевского
- Б данными общего анализа крови
- В качеством выполнения скоростно-силовых тестов
- Г личным опытом

355. ДЕТЯМ С ЛИМФАТИКО-ГИПОПЛАСТИЧЕСКИМ ДИАТЕЗОМ РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ ДИЕТЫ С ОГРАНИЧЕНИЕМ

- А продуктов, богатых легкоусвояемыми углеводами
- Б продуктов, богатых пуринами
- В глютенсодержащих продуктов, жиров и продуктов, богатых пуринами
- Г жиров

356. ИГРУШКИ ДЛЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ХОРОШО

- А моющимися
- Бдвигающимися
- В разбирающимися
- Г складываемыми

357. СООТВЕТСТВИЕ КОЛИЧЕСТВА МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ВОЗРАСТУ РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ (N-ВОЗРАСТ В МЕСЯЦАХ)

- А $n-4$
- Б $n-6$
- В $n-8$
- Г $n-2$

358. КОСТНЫЙ ВОЗРАСТ В РОССИИ ПРИНЯТО ОЦЕНИВАТЬ ПО

- А оссификации костей кистей обеих рук
- Б оссификации костей левой кисти
- В числу постоянных зубов
- Г годовой прибавке длины тела

359. СТУЛ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- А оформленным
- Б веретенообразным
- В кашицеобразным
- Г фрагментированным

360. К ФАКТОРАМ БИОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА, ОСЛОЖНЯЮЩИМ ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДА АДАПТАЦИИ, ОТНОСЯТ

- А сниженную резистентность ребенка
- Б срок гестации 39 недель
- В первоначальную потерю массы тела в роддоме 3-5%
- Г физиологическую желтуху в периоде новорожденности

361. ПОД ОСАНКОЙ ПОНИМАЮТ

- А привычную позу непринуждённо стоящего человека без лишнего мышечного напряжения

- Б стройность человеческого тела
- В отсутствие патологических изменений со стороны позвоночника
- Г плавность и гибкость в движениях

362. ДЛИНА ТЕЛА У ЗРЕЛОГО ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ НИЖЕ (СМ)

- А 45
- Б 48
- В 50
- Г 43

363. КОЛИЧЕСТВО ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У РЕБЕНКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ (N - ВОЗРАСТ РЕБЕНКА В ГОДАХ)

- А $4n-20$
- Б $2n-10$
- В $4n-10$
- Г $n-10$

364. ПРИ ОСМОТРЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА МОЖЕТ БЫТЬ ЗАМЕТНА СЛАБАЯ ПУЛЬСАЦИЯ В ОБЛАСТИ

- А верхушечного толчка
- Б основания сердца
- В сердечного толчка
- Г солнечного сплетения

365. КРИТЕРИЯМИ ОЦЕНКИ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- А число ядер окостенения, вторичные половые признаки, количество постоянных зубов, показатели физического развития
- Б число ядер окостенения, вторичные половые признаки, количество постоянных зубов, психомоторное развитие
- В число ядер окостенения, вторичные половые признаки, количество молочных зубов, показатели физического развития
- Г число ядер окостенения, количество молочных зубов, показатели физического развития, психомоторное развитие

366. СРЕДСТВО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ГНОЙНОГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

- А назначение Амоксицилина-клавуланата в суточной дозе 80 мг/к
- Б назначение Амоксицилина-клавуланата в суточной дозе 30 мг/кг
- В парацетез и назначение антибиотика широкого спектра
- Г назначение антибиотика из группы макролидов

367. ВЕЛИЧИНА ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ПРИБАВКИ МАССЫ ТЕЛА В ПЕРВОМ ПОЛУГОДИИ ЖИЗНИ РЕБЕНКА В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАММ)

- А 80
- Б 1000
- В 600
- Г 400

368. ПРИ ЭКЗОГЕННОЙ (ЛОЖНОЙ) ЖЕЛТУХЕ ПРОКРАШИВАЮТСЯ

- А только кожные покровы

- Б только слизистые оболочки
- В преимущественно кожные покровы лица
- Г кожа, слизистые оболочки, склеры

369. ПОД ОНТОГЕНЕЗОМ ПОНИМАЮТ

- А индивидуальное развитие организма от оплодотворения до конца жизни
- Б процесс естественной гибели клеток
- В патологическое внутриутробное развитие
- Г развитие патологических процессов на первом году жизни

370. ПЕРИОД РАННЕГО ВОЗРАСТА ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

- А от 1 до 3
- Б от 1 до 5
- В от 0,5 до 2
- Г от 2 до 6

371. УСКОРЕНИЕ ПРОЦЕССОВ РОСТА И РАЗВИТИЯ ОРГАНИЗМА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПО СРАВНЕНИЮ С ТЕМПОМ ПРОШЛЫХ ПОКОЛЕНИЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- А акселерацией
- Б грацилизацией
- В стагнацией
- Г децелерацией

372. РЕБЕНОК ВЫДЕЛЯЕТСЯ В ГРУППУ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ, ЕСЛИ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ БОЛЕЕТ ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ _____ И БОЛЕЕ В ГОД

- А 4 раза
- Б 5 раз
- В 6 раз
- Г 3 раза

373. В ПОСТНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД НАИБОЛЬШИЙ ПРИРОСТ МАССЫ ОТМЕЧАЕТСЯ СО СТОРОНЫ

- А мышечной
- Б костной
- В лимфоидной
- Г кроветворной

374. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА (ИМТ) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ

- А состояния питания
- Б физического развития в целом
- В биологического возраста
- Г пропорциональности телосложения

375. ДЛИНА ТЕЛА РЕБЕНКА, ЕЕ ГОДОВЫЕ ПРИБАВКИ, РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ, НАЛИЧИЕ ТОЧЕК ОКОСТЕНЕНИЯ И ЧИСЛО ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ПОЗВОЛЯЮТ ОПРЕДЕЛИТЬ

- А биологический возраст ребенка
- Б морфо-функциональное состояние
- В возрастную периодизацию
- Г хронологический возраст ребенка

376. КРИТЕРИЯМИ ОЦЕНКИ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ

- А число ядер окостенения, количество молочных зубов, психомоторное развитие, показатели длины и массы тела
- Б психомоторное развитие, вторичные половые признаки, показатели длины и массы тела, количество молочных зубов
- В вторичные половые признаки, количество постоянных зубов, психомоторное развитие, показатели длины и массы тела
- Г количество постоянных зубов, число ядер окостенения, вторичные половые признаки, показатели длины и массы тела

377. ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОХЛАЖДЕНИЯ ПРИ ЛИХОРАДКЕ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

- А при признаках «бледной лихорадки»
- Б всегда
- В при сопутствующих заболеваниях сердца
- Г при наличии в анамнезе судорог на повышение температуры тела

378. ПРОФИЛАКТИКА ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ

- А анемии
- Б почечной патологии
- В тромбоцитопатий
- Г заболеваний печени

379. ПОД СЕНСИТИВНЫМИ ПОНИМАЮТ ПЕРИОДЫ

- А наибольшей чувствительности организма к факторам окружающей среды
- Б адаптации организма к новым условиям обучения и воспитания
- В реконвалесценции после перенесенного заболевания
- Г наиболее интенсивного развития организма в процессе его жизнедеятельности

380. РАСШИРЕНИЕ ГРАНИЦ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВЛЕВО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

- А артериальной гипертензии
- Б левосторонней пневмонии
- В недостаточности трехстворчатого клапана
- Г стенозе митрального клапана

381. ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ЛИМФОУЗЛЫ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

- А имеют мягко-эластическую консистенцию
- Б можно пропальпировать до 5-6 групп с обеих сторон
- В можно пропальпировать в каждой группе 5-6 лимфоузлов
- Г имеют плотно-эластичную консистенцию

382. К ХАРАКТЕРИСТИКАМ КИШЕЧНЫХ КОЛИК ОТНОСЯТ

- А плач, беспокойство ребенка в течение трех и более часов день
- Б «овечий» стул
- В жидкий стул с прожилками слизи после каждого приема пищи
- Г увеличение интервалов между актами дефекации

383. ЛЕЧЕНИЕ ВИТАМИН-D-ДЕФИЦИТНОГО РАХИТА ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ВИТАМИНА СУТОЧНОЙ ДОЗЕ (МЕ)

- А 2000-4000
- Б 500
- В 1000-2000
- Г 6000

384. ПОНЯТИЕ АКСЕЛЕРАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ

- А ускорение роста и развития на популяционном уровне
- Б увеличение дефинитивных размеров тела
- В увеличение продолжительности жизни
- Г увеличение продолжительности репродуктивного периода

385. К ДЕКРЕТИРОВАННЫМ ЭТАПНЫМ ЭПИКРИЗНЫМ СРОКАМ ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОТНОСЯТ (МЕСЯЦ)

- А 3, 6, 9, 12
- Б 0, 6, 12
- В 1, 2, 4, 6, 11
- Г 0, 1, 6, 12

386. ПОД ФИЗИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ ПОНИМАЮТ

- А совокупность морфологических и функциональных свойств организма, характеризующих его рост и развитие на каждом возрастном этапе
- Б комплекс морфологических свойств организма, характеризующих его рост и развитие на каждом возрастном этапе
- В соответствие физиологических и функциональных показателей ребенка возрастным стандартам
- Г достигнутый уровень созревания отдельных органов, систем и функций организма ребенка

387. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ АВИТАМИНОЗА ВИТАМИНА А ВЫСТУПАЕТ

- А нарушение сумеречного зрения
- Б болезненные трещины в углах рта
- В ороговение и цианотичный оттенок кожи ягодиц
- Г повышенная ломкость ногтей, выпадение волос

389. ПРИ НАЛИЧИИ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У РЕБЕНКА 6 МЕСЯЦЕВ ПОКАЗАНА

- А госпитализация
- Б консультация врача-психиатра
- В терапия на дому врачом-педиатром
- Г консультация врача-невролога в плановом порядке

390. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ВИТАМИНА Д ДЛЯ ЗДОРОВЫХ ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (МЕ)

- А 1000
- Б 1500
- В 300
- Г 2000

391. ФАКТОРОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОТНЕСТИ НОВОРОЖДЕННОГО К ТРЕТЬЕЙ ГРУППЕ РИСКА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А выраженный токсикоз беременной
- Б наличие врожденных пороков и наследственных заболеваний в семье
- В кровнородственный брак
- Г отягощенный аллергический анамнез у родственников

392. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНЕ ИСТИННОГО ВРОЖДЕННОГО СТРИДОРА ОТНОСЯТ

- А врожденную слабость хрящевого каркаса гортани
- Б парез голосовых связок
- В тяжи и спайки в области голосовой щели
- Г стеноз гортани

393. ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ ПОНИЖЕННОМ ПИТАНИИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- А 18,5-19,4
- Б 17,0-18,4
- В 19,5-22,9
- Г 15,0-16,9

394. СРЕДНЯЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА ЗА ПЕРВЫЙ МЕСЯЦ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАММ)

- А 600
- Б 250
- В 500
- Г 400

395. ВОЗРАСТ ЗАКРЫТИЯ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА СОСТАВЛЯЕТ (МЕС.)

- А 12-18
- Б 1-2
- В 18-24
- Г 6-12

396. ПРИ АСТЕНИЧЕСКОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ НАДЧРЕВНЫЙ (ЭПИГАСТРАЛЬНЫЙ) УГОЛ (ГРАДУС)

- А меньше 90
- Б равен 90
- В равен 60
- Г больше 90

397. ПРОТИВОКАШЛЕВЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ НАЗНАЧАЮТСЯ ПРИ

- А сухом болезненном кашле и отсутствии физикальных изменений в лёгких
- Б кашле с вязкой трудноотделяемой мокротой
- В продуктивном кашле у детей раннего возраста с поражением центральной нервной системы
- Г влажном кашле, преимущественно после сна

398. НЕУСТОЙЧИВЫЙ РИТМ ДЫХАНИЯ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- А апноэ во сне (до 10 секунд)

- Б поверхностным дыханием
- В апноэ во сне (более 20 секунд)
- Г глубоким вдохом

399. ПРИ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ СИНДРОМНУЮ ТЕРАПИЮ С ПРИМЕНЕНИЯ

- А парацетамола
- Б прометазин гидрохлорида
- В хлорпомазина
- Г метамизола натрия

400. ОТОСКОПИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ КАТАРАЛЬНОГО ОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А гиперемия барабанной перепонки без выбухания и гноя
- Б перфорация барабанной перепонки
- В гиперемия барабанной перепонки с выбуханием и гноем в полость среднего уха
- Г неизменная барабанная перепонка при жалобах на заложенность носа и ушей

401. ПРИ НАЛИЧИИ У РЕБЁНКА «БЕЛОЙ» ГИПЕРТЕРМИИ НАЗНАЧАЮТ

- А обильное горячее питьё, сосудорасширяющие препараты (Но-шпа, Папаверин)
- Б парацетамол или Ибупрофен в возрастной дозировке
- В горячую ножную ванну
- Г физические методы охлаждения

402. ПРИ ТЕРАПИИ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- А амоксициллин
- Б цефиксим
- В амоксициллин + клавулановая кислота
- Г кларитромицин

403. МАКСИМАЛЬНЫЙ РАЗМЕР БОЛЬШОГО РОДНИЧКА МОЖЕТ СОСТАВЛЯТЬ (В САНТИМЕТРАХ)

- А 3x3
- Б 1,5x1,5
- В 2,5x2,5
- Г 2x2

404. ВЫСОТА СТОЯНИЯ ВЕРХУШЕК ЛЁГКИХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ___ ЛЕТ

- А 7
- Б 5
- В 3
- Г 2

405. ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ПРИРОСТ ДЛИНЫ ТЕЛА ВО ВТОРОЙ ЧЕТВЕРТИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

- А 2,5
- Б 1,5
- В 3
- Г 2

406. СРЕДНЯЯ МАССА ТЕЛА РЕБЕНКА В 1 ГОД СОСТАВЛЯЕТ (КГ)

- А 10
- Б 12
- В 8
- Г 9

407. СРЕДНИЙ РОСТ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ ОДНОГО ГОДА СОСТАВЛЯЕТ (СМ)

- А 75
- Б 65
- В 80
- Г 70

408. ПРИ ГИПОТРОФИИ II СТЕПЕНИ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ СЛОЙ У ДЕТЕЙ СОХРАНЯЕТСЯ ТОЛЬКО НА

- А лице
- Б конечностях
- В туловище
- Г животе

409. ПРИЧИНОЙ СУДОРОГ ПРИ СПАЗМОФИЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А гипокальциемия
- Б гиперкальциемия
- В гипокалиемия
- Г гипофосфатемия

410. ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ СО СПАЗМОФИЛИЕЙ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

- А кальция глюконата
- Б метамизол натрия
- В лидокаин
- Г неостигмина метилсульфат

411. СКРЫТАЯ ТЕТАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А спазмофилии
- Б рахита
- В гипотрофии
- Г гипервитаминоза D

412. К НАЧАЛЬНЫМ СИМПТОМАМ ХРОНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ ОТНОСИТСЯ

- А бледность кожных покровов, снижение массы тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя
- Б повышение температуры тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя, бледность кожных покровов
- В снижение массы тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя, повышение температуры тела
- Г повышение температуры тела, бледность кожных покровов, снижение массы тела

413. ПОЗДНЕЕ ЗАКРЫТИЕ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- А рахита
- Б паратрофии
- В гипотрофии
- Г анемии

414. СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ВЕСЕННЕЕ ВРЕМЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

- А спазмофилии
- Б фосфат-диабете
- В гиперпаратиреозе
- Г гипервитаминозе D

415. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ III СТЕПЕНИ ИСПОЛЬЗУЮТ ЛЕЧЕБНЫЕ СМЕСИ

- А с полным гидролизом белков
- Б антирефлюксные
- В безлактозные
- Г с частичным гидролизом белка

416. ПРИ РАХИТЕ ОТМЕЧАЮТСЯ КОСТНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ

- А недостаточной минерализацией остеои
- Б выраженным остеопорозом
- В развитием остеосклероза
- Г повышенной остеомаляцией

417. ЗАПОДОЗРИТЬ У РЕБЕНКА ЛАТЕНТНУЮ СПАЗМОФИЛИЮ МОЖНО ПРИ НАЛИЧИИ

- А сокращения мышц при раздражении мест их сухожильного прикрепления
- Б ларингоспазма, бронхоспазма
- В карпо-педального спазма
- Г сокращения разных групп мышц спонтанно

418. ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА К ПЕРЕГРЕВАНИЮ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- А несовершенством регуляции температуры тела через кожу
- Б повышенным потоотделением
- В недостаточным кровоснабжением
- Г слабым развитием подкожного жира

419. ОСОБЕННОСТЬЮ ТОНКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А непостоянное расположение петель
- Б некомпактное расположение петель
- В отсутствие газов в кишечнике
- Г постоянное расположение петель

420. ПУЭРИЛЬНОЕ (УСИЛЕННОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ) У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНО

- А тонкой стенкой грудной клетки
- Б плохим проведением ларингеального дыхания

- В узостью носовых ходов
- Г широким просветом бронхов

421. ДЕФЕКАЦИЯ СТАНОВИТСЯ ПРОИЗВОЛЬНЫМ УПРАВЛЯЕМЫМ АКТОМ В ВОЗРАСТЕ (МЕС.)

- А 12
- Б 30
- В 6
- Г 24

422. ТОКСИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦНС ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕНО

- А высокой проницаемостью гематоэнцефалического барьера
- Б ограниченным кровоснабжением головного мозга
- В хорошим оттоком крови от головного мозга
- Г высокими темпами развития нервной системы

423. ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У В 1 ГОД ОРИЕНТИРОВОЧНО СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

- А 40
- Б 20
- В 60
- Г 90

424. АНАТОМИЧЕСКАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ К ВОЗРАСТУ

- А 3-4 месяцев
- Б 10-12 месяцев
- В 1-2 дня
- Г 1 месяц

425. ВСАСЫВАНИЕ СОСТАВНЫХ ЧАСТЕЙ ПИЩИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ПРОИСХОДИТ

- А во всех отделах тонкой кишки
- Б в проксимальных отделах тонкой кишки
- В в дистальных отделах тонкой кишки
- Г в нисходящей части двенадцатиперстной кишки

426. ВОЗМОЖНОСТЬ БЫСТРОГО ОТЕКА ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОК У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНА

- А наличием в них подслизистой основы и высокой степени васкуляризации
- Б узостью голосовой щели
- В состоянием голосовых складок
- Г особенностями мышечного аппарата гортани

427. ТОКСИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕНО

- А обильным кровоснабжением головного мозга
- Б высокими темпами развития нервной системы
- В низкой проницаемостью гематоэнцефалического барьера
- Г хорошим оттоком крови от головного мозга

428. ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ТОНКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А относительно высокая проницаемость слизистой оболочки
- Б высокая барьерно-защитная проницаемость
- В относительно низкая проницаемость слизистой оболочки
- Г невысокая всасывательная способность

429. ОСОБЕННОСТЬЮ ПЕЧЕНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А большой размер
- Б большая плотность
- В меньшая «гликогенная» ёмкость
- Г большее количество липидов

430. ЭКГ РЕБЁНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ЭКГ ПОДРОСТКА:

- А отклонением электрической оси сердца вправо
- Б отсутствием зубцов Р
- В отсутствием зубца Q в грудных отведениях
- Г отрицательными зубцами Т в левых грудных отведениях

431. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ В СЫРОТКЕ КРОВИ

- А анти-HAV IgM
- Б HBvAg
- В анти-HCV IgM
- Г HBsAg

422. ПРИ ОСТРОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В ИНТОКСИКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕН В _____ ПЕРИОДЕ

- А желтушном
- Б преджелтушном
- В инкубационном
- Г постжелтушном

423. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ГЕПАТИТА В СОСТАВЛЯЕТ

- А 60-180 дней
- Б 10-40 дней
- В 6-12 месяцев
- Г 3-6 месяцев

424. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А холестаза
- Б цитолиза
- В гемолиза
- Г мезенхимального воспаления

425. УЛУЧШЕНИЕ САМОЧУВСТВИЯ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ЖЕЛТУХИ ТИПИЧНО ДЛЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА

- А А
- Б В

В D
Г С

426. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ПРОТРОМБИНОВЫЙ ИНДЕКС

А снижается
Б остается неизменным
В сначала снижается, потом повышается
Г повышается

427. ДЛЯ СИНДРОМА ЖЕЛТУХИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А повышение прямого билирубина
Б ускорение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) гемолиз
В геморрагических заболеваниях

428. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ

А цитолитический синдром
Б холестаза
В развитие почечной недостаточности
Г появление признаков инфекционно-токсического шока

429. МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)

А 45
Б 12
В 28
Г 7

430. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ГЕПАТИТА А ПРИ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

А дезинтоксикация
Б дегидратация
В назначение глюкокортикоидов
Г регидратация

431. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КАРАНТИНА В ОЧАГЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)

А 35
Б 26
В 65
Г 14

432. ВОЗБУДИТЕЛЬ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ПЕРЕДАЕТСЯ ___ ПУТЕМ

А водным
Б шприцевым
В половым
Г трансмиссивным

433. ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А ЯВЛЯЕТСЯ

- А фекально-оральный
- Б трансмиссивный
- В вертикальный
- Г аэрогенный

434. ПРИЗНАКОМ ФУЛЬМИНАНТНОГО ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А появление неврологической симптоматики
- Б нарастание размеров селезенки
- В появление жидкого стула
- Г нарастание размеров печени

435. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ЭКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А дефицит массы тела больного
- Б кратность рвоты
- В выраженность лихорадки
- Г частота дефекаций

436. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ЭКСИКОЗЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН

- А раствор Рингера
- Б свежемороженая плазма
- В раствор глюкозы 10%
- Г раствор глюкозы 5%

437. ОБЪЕМ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ЭКСИКОЗЕ СОСТАВЛЯЕТ (МЛ/ КГ)

- А 100
- Б 75
- В 50
- Г 200

438. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ НЕТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ЭНТЕРОТОКСИГЕННЫХ И ЭНТЕРОАГРЕГАТИВНЫХ ЭШЕРИХИОЗОВ У ДЕТЕЙ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- А отказе от эмпирической антибактериальной терапии.
- Б выборе в качестве стартового препарата парентеральных антибиотиков широкого спектра действия
- В сокращении продолжительности курсов антибактериальной терапии
- Г выборе в качестве стартового препарата пероральных антибиотиков, не всасывающихся в ЖКТ

439. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭНТЕРОИНВАЗИВНОГО ЭШЕРИХИОЗА НАПОМИНАЕТ

- А шигеллёз
- Б пневмонию
- В сальмонеллёз
- Г криптоспоридиоз

440. СТУЛ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ЧАЩЕ НАПОМИНАЕТ

- А болотную тину
- Б серую глину
- В ректальный плевок
- Г малиновое желе

441. ОСНОВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ШИГЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

- А колитический
- Б энтеритный
- В судорожный
- Г геморрагический

442. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГАСТРОЭНТЕРИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ

- А поддержание нормальной гидратации и водно-электролитного баланса
- Б терапии препаратами, содержащими пробиотические культуры микроорганизмов
- В симптоматическое лечение противорвотными и антидиарейными средствами
- Г рациональную антибиотикотерапию препаратами максимально широкого спектра

443. ДЛЯ ИЕРСИНИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНА СЫПЬ

- А мелкоточечная
- Б везикулезная
- В пустулезная
- Г геморрагическая звездчатая

444. ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ

- А нифуроксазида
- Б интерферона альфа
- В лоперамида
- Г фосфомицина

445. ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВИРУСНОЙ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А ротавирус
- Б тогавирус
- В риновирус
- Г РС-вирус

446. ДИЕТА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ

- А свежих фруктов
- Б сухарей
- В каш на воде
- Г слизистых супов

447. ВЫРАЖЕННАЯ ПОТЕРЯ ЭЛЕКТРОЛИТОВ ИЗ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

- А рвоте и жидком стуле
- Б выраженной одышке
- В гипертермии
- Г потливости

448. ПРИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С ЭКСИКОЗОМ, ОРАЛЬНАЯ РЕГИДРАТАЦИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ДОПОЛНЕНА ПАРЕНТЕРАЛЬНОЙ ПРИ

- А наличии признаков гиповолемического шока
- Б эпизодической рвоте
- В дефиците массы тела за счет обезвоживания 3-5%
- Г наличии синдрома первичного нейротоксикоза

449. ОРАЛЬНАЯ РЕГИДРАТАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ВЫБОРА КОРРЕКЦИИ ПОТЕРЬ ЖИДКОСТИ ПРИ ОСТРЫХ ГАСТРОЭНТЕРИТАХ У ВСЕХ ДЕТЕЙ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ

- А с тяжелым обезвоживанием
- Б с сопутствующей соматической патологией
- В первого года жизни
- Г с 2-кратной рвотой в течение 8 часов

450. ДЛЯ ТОКСИКОЗА С ЭКСИКОЗОМ ПО СОЛЕДЕФИЦИТНОМУ ТИПУ ХАРАКТЕРНЫ

- А адинамия, отсутствие жажды, пастозность, олигурия
- Б рвота, боли в животе, жидкий стул с кровью
- В лихорадка, жажда, сухость слизистых, олигурия
- Г высокая лихорадка, отеки, гематурия

451. У БОЛЬНОГО С УМЕРЕННОЙ ЖАЖДОЙ И СУХОСТЬЮ СЛИЗИСТЫХ, НЕБОЛЬШОЙ ЛАБИЛЬНОСТЬЮ ПУЛЬСА, ЖИДКИМ СТУЛОМ 3-10 РАЗ В СУТКИ, СТЕПЕНЬ ДЕГИДРАТАЦИИ

- А I, потеря жидкости 1-3% от массы тела
- Б II, потеря жидкости 4-6% от массы тела
- В III, потеря жидкости 7-10% от массы тела
- Г 0, нет потерь жидкости

452. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЕГКИХ ФОРМ ВИРУСНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ДОМУ ПРЕИМУЩЕСТВО ОТДАЕТСЯ

- А сорбентам
- Б противовирусным препаратам
- В ферментам
- Г антибиотикам

453. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А гастроэнтерит
- Б ларингит
- В колит
- Г панкреатит

454. К ОСНОВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНОГО С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ОТНОСЯТ

- А диету, оральную регидратацию, сорбенты
- Б ограничение пищи и водной нагрузки, ферменты
- В обильное питье, иммуностропные препараты
- Г диету, антибактериальную терапию

455. КЛИНИКА ЭНТЕРОПАТОГЕННОГО ЭШЕРИХИОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А подострым началом, упорной рвотой, энтеритным характером стула
- Б подострым началом, повторной рвотой, стулом в виде «болотной тины»
- В острым началом, однократной рвотой, колитным стулом, токсикозом
- Г острым началом, многократной рвотой, водянистым обильным стулом без патологических примесей

456. ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ ДЛЯ ОРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИМЕНЯЮТ

- А Регидрон
- Б Энтеродез
- В Лактофильтрум
- Г Смекта

457. ОСОБЕННОСТЬЮ ШИГЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А возможность развития токсикоза с эксикозом
- Б развитие менингоэнцефалита
- В появление экзантемы
- Г развитие непроходимости кишечника

458. ЗАПРЕЩЕННЫМИ ПРОДУКТАМИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- А каши на цельном молоке
- Б сухари из белого хлеба
- В каши на воде
- Г молочно-кислые продукты (кефир, творог)

459. ДЛЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ШИГЕЛЛЕЗАХ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

- А нейротоксикоза
- Б инфекционно-токсического шока
- В токсикоза с эксикозом
- Г токсикоза Киша

460. ПРИЧИНОЙ ГИПООСМОЛЯРНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОТЕРЯ ЖИДКОСТИ

- А из желудочно-кишечного тракта
- Б при гипервентиляции (тахипноэ)
- В при кровопотере
- Г при ожогах

461. ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ВИРУСНОЙ ДИАРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А лактазная недостаточность
- Б замедление перистальтики
- В инвазия возбудителей с развитием воспалительного процесса
- Г гиперсекреция воды и электролитов энтероцитами

462. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВНУТРИВЕННОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ОСЛОЖНЕНИЕ

- А отек лёгких
- Б острая почечная недостаточность

- В острая печеночная недостаточность
- Г инфекционно-токсический шок

463. ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ПРИ ШИГЕЛЛЕЗАХ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- А скудного, без калового запаха стула с примесью мутной слизи и крови
- Б обильного жидкого стула с большим количеством зелени и слизи
- В водянистого мутно-белого стула с плавающими хлопьями
- Г жидкого обильного стула без патологических примесей

464. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ

- А антидиарейных средств
- Б антибиотикотерапии при легких формах заболевания
- В антибиотиков из группы макролидов
- Г жаропонижающих препаратов

465. ДЛЯ ТОКСИКОЗА С ЭКСИКОЗОМ ПО ВОДОДЕФИЦИТНОМУ ТИПУ ХАРАКТЕРНЫ

- А лихорадка, жажда, сухость слизистых, олигурия
- Б рвота, боли в животе, жидкий стул с кровью
- В адинамия, отсутствие жажды, пастозность, олигурия
- Г высокая лихорадка, отеки, гематурия

466. СИМПТОМЫ «КАПЮШОНА», «ПЕРЧАТОК», «НОСКОВ» ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- А иерсиниоза
- Б краснухи
- В кори
- Г скарлатины

467. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ НОРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А рвота
- Б стул «болотная тина»
- В боль в животе
- Г стул в виде «рисового отвара»

468. ПРИ ОСТРЫХ ДИАРЕЯХ ПЕРОРАЛЬНАЯ РЕГИДРАТАЦИЯ НАЧИНАЕТСЯ

- А с первых часов манифестации заболевания
- Б при госпитализации в стационар
- В после восстановления аппетита
- Г после купирования рвоты

469. К ЭКСПРЕСС-МЕТОДУ ДИАГНОСТИКИ ЭТИОЛОГИИ ОСТРЫХ ДИАРЕЙ ОТНОСЯТ

- А молекулярно-генетические (ПЦР)
- Б серологические
- В копроскопические
- Г бактериологические

470. ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ МИАЛГИЯ ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ИНФЕКЦИИ

- А энтеровирусной

- Б цитомегаловирусной
- В парвовирусной
- Г герпес-вирусной VI типа

471. ОСТРЫМ ДИАРЕЙНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ РЕБЕНКА, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А сальмонеллез
- Б дизентерия
- В кампилобактериоз
- Г эшерихиоз

472. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В ДЕТЯМ, РОЖДЁННЫМ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ ПРОВОДЯТСЯ ПО СХЕМЕ (В МЕС)

- А 0-1-2-12
- Б 0-2-12
- В 0-1-6
- Г 0-1-6-12

473. ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ 12 МЕСЯЦЕВ ПРОВОДИТСЯ

- А вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
- Б вакцинация против гепатита В
- В 4 вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита
- Г вакцинация против туберкулеза

474. НЕПРИВИТЫМ ДЕТЯМ СТАРШЕ 12 МЕСЯЦЕВ, КОНТАКТНЫМ ПО КОРИ, РЕКОМЕНДУЮТ

- А провести активную иммунизацию вакциной
- Б провести пассивную иммунизацию у-глобулином
- В проводить только наблюдение 21 день
- Г срочную госпитализацию

475. ПЕРВИЧНАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ ПРОВОДИТСЯ

- А АКДС вакциной
- Б АДС-М-анатоксином
- В АДС-анатоксином
- Г БЦЖ-вакциной

476. ИММУНИЗАЦИЮ ДЕТЕЙ ПРОТИВ ГЕМОФИЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ПО НАЦИОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРЮ ПРИВИВОК ПРОВОДЯТ С

- А трех месяцев
- Б месяца
- В года
- Г рождения

477. ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ ЖИВОЙ ОРАЛЬНОЙ ПОЛИОМИЕЛИТНОЙ ВАКЦИНОЙ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ВАКЦИНОАССОЦИИРОВАННОГО ПОЛИОМИЕЛИТА У ПРИВИТОГО ЧЕРЕЗ (ДЕНЬ)

- А 4-30
- Б 60-120
- В 30-40

Г 40-60

478. ПРОВЕДЕНИЕ РЕБЕНКУ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРИВИВКИ ДОЛЖНО БЫТЬ ЗАФИКСИРОВАНО В

- А форма №112/у
- Б журнале учета бактериальных препаратов
- В журнале переписи детского населения
- Г форме №030/у

479. КРИТЕРИЕМ ОБЩЕЙ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА НА ПРИВИВКУ ЯВЛЯЕТСЯ

- А подъем температуры тела
- Б учащение стула
- В боли в суставах
- Г многократная рвота

480. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКИ (ПОСТАНОВКИ РЕАКЦИИ МАНТУ) ПРОВОДЯТСЯ ЧЕРЕЗ

- А 72 часа
- Б 24 часа
- В 36 часов
- Г 1.5 месяца

481. АКТИВНУЮ ИММУНИЗАЦИЮ ПРОТИВ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ПРОВОДЯТ

- А живой вакциной
- Б иммуноглобулином
- В анатоксином
- Г инактивированной (убитой) вакциной

482. ПЕРВАЯ РЕВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ ПРОВОДИТСЯ В

- А 18 месяцев
- Б 2 года
- В 6 лет
- Г 6 месяцев

483. ПОСТОЯННЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ЯВЛЯЮТСЯ

- А системные прогрессирующие заболевания
- Б аллергические болезни
- В врожденные пороки сердца
- Г неврологические заболевания

484. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ВАКЦИНАЦИИ ОТНОСЯТ

- А анафилаксию
- Б беспокойство ребенка, плач более 2 часов
- В местную реакцию в виде гиперемии или отека
- Г гипертермию

485. ПРЕИМУЩЕСТВО ИНАКТИВИРОВАННОЙ ПОЛИОМИЕЛИТНОЙ ВАКЦИНЫ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО ОНА

- А не провоцирует вакциноассоциированный полиомиелит

- Б предупреждает занос полиовируса из эндемичных территорий
- В создает коллективный иммунитет в вакцинированной популяции
- Г индуцирует местный иммунитет слизистой оболочки кишечника

486. ПРОФИЛАКТИКА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ

- А полисахаридной вакциной
- Б убитой вакциной
- В ацикловиром
- Г живой вакциной

487. ДЛЯ СОЗДАНИЯ АКТИВНОГО ИММУНИТЕТА ИСПОЛЬЗУЮТ

- А вакцину
- Б антибиотик
- В бактериофаг
- Г энтеросорбент

488. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРАСНУХИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ВАКЦИНА

- А живая
- Б рекомбинантная
- В субъединичная
- Г полисахаридная

489. АКТИВНАЯ ИММУНИЗАЦИЯ ПРОТИВ КОРИ ПРОВОДИТСЯ

- А живой вирусной вакциной
- Б инактивированной вирусной вакциной
- В гамма-глобулином
- Г АКДС-вакциной

490. ВАКЦИНАЦИЯ ОТ ГЕПАТИТА В ПРОВОДИТСЯ

- А рекомбинантной вакциной
- Б гамма-глобулином
- В инактивированной вирусной вакциной
- Г живой вирусной вакциной

491. ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ОСМОТР ВРАЧА-ПЕДИАТРА И

- А термометрию
- Б исследование на яйца гельминтов
- В общий анализ мочи
- Г клинический анализ крови

492. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА К КОКЛЮШУ ПОСЛЕ ЗАКОНЧЕННОЙ СХЕМЫ ВАКЦИНАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ (ГОД)

- А 5-5,5
- Б 15-20
- В 10-15
- Г 3-4

493. ВАКЦИНАЦИЯ БЦЖ ИЛИ БЦЖ-М ЗДОРОВЫМ ДЕТЯМ, СОГЛАСНО НАЦИОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРЮ, ПРОВОДИТСЯ

- А на 3-7 день жизни
- Б в первые 24 часа жизни
- В на 14 день жизни

Г на 8-10 день жизни

494. ПОД ПОСТЭКСПОЗИЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ ПОНИМАЮТ

- А экстренную вакцинацию контактных неиммунных лиц
- Б обработку помещений дезинфицирующими средствами после госпитализации инфекционного больного
- В срочную вакцинацию всех контактных лиц
- Г изоляцию инфекционного больного

495. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ДИФТЕРИИ ДАЛЬНЕЙШАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ДИФТЕРИЙНЫМ АНАТОКСИНОМ

- А проводится в соответствии с календарем прививок
- Б не проводится, так как перенесенное заболевание оставляет прочный иммунитет
- В проводится через 10 лет после закончившегося заболевания
- Г проводится только лицам, имеющим дефект в системе иммунитета

496. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРИВИВКИ РЕБЕНОК ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ В ТЕЧЕНИЕ

- А 30-50 минут
- Б 1 часа
- В 5-10 минут
- Г 1,5 часов

497. РЕБЁНКУ, РОЖДЁННОМУ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ МАМОЙ, БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВЫРАЖЕННОГО И ТЯЖЁЛОГО ИММУНОДЕФИЦИТА ИММУНИЗАЦИЯ

- А проводится в рамках национального календаря профилактических прививок в соответствии с инструкциями по применению вакцин и анатоксинов
- Б запрещена любыми иммунобиологическими лекарственными препаратами
- В проводится в рамках национального календаря профилактических прививок только анатоксинами
- Г проводится препаратами, создающими пассивный иммунитет

498. СРОКИ И НАИМЕНОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК РЕГЛАМЕНТИРУЮТСЯ

- А национальным календарем профилактических прививок
- Б порядком оказания педиатрической помощи
- В региональными нормативно-правовыми актами
- Г федеральным законом № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

499. ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ В РАМКАХ ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ КОНТАКТА

- А в течение 4 дней
- Б в течение 11 дней
- В не позднее 48 часов
- Г в первые сутки и через 7 дней

500. ДЕТЯМ С ПЕРВИЧНЫМ ИММУНОДЕФИЦИТОМ ПРОТИВОПОКАЗАНА ВАКЦИНАЦИЯ

- А живыми вакцинами
- Б анатоксинами
- В корпускулярными вакцинами
- Г рекомбинантными вакцинами

501. КРИТЕРИЕМ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ (МОБИТЦ 1) ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

- А Самойлова-Венкебаха
- Б Морганьи-Адамса-Стокса
- В Вольфа-Паркинсона-Уайта
- Г Джервела-Ленге-Нильсена

502. ДЛЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ПРЕДСЕРДНОЙ ТАХИКАРДИИ ХАРАКТЕРНО

- А Выявление ЧСС более 200 в минуту у детей раннего возраста и более 180 – у детей школьного возраста
- Б Выявление деформации и расширения QRS
- В Отсутствие зубца Р перед каждым комплексом QRS
- Г Наличие АВ-диссоциации

503. ВОДИТЕЛЕМ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В НОРМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А Синусовый узел
- Б Пучке Гиса
- В Нижняя часть левого желудочка
- Г Атриовентрикулярное соединение

504. ПРИ АТРИО-ВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ (АВ-БЛОКАДЕ) III СТЕПЕНИ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

- А Атриовентрикулярная диссоциация
- Б Прогрессирующее удлинение интервала PQ от цикла к циклу
- В Удлинение интервала PQ (все интервалы одинаковой продолжительности)
- Г Выпадение комплекса QRS

505. ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ БОЛЕЕ 200 В МИНУТУ ПРИ СОХРАНЕННОМ ЗУБЦЕ Р ПЕРЕД КАЖДЫМ КОМПЛЕКСОМ QRS У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ

- А пароксизмальной предсердной тахикардии
- Б предсердной экстрасистолии
- В пароксизмальной желудочковой тахикардии
- Г атриовентрикулярной блокады 2 степени

506. ИНТЕРВАЛ PQ ПРИ СИНДРОМЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ (СИНДРОМЕ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА) СОСТАВЛЯЕТ ____ С

- А 0,10
- Б 0,14
- В 0,22
- Г 0,18

507. ДИАГНОСТИРОВАТЬ ФИБРИЛЛЯЦИЮ ЖЕЛУДОЧКОВСЕРДЦА МОЖНО

- А на ЭКГ
- Б по пульсу на крупных артериях
- В при пальпации верхушечного толчка
- Г при аускультации

508. ПРИМЕРОМ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ДИССОЦИАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А АВ-блокада III степени
- Б любая АВ-блокада
- В брадикардия с ЧСС менее 70 в 1 минуту
- Г тахикардия с ЧСС больше 120 в 1 минуту

509. ПРИ АТРИО-ВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ (АВ-БЛОКАДЕ) II СТЕПЕНИ ТИПА МОБИТЦ II ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

- А выпадение комплекса QRS
- Б прогрессирующее удлинение интервала PQ от цикла к циклу
- В исчезновение зубца P
- Г удлинение интервала PQ (все интервалы одинаковой продолжительности)

510. ЗАПОДОЗРИТЬ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ МОЖНО ПРИ

- А ощущении сердцебиения и/или перебоев в области сердца
- Б гематурии, отеках
- В повышении температуры тела
- Г повышении артериального давления

511. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПОВ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- А Лидокаин
- Б АТФ
- В Прокаинамид
- Г Аймалин (Гилуритмал)

512. АТРОПИН УСТРАНЯЕТ БРАДИКАРДИЮ И АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНУЮ БЛОКАДУ, ТАК КАК

- А блокирует М-холинорецепторы и уменьшает влияние блуждающего нерва на сердце
- Б стимулирует бета-адренорецепторы и повышает активность симпатической нервной системы
- В блокирует калиевые каналы и замедляет скорость реполяризации
- Г блокирует медленные кальциевые каналы и снижает сократимость

513. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИМЕНЯЮТ

- А АТФ, Прокаинамид, Верапамил
- Б Лидокаин
- В Амиадарон, Дигоксин
- Г Аймалин (Гилуритмал)

514. ПРИ АТРИО-ВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ (АВ-БЛОКАДЕ) I СТЕПЕНИ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

- А удлинение интервала PQ (все интервалы одинаковой продолжительности)
- Б прогрессирующее удлинение интервала PQ от цикла к циклу
- В атриовентрикулярная диссоциация
- Г выпадение комплекса QRS

515. ДЛЯ ТЕРАПИИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ ТАХИАРИТМИИ, ВОЗНИКШЕЙ У БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА, НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А Дигоксин
- Б Прокаинамид
- В Верапамил
- Г Пропранолол

516. ДЕТИ С СИНДРОМОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ НА ЭКГ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ ГРУППУ РИСКА ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ

- А пароксизмальной тахикардии
- Б перикардита
- В гипертрофической кардиомиопатии
- Г ревмокардита

517. НЕОТЛОЖНУЮ ТЕРАПИЮ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ТАХИКАРДИИ С УЗКИМ QRS КОМПЛЕКСОМ НАЧИНАЮТ С ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ

- А трифосаденина
- Б атропина сульфата
- В верапамила
- Г лидокаина

518. ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ФОРМЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ ЧСС

- А 160 в минуту, регулярный ритм, резко деформированный комплекс QRS
- Б 140 в минуту, уширенный комплекс QRS
- В 130 в минуту, регулярный ритм, узкий комплекс QRS
- Г 150 в минуту, нерегулярный ритм, узкий
- Д комплекс QRS

519. НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А Аденозин
- Б Амиодарон
- В Верапамил
- Г Лидокаин

520. ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ ТАХИАРИТМИИ С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ПРИМЕНЯЮТ

- А сердечные гликозиды
- Б бета – адреноблокаторы
- В блокаторы кальциевых каналов
- Г антиаритмические препараты

521 ПРИ СИНДРОМЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ ИНТЕРВАЛ PQ

- А укорочен
- Б не изменен
- В изменяется во времени
- Г незначительно увеличен

522. ПРИ ВСЕХ ВИДАХ АВ-БЛОКАД НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А Изопротеренола хлорид
- Б Атропина сульфат
- В Лидокаин
- Г Дигоксин

523. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧСС ПРИ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИМЕНЯЮТ

- А β -адреноблокаторы
- Б Сердечные гликозиды
- В Амиодарон
- Г Лидокаин

524. РЕЗКО УСИЛЕННЫЙ 1 ТОН НА ВЕРХУШКЕ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- А полной атриовентрикулярной блокады
- Б полной сино-аурикулярной блокады
- В внутрипредсердной блокады
- Г внутрижелудочковой блокады

525. КОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ОТНОСИТСЯ

- А длительная стойкая тахикардия
- Б глухость сердечных тонов
- В нерегулярный сердечный ритм
- Г дующий систолический шум в сердце

526. ЗАПОДОЗРИТЬ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ МОЖНО ПРИ

- А синкопальных состояниях, эпизодах резкой бледности
- Б отеках, повышении температуры тела
- В болях в животе, диспепсических явлениях
- Г гематурии, повышении артериального давления

527. ДЛЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ФОРМЫ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ЭКГ-ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ ПУЛЬС

- А 160 в минуту, регулярный, резко деформированный QRS
- Б 130 в минуту, регулярный, узкий QRS
- В 150 в минуту, регулярный, узкий QRS
- Г более 180 в минуту, регулярный

528. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А эссенциальная артериальная гипертензия
- Б коарктация аорты
- В паренхиматозное заболевание почек
- Г тромбоз почечных артерий и вен

529. СТАНДАРТНЫЕ СРОКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО МИОКАРДИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СОСТАВЛЯЮТ ОТ

- А 1 до 3 месяцев

- Б 1 до 3 дней
- В 1 до 3 недель
- Г 1 до 3 лет

530. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

- А периферические отеки
- Б левосторонний сердечный горб
- В шум трения плевры
- Г брадикардию

531. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А ренальная ангиография
- Б измерение артериального давления на ногах
- В внутривенная урография
- Г ультразвуковое исследование сосудов почек

532. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

- А неселективные В-адреноблокаторы
- Б антагонисты кальция
- В диуретики
- Г антагонисты рецепторов к ангиотензину

533. ОСНОВНЫМИ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ОСТРОГО СУХОГО (ФИБРИНОЗНОГО) ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- А боль, шум трения перикарда
- Б глухие сердечные тоны, набухание шейных вен
- В боль, расширение границ сердца
- Г гепатомегалия, периферические отеки

534. К ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ЭКГ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОТНОСИТСЯ

- А отрицательный зубец Т в правых грудных отведениях
- Б отклонение электрической оси сердца влево
- В полная блокада правой ножки пучка Гиса
- Г дельта-волна

535. ДЛЯ РАСЧЕТА СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У РЕБЁНКА СТАРШЕ 1 ГОДА ИСПОЛЬЗУЮТ ФОРМУЛУ

- А $90+2n$
- Б $100+2n$
- В $80+(n-2)$
- Г $60+n$

536. КАКОЕ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЕ СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ?

- А одышка, тахикардия, увеличение размеров печени
- Б цианоз, отеки, хрипы в легких
- В одышка, тахикардия, хрипы в легких
- Г цианоз, одышка, тахикардия

537. ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- А падением артериального давления
- Б ортопноэ
- В тахикардией
- Г влажными хрипами в легких

538. АНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ ОВАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ В КОНЦЕ ПЕРВОГО ЖИЗНИ

- А года
- Б часа
- В месяца
- Г полугодия

539. АКЦЕНТ ВТОРОГО ТОНА ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

- А легочной гипертензии
- Б недостаточности аортального клапана
- В коарктации аорты
- Г стенозе легочной артерии

540. ОСЛАБЛЕНИЕ (ПРИГЛУШЕННОСТЬ) ТОНОВ СЕРДЦА НАБЛЮДАЕТСЯ

- А при скоплении жидкости в полости перикарда
- Б при физической нагрузке и эмоциональном перенапряжении
- В при снижении массы тела
- Г во время ночного сна

541. ПОЯВЛЕНИЕ ШИРОКОГО ДВУГОРБОГО ЗУБЦА R В ОТВЕДЕНИЯХ I, II, AVL ОБУСЛОВЛЕНО

- А гипертрофией левого предсердия
- Б замедлением проведения по волокнам Пуркинье
- В гипертрофией левого желудочка
- Г гипертрофией правого желудочка

542. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ И ДОСТУПНЫМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ПЕРИКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ: ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ И

- А эхокардиография
- Б магниторезонансная томография сердца
- В перикардиоцентез
- Г рентгенография органов грудной клетки

543. ШУМ ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

- А в разные фазы сердечного цикла, вдоль левого края грудины, не связан с сердечными тонами, без зоны проведения
- Б над всей сердечной областью, проводится в левую подмышечную и межлопаточную область, систоло-диастолический
- В на основании сердца, связан со II тоном, проводится на сосуды шеи и межлопаточную область, диастолический
- Г над всей сердечной областью с максимумом на мечевидном отростке, проводится в левую подмышечную область, грубый систолический

544. ПРАВАЯ ГРАНИША ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ВСЕГДА НАХОДИТСЯ КНУТРИ ОТ ЛИНИИ

- А правой парастеральной
- Б правой стеральной
- В левой срединно-ключичной
- Г правой срединно-ключичной

545. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ В ПРАВОЙ КОСОЙ ПРОЕКЦИИ ЗАДНИЙ КОНТУР ТЕНИ СЕРДЦА И КРУПНЫХ СОСУДОВ ОБРАЗОВАН

- А верхней поллой веной, левым и правым предсердием
- Б восходящей частью аорты, легочным стволом, выходным отделом правого желудочка, контуром левого желудочка
- В восходящей частью аорты, ушком правого предсердия, правым желудочком
- Г левым предсердием и левым желудочком

546. ЦИАНОЗ КОЖИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- А сердечной недостаточности
- Б геморрагических заболеваниях
- В заболевании почек
- Г заболевании печени

547. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМТОМАМ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

- А влажные разнокалиберные хрипы в лёгких
- Б брадикардию
- В набухание яремных вен
- Г расширение границ относительной сердечной тупости вправо

548. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ШУМ АУСКУЛЬТАТИВНО ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- А отсутствие проведения за пределы сердца
- Б хорошее проведение за пределы сердца
- В связь с тонами
- Г постоянство и интенсивность

549. ПУЛЬСАЦИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- А кнутри от грудинно-ключично-сосцевидной мышцы
- Б под ключицей
- В над ключицей
- Г кнаружи от грудинно-ключично-сосцевидной мышцы

550. ПУЛЬСАЦИЯ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НА ВДОХЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ

- А правого желудочка
- Б левого предсердия
- В левого желудочка
- Г правого предсердия

551. СМЕЩЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ

- А левого желудочка
- Б правого желудочка
- В правого предсердия
- Г левого предсердия

552. ПРИ ВРОЖДЕННЫХ КАРДИТАХ ВЫЯВЛЯЮТ

- А раннее появление симптомов декомпенсации
- Б редкое возникновение аритмий
- В нормальное физическое развитие
- Г отсутствие признаков поражения эндо- и перикарда

553. ОСОБЕННОСТЯМИ ЭКГ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ СЧИТАЮТ

- А синусовую тахикардию, отклонение электрической оси вправо, отрицательные зубцы Т в III стандартном и V1-V3 отведениях
- Б синусовую брадикардию, отклонение электрической оси влево, отрицательные зубцы Т в III стандартном и V1-V3 отведениях
- В синусовую тахикардию, отклонение электрической оси влево, левожелудочковые экстрасистолы
- Г отклонение электрической оси влево, низкий вольтаж зубца R в I и III отведениях

554. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

- А резкое снижение сократительной способности миокарда
- Б наличие препятствий кровотоку в виде холестериновых бляшек в магистральных сосудах
- В недостаточный объем крови в связи с острой или хронической кровопотерей
- Г неадекватное распределение внутрисосудистого объема

555. АОРТАЛЬНАЯ КОНФИГУРАЦИЯ СЕРДЦА ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ ДИЛЯТАЦИИ

- А левого желудочка
- Б правого предсердия
- В правого желудочка
- Г левого предсердия

556. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

- А набухание яремных вен
- Б тахикардию
- В увеличение размеров селезенки
- Г расширение границ относительной сердечной тупости влево

557. УСИЛЕНИЕ ТОНОВ СЕРДЦА (ОСОБЕННО I ТОНА НА ВЕРХУШКЕ) НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А тиреотоксикозе
- Б брадикардии
- В ожирении
- Г бронхите

558. КАРДИАЛГИЯ ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ

- А локализуется за грудиной, иррадирует в левое плечо, надключичную область
- Б локализуется за грудиной, без иррадиации, тупая, различной продолжительности
- В локализуется в области верхушки, без иррадиации, различной продолжительности
- Г локализуется и иррадирует в любое место, острая, быстро нарастает

559. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ РЕКОМЕНДУЮТСЯ МОЧЕГОННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ГРУППЕ

- А тиазидных салуретиков

- Б петлевых салуретиков
- В осмотических диуретиков
- Г калийсберегающих диуретиков

560. УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ

- А правожелудочковой сердечной недостаточности
- Б сосудистой недостаточности
- В синусовой аритмии
- Г левожелудочковой сердечной недостаточности

561. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

- А расширение границ относительной сердечной тупости влево
- Б экстрасистолию
- В увеличение селезенки
- Г шум трения плевры

562. ПРИ ПРОБЕ С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ АДЕКВАТНОЙ РЕАКЦИЕЙ СЧИТАЕТСЯ

- А учащение пульса на 20-25%
- Б отсутствие изменения частоты пульса
- В урежение пульса на 20-50%
- Г учащение пульса на 40-50%

563. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СРЕДНЕГО УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД), РАССЧИТАННОГО НА ОСНОВАНИИ ТРЕХ ИЗМЕРЕНИЙ БОЛЕЕ 95-ГО ПРОЦЕНТИЛЯ КРИВОЙ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ АД В ПОПУЛЯЦИИ ДЛЯ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ВОЗРАСТА, ПОЛА И РОСТА РЕБЕНКА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ

- А артериальная гипертензия
- Б нормальное артериальное давление
- В высокое нормальное давление
- Г гипертоническая болезнь

564. У ДЕВОЧКИ 6 ЛЕТ О ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ПРОИСХОЖДЕНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- А непродолжительный характер шума
- Б нарастание интенсивности после нагрузки
- В усиление шума в вертикальном положении
- Г проведение его на сосуды шеи

565. ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, РЕФРАКТЕРНОЙ К ЛЕЧЕНИЮ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ, ПОКАЗАНО

- А применение вазодилататоров
- Б применение Допамина
- В увеличение дозы сердечных гликозидов
- Г применение β -адреномиметиков

566. ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННОГО РАСПОЛОЖЕНА

- А кнаружи от срединно-ключичной линии на 1-2 см
- Б кнутри от срединно-ключичной линии на 1-2 см

- В по срединно-ключичной линии
- Г по передней подмышечной линии

567. ВЫЯВЛЯЕМОЕ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА РАСЩЕПЛЕНИЕ 1 ТОНА НА ВЕРХУШКЕ ОБУСЛОВЛЕНО НЕСИНХРОННЫМ

- А закрытием митрального и трехстворчатого клапанов
- Б закрытием аортального клапана и клапана легочной артерии
- В открытием митрального и трехстворчатого клапанов
- Г открытием аортального клапана и клапана легочной артерии

568. ПРИЧИНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ОДЫШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А левожелудочковая сердечная недостаточность
- Б бронхиальная астма
- В правожелудочковая сердечная недостаточность
- Г обструктивный бронхит

569. ПРИЧИНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А врожденный порок сердца
- Б бронхолегочная дисплазия
- В острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)
- Г «спортивное сердце»

570. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ШУМ В СЕРДЦЕ У ДЕТЕЙ

- А тихий, непродолжительный, имеет мягкий тембр, не проводится экстракардиально
- Б громкий, изменяется после физической нагрузки, грубый, диастолический
- В связан с тонами, не зависит от положения тела и физической нагрузки
- Г постоянный, диастолический, не зависит от положения тела и физической нагрузки

571. К ПРИЗНАКАМ НА ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГИПЕРКАЛИЕМИИ, ОТНОСЯТ

- А деформацию комплекса QRS и высокий острый зубец Т
- Б снижение интервала ST, отрицательный зубец Т
- В снижение амплитуды всех зубцов ЭКГ
- Г уплощение зубца Т

572. ОРГАНИЧЕСКИЕ ШУМЫ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЮТ ПРИ

- А анатомических изменениях клапанов
- Б снижении тонуса папиллярных мышц
- В неравномерности роста отделов сердца
- Г дополнительной хорде в левом желудочке

573. ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- А инотропных средств
- Б ингибиторов ангиотензин превращающего фермента (АПФ)
- В блокаторов кальциевых каналов
- Г препаратов калия

574. В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- А антибиотиков
- Б противовирусных препаратов
- В иммуностимуляторов

Г глюкокортикоидов

575. ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОБА

- А Шалкова
- Б Кернига
- В Бабинского
- Г Мак-Клюра

576. ПОЯВЛЕНИЕ ВЫРАЖЕННОГО СЕРДЕЧНОГО ТОЛЧКА У ДЕТЕЙ СВЯЗАНО С

- А гипертрофией и дилатацией правого желудочка
- Б препятствием току крови в аорте
- В гипертрофией и дилатацией левого желудочка
- Г гипертрофией и дилатацией левого предсердия

577. КАКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДОЛЖНЫ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?

- А ЭКГ, рентгенография, ЭХО-Кг, определение газов крови.
- Б ЭКГ, ЭХО-кг, общий анализ крови, общий анализ мочи
- В ЭХО-КГ, МРТ, общий анализ крови
- Г ЭКГ, рентгенография, КТ

578. ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А ослабление 1 тона
- Б брадикардия
- В систолический шум вдоль нижней половины левого края грудины
- Г усиление 2 тона на лёгочной артерии

579. К ВОЗМОЖНЫМ ИСХОДАМ И ОСЛОЖНЕНИЯМ НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА ОТНОСИТСЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

- А лёгочная
- Б портальная
- В артериальная
- Г внутричерепная

580. ДЛЯ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ХАРАКТЕРНО

- А отсутствие смещения границ сердца
- Б смещение правой границы сердца
- В повышение систолического артериального давления
- Г смещение левой границы сердца кнаружи

581. РАННИМ ПРИЗНАКОМ ГИПЕРКАЛИЕМИИ НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ

- А высокий заостренный зубец Т
- Б удлинение интервала QT
- В укорочение интервала QT
- Г уплощение и инверсия зубца Т

582. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПОДРОСТКОВ ПРИМЕНЯЮТ ИНГИБИТОР АПФ

- А Эналаприл
- Б Коргликон

- В Папаверин
- Г Бендазол

583. ЭКГ-ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- А увеличение амплитуды и заостренности зубца Р в II, III, aVF
- Б смещение переходной зоны вправо
- В увеличение амплитуды, уширение и расщепление зубца Р в I, II, aVL или aVR
- Г зубец Р в V_{5,6} высокий, иногда двухфазный

584. ОРГАНИЧЕСКИЕ ШУМЫ В СЕРДЦЕ У РЕБЕНКА ВОЗНИКАЮТ ПРИ

- А поражении анатомических структур сердца
- Б нарушении коронарного кровотока и кровообращения
- В психоэмоциональных нагрузках
- Г физических нагрузках

585. ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО ПРИЗНАКОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СОЧЕТАНИИ С

- А влажными хрипами в лёгких
- Б судорогами
- В гепатоспленомегалией
- Г отеками на ногах

586. ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО МИОКАРДИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А расширение границ сердца влево
- Б расширение границ сердца вправо
- В фебрильная гипертермия
- Г стойкая брадикардия

587. ОСОБЕННОСТЬЮ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А небольшой объем выпота
- Б значительный объем выпота
- В частое развитие тампонады сердца
- Г развитие фибринозного перикардита

588. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИМПАТО АДРЕНАЛОВОГО ВЕГЕТАТИВНОГО КРИЗА ОТНОСЯТ

- А сердцебиение
- Б гипергидроз
- В понижение артериального давления
- Г сонливость

589. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИКАРДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СКРЕБУЩИЙ НЕГРОМКИЙ ШУМ

- А не связанный с фазами сокращения сердца
- Б протодиастолический
- В связанный с фазами сокращения сердца
- Г пресистолический

590. УСИЛЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА СВЯЗАНО С ЖЕЛУДОЧКА

- А гипертрофией левого

- Б дилатацией правого
- В гипертрофией правого
- Г дилатацией левого

591. ОСОБЕННОСТЬЮ КАРДИАЛЬНОЙ БОЛИ ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А усиление в положении на спине, левом боку, при движении
- Б уменьшение в положении с запрокинутой головой
- В уменьшение в положении на спине, левом боку, при движении
- Г усиление в положении сидя с наклоном туловища вперед

592. У 50% ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ КАРТАГЕНЕРА ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- А декстракардия
- Б удушье
- В кровохарканье
- Г пахиплеврит

593. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (АГ) ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ НАЗНАЧАЕТСЯ ПРИ

- А неэффективности немедикаментозного лечения АГ | степени низкого риска в течение 6-12 месяцев
- Б неэффективности немедикаментозного лечения АГ | степени низкого риска в течение 1-3 месяцев
- В выявлении высокого нормального давления
- Г выявлении артериальной гипертензии I степени низкого риска

594. ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ БОЛЕЕ БЫСТРОЕ ДИУРЕТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ОКАЗЫВАЕТ

- А Фуросемид
- Б Этакриновая кислота
- В Спиринолактон
- Г Гидрохлоротиазид

595. «ДЕФИЦИТ ПУЛЬСА» ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ РАЗНИЦЫ МЕЖДУ

- А ЧСС и частотой пульса
- Б величиной пульсового давления и частотой пульса
- В частотой дыхания и частотой пульса
- Г частотой пульса на вдохе и выдохе

596. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

- А акцент II тона над лёгочной артерией
- Б грубый систолический шум во II межреберье справа от грудины
- В акцент || тона в V точке
- Г грубый систолический шум во II межреберье слева от грудины

597. К ПОРОКАМ СЕРДЦА СО СБРОСОМ КРОВИ СЛЕВА НАПРАВО (С ОБОГАЩЕНИЕМ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ) ОТНОСЯТ

- А дефект межжелудочковой перегородки
- Б тетраду Фалло
- В стеноз легочной артерии

Г стеноз аорты

598. К ПРИЧИНАМ СМЕЩЕНИЯ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА ВЛЕВО ОТНОСЯТ

- А аортальные пороки и левосторонний обтурационный ателектаз
- Б недостаточность или стеноз трикуспидального клапана
- В митральный стеноз, дополнительную хорду
- Г двустороннюю пневмонию с дыхательной недостаточностью II-III степени

599. К ПОРОКАМ СЕРДЦА СО СБРОСОМ КРОВИ СПРАВА НАЛЕВО (С ОБЕДНЕНИЕМ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ) ОТНОСЯТ

- А тетрада Фалло
- Б коарктацию аорты
- В открытый артериальный проток
- Г дефект межжелудочковой перегородки

600. ПРИ РЕЗКО ВЫРАЖЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

- А нормальное или повышенное систолическое, сниженное диастолическое
- Б сниженное систолическое, повышенное диастолическое
- В повышенное на руках, пониженное на ногах
- Г сниженное систолическое, нормальное диастолическое

601. АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А ритм «перепела»
- Б дующий систолический шум на верхушке
- В систолический шум над лёгочным стволом
- Г ритм «галопа»

602. ПРИ КАКОМ ПОРОКЕ СЕРДЦА РАЗВИВАЕТСЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ?

- А коарктации аорты
- Б стенозе аорты
- В дефекте межпредсердной перегородки
- Г стенозе легочной артерии

603. ОПРЕДЕЛЯЕМЫЙ С РОЖДЕНИЯ СИСТОЛОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ВО II-II МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- А открытого артериального протока
- Б коарктации аорты
- В дефекта межжелудочковой перегородки
- Г митрального порока сердца

604. ПРИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ

- А артериальное давление на ногах ниже, чем на руках
- Б повышение в моче альдостерона
- В нормальное содержание в моче 17-кетостероидов
- Г снижение в моче уровня катехоламинов

605. СИМПТОМ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДРОЖАНИЯ («КОШАЧЬЕ МУРЛЫКАНИЕ») ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

- А митральном стенозе

- Б недостаточности митрального клапана
- В открытом овальном окне
- Г дефекте межжелудочковой перегородки

606. ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА С СИНДРОМОМ ПОВЫШЕННОГО КРОВОТОКА ЧЕРЕЗ ЛЁГКИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А открытый артериальный проток
- Б коарктация брюшной аорты
- В стеноз лёгочной артерии
- Г стеноз аорты

607. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА У РЕБЕНКА С МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

- А длительный, дующий, систолический шум, связанный с I тоном, с эпицентром на верхушке сердца, стойкий в динамике и при перемене положения тела
- Б нарастающий пресистолический шум с эпицентром на верхушке сердца
- В мезодиастолический шум с эпицентром в V точке, ослабевающий при сидении на корточках
- Г протодиастолический шум, вдоль левого края грудины, после глубокого выдоха и при наклоне больного вперед

608. ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА, ПРОЯВЛЯЮЩИМСЯ ВЫРАЖЕННЫМ ЦИАНОЗОМ СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А транспозиция магистральных сосудов
- Б открытый артериальный проток
- В дефект межжелудочковой перегородки
- Г дефект межпредсердной перегородки

609. ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА С ОБЕДНЕНИЕМ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- А стеноз лёгочной артерии
- Б открытый артериальный проток
- В стеноз аорты
- Г дефект межжелудочковой перегородки

610 ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА С СИНДРОМОМ ШЛЮЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А стеноз лёгочной артерии
- Б открытый артериальный проток
- В дефект межпредсердной перегородки
- Г дефект межжелудочковой перегородки

611. АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА ПРИ ОТКРЫТОМ АРТЕРИАЛЬНОМ ПРОТОКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

- А систоло-диастолического шума во втором межреберье слева от грудины
- Б систолического шума вдоль левого края грудины
- В систолического шума в III - IV межреберье слева от грудины
- Г систолического шума во втором межреберье слева от грудины

612. ГИПОКСИЯ И ЦИАНОЗ (СИНИЙ ТИП ПОРОКОВ СЕРДЦА) ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОТМЕЧАЮТСЯ ПРИ

- А тетраде Фалло
- Б стенозе аорты

- В незаращении баталлова протока
- Г дефекте межжелудочковой перегородки

613. ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ЭПИЦЕНТР ГРУБОГО СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ РАСПОЛОЖЕН

- А в третьем-четвертом межреберье слева у грудины
- Б на верхушке
- В во втором межреберье слева
- Г во втором межреберье справа

614. ПРИ ВЫСЛУШИВАНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ ПАТОЛОГИЮ КЛАПАНА

- А лёгочного
- Б митрального
- В аортального
- Г трехстворчатого

615. ПРИ РЕВМОКАРДИТЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАНА

- А митрального
- Б аортального
- В лёгочной артерии
- Г трикуспидального

616. ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОСМОТРЕ РЕБЕНКА С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ТРЕХСТВОРЧАТОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- А выраженной пульсации в эпигастрии
- Б усиленной пульсации сонных артерий
- В визуально определяемого сердечного толчка
- Г положительного верхушечного толчка

617. К ВРОЖДЕННОМУ ПОРОКУ СЕРДЦА С ОБЕДНЕНИЕМ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

- А тетрада Фалло
- Б дефект межпредсердной перегородки
- В открытый артериальный проток
- Г стеноз аорты

618. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ

- А эхокардиография
- Б электрокардиограмма
- В рентгенография
- Г векторкардиография

619. СИНДРОМ УВЕЛИЧЕННОГО КРОВОТОКА ЧЕРЕЗ ЛЕГКИЕ (ГИПЕРВОЛЕМИИ МАЛОГО КРУГА) ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А акцентом II тона на лёгочной артерии
- Б одышечно-цианотическими приступами
- В стойкой артериальной гипертонией

Г ослаблением II тона на лёгочной артерии

620. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ МАКСИМАЛЬНАЯ ИНТЕНСИВНОСТЬ ШУМА ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- А в IV-V межреберье слева от грудины
- Б на верхней трети грудины
- В на верхушке сердца
- Г на лёгочной артерии

621. ПРИ ОДЫШЕЧНО-ЦИАНОТИЧЕСКОМ ПРИСТУПЕ У РЕБЕНКА С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- А Дигоксина
- Б Пропранолола
- В Тримеперидина
- Г Оксигенотерапии

622 ОДЫШЕЧНО-ЦИАНОТИЧЕСКИЕ ПРИСТУПЫ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ

- А тетраде Фалло
- Б открытом артериальном протоке
- В дефекте межжелудочковой перегородки
- Г дефекте межпредсердной перегородки

623. ПРИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ У РЕБЕНКА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ ПО СРАВНЕНИЮ С ТАКОВЫМ НА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЯХ (В ММ РТ.СТ.)

- А меньше более чем на 20
- Б меньше на 10-20
- В больше более чем на 20
- Г больше на 5-10

624. СНИЖЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А аортальной недостаточности
- Б коарктации аорты
- В гемолитической анемии
- Г стенозе почечных артерий

625. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А ослабление (отсутствие) пульса на бедренной артерии
- Б акцент второго тона над лёгочной артерией
- В расширение границ относительной сердечной тупости вправо
- Г систоло-диастолический шум во втором межреберье слева от грудины

626. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ФОРМЫ СЕРДЦА В ВИДЕ «ДЕРЕВЯННОГО БАШМАКА» ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А тетрады Фалло
- Б тотального аномального дренажа легочных вен
- В коарктации дуги аорты
- Г транспозиции магистральных сосудов

627. ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА В ВИДЕ МАЛОГО РАЗМЕРА ДЕФЕКТА В МЫШЕЧНОЙ ЧАСТИ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ НАЗЫВАЕТСЯ

- А болезнью Толочилова – Роже
- Б болезнью Сокольского - Буйо
- В синдромом Картагенера
- Г синдромом КериСейра

628. РАСШИРЕНИЕ ГРАНИЦ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВО ВСЕХ НАПРАВЛЕНИЯХ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

- А транспозиции магистральных сосудов
- Б пароксизмальной тахикардии
- В эмфиземе лёгких
- Г гипертрофии левого предсердия

629. ДЛЯ ТРАНСПОЗИЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ХАРАКТЕРНАЯ ФОРМА СЕРДЦА В ВИДЕ

- А «овоида»
- Б «снежной бабы»
- В «капли»
- Г «башмачка»

630. СИНДРОМ УВЕЛИЧЕННОГО КРОВОТОКА ЧЕРЕЗ ЛЕГКИЕ (ГИПЕРВОЛЕМИИ МАЛОГО КРУГА) ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А повторными бронхитами, пневмониями
- Б ослаблением II тона на лёгочной артерии
- В одышечно-цианотическими приступами
- Г стойкой артериальной гипертонией

631. ДУКТУС-ЗАВИСИМЫМ ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А транспозиция магистральных артерий
- Б открытый атриовентрикулярный канал
- В общий артериальный ствол
- Г дефект межжелудочковой перегородки

632. СИНДРОМ ПОДРОСТКОВОГО (КАПЕЛЬНОГО) СЕРДЦА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- А обмороками, артериальной гипотензией, тахикардией, появлением шума в сердце
- Б одышкой, тахикардией, слабостью, болью в грудной клетке
- В артериальной гипертензией, головными болями, тошнотой, появлением болей за грудиной
- Г брадикардией, затрудненным дыханием, дискомфортом в грудной клетке

633. ТРАНССУДАТ - ЭТО ЖИДКОСТЬ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ, КОТОРАЯ СФОРМИРОВАЛАСЬ ПРИ

- А сердечной недостаточности
- Б снижении кровяного давления в сосудах плевральной полости
- В образовании ателектаза
- Г легочной недостаточности

634. ДЛЯ АЛЬТЕРНИРУЮЩЕГО ПУЛЬСА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А неравномерная сила пульсовой волны
- Б ускорение или замедление ритма

- В дефицит пульса
- Г снижение или увеличение силы пульсовой волны

635. СРЕДНЕЕ СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ (ММ РТ.СТ.) У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ (N - ВОЗРАСТ В ГОДАХ)

- А $90 + 2n$
- Б $60 + n$
- В $60 + 2n$
- Г $90 + n$

636. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ ДО 6 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

- А стеноз почечных артерий
- Б коарктация аорты
- В паренхиматозное заболевание почек
- Г эссенциальная артериальная гипертензия

637. ДЛЯ МИОКАРДИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ФИЗИКАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ВИДЕ

- А смещения границ относительной тупости сердца влево
- Б тихого диастолического шума
- В смещения границ относительной тупости сердца вправо
- Г грубого систолического шума

638. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ СТАРТОВАЯ ДОЗА НИФЕДИПИНА ДЛЯ ПРИЕМА ЧЕРЕЗ РОТ СОСТАВЛЯЕТ.

- А 0,25-0,5
- Б 2,5-6,5
- В 0,01-0,05
- Г 6,5-10

639. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А Нифедипин
- Б Спиронолактон
- В Дротаверин
- Г Амиодарон

640. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ СТАРТОВАЯ ДОЗА КАПТОПРИЛА ДЛЯ ПРИЕМА ЧЕРЕЗ РОТ СОСТАВЛЯЕТ.

- А 0,3-0,5
- Б 1-2
- В 5-10
- Г 0,05-0,1

641. ИНГИБИТОРЫ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА (ИАПФ) ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А у всех больных при отсутствии противопоказаний
- Б только при отсутствии отека легкого
- В только у тяжелых больных
- Г только при систолической дисфункции

642. ПРИ СИНУСОВОМ РИТМЕ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ

- А зубцы Р во II стандартном отведении положительны и предшествуют неизменному желудочковому комплексу QRS
- Б закономерная связь комплексов QRS и зубцов Р отсутствует
- В зубцы - отрицательные, регистрируются во II и III отведении после неизменных желудочковых комплексов
- Г зубцы Р отрицательные, регистрируются во I и II отведении перед неизменными желудочковыми комплексами

643. К СЕЛЕКТИВНЫМ МАРКЕРАМ МИОКАРДИАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ОТНОСЯТ

- А креатинфосфокиназу и МВ-фракции
- Б аланинаминотрансферазу
- В аспаратаминотрансферазу
- Г С-реактивный белок

644. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ МОЖЕТ ДЛИТЕЛЬНО НАБЛЮДАТЬСЯ

- А отрицательный зубец Т в нескольких отведениях
- Б подъем сегмента ST в нескольких отведениях
- В снижение сегмента ST в грудных отведениях
- Г положительный зубец Т в нескольких отведениях

645. ПРИ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЮТ

- А высокие заостренные зубцы Т
- Б уменьшение амплитуды зубца Т
- В увеличение амплитуды зубца Т
- Г депрессию сегмента ST

646. ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПЕРИКАРДИТЕ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ МОЖЕТ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ

- А уменьшение общего вольтажа QRS
- Б смещение сегмента ST ниже изоэлектрической линии
- В патологический зубец Q
- Г синусовая брадикардия

647. ДОЗА НИФЕДИПИНА (СУБЛИНГВАЛЬНО ИЛИ ПЕРОРАЛЬНО) ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА СОСТАВЛЯЕТ (МГ/КГ)

- А 0,25
- Б 0,025
- В 25
- Г 2,5

648. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ 7-12 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

- А паранхиматозное заболевание почек
- Б коарктация аорты
- В стеноз почечных артерий
- Г эссенциальная артериальная гипертензия

649. СИНДРОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- А остро и хронического нефрита
- Б пузырно-мочеточникового рефлюкса
- В нейrogenного мочевого пузыря
- Г камня мочевого пузыря

650. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ, ЕСЛИ НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ НЕПОСТОЯННЫЙ ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ, ЗАВИСЯЩИЙ ОТ ПОЛОЖЕНИЯ БОЛЬНОГО

- А миксому левого предсердия
- Б недостаточность митрального клапана
- В митральный стеноз
- Г врожденные пороки сердца

651. МОЛНИЕНОСНОЕ ТЕЧЕНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ_ ФОРМЫ ПЕРИКАРДИТА

- А бактериальной
- Б опухолевой
- В вирусной
- Г туберкулезной

652. ОПТИМАЛЬНОЙ ДОЗОЙ АСПИРИНА В СУТКИ В КАЧЕСТВЕ АНТИАГРЕГАНТА БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ (В МГ)

- А 100
- Б 500
- В 300
- Г 50

653. К ПЕРЕЧНЮ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ (НА ПРИМЕРЕ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ), ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ, ОТНОСИТСЯ

- А разработка индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида
- Б предоставление технических средств реабилитации для самостоятельного передвижения
- В консультирование по подбору технических средств реабилитации для самостоятельного передвижения
- Г организация обеспечения и финансирование за счет средств федерального бюджета

654. ЭТАП СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ИЛИ РЕИНТЕГРАЦИИ РЕБЁНКА-ИНВАЛИДА ВКЛЮЧАЕТ

- А общенациональные и индивидуальные меры социальной интеграции
- Б медицинскую реабилитацию
- В педагогические, психологические, социальные мероприятия
- Г технические, профессиональные мероприятия

655. ОСНОВНЫМИ ПРИНЦИПАМИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

- А комплексность и рациональность реабилитационной программы, учет клинических особенностей патологии и индивидуальных факторов, преемственность восстановительного лечения
- Б раннее начало реабилитации. кратковременность мероприятий. комплексность и рациональность реабилитационной программы

В разработка реабилитационной программы с учетом клинических особенностей патологии и индивидуальных факторов, начало реабилитации в санаторно-оздоровительном учреждении

Г преемственность восстановительного лечения (стационар, поликлиника, санаторно-оздоровительное учреждение), реабилитационная программа в соответствии с особенностями патологии без учета индивидуальных факторов

656. ЭТАП ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЁНКА-ИНВАЛИДА ВКЛЮЧАЕТ

А медицинскую реабилитацию

Б технические. профессиональные социальные мероприятия

В общенациональные и индивидуальные меры социальной интеграции

Г педагогические, психологические мероприятия

657. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ПРИЗНАНИЯ РЕБЕНКА ИНВАЛИДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А нарушение здоровья со стойким расстройством функции организма. обусловленных заболеванием. последствиями травм или дефектами: ограничение жизнедеятельности. необходимость осуществления мер социальной защиты

Б нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма. обусловленных заболеванием. последствиями травм или дефектами. ограничение жизнедеятельности

В нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленных заболеванием, последствиями травм или дефектами, необходимость осуществления мер социальной защиты

Г ограничение жизнедеятельности, необходимость осуществления мер социальной защиты

658. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ РЕЧЕВЫХ СИНДРОМОВ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ РЕБЁНКА НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ИСКЛЮЧАЕТ

А амнезию

Б афазию

В дислалию

Г заикание

659. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА МОЖЕТ БЫТЬ РАЗРАБОТАНА НА ПЕРИОД

А не более 6 месяцев с последующим пересмотром

Б 5 лет

В 10 лет

Г 1 или 2 года

660 ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ВНЕСЕНИЯ ДОПОЛНЕНИЙ ИЛИ ИЗМЕНЕНИЙ В ИНДИВИДУАЛЬНУЮ ПРОГРАММУ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЁНКА-ИВАЛИДА ОФОРМЛЯЕТСЯ

А новое направление на медико-социальную экспертизу

Б история болезни

В выписной эпикриз

Г этапный эпикриз

661. ГРУППЫ МЕРОПРИЯТИЙ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ИСКЛЮЧАЮТ

А адаптивный спорт

Б санаторно-курортное лечение

- В восстановительную терапию
- Г реконструктивную хирургию

662. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НАПРАВЛЕНА НА

- А восстановление компенсации функциональных возможностей организма
- Б снижение функциональных возможностей организма
- В некоторое уменьшение функциональных возможностей организма
- Г существенное повышение функциональных возможностей организма

663. КАТЕГОРИЯ «РЕБЕНОК-ИНВАЛИД» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ У РЕБЁНКА СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА В ДИАПАЗОНЕ (%)

- А 40-100
- Б 31-39
- В 21-30
- Г 10-20

664. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА ВКЛЮЧАЕТ

- А медицинскую, психолого-педагогическую, социальную реабилитации, технические средства и услуги по реабилитации
- Б медицинскую, психолого-педагогическую, социальную реабилитации
- В психолого-педагогическую, социальную реабилитации, технические средства и услуги по реабилитации
- Г медицинскую, социальную реабилитации, технические средства и услуги по реабилитации

665. КАТЕГОРИЯ «РЕБЁНОК-ИНВАЛИД» МОЖЕТ УСТАНОВЛИВАТЬСЯ

- А на 1 год, 2 года, 5 лет, либо до достижения гражданином возраста 18 лет
- Б лишь на 3 лет, либо до достижения гражданином возраста 18 лет
- В лишь на 2 года, 5 лет, либо до достижения гражданином возраста 18 лет
- Г только до достижения гражданином возраста 18 лет

666. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОБЛЕМНО-ЦЕЛЕВОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- А повышение уровня медицинских знаний и создание партнерства родителей и медицинского персонала в различных школах здоровья
- Б оказание медицинской помощи детям родителями самостоятельно без контроля со стороны медицинского персонала
- В получение родителями ребенка среднего или высшего медицинского образования с целью повышения уровня медицинских знаний
- Г регулярные госпитализации пациента с хронической патологией в профильный стационар

667. К ОСНОВНЫМ ВИДАМ СТОЙКИХ РАССТРОЙСТВ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА - НАРУШЕНИЯМ СЕНСОРНЫХ ФУНКЦИЙ - ОТНОСЯТ

- А нарушение зрения, слуха
- Б деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству
- В аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов
- Г существенные нарушения размеров тела

668. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТА И ПРИЧИН ИНВАЛИДНОСТИ РЕБЕНКА ПЕРЕДАНО В КОМПЕТЕНЦИЮ

- А медико-социальной экспертизы
- Б центров социального обслуживания населения
- В комиссии по делам несовершеннолетних
- Г общеобразовательных учреждений

669. ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПРЕДОСТАВЛЯЮТСЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА И ПЕРЕДАЮТСЯ ИНВАЛИДАМ В

- А безвозмездное пользование
- Б безвозмездное пользование на усмотрение законного представителя ребенка-инвалида
- В возмездное пользование на усмотрение гражданина
- Г возмездное пользование

670. МЕРОПРИЯТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВКЛЮЧАЮТ

- А реконструктивную хирургию, восстановительную терапию, санаторно-курортное лечение, протезирование, ортезирование
- Б реконструктивную хирургию, восстановительную терапию, протезирование и ортезирование
- В реконструктивную хирургию, санаторно-курортное лечение, протезирование и ортезирование
- Г восстановительную терапию, санаторно-курортное лечение, протезирование и ортезирование

671. В СТРУКТУРЕ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЕЙ ОТ 0 ДО 17 ЛЕТ 11 МЕСЯЦЕВ 29 ДНЕЙ ПО НОЗОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ ВЕДУЩИЕ РАНГОВЫЕ МЕСТА ЗАНИМАЮТ

- А болезни нервной системы, психические расстройства и врожденные аномалии развития
- Б инфекционные и соматические болезни
- В заболевания эндокринной системы
- Г заболевания мочевыделительной системы

672. ОДНИМ ИЗ ВИДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А социальная
- Б коллективная
- В коллегиальная
- Г частная

673. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В СООТВЕТСТВИИ С ФЕДЕРАЛЬНЫМ ПЕРЕЧНЕМ ВКЛЮЧАЮТ ВОССТАНОВИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ И

- А реконструктивную хирургию; санаторно-курортное лечение; протезирование и ортезирование; предоставление слуховых аппаратов
- Б санаторно-курортное лечение; протезирование и ортезирование; обеспечение профессиональной ориентации инвалидов; предоставление технических средств реабилитации и услуг
- В реконструктивную хирургию; санаторно-курортное лечение; протезирование и ортезирование; предоставление технических средств реабилитации и услуг
- Г реконструктивную хирургию; санаторно-курортное лечение; обеспечение профессиональной ориентации инвалидов

674. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ИНВАЛИДНОСТИ, ВОЗНИКШЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМ ИЛИ ДЕФЕКТОВ, РЕБЕНКУ ДО 18 ЛЕТ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ

- А категория «ребенок-инвалид»
- Б Группа инвалидности
- В I группа инвалидности
- Г I группа инвалидности

675. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СТОЙКОЕ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА III СТЕПЕНИ, ПРЕДУСМАТРИВАЕТ СТОЙКИЕ _____ В ДИАПАЗОНЕ ОТ _____

- А выраженные нарушения функции организма 70 по 80 процентов
- Б умеренные нарушения функций организма 40 до 60 процентов
- В незначительные нарушения функций организма 10 до 30 процентов
- Г значительно выраженные нарушения функций организма 90 до 100 процентов

676. СОДЕРЖАНИЕ ПОНЯТИЯ «АБИЛИТАЦИЯ» ВКЛЮЧАЕТ

- А лечебные, педагогические или социальные мероприятия по отношению к инвалидам, направленные на формирование способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности
- Б комплекс медицинских, педагогических и психологических мероприятий, направленных на максимально- возможное восстановление или компенсацию нарушенных или утраченных нормальных психических или Физиологических Функций
- В способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки, хранения, воспроизведения и передачи информации
- Г полное или частичное восстановление способности инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности

677. В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- А поздняя реабилитация, ликвидация остаточных явлений заболевания
- Б усиленная профессиональная и спортивная подготовка
- В обслуживание на дому детей-инвалидов, воспитание и обучение в специальных учреждениях
- Г организация соответствующего возрасту режима, ухода за ребенком инвалидом (социальная помощь, вспомогательные технические средства)

678. ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О ВЫДАЧЕ МЕДИЦИНСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ НА РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

- А нарушение здоровья со II и более степенью выраженности стойких нарушений функций организма
- Б врожденные пороки
- В оперативные вмешательства (например, на сердце)
- Г хронические заболевания

679. СОДЕРЖАНИЕ ПОНЯТИЯ «РЕАБИЛИТАЦИЯ» ВКЛЮЧАЕТ

- А полное или частичное восстановление ранее имевшихся способностей
- Б обучение установлению контактов между людьми
- В формирование отсутствовавших ранее способностей
- Г обеспечение индивидуальным автомобилем

680. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СТОЙКОЕ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА IV СТЕПЕНИ, ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА В ДИАПАЗОНЕ ОТ __ ДО __ (%)

- А от 90 до 100
- Б от 70 до 80
- В от 40 до 60
- Г от 50 до 90

681. ПРИ СТОЙКОМ НАРУШЕНИИ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА II СТЕПЕНИ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ДИАПАЗОН ОТ __ ДО __ (%)

- А 40; 60
- Б 10; 30
- В 50; 70
- Г 40; 80

682. МЕРОПРИЯТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВКЛЮЧАЮТ

- А социально-средовую реабилитацию, социально-психологическую реабилитацию, физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт
- Б социально-средовую реабилитацию, социально-психологическую реабилитацию, санаторно-курортное лечение
- В социально-средовую реабилитацию, физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт, санаторно-курортное лечение
- Г социально-психологическую реабилитацию, санаторно-курортное лечение, физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт

683. К ВИДАМ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТНОСЯТ

- А медицинскую
- Б комплексную
- В парциальную
- Г периодическую

684. К НЕОБХОДИМЫМИ ДАННЫМИ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ОТНОСЯТ

- А спирометрию
- Б рентгенограмму кисти
- В ультразвуковое исследование почек
- Г бактериологический посев кала

685. РЕЧЬ РЕБЕНКА 1 ГОДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А произнесением первых слов
- Б повторением звуков и слогов
- В лепетом
- Г произношением звуков

686. ТРАНЗИТОРНЫМ ВРОЖДЕННЫМ БЕЗУСЛОВНЫМ РЕФЛЕКСАМ ОТНОСИТСЯ

- А сосательный
- Б глотательный
- В зрачковый
- Г корнеальный

687. ПРИЗНАКОМ ПОДГОТОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА РАЗВИТИЯ АКТИВНОЙ (МОТОРНОЙ) РЕЧИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А гуление
- Б накопление словарного запаса
- В выполнение поручений «найди», «положи» и т.д.
- Г поисковая зрительная реакция на вопрос «где?»

688. РЕФЛЕКС, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ УДАРЕ ПАЛЬЦЕМ ПО ГУБАМ РЕБЕНКА С ПОСЛЕДУЮЩИМ СОКРАЩЕНИЕМ КРУГОВОЙ МЫШЦЫ РТА И ВЫТЯГИВАНИЕМ ГУБ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А хоботковый
- Б поисковый
- В тонический
- Г хватательный

689. ПРИ ОЦЕНКЕ БЕЗУСЛОВНЫХ РЕФЛЕКСОВ РЕБЕНКА УЧИТЫВАЕТСЯ

- А их соответствие возрасту ребенка
- Б время появления
- В связь со временем суток
- Г скорость угасания

690. МУКОВИСЦИДОЗ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА МОЖЕТ ПРОЯВИТЬСЯ

- А мекониевым илеусом
- Б бочкообразной деформацией грудной клетки
- В пневмофиброзом
- Г циррозом печени

691. РЕШАЮЩИМ В ДИАГНОСТИКЕ МУКОВИСЦИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А повышение концентрации электролитов пота
- Б деформирующий бронхит
- В хронический синусит
- Г наличие синегнойной палочки в мокроте

692 НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОГУТ ПРОЯВИТЬСЯ

- А в любом возрасте
- Б на первом году жизни
- В сразу после рождения
- Г в детском возрасте

693. ПОРАЖЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРИ

- А муковисцидозе
- Б колите
- В кишечной инфекции
- Г скарлатине

694. СИНДРОМ ВРОЖДЕННОЙ ЦИЛИАРНОЙ ДИСКИНЕЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А хроническим бронхитом и синуситом
- Б приступами одышки
- В выраженной эозинофилией
- Г кровохарканьем

695. МЕКОНИЕВЫЙ ИЛЕУС НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А муковисцидозе
- Б перфорации кишки
- В кишечной непроходимости
- Г некротическом энтероколите

696. ПРИ НЕОНАТАЛЬНОМ СКРИНИНГЕ У НОВОРОЖДЕННОГО ВЫЯВЛЯЮТ

- А галактоземию
- Б синдром Дауна
- В синдром Нунан
- Г врожденную тирозинемию

697. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МУКОВИСЦИДОЗА ПРОВОДИТСЯ _____ ПРОБА

- А потовая
- Б дексаметазоновая
- В клонидиновая
- Г инсулиновая

698. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОЙ ФОРМЫ МУКОВИСЦИДОЗА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ ФЕРМЕНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ФОРМЕ

- А капсул с микросферами
- Б растворов
- В внутривенных инъекций
- Г таблеток

699. ХРОНИЧЕСКАЯ КОЛОНИЗАЦИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ СИНЕГНОЙНОЙ

- А муковисцидоза
- Б бронхиальной астмы
- В гипоплазии легких
- Г хронического бронхита

700. КРИТЕРИЯМИ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- А стойкие умеренные и выраженные нарушения функции дыхательной, иммунной, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, определяющие необходимость социальной защиты ребёнка
- Б стойкие умеренные и выраженные нарушения функции дыхательной системы, определяющие необходимость социальной защиты ребёнка
- В нарушения функций дыхательной, иммунной, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, не определяющие необходимость социальной защиты ребёнка
- Г стойкие умеренные и выраженные нарушения функции дыхательной, иммунной систем, определяющие необходимость социальной защиты ребёнка

701. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ «КЛЕНОВОГО СИРОПА» ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ

- А лейцина, изолейцина, валина
- Б гидроксипролина, пролина
- В фенилаланина, тирозина, пролина
- Г гистидина

702. ФАКТОРОМ РИСКА ПОТЕРИ СЛУХА ДЛЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

- А наличие ближайших родственников с нарушением слуха с детства
- Б масса тела при рождении <2500 г
- В гипербилирубинемия до 220 мкмоль/л
- Г оценка по Апгар 6/6

703. БОЛЕЗНЬ БРУТОНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- А рецидивирующими гнойно-бактериальными инфекциями
- Б аллергическими состояниями
- В рецидивирующими грибковыми инфекциями
- Г рецидивирующими вирусными инфекциями

704. СИНДРОМ КРИГЛЕРА-НАЙЯРА ОТНОСИТСЯ К _____ ЖЕЛТУХАМ

- А наследственным печёночным
- Б приобретённым механическим
- В наследственным механическим
- Г наследственным надпечёночным

705. НАСЛЕДСТВЕННОЙ НЕФРОПАТИЕЙ С ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ГЕМАТУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А болезнь тонких базальных мембран
- Б почечный тубулярный ацидоз
- В аутосомно-доминантная поликистозная болезнь
- Г гипофосфатемический рахит

706. НАСЛЕДСТВЕННЫЙ НЕФРИТ ЧАЩЕ СОЧЕТАЕТСЯ С (СО)

- А тугоухостью и нарушением зрения
- Б мочекаменной болезнью
- В снижением роста
- Г искривлением конечностей

707. НАИБОЛЕЕ РАННИМ СИМПТОМОМ БОЛЕЗНИ ГОШЕ 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ

- А спленомегалия
- Б оссалгия
- В длительный кашель
- Г задержка нервно-психического развития

708. В ОСНОВЕ БОЛЕЗНИ ДАУНА ЛЕЖИТ

- А трисомия 21-й пары хромосом
- Б наличие кольцевидной хромосомы 18 пары
- В отсутствие X-хромосомы
- Г делеция плеча 5-й пары хромосомы

709. СНИЖЕНИЕ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А муковисцидоза
- Б сахарного диабета
- В дисахаридазной недостаточности
- Г экссудативной энтеропатии

710. СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А непрямой гипербилирубинемией
- Б ретикулоцитозом
- В прямой гипербилирубинемией
- Г повышением уровня трансаминаз

711. ФЕНИЛКЕТОНУРИЯ ПЕРЕДАЕТСЯ ПО ТИПУ НАСЛЕДОВАНИЯ

- А аутосомно-рецессивному
- Б рецессивному, сцепленному с X-хромосомой
- В доминантному, сцепленному с X-хромосомой
- Г аутосомно-доминантному

712. ТРИСОМИЯ ПО 13 ПАРЕ ХРОМОСОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТ СИНДРОМ

- А Патау
- Б Эдвардса
- В Дауна
- Г Шерешевского-Тернера

713. ЖЕЛТУХА ПРИ ГАЛАКТОЗЕМИИ И МУКОВИСЦИДОЗЕ НОСИТ ХАРАКТЕР

- А паренхиматозной
- Б механической
- В гемолитической
- Г конъюгационной

714. К ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ФЕНИЛКЕТОНУРИИ ОТНОСИТСЯ

- А проба с треххлористым железом
- Б проба на ацетон
- В исследование крови на церулоплазмин
- Г исследование белковых фракций

715. АФФЕКТИВНО-РЕСПИРАТОРНЫЙ ПРИСТУП ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А возникновением апноэ на высоте возбуждения
- Б длительностью пароксизма от нескольких секунд до нескольких часов
- В возникновением судорог на фоне гипертермии
- Г отсутствием полного восстановления сознания между припадками

716. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

- А головокружения и обмороки
- Б тахикардию
- В повышенный аппетит
- Г атонические запоры

717. ПРИ ОСМОТРЕ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ У РЕБЕНКА 7 СУТОК ЖИЗНИ СОСТАВИЛА 20 В МИНУТУ. КАКОВА ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО?

- А брадипноэ
- Б тахипноэ
- В нормальная
- Г апноэ

718. В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ ДЛЯ ВОСПОЛНЕНИЯ ОЦК ИСПОЛЬЗУЮТ

- А натрия хлорида изотонический раствор

- Б глюкозы раствор 5%
- В альбумин 5%
- Г рингера раствор

719. ЧАСТОЕ РАЗВИТИЕ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНО

- А исходным дефицитом сурфактанта
- Б меньшим числом альвеол
- В гиповолемией
- Г меньшим диаметром альвеол, чем у взрослых

720. К НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОМУ ОСЛОЖНЕНИЮ СИНДРОМА МЕКОНИЕВОЙ АСПИРАЦИИ ОТНОСИТСЯ

- А персистирующая лёгочная гипертензия
- Б септический шок
- В почечная недостаточность
- Г сердечная недостаточность

721. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ РВОТЫ «ФОНТАНОМ» У РЕБЕНКА ТРЕХНЕДЕЛЬНОГО ВОЗРАСТА, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО ДУМАТЬ О

- А пилоростенозе
- Б кишечной инфекции
- В пилороспазме
- Г адреногенитальном синдроме

722. ЖЕЛТУХА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ИСЧЕЗАЕТ К КОНЦУ ___ ЖИЗНИ

- А 2 недели
- Б 3 недели
- В 2 месяца
- Г 1 месяца

723. К ПРОЯВЛЕНИЯМ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ОТНОСЯТ

- А гепатоспленомегалию, анемию, желтуху
- Б диспептический синдром
- В менингеальные симптомы
- Г геморрагический синдром, тромбоцитопению

724. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

- А ДВС-синдроме
- Б диабетической эмбриофетопатии
- В врожденном гипотиреозе
- Г тяжелой гипербилирубинемии

725. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- А физиологической желтухе
- Б атрезии желчевыводящих путей
- В семейном прогрессирующем внутрипеченочном холестазае
- Г синдроме сгущения желчи

726. РАННИЙ СЕПСИС НОВОРОЖДЕННОГО МАНИФЕСТИРУЕТ

- А в первые 72 часа жизни ребенка
- Б в первую неделю жизни ребенка
- В в первые 3 месяца жизни
- Г с момента рождения ребенка

727. ПРИ ВНЕЗАПНОМ ПОЯВЛЕНИИ У РЕБЕНКА ТРЕХНЕДЕЛЬНОГО ВОЗРАСТА РВОТЫ ФОНТАНОМ НУЖНО ДУМАТЬ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

- А о пилоростенозе
- Б об адреногенитальном синдроме
- В о кишечной инфекции
- Г о пилороспазме

728. ТРАНЗИТОРНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ МЕТАБОЛИЗМА НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЮТСЯ

- А метаболический ацидоз, гипогликемия, катаболическая направленность обмена
- Б метаболический ацидоз, гипогликемия
- В катаболическая направленность обмена, метаболический алкалоз, гипергликемия
- Г гипергликемия, алкалоз

729. ОСОБЕННОСТЬ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- А сниженной функциональной активности тромбоцитов
- Б повышенной функциональной активности тромбоцитов
- В высокой активности витамин-К-зависимых факторов (II, VII, IX, X)
- Г повышенной активности плазменных факторов (V, VIII, XI, XII)

730. ГИПОНАТРЕМИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- А врожденной гиперплазии коры надпочечников
- Б внутривенного введения больших объемов жидкости
- В парентеральной терапии диуретиками
- Г снижения секреции антидиуретического гормона

731. РЕТИНОПАТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ (РЕТРОЛЕНТАЛЬНАЯ ФИБРОПЛАЗИЯ) СОПРОВОЖДАЕТСЯ ИЗМЕНЕНИЯМИ В

- А сетчатке и стекловидном теле
- Б мышцах, регулирующих движение глазного яблока
- В мышцах лица и шеи
- Г костной ткани черепа

732. АСИММЕТРИЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ РЕБЕНКА, РАЗОГНУТОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ОДНОЙ ИЗ РУК, ОНА НАХОДИТСЯ ВДОЛЬ ТУЛОВИЩА, С РОТИРОВАНИЕМ ВНУТРЬ В ПЛЕЧЕ И ПРОНИРОВАНИЕМ В ПРЕДПЛЕЧЬЕ, С ФИКСАЦИЕЙ КИСТИ В ЛАДОННОМ СГИБАНИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А акушерского пареза
- Б эмбриональной позы
- В менингеального синдрома
- Г мышечной гипотонии

733. ДИАГНОЗ «ВНУТРИУТРОБНАЯ ПНЕВМОНИЯ» ПРАВОМОЧЕН ТОЛЬКО ПРИ ПОЯВЛЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ ____ ЖИЗНИ РЕБЕНКА

- А первых трех суток
- Б первой недели
- В первых двух часов
- Г первых суток

734. ЭТИОЛОГИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ ПРИЧИНОЙ РАННЕГО СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

- А стрептококк группы в (*Streptococcus agalactiae*)
- Б золотистый стафилококк (*Staphylococcus aureus*)
- В энтеробактер (*Enterobacter*)
- Г гемофильная палочка (*Haemophilus influenza*)

735. КИРПИЧНЫЙ ЦВЕТ МОЧИ У НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ НА РАЗВИТИЕ

- А мочекишечного инфаркта почек
- Б транзиторной гипербилирубинемии
- В полового криза
- Г токсической эритемы

736. У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЖЕЛЕЗО ВСАСЫВАЕТСЯ НА УРОВНЕ

- А верхних отделов тонкой кишки
- Б желудка
- В толстой кишки
- Г тощей кишки

737. ПОСЛЕ ОТСАСЫВАНИЯ СЛИЗИ ИЗ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, НОСОВЫХ ХОДОВ И ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО НЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ДЫХАНИЯ. ВАШЕ СЛЕДУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ

- А начать искусственную вентиляцию легких
- Б оценить частоту сердечных сокращений
- В ввести зонд в желудок и отсосать его содержимое
- Г оценить цвет кожных покровов

738. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

- А снижение протромбинового комплекса
- Б повышенный фибринолиз
- В тромбоцитопения
- Г уменьшение в крови уровня глобулинов (VIII, IX, X факторов)

739. ПОД НОВОРОЖДЕННЫМ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПОНИМАЮТ МЛАДЕНЦА, РОДИВШЕГОСЯ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ (В ГРАММАХ)

- А 1500
- Б 1000
- В 2500
- Г 2000

740. ПОЗДНЯЯ АНЕМИЯ НЕДОНОШЕННЫХ РАЗВИВАЕТСЯ

- А после 3 месяцев

- Б на 2 месяце
- В на 2 году
- Г на 2 неделе

741. МОЧЕКИСЛЫЙ ИНФАРКТ ПОЧЕК У НОВОРОЖДЕННОГО РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- А отложения кристаллов мочевой кислоты в канальцах и собирательных трубках
- Б протеинурии и повреждения канальцев и собирательных трубок
- В отложения кристаллов мочевой кислоты в гломерулах
- Г чрезмерной экскреции мочевой кислоты в результате некроза канальцев

742. К СИМПТОМАМ БИЛИРУБИНОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

- А появление симптомов угнетения
- Б резкое возбуждение
- В повышение мышечного тонуса
- Г ригидность затылочных мышц

743. ЧАСТОМУ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ У НОВОРОЖДЕННЫХ СПОСОБСТВУЕТ НЕДОРАЗВИТИЕ

- А эластической ткани
- Б легочного сурфактанта
- В легочного кровотока
- Г реснитчатого эпителия

744. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА

- А выделения мекония
- Б докармливания в первые дни жизни
- В удаления сыровидной смазки
- Г кормления грудью

745. ВЯЛЫЕ ПУЗЫРИ НА КОЖЕ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

- А пузырьчатке новорожденного
- Б неонатальном пустулярном меланозе
- В врожденном буллезном эпидермолизе
- Г врожденном везикулопустулезе

746. ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ СТАНОВЛЕНИЮ ЛАКТАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПОГАЛАКТИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А прикладывание к груди в течение первого часа после рождения
- Б соматическая и гинекологическая патология матери
- В эмоциональная поддержка грудного вскармливания отцом ребенка
- Г качество оказания медицинской помощи матери, плоду, новорожденному

747. ПУПОЧНАЯ РАНКА НОВОРОЖДЕННОГО В НОРМЕ ПОЛНОСТЬЮ ЭПИТЕЛИЗИРУЕТСЯ ___ ЖИЗНИ

- А к концу 2 недели
- Б на 2 месяце
- В на 3 месяце
- Г к концу 1 месяца

748. ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА «БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПАЗИЯ» У ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПРАВОМОЧНА В ВОЗРАСТЕ НЕ РАНЕЕ ____ ЖИЗНИ

- А 28 суток
- Б 56 суток
- В 1 года
- Г 6 месяцев

749. ЗРЕЛОСТЬ НОВОРОЖДЕННОГО ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО

- А степени морфофункционального развития
- Б сроку гестации и массе тела новорожденного
- В соматометрическим показателям новорожденного
- Г сроку гестации и длине тела новорожденного

750. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛТУХ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ НЕПРЯМОЙ ФРАКЦИИ БИЛИРУБИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- А фототерапия
- Б фенобарбитал
- В гепатопротектор
- Г инфузионная терапия

751. ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ У РЕБЕНКА, РОДИВШЕГОСЯ С ЭЛЕМЕНТАМИ СЫПИ НА КОЖЕ ПЯТНИСТО-ПАПУЛЕЗНОГО ХАРАКТЕРА, БУДЕТ

- А внутриутробная инфекция
- Б переносимость
- В монголоидные пятна
- Г токсическая эритема новорожденных

752. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ АСПИРАЦИОННОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

- А внутриутробная гипоксия
- Б хромосомные аномалии развития плода
- В инфекционные заболевания матери
- Г гемолитическая болезнь новорожденного

753. У НОВОРОЖДЁННОГО, ИНФИЦИРОВАННОГО ХЛАМИДИЯМИ, ВОЗБУДИТЕЛЬ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- А со слизистой оболочки задней стенки глотки
- Б со слизистой оболочки носа
- В с паховой складки
- Г наружного слухового прохода

754. К ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ КОЖИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСИТСЯ

- А везикулопустулез
- Б токсическая эритема
- В неонатальный пустулярный меланоз
- Г буллезный эпидермолиз

755. ДЛЯ БРОНХОЛЁГОЧНОЙ ДИСПАЗИИ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ

- А прогрессирующей эмфиземы лёгких

- Б респираторного ацидоза
- В гипотрофии правого сердца
- Г артериальной гипотензии

756. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ЖАЛОБОЙ ПРИ ГНОЙНОМ МАСТИТЕ У НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА ЯВЛЯЕТСЯ

- А отёк и гиперемия в области грудной железы
- Б беспокойство
- В увеличение подмышечных лимфоузлов на стороне поражения
- Г подъем температуры тела

757. ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ УРОВНЯ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА

- А адреногенитального синдрома
- Б фенилкетонурии
- В муковисцидоза
- Г врожденного гипотиреоза

758. ОСНОВНЫМ В ЛЕЧЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С ИНТРАНАТАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А иммобилизация головы и шеи
- Б дегидратация
- В физиотерапия
- Г репозиция смещенных шейных позвонков

759. КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «АНЕМИЯ» У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ НА 1 НЕДЕЛЕ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ (В Г/Л)

- А 145
- Б 116
- В 130
- Г 170

760. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ СО СТОРОНЫ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

- А фенилкетонурия
- Б гемолитическая болезнь новорожденного
- В оперативное родоразрешение
- Г недоношенность

761. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПРЯМОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

- А вирусные гепатиты
- Б лактазную недостаточность
- В муковисцидоз
- Г гемолитическую болезнь новорожденных

762. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ВРОЖДЁННОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А наличие антител в составе IgM
- Б клиническая картина микроцефалии
- В наличие гепатомегалии

Г наличие антител в составе IgG

763. ИЗОЛИРОВАННЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ ЭНЦЕФАЛИТ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТ

- А вирус простого герпеса первого типа
- Б стрептококк группы В
- В вирус Коксаки
- Г вирус простого герпеса второго типа

764. ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ВВОДЯТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- А профилактики респираторного дистресс-синдрома
- Б стимуляции сократительной деятельности матки
- В снижения сократительной деятельности матки
- Г предупреждения преждевременного излития околоплодных вод

765. ЖЕЛТУШНОСТЬ КОЖИ И СКЛЕР ВОЗНИКАЮТ ВСЛЕДСТВИЕ

- А усиленного гемолиза эритроцитов
- Б хронической надпочечниковой недостаточности
- В заболеваний почек
- Г дефицита витамина А

766. НАИБОЛЕЕ АКТИВНОЕ УЧАСТИЕ В РЕГУЛЯЦИИ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА ПРИНИМАЮТ

- А паращитовидные железы
- Б половые железы
- В органы пищеварения
- Г орган дыхания

767. ДЛЯ ГЕРПЕС-ВИРУСНОГО КЕРАТОКОНЪЮКТИВИТА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- А герпетических высыпаний на веках
- Б кровянистого отделяемого
- В признаков инфекционно-токсического шока
- Г фарингита

768. В ОЧАГЕ, ГДЕ ВЫЯВЛЕН НОСИТЕЛЬ ДИКОГО ПОЛИОВИРУСА, ПРОВОДЯТ МЕРОПРИЯТИЯ В ОТНОШЕНИИ ВСЕХ ЛИЦ, ИМЕВШИХ С НИМ КОНТАКТ, ВКЛЮЧАЮЩИЕ ЕЖЕДНЕВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ ____ ДНЕЙ, ЛАБОРАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ФЕКАЛИЙ _____

- А 20; однократно
- Б 60; двукратно
- В 30; двукратно
- Г 10; трёхкратно

769. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ПРИСТУПНОМ ПЕРИОДЕ ПРИМЕНЯЮТ

- А сальметерол
- Б специфическую гипосенсибилизацию
- В монтелукаст
- Г омализумаб

770. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ИНФЕКЦИОННОМ МИОКАРДИТЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВОЗРАСТАЕТ УРОВЕНЬ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КЛАССА

- А IgG
- Б IgA
- В IgM
- Г IgE

771. ПРИ ОСТРОМ ЭПИГЛОТТИТЕ ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ДОЛЖНО БЫТЬ ВЫПОЛНЕНО НЕ ПОЗДНЕЕ _____ ОТ МОМЕНТА УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА

- А 1 часа
- Б 30 минут
- В 24 часов
- Г 3 часов

772. ЗАГУСТИТЕЛЬ СОДЕРЖИТСЯ В СМЕСИ

- А нутрилак АР
- Б нутрилак Пептиди СЦТ
- В малютка
- Г НАН кисломолочный

773. ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ОТЕКЕ ГОРТАНИ, СТЕНОЗЕ 2 СТЕПЕНИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕДЕНИЕ

- А отвлекающей, гипосенсибилизирующей терапии
- Б средней трахеостомии
- В нижней трахеостомии
- Г верхней трахеостомии

774. ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ОТЕКЕ ГОРТАНИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО

- А парентеральное введение глюкокортикостероидов
- Б парентеральное введение лазикса
- В применение антибиотиков
- Г назначение противокашлевых средств

775. К БЫСТРОМУ БРОНХОДИЛАТИРУЮЩЕМУ ЭФФЕКТУ ПРИВОДИТ СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИПРАТРОПИЯ БРОМИДА И

- А В2-агонистов
- Б кромоглициевой кислоты
- В эпинефрина
- Г м-холинолитиков

776. В ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ИССЛЕДОВАНИЕ

- А рентгенологическое
- Б лабораторное
- В иммунологическое
- Г бактериологическое

777. ДИАСКИНТЕСТ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ РЕКОМБИНАНТНЫЙ БЕЛОК, СОДЕРЖАЩИЙ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ АНТИГЕНЫ

- А ESAT-6 и CFP-10
- Б ESAT-10, CFP-6 и TB-7

- В ESAT-10 и CFP-6
- Г ESAT-6, CFP-10 и TB-7

778. ПРИ АДЕНОВИРУСНОМ КОНЪЮКТИВИТЕ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СЛЕЗНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИМЕНЯЮТ

- А натуральную слезу
- Б сульфацетамид
- В таурин
- Г диклофенак

779. ПРИ АДЕНОВИРУСНОМ КОНЪЮКТИВИТЕ ПРИ ПОМУТНЕНИЯХ РОГОВИЦЫ ПРИМЕНЯЮТ

- А дексаметазон
- Б солкосерил
- В натуральную слезу
- Г баларпан

780. ПРИ АДЕНОВИРУСНОМ КОНЪЮКТИВИТЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТ

- А офтальмоферон
- Б таурин
- В дексаметазон
- Г фурациллин

781. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕВОЧЕК НАИБОЛЕЕ ТРУДНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- А апоплексией яичника
- Б гастритом
- В копростазом
- Г кишечной инфекцией

782. ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ДОЛЖНЫ ПРИМЕНЯТЬСЯ

- А адреномиметики
- Б глюкокортикостероиды
- В теофиллины
- Г ингибиторы лейкотриеновых рецепторов

783. ДЛЯ ПОДОСТРОГО ДИСSEМИНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ РАСSEИВАНИИ МИКОБАКТЕРИЙ, ХАРАКТЕРНА ДИСSEМИНАЦИЯ

- А субтотальная крупноочаговая с преимущественной локализацией очаговых теней в верхних и средних отделах легких
- Б равномерная по всем полям мелкоочаговая
- В субтотальная или тотальная полиморфная и наличие толстостенных каверн
- Г субтотальная или тотальная полиморфная

784. ДО ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ ГНОЙНОМ МЕНИНГИТЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- А цефотаксим
- Б эритромицин
- В цафалексин

Г клиндамицин

785. НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В ФАЗЕ ОБОСТРЕНИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРИМЕНЕНИИ

- А топических глюкокортикостероидов
- Б нестероидных противовоспалительных кремов и мазей
- В средств, улучшающих микроциркуляцию и трофику кожи
- Г фунгицидных препаратов и регенерирующих средств

786. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЁЛОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ОРВИ У НОВОРОЖДЁННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- А бронхиолит
- Б бронхит
- В трахеит
- Г ларингит

787. ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ГИПЕРОСМОЛЯРНАЯ КОМА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- А гипертонусом мышц
- Б полиурией
- В артериальной гипертензией
- Г гипотермией

788. НАИБОЛЕЕ СУЩЕСТВЕННЫМ ПАРАМЕТРОМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ ГЕМОЛИТИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЁННЫХ ПО СИСТЕМЕ АВО, СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- А обнаружение иммунных антител анти-А и анти-В в крови матери
- Б снижение осмотической резистентности эритроцитов ребёнка
- В положительную прямую пробу Кумбса
- Г наличие у матери группы крови О, а у ребёнка – А (II) или В (III)

789. КО II КЛАССУ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТ

- А β -блокаторы
- Б препараты, удлиняющие реполяризацию
- В блокаторы натриевых каналов
- Г блокаторы медленных кальциевых каналов

790. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ОБОСНОВАНИЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ВИТАМИНА К ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- А дефицит протромбина и проконвертина
- Б дефицит I, XII Факторов
- В дефицит I, II, III факторов
- Г дефицит X, XII факторов

791. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПРЯМОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

- А атрезию желчевыводящих путей
- Б целиакию
- В желтуху Ариаса
- Г болезнь Вискотта-Олдрича

792. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛАКУНАРНОЙ АНГИНЫ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ МОЖНО НАЗНАЧИТЬ

- А Джозамицин
- Б Амоксициллин + Клавулановая кислота
- В Цефтибутен
- Г Амоксициллин

793. ВРОЖДЕННЫЙ ПИЛОРОСТЕНОЗ ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ (МЕС.)

- А 1-1,5
- Б 2-3
- В до 1
- Г до 6

794. К СИМПТОМАМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В ОБЛАСТИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ОТНОСЯТ

- А гиперемию и расчесы кожных покровов наружных половых органов
- Б выделения с неприятным «рыбьим» запахом
- В кровяные выделения из половых путей
- Г гнойные выделения из половых путей

795. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ КАРТИНЫ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А умеренный лейкоцитоз (нейтрофильный сдвиг формулы влево)
- Б лейкопения (сдвиг лейкоцитарной формулы вправо)
- В ускорение СОЭ (без изменения количества лейкоцитов)
- Г гиперлейкоцитоз (сдвиг Лейкоцитарной формулы влево)

796. КАК ПРОВОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕЖДУ ПИЕЛООКТАЗИЕЙ И ГИДРОНЕФРОТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИЕЙ ПОЧКИ?

- А ультразвуковым тестом с лазиксом
- Б экскреторной урографией
- В микционной цистографией
- Г радиоизотопным исследованием

797. В НОРМЕ МЕСТНАЯ ПРИВИВОЧНАЯ РЕАКЦИЯ ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ ИЛИ РЕВАКЦИНАЦИИ БЦЖ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ

- А рубчика
- Б келоидного рубца
- В гиперемии любого размера
- Г язвы более 12 мм

798. У ИНФИЦИРОВАННОГО МБТ РЕБЕНКА ПРИ ПОСТАНОВКЕ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л НА МЕСТЕ ПАПУЛЫ В ДАЛЬНЕЙШЕМ НЕ РЕДКО ФОРМИРУЕТСЯ

- А участок гиперпигментации
- Б лимфангит
- В участок депигментации
- Г звездчатый белесоватый рубчик

799. ВРОЖДЕННАЯ ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА ВЫЯВЛЯЕТСЯ НА НЕДЕЛЕ ГЕСТАЦИИ

- А 18-20
- Б 30-32

- В 21-22
- Г 12-14

800. ТИП РЕАКЦИЙ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЙСЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ

- А гипертермический
- Б анафилактический
- В цитотоксический
- Г иммунокомплексный

801. ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ХАРАКТЕРНЫ

- А гипонатриемия, гипокалиемия, метаболический алкалоз
- Б рвота «фонтаном» неизменным молоком, объем рвотных масс не превышает объем кормления
- В гипернатриемия, гиперкалиемия, метаболический ацидоз
- Г срыгивания, появляющиеся на второй неделе жизни

802. ЭНУРЕЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А непроизвольное мочеиспускание во время сна
- Б учащение мочеиспускания
- В задержка мочеиспускания
- Г произвольное мочеиспускание во время бодрствования

803. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО СУЖЕНИЯ ЗАДНЕПРОХОДНОГО ОТВЕРСТИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А пальцевое ректальное исследование
- Б рентгеноконтрастный
- В ректороманоскопия
- Г колоноскопия

804. ПРИЧИНОЙ ЗАТРУДНЕННОГО ДЫХАНИЯ ПЕРИОДИЧЕСКИ С ПРИСТУПАМИ УДУШЬЯ У ПАЦИЕНТА С ОХРИПЛЫМ ГОЛОСОМ И ПЕРИОДИЧЕСКОЙ АФОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А фиксированное инородное тело гортани
- Б инородное тело главного бронха
- В баллотирующее инородное тело трахеи
- Г инородное тело сегментарного бронха

805. БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НАЗЫВАЮТ

- А заболевание дыхательной системы, в основе которого лежит хроническое воспаление слизистой оболочки бронхов, которое сопровождается вариабельной обструкцией и бронхиальной гиперреактивностью
- Б хроническое инфекционное воспаление слизистой оболочки бронхов
- В хроническое обструктивное заболевание с нарушением реологических свойств мокроты и задержкой физического развития
- Г хроническое заболевание Дыхательной системы характеризующееся прогрессирующей необратимой обструкцией бронхов

806. КРИПТОРХИЗМ РАССМАТРИВАЮТ КАК

- А неопущение яичек в мошонку
- Б сращение крайней плоти

- В недоразвитие наружных половых органов
- Г гипогонадизм

807. К ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТАМ ЛЕЧЕБНЫХ ГРЯЗЕЙ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ИХ ТЕРМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА (ТЕПЛОЁМКОСТЬ И ТЕПЛОПРОВОДНОСТЬ), ОТНОСЯТ

- А минеральные соли
- Б воду
- В органические вещества
- Г кристаллический скелет

808. ОСОБЕННОСТЬЮ КЛИНИКИ РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А развитие бронхообструктивного синдрома
- Б наличие конъюнктивита
- В увеличение всех групп лимфоузлов
- Г появление кишечного синдрома

809. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ, АССОЦИИРОВАННОМ С ХЕЛИКОБАКТЕРОМ ПИЛОРИЧЕСКИМ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- А эрозивный антральный гастрит
- Б базальная секреция с рН выше 2,5
- В В12-дефицитная анемия
- Г локализация процесса в теле желудка

810. ХАЛАЗИЯ КАРДИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- А рвотой и срыгиваниями
- Б олигурией
- В гипертермией и болями в желудке
- Г жидким стулом

811. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТНОСИТСЯ

- А продольная суборбитальная складка
- Б отягощенный аллергоанамнез
- В наличие микровезикул на лице и разгибательных поверхностях конечностей
- Г наличие зудящихся папул, расположенных линейно, попарно

812. ГНОЙНЫЙ МЕНИНГИТ НЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- А энтеровирусной инфекции
- Б стафилококковом сепсисе
- В брюшном тифе
- Г сальмонеллезе

813. МАЛЬЧИК 7 ЛЕТ, ВЯЛЫЙ, БЛЕДНЫЙ, РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ОТЕКИ. ЧТО, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ДОЛЖЕН ВЫЯСНИТЬ УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ-ПЕДИАТР?

- А сколько мочи ребенок выделил за сутки
- Б был ли контакт с больным корью
- В что ребенок ел накануне
- Г какие детские инфекции перенес в раннем возрасте

814. ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ НАГРУБАНИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ У НОВОРОЖДЕННЫХ

- А лечения не требуется
- Б назначается антибиотикотерапия
- В выполняется выдавливание секрета
- Г накладываются полу-спиртовые компрессы

815. ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А промежность и половые органы
- Б конечности
- В грудная клетка
- Г лицо

816. НИТРОЗОВАЗОДИЛАТАТОРЫ (ПРЕПАРАТЫ НИТРОГЛИЦЕРИНА УМЕНЬШАЮТ ПОТРЕБНОСТЬ МИОКАРДА В КИСЛОРОДЕ, ПОТОМУ ЧТО

- А уменьшают преднагрузку на сердце
- Б увеличивают постнагрузку на сердце
- В вызывают уменьшение частоты сердечных сокращений
- Г оказывают прямое угнетающее действие на сократимость миокарда

817. ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕТЯМ, ПЕРЕНЕСШИМ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ВОЗМОЖНО ЧЕРЕЗ

- А 2-3 месяца
- Б 5-6 месяцев
- В 1 год
- Г 1,5 года

818. РАСТЯЖЕНИЮ СПАЕК ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПЛЕВРИТЕ У ДЕТЕЙ СПОСОБСТВУЮТ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ

- А динамические с подъёмом руки на больной стороне
- Б статические
- В динамические с подъёмом руки на здоровой стороне
- Г динамические дренажные с подъёмом руки на больной стороне

819. ПРИЧИНОЙ ЗАТРУДНЕННОГО, ПЕРИОДИЧЕСКИ С ПРИСТУПАМИ УДУШЬЯ ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОХРИПЛЫМ ГОЛОСОМ И ПЕРИОДИЧЕСКОЙ АФОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО

- А фиксированное гортани
- Б фиксированное трахеи
- В сегментарного бронха
- Г баллотирующее трахеи

820. К СИМПТОМАМ, НЕ СООТВЕТСТВУЮЩИМ КЛИНИКЕ ОТЁКА ЛЁГКИХ ОТНОСЯТ

- А тоны сердца усилены, пульс ритмичный
- Б кашель с отделением пенистой мокроты
- В влажные разнокалиберные хрипы в лёгких
- Г бледность, цианоз кожи, холодный пот

821. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ С ЯВЛЕНИЯМИ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА В УСЛОВИЯХ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НА УЧАСТКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А Левомецетина сукцинат
- Б Цефотаксим
- В Бензилпенициллин
- Г Амоксициллин

822. ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ БЛЕДНОЙ ПОГАНКОЙ НЕ ХАРАКТЕРНА

- А гипертермия
- Б диарея
- В рвота
- Г тошнота

823. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРНЫ ДЛИТЕЛЬНО СОХРАНЯЮЩИЕСЯ ХРИПЫ

- А крупно- и среднепузырчатые влажные
- Б локальные мелкопузырчатые
- В рассеянные сухие свистящие
- Г рассеянные мелкопузырчатые влажные

824. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ТРАКТУЮТСЯ КАК АНЕМИЯ?

- А снижение уровня гемоглобина и эритроцитов
- Б снижение уровня гемоглобина и ретикулоцитов
- В снижение уровня гемоглобина и цветового показателя
- Г снижение числа эритроцитов и ретикулоцитов

825. ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ УГАРНЫМ ГАЗОМ МЕТОДОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А гипербарическая оксигенация
- Б гемосорбция
- В ингаляции кислородно-воздушной смеси
- Г заменное переливание крови

826. ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ У ДЕВОЧЕК ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

- А 3-8
- Б 12-16
- В 1-3
- Г 8-12

827. С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПРОВОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ МЕНИНГИТЕ?

- А грипп с явлениями нейротоксикоза
- Б острый пиелонефрит
- В острый бронхит
- Г скарлатина

828. НЕОБХОДИМО ОСМОТРЕТЬ НА ДОМУ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

- А ребенка 3 месяцев с температурой 38°C, сыпью, рвотой, судорогами
- Б ребенка 3 лет с температурой 38,5°C, сыпью и контактом по скарлатине

- В ребенка 5 лет с температурой 38°C
- Г ребенка новорожденного (первичный патронаж)

829. ПОЛЛАКИУРИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А учащение мочеиспусканий
- Б боль при мочеиспускании
- В урежение мочеиспусканий
- Г увеличение диуреза

830. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩАЯСЯ ПРИСТУПАМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ И НОЧНЫМИ, ЗАТРУДНЕННОГО ДЫХАНИЯ, ПОВТОРЯЮЩИМИСЯ ЧАЩЕ ОДНОГО РАЗА В НЕДЕЛЮ, КОТОРЫЕ КУПИРУЮТСЯ ПОВТОРНЫМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БРОНХОЛИТИКОВ И ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ, РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК

- А среднетяжелая персистирующая
- Б тяжелая персистирующая
- В легкая персистирующая
- Г легкая интермиттирующая

831. ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ И С ИСХОДОМ В ХРОНИЧЕСКУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В ТЕЧЕНИЕ 1 КВАРТАЛА ПОСЛЕ АТАКИ ВРАЧ-ПЕДИАТР И ВРАЧ-РЕВМАТОЛОГ ОСМАТРИВАЮТ

- А ежемесячно
- Б еженедельно
- В ежедневно
- Г 1 раз

832. ЧАСТОТА ТРАНЗИТОРНОЙ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ СВЯЗАНА С

- А большим содержанием лактозы в молоке
- Б преобладанием в кишечной микрофлоре бифидобактерий
- В наличием в кишечной микрофлоре аэробной флоры
- Г повышенным осмотическим давлением в кишечнике

833. ДЕТИ, РОЖДЕННЫЕ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ МАТЕРЯМИ, НЕ ПРИВИТЫЕ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ, ИММУНИЗИРУЮТСЯ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА В ВОЗРАСТЕ ДО 18 МЕСЯЦЕВ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ

- А двух отр. результатов обследования на ДНК/РНК ВИЧ
- Б трех отр. результатов обследования на ДНК/РНК ВИЧ
- В одного отр. результата обследования на ДНК/РНК ВИЧ
- Г отр. результата диагностики ВИЧ-инфекции путем определения антител к ВИЧ

834. ОСНОВНЫМ ОБЪЕКТИВНЫМ СИМПТОМОМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ

- А мышечного дефанса
- Б Щеткина
- В Филатова
- Г «рубашки»

835. ПРИ СУХОМ, НАВЯЗЧИВОМ, «КОКЛЮШЕПОДОБНОМ» КАШЛЕ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ

- А Бутамират

- Б Алтея лекарственного травы экстракт
- В Амброксол
- Г Фенспирид

836. СИНДРОМОМ ДИЗУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А расстройство акта мочеиспускания
- Б увеличение количества выделенной мочи
- В нарушение концентрационной функции почек
- Г уменьшение количества выделенной мочи

837. ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ В ВЫБОРЕ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И СРОКОВ АКТИВИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СТАЦИОНАРЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А глубина и обширность поражения миокарда
- Б возраст больного
- В предынфарктная физическая активность больного
- Г желание больного

838. СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРИППА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А противовирусные (Озельтамивир)
- Б сульфаниламидные препараты
- В антибиотики (Цефотаксим)
- Г ацетилсалициловая кислота

839. 90% ВСЕХ СЛУЧАЕВ АСЕПТИЧЕСКОГО МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ И 50% У СТАРШИХ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ ВЫЗЫВАЕТ

- А энтеровирус
- Б *Haemophilus influenzae* тип В
- В вирус эпидемического паротита
- Г вирус клещевого энцефалита

840. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИЗНЕННОЙ ЕМКОСТИ ЛЕГКИХ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А спирометр
- Б пикфлоуметр
- В динамометр
- Г флатгер

841. ЛЕЧЕНИЕ НЕПРЯМОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ ВКЛЮЧАЕТ

- А фототерапию
- Б раствор альбумина
- В инфузионную терапию
- Г урсодезоксихолевую кислоту

842. СИМПТОМОМ ЭКСИКОЗА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А западение большого родничка
- Б влажный кашель
- В полиурия
- Г шелушение кожных покровов

843. К ВОЗБУДИТЕЛЯМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ОТНОСИТСЯ

- А вирус Эпштейна – Барра
- Б аденовирус
- В стафилококк

Г стрептококк

844. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ТОНКО-ТОНКОКИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А возрастная дискоординация перистальтики
- Б респираторно-вирусная инфекция
- В изменение или нарушение режима питания
- Г диспепсия

845. К ХАРАКТЕРИСТИКАМ ИЗМЕНЕНИЙ ЯЗЫКА ПРИ СКАРЛАТИНЕ ОТНОСЯТ

- А сосочковый со 2-3 дня
- Б «географический»
- В коричнево-черный налет
- Г «лакированный»

846. МОЧЕВЫМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЮТСЯ

- А количественные и качественные изменения мочи при заболеваниях
- Б изменения окраски и прозрачности мочи
- В расстройства акта мочеиспускания
- Г клинические признаки нарушения выведения мочи

847. ЭТИОПАТОГЕНЕЗОМ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А порок развития грудинно-ключично-сосцевидной мышцы
- Б воспалительная теория
- В неправильное положения плода
- Г травма при родах

848. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ПРОДОЛЖАЕТСЯ

- А в течение трех лет
- Б в течение одного года
- В в течение пяти лет
- Г до перевода во взрослую сеть здравоохранения

849. ТОПИЧЕСКИЕ ИНГИБИТОРЫ Кальциневрина у детей, больных атопическим дерматитом, можно использовать, нанося на кожу

- А любой области, включая лицо
- Б туловища
- В области естественных складок
- Г конечностей

850. ВАКЦИНА БЦЖ ВВОДИТСЯ СТРОГО

- А внутрикожно
- Б внутрь
- В внутримышечно
- Г подкожно

851. К ферментативным микросферическим препаратам панкреатина относится

- А Креон
- Б Мезим

- В Панзинорм
- Г Фестал

852. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А ото-рино-ликворея
- Б очаговая неврологическая симптоматика
- В потеря сознания
- Г многократная рвота

853. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ПРИ ЛЕГКОЙ ФОРМЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СОСТАВЛЯЕТ (МЕС.)

- А 1-1,5
- Б 4-6
- В 2-3
- Г 0,5

854. НИКТУРИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А преобладание ночного диуреза над дневным
- Б преобладание дневного диуреза над ночным
- В нарушение концентрационной функции почек
- Г снижение фильтрационной функции почек

855. ПУСКОВЫМ МЕХАНИЗМОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

- А нарушение пищевого режима ребенка
- Б подвижный образ жизни
- В травма брюшной полости
- Г перенесенная кишечная инфекция

856. ПРИ КОРИ К РАННИМ ГЛАЗНЫМ СИМПТОМАМ ОТНОСИТСЯ

- А катаральный конъюнктивит и светобоязнь
- Б хореоретинит
- В иридоциклит
- Г птоз и косоглазие

857. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНО

- А снижение сывороточного железа
- Б увеличение сывороточного железа
- В наличие микроцитарной анемии
- Г наличие гипохромной анемии

858. ОСТРОТА КЛИНИКИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЗАВИСИТ ОТ

- А длины аганглионарной зоны
- Б качества ухода за ребенком
- В возраста ребенка
- Г срока гестации при рождении

859. У ДЕТЕЙ С ЖАРОПОНИЖАЮЩЕЙ ЦЕЛЬЮ ПРИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (ОРВИ) НЕЛЬЗЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А Нимесулид
- Б комбинированные препараты Парацетамол + Ибупрофен

- В Ибупрофен
- Г Парацетамол

860. ЛЕЧЕНИЕ ГАЛАКТОЗЕМИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- А диете с исключением продуктов, содержащих галактозу и глюкозу
- Б назначении панкреатических ферментов
- В диете с исключением продуктов, содержащих животный белок
- Г диете с исключением продуктов, содержащих фенилаланин

861. КАКОЙ СЕПСИС НОВОРОЖДЕННОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПО «ВХОДНЫМ ВОРОТАМ»

- А пупочный
- Б кишечный
- В кожный
- Г отогенный

862. ПОКАЗАНИЕМ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (ОРВИ) ЯВЛЯЕТСЯ

- А наличие осложнений
- Б анемия легкой степени
- В фарингит
- Г цефалгия

863. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА С ПОВТОРЯЮЩИМИСЯ ПРИСТУПАМИ ВЕСНОЙ ОБУСЛОВЛЕНА СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ К АЛЛЕРГЕНАМ

- А пыльцевым
- Б грибковым
- В эпидермальным
- Г пищевым

864. К ОСОБЕННОСТЯМ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОТНОСЯТ

- А частые гнойные, септические осложнения
- Б частые аллергические осложнения
- В геморрагическую сыпь
- Г более выраженный токсический синдром

865. ИШЕМИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- А заметной трансфузии крови через пупочной вену
- Б присоединения кишечной инфекции
- В внутриутробной инфицирования плода
- Г инфекционных заболеваний у матери

866. ЗАПОДОЗРИТЬ У РЕБЕНКА ТЕТАНИЮ МОЖНО ПО

- А беспокойству, вздрагиванию
- Б адинамии
- В плохому аппетиту
- Г анемии

867. ФОРМЫ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ИСКЛЮЧАЮТ

- А Изолированную
- Б Стертую
- В Простую
- Г сольтерющую

868. ОСМОТР ДЕТСКОГО ЭНДОКРИНОЛОГА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)

- А 16
- Б 12
- В 11
- Г 13

869. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

- А тромбоцитопенической пурпуре
- Б гемолитической анемии
- В железодефицитной анемии
- Г геморрагическом васкулите

870. К СИНДРОМУ ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСИТСЯ

- А Бактериурия
- Б Энурез
- В Никтурия
- Г гематурия

871. НЕЙТРОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ (НЕЙТРОФИЛЕЗ) У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- А лечении кортикостероидами
- Б железодефицитной анемии
- В лечении цитостатиками
- Г вирусных инфекциях

872. ДЛЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 МЕСЯЦА ДО 1 ГОДА ХАРАКТЕРНО

- А преобладание лимфоцитов
- Б преобладание нейтрофилов
- В количество лейкоцитов не более $10 \times 10^9/\text{л}$
- Г преобладание моноцитов

873. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА ЯВЛЯЕТСЯ

- А стрептококк
- Б клебсиелла
- В candida
- Г стафилококк

874. «МАЛЫЙ» КРАСНУШНЫЙ СИНДРОМ (ТРИАДА ГРЕГГА) ВКЛЮЧАЕТ

- А глухоту, катаракту, пороки сердца
- Б гепатит, пневмонию, нефрит
- В микроцефалию, пороки сердца, гепатит
- Г микроцефалию, гепатоспленомегалию, миокардит

875. ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ЭТИОЛОГИИ ПНЕВМОНИИ У РЕДКО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ ГОДА ИГРАЕТ

- А пневмококк
- Б стафилококк
- В клебсиелла
- Г стрептококк

876. РАЗВИТИЕ ГИПЕРТЕРМИИ С ОЗНОБОМ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТИПИЧНО ДЛЯ ПНЕВМОНИИ

- А пневмококковой
- Б пневмоцистной
- В микоплазменной
- Г стафилококковой

877. ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ЛЕВОТИРОКСИНА СЛЕДУЕТ

- А временно отменить препарат
- Б назначить фуросемид в больших дозах
- В назначить клофибрат
- Г назначить фенитоин

878. ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ

- А дыхание Куссмауля
- Б полиурию
- В артериальную гипертензию
- Г гипертермию

879. РАЗВИТИЕ ПИТОРАКСА В ПЕРВЫЕ 2-3 ДНЯ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПНЕВМОНИИ

- А стафилококковой
- Б пневмококковой
- В пневмоцистной
- Г микоплазменной

880. ПРИ «БЕЛОЙ» ФОРМЕ ЛИХОРАДКИ У РЕБЕНКА НАБЛЮДАЮТ

- А онемение конечностей
- Б жажду
- В брадикардию
- Г гиперемию щек

881. ПАТОЛОГИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ, КОТОРОЕ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ ЭНУРЕЗОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А нейрогенная дисфункция мочевого пузыря
- Б гломерулонефрит
- В стеноз уретры
- Г интерстициальный нефрит

882. БОЛЬНОЙ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ ОПАСЕН ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ

- А до 5 дня после последних высыпаний
- Б весь период инкубации
- В весь период болезни

Г в первые 3-5 дней болезни

883. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПРИЧИН МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У СЕКСУАЛЬНО АКТИВНОЙ ДЕВОЧКИ-ПОДРОСТКА, ПЕРВЫМ ДЕЛОМ, НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

- А беременность
- Б субмукозную миому матки
- В коагулопатию
- Г аденомиоз

884. ОСНОВНЫМ ОРГАНОМ СИНТЕЗА ЛИМФОЦИТОВ У ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- А тимус
- Б почечный эпителий
- В костный мозг
- Г селезенка

885. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЛАКТОСТАЗА ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А нарушение техники вскармливания
- Б недоедание
- В стресс
- Г физическая нагрузка

886. ПРИЧИНОЙ АТРЕЗИИ КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- А нарушение эмбриогенеза кишечной трубки на стадии солидного шнура
- Б нарушение иннервации кишечной стенки
- В нарушение вращения кишечника
- Г кистозный фиброз поджелудочной железы

887. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ВСТРЕЧАЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕ В ВИДЕ

- А вторичной бактериальной инфекции
- Б поражения центральной нервной системы
- В герпесвирусной инфекции
- Г кандидоза

888. К ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСИТСЯ

- А кожный зуд
- Б лихенификация на сгибательных поверхностях
- В кератоконус
- Г периорбитальная гиперпигментация

889. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО

- А определение специфических антител класса IgE к пищевым аллергенам в крови
- Б определение общего IgE
- В копрологическое исследование
- Г эндоскопическое исследование

890. МАКСИМАЛЬНОЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ ОКАЗЫВАЕТ

- А Беклометазон
- Б Кромоглициевая кислота
- В Азеластин
- Г Лоратадин

891. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕЗОННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ ПРИМЕНЯЮТ

- А интраназальные глюкокортикостероиды
- Б системные глюкокортикостероиды
- В антигистаминные препараты 1 поколения
- Г антилейкотриеновые препараты

892. К БЫТОВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ ОТНОСИТСЯ

- А домашняя пыль
- Б белок коровьего молока
- В пыльца полыни
- Г пыльца березы

893. К СИМПТОМАМ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ОТНОСИТСЯ

- А ринорея
- Б наличие рецидивирующих носовых кровотечений
- В осиплость голоса
- Г наличие отделяемого из носа гнойного характера

894. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПОСТОЯННЫМИ СИМПТОМАМИ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ЧИХАНИЕ, ЗУД В ОБЛАСТИ НОСА, ОБИЛЬНОЕ ПРОЗРАЧНОЕ ВОДЯНИСТОЕ ОТДЕЛЯЕМОЕ ИЗ НОСА, ЗАТРУДНЕНИЕ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А аллергический ринит
- Б острый ринит
- В острый синусит
- Г аденоидит

895. В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ

- А пищевая
- Б пыльцевая
- В бытовая
- Г эпидермальная

896. ПРОДУКТОМ, ЧАСТО СТАНОВЯЩИМСЯ ПРИЧИНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А рыба
- Б конина
- В кролик
- Г индейка

897. ВЫЯВЛЕНИЕ ЭОЗИНОФИЛОВ ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ МАЗКОВ-ОТПЕЧАТКОВ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ

- А аллергического ринита
- Б острого респираторного заболевания
- В полипа

Г вазомоторного ринита

898. К ТЯЖЕЛЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА ОТНОСЯТ

- А анафилактический шок
- Б аллергический васкулит
- В крапивницу
- Г атопический дерматит

899. ДЕТСКАЯ ФОРМА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ВЫСТАВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- А 2-11 лет
- Б 1-2 года
- В 12-16 лет
- Г 1-12 месяцев

900. НА ОЧАГИ ВЫРАЖЕННОЙ ЛИХЕНИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ТОПИЧЕСКИЕ КОРТИКОСТЕРОИДЫ В ВИДЕ

- А мази
- Б лосьоны
- В эмульсии
- Г крема

901. ОЦЕНКУ ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРОВОДЯТ ПО

- А шкале SCORAD
- Б шкале GINA
- В шкале ROSS
- Г опроснику ISAAC

902. ПРИ КРАПИВНИЦЕ СЫПЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА

- А любых участках тела
- Б конечностях
- В лице
- Г туловище

903. ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ПРОЦЕССЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПЛОЩАДЬ ПОРАЖЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ ___% ОТ КОЖНОГО ПОКРОВА

- А 10-50
- Б 85-100
- В 1-10
- Г 50-80

904. ПРИ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЕ БЕЗ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИХ ОТЕКОВ ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ

- А антигистаминным препаратом второго поколения
- Б инфузионная терапия с целью дезинтоксикации
- В антигистаминный препарат первого поколения
- Г Преднизолон 1-2мг/кг в сутки коротким курсом

905. В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ КРАПИВНИЦЕ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А антигистаминные препараты 2 поколения
- Б кромоны
- В антигистаминные препараты 1 поколения
- Г сорбенты

906. ДЕБЮТ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В 60-70% СЛУЧАЕВ ПРИХОДИТСЯ НА

- А 1 год жизни
- Б школьный возраст
- В дошкольный возраст
- Г 2-3 год жизни

907. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЫ ПЕРВОЙ ЛИНИЕЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- А антигистаминные препараты 2 поколения
- Б антигистаминные препараты 1 поколения
- В местные глюкокортикостероиды
- Г системные глюкокортикостероиды

908. К ТОПИЧЕСКИМ ИНГИБИТОРАМ КАЛЬЦИНЕВРИНА, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, ОТНОСИТСЯ

- А пимекролимус
- Б мометазон
- В флутиказон
- Г декспантенол

909. АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ ОБУСЛОВЛЕН

- А хроническим аллергическим воспалением слизистой оболочки носа
- Б системным заболеванием соединительной ткани
- В хроническим инфекционным процессом слизистой оболочки носа
- Г острым инфекционным процессом

910. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТНОСЯТ

- А сухость кожи
- Б типичную морфологию и локализацию кожных высыпаний при осмотре
- В зуд кожных покровов
- Г лихенификацию и расчесы в области сгибов конечностей

911. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭОЗИНОФИЛИЯ У ДЕТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- А первых 10-12 дней
- Б первых 3-5 дней
- В младших школьников
- Г старших школьников

912. УРОВЕНЬ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (%)

- А 4-6
- Б 8-10
- В 12-15
- Г 6-8

913. ПРОБА ПО ЗИМНИЦКОМУ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ

- А концентрационную функцию почек
- Б фильтрационную функцию почек
- В количество лейкоцитов в моче
- Г количество эритроцитов в моче

914. БИОХИМИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ КРОВИ, КОТОРЫЙ ГОВОРИТ О МЫШЕЧНОМ РАСПАДЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А креатинфосфокиназа
- Б билирубин
- В мочевины
- Г холестерин

915. ДЛЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ГОДА ДО 5 ЛЕТ

- А характерно преобладание лимфоцитов
- Б характерно преобладание нейтрофилов
- В характерен моноцитоз
- Г характерна лейкопения

916. МАКСИМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ КОЛИЧЕСТВА НЕЙТРОФИЛОВ ОБЫЧНО ПРИХОДИТСЯ НА ___ ДЕНЬ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ

- А 1-4
- Б 9-11
- В 7-9
- Г 5-7

917. БИОХИМИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ КРОВИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПО ПОДДЕРЖАНИЮ ГОМЕОСТАЗА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А уровень мочевины
- Б активность трансаминаз
- В протромбин
- Г общий билирубин

918. ПЕРВЫЙ «ПЕРЕКРЕСТ» ЧИСЛА НЕЙТРОФИЛОВ И ЛИМФОЦИТОВ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТЕ ___ ДЕНЬ ЖИЗНИ

- А 4-5
- Б 10-12
- В 7-9
- Г 1-3

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ РЕТИКУЛОЦИТОВ В КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А острой кровопотери
- Б апластической анемии
- В острого лейкоза
- Г иммунной тромбоцитопении

919. ВТОРОЙ ПЕРЕКРЕСТ В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- А 4-5 лет
- Б 6-8 месяцев
- В 1-2 лет
- Г 4-5 месяцев

920. ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ МАРКЕРОМ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ЯВЛЯЕТСЯ

- А белок крови
- Б глюкоза крови
- В гематокрит
- Г электролиты крови

921. ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОБЫ ПО ЗИМНИЦКОМУ ПАЦИЕНТ В ТЕЧЕНИЕ СУТОК СОБИРАЕТ МОЧИ (В ЧАСАХ)

- А каждые 3
- Б каждые 6
- В в течение 3
- Г в течение 12

922. ФЕРМЕНТОМ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА ВЫСТУПАЕТ

- А пепсиноген I
- Б лактаза
- В амилаза
- Г трипсиноген

923. ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ В ВИДЕ ИНДУРАЦИИ И АТРОФИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А склеродермии
- Б ювенильном дерматомиозите
- В болезни Шенлейна – Геноха
- Г ювенильном артрите

924. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А амилоидозом
- Б дисметаболической нефропатией
- В интерстициальным нефритом
- Г пиелонефритом

925. ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ДЛЯ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- А некроз кожи и локальные отеки
- Б дефицит пульса и снижение артериального давления
- В анулярная эритема и ревматические узелки
- Г малая хорея и утренняя скованность

926. ПОСЛЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА С ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ ПЕРЕВОДЯТ НА ВТОРОЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ

- А санаторий
- Б поликлинику

- В диагностический центр
- Г туберкулезный диспансер

927. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ОТМЕЧАЕТСЯ

- А лейкопения, тромбоцитопения
- Б лейкоцитоз , тромбоцитопения
- В тромбоцитопения , эозинофилия
- Г тромбоцитоз , лимфоцитоз

928. К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ОТНОСЯТ

- А кардит
- Б лихорадку
- В ускорение СОЭ
- Г лейкоцитоз

929. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ РЕВМАТИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

- А кардит
- Б артралгия
- В лихорадка
- Г очаговая инфекция

930. РАЗВИТИЕ ЛЕЙКОПЕНИИ И ТРОМБОПЕНИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А системной красной волчанки
- Б острой ревматической лихорадки
- В системной склеродермии
- Г ювенильного идиопатического артрита

931. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ АРТРИТА ПРИ ОТРОЙ РЕМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А летучесть болей
- Б утренняя скованность суставов
- В длительное течение артрита
- Г поражение мелких суставов

932. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- А системные глюкокортикостероиды
- Б спазмолитики и миорелаксанты
- В антигистаминные препараты
- Г нестероидные противовоспалительные препараты

933. К ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ОТНОСЯТ

- А антинуклеарный фактор (АНФ) и антитела (АТ) к двуспиральной ДНК
- Б повышение титров антистрептолизин - О (АСЛО) и антистрептогиалуронидазы (АС)
- В положительная реакция Райта и Хеддельсона
- Г ревматоидный фактор и сиаловые кислоты

934. В КАЧЕСТВЕ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА НАЗНАЧАЮТ

- А метотрексат
- Б циклофосфамид
- В меркаптопурин
- Г азатиоприн

935. ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ

- А генерализованное поражение мышц
- Б синдром Рейно
- В нефропатия
- Г нейропатия

936. К «МАЛОМУ » ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ КРИТЕРИЮ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ОТНОСЯТ

- А артралгию
- Б кардит
- В подкожные ревматические узелки
- Г хорею

937 К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ - ДЖОНСУ - НЕСТЕРОВУ ОТНОСИТСЯ

- А малая хорея
- Б увеличение с - реактивного белка (срб)
- В лихорадка
- Г удлинение интервала R - R на ЭКГ

938. В ОСНОВНЫЕ (БОЛЬШИЕ) ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ВХОДИТ

- А хорея
- Б мигрирующая эритема
- В лихорадка
- Г перемежающаяся хромота

939. ОТСУТСТВИЕ ПУЛЬСА НА ОДНОЙ РУКЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ БОЛЕЗНИ

- А Такаясу
- Б Хашимото
- В Вегенера
- Г Кавасаки

940. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ ОТНОСЯТ

- А перемежающуюся , летучую , эритематозную сыпь
- Б артрит , ассоциированный с энтезитами
- В постоянную , обильную папулезную сыпь
- Г псориаз у родственников первой линии

941. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А мышечная слабость
- Б деструктивная артропатия
- В геморрагическая сыпь
- Г асимметрический полирадикулоневрит

942. К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПО КИСЕЛЮ - ДЖОНСУ - НЕСТЕРОВУ ОТНОСИТСЯ

- А полиартрит
- Б увеличение
- В реактивного белка (СРБ) с увеличением скорости оседания эритроцитов (ОЗ)
- Г артралгия

943. НАРУШЕНИЕ ГЛОТАНИЯ И ФОНАЦИИ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ОБУСЛОВЛЕНО ПОРАЖЕНИЕМ

- А мышц глотки и гортани
- Б ядер IX и X пар черепно - мозговых нервов
- В ядер XI и XII пар черепно - мозговых нервов
- Г ствола головного мозга

944. ВАЛЕОЛОГИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАУКОЙ О

- А здоровье и здоровом образе жизни
- Б естественных факторах природы
- В профилактике заболеваний
- Г лечении заболеваний с помощью движения

950. КАКОЙ ФАКТОР РЕЖИМА ДНЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНО ВЛИЯЕТ НА РОСТ ДЕТЕЙ?

- А адекватная физическая подвижность, достаточность сна
- Б включение в досуг детей посещение спортивных секций
- В прогулки на свежем воздухе не менее 2 часов
- Г четкое соблюдение режима питания

951. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ ПОДРАЗУМЕВАЕТ

- А предупреждение формирования болезни
- Б создание условий для повышения уровня здоровья
- В устранение факторов риска, которые могут привести к возникновению болезни
- Г предупреждение обострений болезни и реабилитацию больных

952. ПРИНЦИПАМ ЗАКАЛИВАНИЯ НЕ ОТНОСЯТ

- А проведение процедур в определенное время дня
- Б систематичность и сочетание общего и местного закаливания
- В постепенность и безопасность
- Г позитивный настрой ребенка

953. ПОД ФАКТОРАМИ РИСКА ПОНИМАЮТ ФАКТОРЫ

- А повышающие вероятность развития заболеваний
- Б повышающие опасность травматизма
- В вызывающие физическое и/или эмоциональное напряжение
- Г вредные и опасные производственные

954. ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ПОСЕВ КАЛА ПРОВОДЯТ 1 РАЗ В (МЕС.)

- А 3
- Б 4
- В 1
- Г 6

955. ДЛЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ПРИМЕНЯЮТ

- А Метронидазол
- Б Хлорамфеникол
- В Амксициллин + Клавулановая кислота
- Г Цефоперазон

956. В ДИЕТОТЕРАПИИ ЦЕЛИАКИИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А пшено
- Б овес
- В рожь
- Г ячмень

957. ХАРАКТЕР СТУЛА ПРИ КОЛИТЕ

- А скудный, с каловым запахом, с большим количеством мутной слизи, прожилками крови
- Б обильный, жидкий, с большим количеством мутной слизи, зелени, крови
- В жидкий, пенистый, не переваренный с патологическими примесями
- Г скудный, зловонный со слизью, зеленью, кровью

958. ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ ДИЕТОТЕРАПИИ ЦЕЛИАКИИ В СТАДИИ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ЭНДСКОПИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ _____ ПОСЛЕ ПРЕДЫДУЩЕГО ОБСЛЕДОВАНИЯ (МЕС.)

- А 12-18
- Б 1-2
- В 3-6
- Г 24-36

959. У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ПРИ ЦЕЛИАКИИ В АКТИВНОМ ПЕРИОДЕ ИСПОЛЬЗУЮТ СМЕСИ

- А на основе белковых гидролизатов
- Б кисломолочные
- В на основе белков сои
- Г гипоаллергенные

960. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ОТНОСИТСЯ

- А пенетрация
- Б холестаза
- В хронический запор
- Г рефлюксная болезнь

961. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ЦЕЛИАКИЯ» ПРОВОДИТСЯ БИОПСИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КИШКИ

- А тощей
- Б повздошной
- В ободочной
- Г прямой

962. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А исследование кала на содержание углеводов
- Б потовая проба (содержание натрия и хлора в поте)

- В исследование крови на антитела к глиадину
- Г анализ кала на дисбактериоз

963. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЦЕЛИАКИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- А антител к тканевой трансглутаминазе
- Б антител к сахаромецетам
- В фекального кальпротектина
- Г антител к цитоплазме нейтрофилов

964. ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЮТСЯ

- А параректальные свищи
- Б атрофические изменения слизистой тонкого кишечника
- В склеротические изменения внутрипеченочных желчных протоков
- Г аплазия и склероз протоков поджелудочной железы

965. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ВНЕКИШЕЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЮТСЯ

- А узловатая эритема, артриты
- Б амилоидоз, гломерулонефрит
- В полирадикулоневрит, панкреатит
- Г артериальная гипертензия, эписклерит

966. ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ

- А антибактериальных
- Б противовирусных
- В противогрибковых
- Г мукоактивных

967. ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ ТИП ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- А цитомегаловирусной инфекции
- Б муковисцидоза
- В пневмококковой инфекции
- Г хламидиоза

968. ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ В ДИАГНОСТИКЕ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А локальная крепитация
- Б одышка
- В жесткое дыхание
- Г диффузные мелкопузырчатые хрипы

969. ПРАВО БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА ОТКАЗАТЬСЯ ОТ ЛЕЧЕНИЯ ОСНОВАНО НА:

- А принципе автономии личности
- Б принципе «не навреди»
- В ограниченности финансовых возможностей пациента
- Г недоверии к медицине

970. ЦЕННОСТЬ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЖИЗНИ В ХРИСТИАНСКОЙ АНТРОПОЛОГИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- А уникальностью и неповторимостью личности
- Б расовой и национальной принадлежностью

- В социальным положением
- Г психической и физической полноценностью

971. ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ ВРАЧА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

- А моральной ответственностью перед обществом
- Б умениями и навыками
- В законами и приказами
- Г этническими особенностями региона

973. СОГЛАСНО ФОРМАЦИОННОМУ ПОДХОДУ К ПОНИМАНИЮ ИСТОРИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА:

- А На смену феодализму в Европе пришел капитализм
- Б Можно выделить восточный и западный тип цивилизаций
- В Современное общество вступило в эпоху постиндустриального развития
- Г Традиционное общество приходит на смену индустриальному

974. В 988 Г. КИЕВСКАЯ РУСЬ ПРИНЯЛА НОВУЮ РЕЛИГИЮ, КОТОРОЙ СТАЛО

- А Христианство
- Б Иудаизм
- В Ислам
- Г Протестантизм

975. В XIV–XV ВВ. СТОЛИЦЕЙ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО РУССКОГО ГОСУДАРСТВА СТАНОВИТСЯ

- А Москва
- Б Киев
- В Владимир
- Г Новгород

976. ЧТО ТАКОЕ ФИЛОСОФИЯ?

- А Предельно рационализированное мировоззрение
- Б Переход от восприятия к представлению
- В Умение разобраться в сложной обстановке
- Г Исследование способов аргументации

977. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДМЕТОМ ФИЛОСОФИИ?

- А Мир как целое, познаваемый при помощи мышления
- Б Игра воображения
- В Основные свойства физических тел
- Г Причина человеческих ошибок

978. КРЫЛОВИДНО-НЕБНАЯ ЯМКА ЧЕРЕПА СОЕДИНЯЕТСЯ С ПОЛОСТЬЮ НОСА ЧЕРЕЗ...

- А Клиновидно-небное отверстие
- Б Круглое отверстие
- В Крыловидный канал
- Г Овальное отверстие

979. ИСТИННАЯ КОНЬЮГАТА ТАЗА СОСТАВЛЯЕТ...

- А 11,5 см
- Б 13 см
- В 9,5 см
- Г 10 см

980. ЛОБКОВОЕ СОЕДИНЕНИЕ ЭТО...

- А Симфиз

- Б Синхонроз
- В Синостоз
- Г Синдесмоз

981. БОЛЕЕ АКТИВНОЙ ФОРМОЙ ТЕСТОСТЕРОНА ЯВЛЯЕТСЯ:

- А Дигидротестостерон
- Б Андростендион
- В Прогестерон
- Г Прегненолон

982. КАКОЙ БЕЛОК ОТНОСИТСЯ К БЕЛКАМ ОСТРОЙ ФАЗЫ?

- А С-реактивный белок
- Б иммуноглобулин G
- В фибрин
- Г эритропоэтин

983. ФУНКЦИЯ МИОГЛОБИНА:

- А депо кислорода в мышце
- Б регуляторная
- В депо аминокислот в мышце
- Г сократительная

984. РАХИТ У ДЕТЕЙ СВЯЗАН С ДЕФИЦИТОМ ВИТАМИНА:

- А D
- Б A
- В E
- Г K

985. ЖИВОЙ ОРГАНИЗМ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПРЕДСТАВЛЕН...

- А одной молекулой
- Б доклеточной формой
- В одной клеткой
- Г множеством клеток

986. ОДНА ИЗ ТЕОРИЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЖИЗНИ НА ЗЕМЛЕ-КРЕАЦИОНИЗМ – УТВЕРЖДАЕТ, ЧТО

- А жизнь возникла в результате какого-то сверхестественного события
- Б Земля существовала вечно
- В жизнь занесена на Землю из космоса
- Г жизнь возникла в результате процессов, подчиняющихся химическим законам

987. УГЛЕРОД КАК ЭЛЕМЕНТ ВХОДИТ В СОСТАВ...

- А всех органических соединений клетки
- Б только белков и углеводов
- В только белков и липидов
- Г только углеводов и нуклеиновых кислот

988. FORAMEN PALATINUM MAJUS - ЭТО:

- А большое нёбное отверстие
- Б малое нёбное отверстие
- В наименьшее нёбное отверстие
- Г наибольшее нёбное отверстие

989. ВЫБЕРИТЕ ТЕРМИН, В КОТОРОМ ЕСТЬ НАЗВАНИЕ МЫШЦЫ ПО ФУНКЦИИ:

- А musculus depressor anguli oris

- Б paries tympanicus ductus cochlearis
- В musculi thoracici
- Г musculus pterygoideus lateralis

990. ВЫБЕРИТЕ ЛАТИНСКИЙ ТЕРМИН, ОБОЗНАЧАЮЩИЙ «КОСТНЫЙ МОЗГ»:

- А medulla ossium
- Б medulla spinalis
- В substantia medullaris
- Г cerebrum

991. ОБРАЗОВАНИЕ – ЭТО

- А Объем систематизированных знаний, умений, навыков, способов мышления, которыми овладел обучаемый
- Б Процесс ознакомления с окружающим миром
- В То, что остается, когда все выученное забывается
- Г Заучивание учебного материала

992. В СОВРЕМЕННОМ ПОНЯТИИ ПЕДАГОГИКА ЭТО

- А Наука о воспитании, обучении, развитии и образовании людей
- Б Наука, изучающая вопросы обучения и образования подрастающего поколения
- В Искусство, которому необходимо научить студентов
- Г Педагогика – это искусство врачевания и общения с пациентом

993. КАК ПОКАЗАЛА ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ПСИХОЛОГ Б.Ф. ЗЕЙГАРНИК, МЫ ЛУЧШЕ ПОМНИМ КАКУЮ-ЛИБО РАБОТУ, ЕСЛИ ОНА

- А Осталась незаконченной
- Б Была доведена до конца
- В Была сознательно прекращена
- Г Привела к вознаграждению

994. В КАКОМ СЛОВЕ УДАРЕНИЕ ПАДАЕТ НА ПЕРВЫЙ СЛОГ?

- А Вербa
- Б Взаперти
- В Созыв
- Г Недуг

995. В КАКОМ СЛОВЕ УДАРЕНИЕ ПАДАЕТ НА ВТОРОЙ СЛОГ?

- А Уведомить
- Б Магазин
- В Инструмент
- Г Статуя

996. В КАКОМ СЛОВЕ УДАРЕНИЕ ПАДАЕТ НА ПОСЛЕДНИЙ СЛОГ?

- А Километр
- Б Вовремя
- В Согнутый
- Г Досуха

997. ПОДВИЖНОСТЬ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО:
разнице в объёме грудной клетки при макс. вдохе и макс. выдохе

- А наклону назад
- Б наклону в сторону
- В жизненной ёмкости лёгких

998. КАК ИЗМЕРЯЕТСЯ ОКРУЖНОСТЬ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ?

- А сантиметровой лентой на уровне нижнего края лопаток

- Б сантиметровой лентой в наиболее широком месте грудной клетки
- В кронциркулем на уровне подмышечной впадины
- Г сантиметровой лентой на выдохе в наиболее широком месте

999. КАЛИПЕРОМЕТР

- А прибор для измерения величины кожно-жировой складки
- Б прибор для измерения времени цикла вдох-выдох
- В прибор для измерения силы вдоха
- Г прибор для измерения силы кистей рук

1000. ТЕКСТОВЫЙ РЕДАКТОР (WORD) - ПРОГРАММА, ПРЕДНАЗНАЧЕННАЯ ДЛЯ

- А создания, редактирования и форматирования документов
- Б работы с изображениями в процессе создания игровых программ
- В управление ресурсами ПК при создании документов
- Г автоматического перевода с символьных языков в машинные коды

Блок ситуационных задач №2 КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №1

Вызов врача-педиатра участкового на дом к ребенку 5 лет.

Жалобы. Повышение температуры до 39,5°C; озноб; отсутствие аппетита; сильная головная боль; боли в мышцах и суставах; слабость, першение в горле; сухой кашель.

Анамнез заболевания. Ребенок заболел остро вчера вечером, когда повысилась температура до 40°C, сильно заболела голова, появились боли в мышцах и суставах, першение в горле. На следующий день сохранялась фебрильная лихорадка, слабость, головная боль, озноб, пропал аппетит, появился сухой кашель.

Анамнез жизни. Аллергоанамнез: спокойный. Вакцинирован в соответствии с календарем, от гриппа в данный эпидемический сезон не привита. Туберкулезный анамнез: не отягощен. Реакция Манту отрицательная. Бытовые условия удовлетворительные, отдельная квартира. Эпиданамнез: накануне заболевания была на утреннике и в контакте с бабушкой, больной ОРИ.

Объективный статус

Фебрильная лихорадка до 39,5°C. Кашель частый, сухой. Легкая гиперемия лица, инъекция сосудов склер, скудные слизистые выделения из носа. Слизистые оболочки дужек, небных миндалин, задней стенки глотки умеренно гиперемированы. На коже лица единичные петехии. Тахикардия, тоны сердца приглушены, шумов нет. Дыхание проводится во все отделы, жесткое. Живот безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Норма	Результат
Гемоглобин, г/л	110-140	120
Эритроциты, 10 ¹² /л	3,5-4,5	3,6
ЦП	0,90	0,89
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	5-12	3,5
п/я нейтрофилы, %	0,5-5	2
с/я нейтрофилы, %	25-60	30
Лимфоциты, %	26-60	60
Моноциты, %	2-10	8
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	160-390	190
СОЭ, мм/час	4-12	10

Метод иммунофлюоресценции мазков из носоглотки: Обнаружены антигены вируса гриппа типа А (H1N1/09/Калифорния).

ПЦР к возбудителям: Выявлена РНК вируса гриппа типа А (H1N1/09/Калифорния).

Исследование времени свертывания и длительности кровотечения: начало свертывания – 20 сек., завершение процесса свертывания – 5,5 минут.

Результаты инструментальных методов обследования: Рентгенография органов грудной клетки: усиление бронхо-сосудистого рисунка, очаговых теней нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 2

К ребенку 2-х лет был вызван участковый врач.

Жалобы. Слабость; снижение аппетита; кашель; заложенность носа, обильное отделяемое из носа; подъем температуры до 38,5°C.

Анамнез заболевания. Болен в течение 3-х дней: вяловат, капризен, снижен аппетит. В первые 2 дня температура повышалась до 37,8°C. Сегодня отмечается подъем температуры до 38,5°C, беспокоит влажный кашель, обильное отделяемое из носа, заложенность носа, слезотечение. Неделю назад стал посещать занятия в детском клубе.

Анамнез жизни. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей физиологически. Роды, нормальные, в срок. Мр=3150 г, длина 52 см. Аллергоанамнез не отягощен. Туберкулезный анамнез: не отягощен. Реакция Манту отрицательная. Травмы: нет. Операции: нет. Гемотрансфузии не проводились. Перенесенные заболевания: ОРВИ 1 раз в год. Пневмония в 9 месяцев. Детские инфекции: нет. Вакцинация проводилась в соответствии с календарем.

Объективный статус. Состояние средней тяжести. Температура тела 38,5°C. Отечность век, гиперемия конъюнктив. Лимфатические узлы всех групп увеличены до 2 см, безболезненные, эластичные. В зеве умеренная разлитая гиперемия, миндалины 1 степени, задняя стенка глотки гиперемирована, отечна, бугриста. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное отделяемое из носа слизисто-гнойного характера. В легких жесткое дыхание, выслушиваются проводные хрипы. Область сердца и магистральных сосудов визуально не изменена. Перкуторно границы относительной тупости сердца в пределах возрастной нормы. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Пищеварительная система: язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот обычной формы, симметричный, активно участвует в акте дыхания, доступен глубокой пальпации, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Мочевыделительная система: область почек визуально не изменена. Пальпация области почек безболезненна. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочиспускание свободное, безболезненное. Моча желтая, прозрачная. Наружные половые органы развиты и сформированы правильно. Нервная система: в сознании, активна, на осмотр реагирует адекватно, на вопросы отвечает. Менингеальных симптомов нет.

Результат обследования:

ПЦР мазков отпечатков из носа к возбудителям респираторных инфекций: выявлена ДНК аденовируса.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?

4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 3

Вызов на дом к ребёнку 3 лет.

Жалобы. Повышение температуры тела до 37,8°C; грубый кашель, осиплость голоса.

Анамнез заболевания. Мальчик болен первые сутки. Заболел остро: ночью появился грубый кашель, утром повышение температуры тела до 37,8°C, сухой кашель, голос незначительно осип. Вызвали участкового педиатра.

Анамнез жизни

Мальчик от I нормально протекавшей беременности и родов. Родился в срок с массой 3800 г, ростом 52 см. Из роддома выписан на 5 сутки. Находился на грудном вскармливании до 8 месяцев. В развитии от сверстников не отстает, посещает детский сад в течение 4 месяцев, за это время переболел 2 раза ОРВИ. Привит по календарю.

Туберкулезный анамнез: неотягощен. Реакция Манту отрицательная.

Объективный статус

Самочувствие не страдает, температура тела 37,5°C. Кожные покровы розовые, чистые. Пальпируются подчелюстные, переднешейные и заднешейные лимфатические узлы размером до 0,5 см, подвижные, безболезненные, мягко-эластической консистенции. В зеве отмечается умеренная гиперемия дужек, задней стенки глотки, миндалин, налетов нет. Частота дыхательных движений 30 в минуту. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Перкуторно над легкими - ясный легочный звук. Тоны сердца ритмичные, ясные. Частота сердечных сокращений 115 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется на 1,5 см ниже правой реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и диурез в норме.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Ед.изм.
Гемоглобин	120	160	127	г/л
Гематокрит	31	44	33	%
Эритроциты	4,1	4,3	4,1	млн/мкл
Тромбоциты	156	408	283	тыс/мкл
Лейкоциты	4,5	13	8,5	тыс/мкл
Нейтрофилы			29	%
п/я	1	5	2	%
с/я	45	60	27	%
Лимфоциты	25	40	68	%
Моноциты	0	13	3	%
Базофилы	0	1	0	%
Эозинофилы	0,5	5	0	%
СОЭ	2	10	13	мм/час

Определение РНК вируса парагриппа методом ПЦР в крови: обнаружен.

Определение антигенов вируса парагриппа в смывах из носа: обнаружен.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 4

Вызов на дом к ребёнку 6 лет.

Жалобы. Повышение температуры тела до 39°C; боль в горле; высыпания на коже.

Анамнез заболевания. Мальчик болен третьи сутки. Заболевание началось остро с повышения температуры тела до 39°C и появления боли в горле при глотании. К концу первых суток появилась сыпь на лице, ладонях, стопах.

Анамнез жизни. Рос и развивался по возрасту. Травм и операций не было. Детские инфекции: не болел. Аллергоанамнез: не отягощен. Туберкулезный анамнез: не отягощен. Реакция Манту отрицательная. Вакцинирован в соответствии с календарем. Эпидемиологический анамнез: купался в водоеме 7 дней назад.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Лихорадка 38,7°C. Пятнисто-папулезная сыпь, псевдовезикулы вокруг рта, на ладонях, стопах. На мягком небе и язычке эритематозные папулы, везикулы, гиперемия, зернистость задней стенки глотки. Тоны сердца ясные, звучные. Частота сердечных сокращений 100 в минуту. Дыхание проводится во все отделы, везикулярное. Частота дыханий 23 в минуту. Живот умеренно вздут, безболезненный, печень +2,5 см +2,0 см + 2,0 см, плотно-эластической консистенции; селезенка не увеличена. Очаговых и менингеальных симптомов нет.

Стул кашицеобразный без патологических примесей 3 раза в сутки.

Результаты лабораторных методов обследования:

Определение антигена вируса в кале методом мРСК (экспресс-диагностика): обнаружен антиген энтеровируса Коксаки А16 в фекалиях методом модифицированной реакцией связывания комплемента.

Выделение РНК вируса в смыве из ротоглотки и в методом ПЦР: РНК энтеровируса Коксаки А16 обнаружена в смывах из ротоглотки.

Вирусологическое исследование кала на вирусы: выделен вирус Коксаки.

Результаты инструментальных методов обследования:

Фарингоскопия: на слизистой мягкого неба и язычка эритематозные папулы. Гиперемия, зернистость задней стенки глотки.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 5

Осмотр в боксе поликлиники ребенка 5 лет.

Жалобы. Повышение температуры тела до 38,2°C, появление сыпи на коже головы и туловища.

Анамнез заболевания. Ребенок болен вторые сутки. Заболевание началось с повышения температуры тела до 37,3°C, появилась пятнистая сыпь на коже головы и туловища. К врачу не обращались. К концу 1-х суток состояние ухудшилось, температура тела повысилась до 38,2°C, наряду с новыми пятнистыми элементами отмечаются папулы, везикулы, единичные пустулы, появились высыпания на слизистой полости рта, на конъюнктиве.

Анамнез жизни. Аллергоанамнез: не отягощен; Вакцинирован по национальному календарю; Перенесенные заболевания: редкие ОРВИ. Наблюдается отоларингологом по поводу аденоидов II степени. Посещает детский сад. Эпидемиологический анамнез: 14 дней назад был контакт с больным ветряной оспой в детском саду.

Объективный статус. Состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,3°C.

Кожные покровы бледно-розовые. На лице, волосистой части головы, туловище и конечностях имеются множественные элементы сыпи (пятна, папулы, везикулы, пустулы).

Сыпь отсутствует на ладонях и подошвах. На слизистой ротовой полости везикулы, единичные эрозии. Конъюнктив гиперемирована. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, систолический шум в 5 точке, на верхушке, частота сердечных сокращений 122 в минуту. Дыхание проводится во все отделы, пуэрильное. Живот безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Результаты лабораторных методов обследования:

Анализ крови на IgM к Varicella Zoster методом ИФА: обнаружены IgM к вирусу Varicella Zoster.

Общий анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Ед.изм.
Гемоглобин	110	140	126	г/л
Гематокрит	30	45	35	%
Эритроциты	3,5	4,5	4,3	млн/мкл
Тромбоциты	160	390	254	тыс/мкл
Лейкоциты	6	12	4,5	тыс/мкл
Нейтрофилы				%
п/я	0,5	5	3	%
с/я	25	40	34	%
Лимфоциты	25	60	59	%
Моноциты	2	10	3	%
Базофилы	0	1	0	%
Эозинофилы	0,5	5	1	%
СОЭ	2	10	12	мм/час

Исследование содержимого везикул на антиген возбудителя (РИФ): антигены вируса Varicella Zoster - «+++».

Результаты инструментальных методов обследования:

Офтальмоскопия: глаза раздражены (эритрированы), скудное слизистое отделяемое в конъюнктивальной полости, конъюнктивальная инъекция, на роговице определяются древовидные поверхностные инфильтраты с дефектом эпителия. Заключение: кератоконъюнктивит.

Фарингоскопия: на небных дужках, слизистой глотки множественные везикулы, эрозии.

Электрокардиография: синусовая тахикардия, ЧСС=120. Уплощенный зубец Т (III), элевация ST (V1, V2). ЭКГ-признаки дистрофических изменений миокарда ЛЖ.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 6

Был вызван участковый врач к мальчику 5 лет.

Жалобы. Подъем температуры до 37,9°C, кашель, насморк, сыпь.

Анамнез заболевания. Заболел остро, поднялась температура до 37,7°C, появился кашель, насморк. В течение 2 дней температура тела держалась на уровне 37,5-37,9°C, отмечалась умеренная слабость. На 4-й день болезни появилась сыпь на лице. Был вызван участковый врач.

Анамнез жизни

Ребенок от 4-й беременности, протекавшей на фоне гестоза и анемии у матери. Роды 2-е (1 роды, 2 выкидыша) путем кесарева сечения на сроке 38 недель. Масса тела при рождении 4040 г, длина тела 56 см. Туберкулезный анамнез: не отягощен. Реакция Манту

отрицательная. Аллергоанамнез не отягощен. Травмы: нет, Операции: нет. Гемотрансфузии не проводились. Перенесенные заболевания: ОРВИ, левосторонняя нижнедолевая пневмония в 2 года. Детские инфекции: не болел. Состоит на диспансерном учете у кардиолога: малая аномалия развития: дополнительная хорда в полости левого желудочка. Наследственность: сахарный диабет 1 типа по линии матери. БЦЖ в роддоме, затем вакцинация против инфекционных заболеваний ему не проводилась по желанию родителей. Эпидемиологический анамнез: посещает детский сад. В детском саду карантина нет. В семье еще есть ребенок 9 лет, вакцинированный по календарю и ребенок 2-х лет, вакцинация против инфекционных заболеваний ему не проводилась по желанию родителей. Если не посещает.

Объективный статус. Состояние ребенка средней степени тяжести. Температура 37,9°C. Лицо пастозное. Катаральный конъюнктивит, светобоязнь. Из носа слизистое отделяемое. Кашель сухой. В зеве умеренная разлитая гиперемия, мягкое и твердое небо неравномерно-пятнистое. Слизистые щек и десен шероховатые, гиперемированы, с белыми мелкими пятнышками в области малых коренных зубов. На лице, шее, груди красная пятнисто-папулезная сыпь. На лице сыпь имеет тенденцию к слиянию.

Результаты обследования:

Серологическое исследование крови (ИФА): Выявление IgM к вирусу кори (Polinosa morbillarum).

ПЦР: выявление РНК вируса Polinosa morbillarum.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 7

Вызов участкового врача на дом к ребенку, мальчик 7 месяцев.

Жалобы: Резкая вялость, слабость, отказ от еды, температура тела 38,8°C.

Анамнез заболевания. Болен в течение 3 дней: повысилась температура тела до 37,5- 38,6 °С, ухудшился аппетит, появилась вялость, срыгивания, затем рвота (2-3 раз в сутки), жидкий стул (5-6 раз в сутки). На третий день состояние ухудшилось, выросла адинамия, сонливость, отказался от еды, стул участился до 12 раз в сутки (жидкий, обильный, водянистый, с большим количеством слизи и зелени, в некоторых порциях примесь крови).

Анамнез жизни

Ребенок от 2 беременностей, 2-х срочных самостоятельных родов на 39 недель в головном предлежании. Масса тела при рождении 3640 г, длина тела 53 см. Закричала сразу. К груди приложена в родзале. Оценка по Апгар 8/8 баллов. Период адаптации без особенностей. Находится на грудном вскармливании. Период новорожденности: без особенностей. Аллергоанамнез: не отягощен. Профилактические прививки: по возрасту. Настоящее заболевание – первое.

Эпидемиологический анамнез: накануне заболевания ел творог, хранившийся в холодильнике 3 дня, манную кашу на молоке. В семье есть сестра 4-х лет, посещает детский сад, где были случаи сальмонеллеза.

Объективный статус. На 4-й день болезни состояние тяжелое: резкая вялость, адинамия, отказ от еды, температура тела 38,8° С. Кожа сухая, бледная с мраморным рисунком, периоральный цианоз, конечности холодные. Тургор снижен. Язык сухой, обложен налетом. Дыхание пуэрильное, частота дыхания 46 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, частота сердечных сокращений 150 в минуту. Живот умеренно вздут газами,

при пальпации урчание и болезненность во всех отделах. Сигмовидная кишка не спазмирована, анус сомкнут, кожа вокруг ануса мацерирована. Печень +2,5 см, селезенка +2 см., стул за прошедшие сутки 10 раз, в виде «болотной тины», сохраняется примесь слизи, зелени и крови.

Результаты лабораторных методов обследования:

Общий анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Ед.изм.
Гемоглобин	110	140	130	г/л
Гематокрит	30	45	47	%
Эритроциты	3,5	4,5	4,5	млн/мкл
Тромбоциты	160	390	254	тыс/мкл
Лейкоциты	6	12	13,5	тыс/мкл
Нейтрофилы				%
п/я	0,5	5	10	%
с/я	25	40	60	%
Лимфоциты	25	60	28	%
Моноциты	2	10	2	%
Базофилы	0	1	0	%
Эозинофилы	0,5	5	0	%
СОЭ	2	10	25	мм/час

КОС: рН крови - 7,32; PCO₂ - 30 мм рт. Ст., BE - (- 8,0), PO₂ - 78мм. рт.ст.

Электролиты крови: калий плазмы - 2,5 ммоль/л, натрий - 130 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,033%₀, глюкоза - нет, ацетон (++) , лейкоциты - 3-5 в п/з.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противозидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 8

Вызов на дом к ребёнку 5 лет.

Жалобы: Снижение аппетит, слабость, головная боль, мышечные боли, сухой навязчивый кашель, подъем температуры тела до 38,8°C.

Анамнез заболевания: Ребенок заболел 3 дня назад, когда вечером поднялась температура тела до 38,9°C, отмечалась незначительная заложенность носа. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи, диагностировано ОРВИ, дан нурофен, ребенок оставлен дома с рекомендацией обратиться к участковому педиатру.

Анамнез жизни: Ребенок от первой нормально протекавшей беременности. Роды срочные, физиологические. Рос и развивался соответственно возрасту. С 3,5 лет посещает детский сад, стал часто болеть, дважды перенес острый бронхит. Последний эпизод респираторной инфекции - два месяца назад. Вакцинация в соответствии с возрастом. Против пневмококковой и гемофильной инфекций не привит.

Объективный статус: Состояние ребёнка средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Слизистая небных дужек слегка гиперемирована, небные миндалины гипертрофированы до II степени, налетов нет. Частота дыхательных движений 32 в минуту. Перкуторно над легкими определяется укорочение перкуторного звука справа по задней поверхности, ниже угла лопатки. При аускультации дыхание жесткое, ослабленное справа над очагом укорочения перкуторного звука, на высоте вдоха выслушиваются крепитирующие, мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах правого легкого по

задней поверхности. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, пульс 120 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул был накануне, оформленный. Диурез адекватный возрасту

Результаты обследования:

Исследование клинического анализа периферической крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Единицы измерения
Гемоглобин	120	150	125	г/л
Эритроциты	3,6	5,2	4,1	10 ¹² /л
Тромбоциты	229	553	250	10 ⁹ /л
Лейкоциты	6	13	23	10 ⁹ /л
Нейтрофилы п/я	1	4	5	%
Нейтрофилы с/я	28	48	53	%
Лимфоциты			32	%
Моноциты	0	10	7	%
Базофилы	0	1	1	%
Эозинофилы	0	5	2	%
СОЭ	2	10	37	мм/ч

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: очагово-инфильтративные изменения в нижней доле правого легкого.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 9

Вызов на дом к ребёнку 5 лет.

Жалобы: Снижение аппетита, слабость, головная боль, мышечные боли, сухой навязчивый кашель, подъем температуры тела до 38,8°C.

Анамнез заболевания: Ребенок заболел 3 дня назад, когда вечером поднялась температура тела до 38,9°C, отмечалась незначительная заложенность носа. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи, диагностировано ОРВИ, дан нурофен, ребенок оставлен дома с рекомендацией обратиться к участковому педиатру.

Анамнез жизни:

Ребенок от первой нормально протекавшей беременности. Роды срочные, физиологические. Рос и развивался соответственно возрасту. С 3,5 лет посещает детский сад, стал часто болеть, дважды перенес острый бронхит. Последний эпизод респираторной инфекции - два месяца назад. Вакцинация в соответствии с возрастом. Против пневмококковой и гемофильной инфекций не привит.

Объективный статус:

Состояние ребёнка средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Слизистая небных дужек слегка гиперемирована, небные миндалины гипертрофированы до II степени, налетов нет. Частота дыхательных движений 32 в минуту. Перкуторно над легкими определяется укорочение перкуторного звука справа по задней поверхности, ниже угла лопатки. При аускультации дыхание жесткое, ослабленное справа над очагом укорочения перкуторного звука, на высоте вдоха выслушиваются крепитирующие, мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах правого легкого по задней поверхности. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, пульс 120 ударов в минуту. Живот мягкий,

безболезненный, печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул был накануне, оформленный. Диурез адекватный возрасту

Результаты обследования:

Исследование клинического анализа периферической крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Единицы измерения
Гемоглобин	120	150	125	г/л
Эритроциты	3,6	5,2	4,1	10 ¹² /л
Тромбоциты	229	553	250	10 ⁹ /л
Лейкоциты	6	13	23	10 ⁹ /л
Нейтрофилы п/я	1	4	5	%
Нейтрофилы с/я	28	48	53	%
Лимфоциты			32	%
Моноциты	0	10	7	%
Базофилы	0	1	1	%
Эозинофилы	0	5	2	%
СОЭ	2	10	37	мм/ч

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: очагово-инфильтративные изменения в нижней доле правого легкого.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 10

Вызов врача-педиатра участкового на дом к ребенку 2,5 лет.

Жалобы. Наповышение температуры тела до 39,5⁰С, повторную рвоту, головную боль

Анамнез заболевания. Ребенок заболел остро, в конце дня появилась мелкая геморрагическая сыпь на теле, кратковременные судороги, потеря сознания. Направлен в стационар с диагнозом токсический грипп.

Анамнез жизни. Аллергоанамнез: спокойный. Вакцинирована в соответствии с календарем. Туберкулезный анамнез: неотягощен. Реакция Манту отрицательная. Бытовые условия удовлетворительные, отдельная квартира. Эпиданамнез: посещает детский сад, где отмечались случаи ОРИ.

Объективный статус. Состояние тяжелое, кожа серого цвета, акроцианоз. На коже живота, груди, конечностей - геморрагическая сыпь различной величины и формы. Ребенок сонлив. Температура тела 37⁰ С. Артериальное давление – 60/35 мм ртутного столба, в легких жесткое дыхание, тоны сердца аритмичные, тахикардия. Живот мягкий, печень +1 см, не мочится. Через 2 часа состояние ухудшилось, симптом белого пятна 15 секунд. Лежит в вынужденной позе, стонет, увеличилось количество геморрагических элементов на коже. Многократная рвота. Пульс частый 160 в минуту, слабый. Зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая, сохраняется олигурия. Симптом Кернига 110°, верхний и нижний симптом Брудзинского, ригидность мышц затылка.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Норма	Результат
Гемоглобин, г/л	110-140	120
Эритроциты, 10 ¹² /л	3,5-4,5	3,6
ЦП	0,90	0,89

Лейкоциты, 10 ⁹ /л	5-12	17
п/я нейтрофилы, %	0,5-5	27
с/я нейтрофилы, %	25-60	53
Лимфоциты, %	26-60	10
Эозинофилы, %	0-4	2
Моноциты, %	2-10	8
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	160-390	170
СОЭ, мм/час	4-12	30

Ликворограмма: цвет - мутный, опалесцирует, цитоз - 1800 кл/мкл, нейтрофилы - 95%, белок - 0,46 г/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 11

Вызов на дом к мальчику 8 лет.

Жалобы. Повышение температуры тела до 38,3°C; озноб, головная боль, слабость, миалгии, сухость во рту, припухлость перед ушными раковинами.

Анамнез заболевания. Болен 3 день. За 1-2 дня до развития болезни появилось недомогание, головная боль, нарушения сна и аппетита. Затем у ребенка появилось повышения температуры до 38,3°C, сухость во рту. После приема ацетаминофена на 4 часа стало лучше, купировалась головная боль и миалгии, температура снизилась до 37,3°C. Сегодня с утра появилась припухлость у углов нижней челюсти и повышение температуры до 38,5°C.

Анамнез жизни. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей физиологически. Роды 1-е, в срок, путем кесарева сечения. Вес при рождении 3860 г, длина тела 55 см. На искусственном вскармливании с рождения по желанию матери. Аллергоанамнез: аллергия к белкам коровьего молока с рождения. Туберкулезный анамнез: неотягощен. Реакция Манту отрицательная. Травмы: нет. Операции: нет. Гемотрансфузии не проводились. Перенесенные заболевания: ОРВИ 3-4 раза, ротавирусный гастроэнтерит. На диспансерном учете у узких специалистов не состоит. Привит АКДС, от других вакцинаций родители отказались.

Объективный статус

Состояние ребенка средней степени тяжести. Вялый. На момент осмотра температура тела субфебрильная 37,3°C. Кожные покровы чистые, бледные. Признаки интоксикации умеренно выражены. Пальпируются увеличенные до 1,5 см подчелюстные, переднешейные лимфатические узлы, множественные, эластичные, безболезненные. Припухлость тестоватой консистенции в области околоушных слюнных желез с утолщением кожной складки над ней. Кожа не изменена. Слизистая небных дужек слегка гиперемирована, небные миндалины гипертрофированы до II степени, налетов нет. Ткани вокруг стенозного протока воспалены. Частота дыханий 36 в минуту. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений 90 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул был накануне, оформленный. Диурез адекватный возрасту. Менингеальные знаки не выявляются.

Результаты лабораторных методов обследования:

Серологический метод (ИФА) на выявление Paramyxovirus: IgM - положительный результат; IgG - положительный результат.

Полимеразная цепная реакция на выявление РНК Paramyxovirus: выявлена РНК вируса Paramyxovirus 100000 копий.

Клинический анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Ед.изм.
Гемоглобин	120	150	129	г/л
Эритроциты	3,6	5,2	4,2	$10^{12}/л$
Тромбоциты	229	553	250	$10^9/л$
Лейкоциты	6	13	5,3	$10^9/л$
п/я нейтрофилы	1	4	1	%
с/я нейтрофилы	32	55	38	%
Лимфоциты	33	55	50	%
Моноциты			6	%
Базофилы			1	%
Эозинофилы			5	%
СОЭ	2	10	12	мм/час

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 12

Вызов на дом к девочке 2 года 10 месяцев.

Жалобы. Повторная рвота, частый жидкий стул (до 10 раз в сутки), боль в животе, повышение температуры тела до 39°C , жажда, отказ от еды, вялость.

Анамнез заболевания. Ребенок болен второй день. Заболевание началось с повышения температуры до 38°C , покашливания. К концу первых суток - повторная рвота (5 раз), обильный водянистый стул, с резким запахом, непереваренный, 5 раз в сутки, появилась боль в животе, вялость. Периодически девочка беспокойна, аппетит снижен, жадно пьет. По назначению педиатра получает оральную регидратацию раствором с осмолярностью более 270 ммосм/л, сорбенты, преимущественно кишечного действия, антимикробный препарат.

Анамнез жизни. Росла и развивалась соответственно возрасту. Травм и операций не было. Аллергоанамнез: неотягощен. Вакцинирована в соответствии с календарем. Респираторные инфекции - до 8 раз в год. Из многодетной семьи. Эпидемиологический анамнез: в детском саду отмечались случаи острого гастроэнтерита.

Объективный статус. Состояние средней тяжести. Ребенок вялый, капризный. Температура тела $38,2^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы бледно-розовые, горячие, сухие, тургор тканей снижен, черты лица заострены, голос звонкий. Язык сухой, обложен белым налетом, умеренная гиперемия задней стенки глотки, небных дужек. Тахикардия, тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 130 в минуту. Дыхание ритмичное, частота дыхания 32 в минуту. Живот вздут, болезненный при пальпации, урчание по ходу кишечника. Печень $+2,0 +1,5 + 2,0$ см, селезенка не пальпируется. Менингеальные симптомы отрицательные. Мочится реже обычного. Стул водянистый, обильный, желтого цвета.

Результаты лабораторных методов обследования:

Молекулярно-генетический метод выявления ротавируса: РНК ротавируса в кале - обнаружена.

Результаты инструментальных методов обследования:

УЗИ органов брюшной полости: увеличение содержимого в желудке натощак, значительное количество газов в кишечнике, реактивные изменения поджелудочной железы, печень не увеличена, эхогенность паренхимы печени не изменена, мезентериальные лимфоузлы множественные, увеличены до 12 мм.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 13

Вызов участкового врача на дом к ребенку, девочка 2 год 6 месяцев.

Жалобы: Повышение температуры тела, вялость, недомогание, рвота, жидкий стул.

Анамнез заболевания. Ребенок болен 3 дня. Заболела остро, когда повысилась температура тела до 39°C, появились 2-х кратная рвота, боли в животе и жидкий стул 5 раз. В последующие дни гипертермия сохранялась, рвота не повторялась, беспокоили боли в животе схваткообразного характера. Стул участился до 10-12 раз в сутки, стал скудным слизистым с зеленью и кровью. Отмечались «ложные позывы» на дефекацию.

Анамнез жизни. Ребенок от 2 беременности, 2-х срочных самостоятельных родов на 40-41 недель в головном предлежании. Масса тела при рождении 3340 г, длина тела 53 см. Закричала сразу. К груди приложена в родзале. Оценка по Апгар 7/8 баллов. Период адаптации без особенностей. Грудное вскармливание до 6 мес. Период новорожденности и первый год жизни: без особенностей. Аллергоанамнез: не отягощен. Профилактические прививки: по возрасту. Перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 раза в год. Семья из четырех человек проживает в 2-х комнатной квартире. Эпидемиологический анамнез: за неделю до настоящего заболевания девочка имела контакт с братом, у которого были симптомы кишечной инфекции, купировавшиеся в течение 3-х дней (анализ кала на кишечную группу бактерий в работе).

Объективный статус. Состояние средней степени тяжести. Общая бледность кожных покровов, кожа и слизистые суховаты, сыпи нет. Фебрильная лихорадка до 38,7°C. Ребенок вялый, позывы на рвоту, язык густо обложен белым налетом. Тахикардия, тоны сердца приглушены, пульс 132 удара в минуту. Дыхание проводится во все отделы, пуэрильное, частота дыхания 28 в минуту. Живот запавший, болезненный при пальпации в проекции толстого кишечника. Сигмовидная кишка спазмирована, резко болезненна при пальпации. Стул скудный, в виде комка слизи с зеленью и прожилками крови. Кожа вокруг ануса мацерирована, слизистая наружного сфинктера гиперемирована, анус податлив.

Результаты лабораторных методов обследования:

Микробиологический метод исследования кала: выделена *Shigella Flexneri*.

ПЦР кала на выявление ДНК шигелл: выявлена ДНК *Shigella Flexneri*.

Определение уровня антител в РНГА: выявлен титр антител к *Shigella Flexneri* 1:1200.

Результаты серологических методов обследования:

Определение уровня IgM, IgG к *Shigella Flexneri* методом ИФА: IgM - обнаружены; IgG - не обнаружены.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 14

Вызов врача-педиатра участкового на дом к ребенку 6 лет.

Жалобы. Повышение температуры до 39°C, озноб, головную боль, боль в мышцах, чихание.

Анамнез заболевания

Болен 2-й день. Заболел остро в период эпидемии гриппа с подъема температуры тела до 39°C, озноба, затем присоединились слабость, головная боль, боль в мышцах, чихание.

Анамнез жизни

Ребенок рожден от 2 беременности, 2 родов путем кесарева сечения. Беременность протекала без особенностей. Родился в срок с массой тела 3550 грамм, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. На первом году жизни отмечались проявления атопического дерматита. Из перенесенных заболеваний отмечают частые респираторные инфекции, ветрянку, острую кишечную инфекцию. Посещает детский сад. Ребенок от гриппа не привит (со слов мамы, у него медицинский отвод от вакцинации - аллергия на белок куриного яйца). Эпиданамнез: в городе эпидемия гриппа.

Объективный статус. Состояние средней тяжести. Температура тела 37,8 °С. Кожные покровы чистые, сухие, кожа горячая на ощупь, на щеках «румянец», сыпи нет. Слизистые оболочки ротоглотки гиперемированы, зернистость мягкого неба, бугристость задней стенки глотки. Из носа - скудное серозное отделяемое.

В легких: перкуторно по всем легочным полям - ясный легочный звук, аускультативно - дыхание жесткое, хрипов нет. Частота дыхания 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 118 ударов в минуту, артериальное давление 90/65 мм ртутного столба. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Диурез сохранен, мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул оформленный. Менингеальные симптомы отрицательные.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Ед.изм.
Гемоглобин	120	150	129	г/л
Эритроциты	3,6	5,2	4,2	10 ¹² /л
Тромбоциты	229	553	310	10 ⁹ /л
Лейкоциты	6	13	3,2	10 ⁹ /л
п/я нейтрофилы	1	4	0	%
с/я нейтрофилы	32	55	32	%
Лимфоциты	33	55	60	%
Моноциты			6	%
Базофилы			1	%
Эозинофилы			1	%
СОЭ	2	10	7	мм/час

Иммунохроматографический экспресс-тест на грипп: антиген вируса гриппа В - положительный.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 15

Вызов на дом к ребенку 1 год 6 мес.

Жалобы. Повторная рвота; повышение температуры тела до 38,3°C; жидкий стул.

Анамнез заболевания

Болен второй день. Заболел накануне остро, когда появилась повторная рвота, повышение температуры тела до 38,3°C, жидкий стул. Вечером температура тела поднялась до 38,5°C, частая рвота, жидкий водянистый стул, умеренные боли в животе (в околопупочной области). Сегодня температура тела 38,5°C, сохраняется частая рвота и жидкий стул.

Анамнез жизни. Рос и развивался соответственно возрасту. Искусственное вскармливание. Аллергоанамнез не отягощен. Вакцинирован по графику. Наследственность не отягощена. Перенесенные заболевания: ОРВИ, внебольничная пневмония, острый гастроэнтерит. Эпидемиологический анамнез: дома старший брат, посещающий детский сад.

Объективный статус

Температура тела 39,8°C. Вялый, пьет неохотно, аппетит снижен, капризничает, плачет без слез.

Кожа бледная, с мраморным оттенком, суховата, акроцианоз. Тургор тканей и эластичность кожи снижены. Лимфатические узлы подчелюстные до 1,0 см, шейные до 0,7-0,8 см, эластичные, безболезненные, подвижные. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке сердца, пульс 160 ударов в минуту. Живот умеренно вздут, при пальпации безболезненный, урчит во всех отделах. Сигмовидная кишка при пальпации урчащая, безболезненная, не спазмирована. Печень и селезенка пальпируются у края реберной дуги.

За прошедшие сутки рвота была 8 раз, стул - 14 раз. Стул желто-зеленый, водянистый, пенистый, с резким запахом, не переваренный. Мочится редко.

Результаты лабораторных методов обследования:

ПЦР кала к возбудителям: выявлена ДНК ротавируса.

Клинический анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Ед.изм.
Гематокрит	31	43	45	%
Гемоглобин	120	150	140	г/л
Эритроциты	4,1	4,5	4,2	млн/мкл
Тромбоциты	156	380	250	тыс/мкл
Лейкоциты	4,5	9,8	4,7	тыс/мкл
Нейтрофилы палочкоядедные	1	5	10	%
Нейтрофилы сегментоядерные	45	60	40	%
Лимфоциты	25	40	45	%
Моноциты	0	1	5	%
Базофилы	0	1	0	%
Эозинофилы	0	5	0,15	%
СОЭ	2	10		мм/час

Биохимия крови:

Показатель	min	max	Результат	Единицы
Общий белок	62	82	70	г/л
Альбумины	37	55	40	г/л
Глобулины	25	35	30	г/л
С-реактивный белок	0	0	0	
Билирубин общий	8,5	21,4	12	мкмоль/л
Билирубин связанный	0,83	3,4	3	мкмоль/л
Билирубин свободный	2,56	17,3	9	мкмоль/л
АЛТ	0	Менее 40	20	Ед/л
АСТ	0	Менее 45	21	Ед/л

Щелочная фосфатаза	0	Менее 644	300	Ед/л
Глюкоза	3,3	5,5	3,5	мкмоль/л
Креатинин	35	110	80	мкмоль/л
Мочевина	4,3	7,3	5,5	мкмоль/л
Холестерин	3,7	6,5	4,4	мкмоль/л
Бета-липопротеиды	3,5	5,5	3,7	г/л
Калий	3,6	5,1	3,5	мкмоль/л
Кальций	2,3	2,8	2,4	мкмоль/л
Натрий	132	156	124	мкмоль/л
Фосфор	1	1,8	1,2	мкмоль/л

Общий анализ мочи: желтая, слабо мутная, рН 6,5, удельный вес 1031, белок- 0,033%, эритроциты-0, лейкоциты- 8 в поле зрения, цилиндры-0, соли-0, грибки-, бактерии +, желчные пигменты-0, уробилин-0, ацетон+++.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 16

Вызов на дом к ребенку 5,5 лет.

Жалобы: Повышение температуры тела до 38,9°C, выраженные боли в горле, снижение аппетита.

Анамнез заболевания: Ребенок заболел остро, сутки назад. Заболевание началось с вышеперечисленных жалоб. Дома все здоровы.

Анамнез жизни: Мальчик единственный ребенок в семье, от молодых здоровых родителей. В возрасте 3 лет ребенок оформлен в детский сад. Острыми респираторными заболеваниями болеет редко. На диспансерном учете не состоит.

Объективный статус:

Физическое развитие: рост - 121 см, масса тела - 24,5 кг, окружность грудной клетки - 60 см. Состояние средней степени тяжести за счет интоксикационного синдрома. Самочувствие страдает - беспокоит боль в горле, снижен аппетит, отмечается общая слабость. Кожные покровы чистые, бледные. Видимые слизистые чистые, в зеве яркая разлитая гиперемия. Миндалины гипертрофированы, отечные, с большим количеством гнойных фолликулов. Губы сухие. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены в размерах до 1,5- 2 см, слегка болезненные, с кожей и подкожной клетчаткой не спаяны. Носовое дыхание свободно. В легких перкуторно определяется ясный легочный звук. Аускультативно дыхание пуэрильное. Частота дыхательных движений 28 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумов нет, частота сердечных сокращений 110 в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочится свободно. Стул 1 раз в сутки.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Ед.изм.
Гемоглобин	120	150	122	г/л
Эритроциты	3,6	5,2	4,4	10 ¹² /л
Тромбоциты	229	553	282	10 ⁹ /л
Лейкоциты	6	13	23,5	10 ⁹ /л
Палочкоядерные	1	4	10	%
Сегментоядерные	32	55	63	%

Лимфоциты	33	55	25	%
Моноциты			2	%
Базофилы			0	%
Эозинофилы			0	%
СОЭ	2	10	24	мм/час

Определение титра антистрептолизина-О: 136 МЕ/мл (норма до 100 МЕ/мл).

Экспресс-тест на БГСА: положительный.

Результаты инструментальных методов обследования:

ЭКГ: (На 10-е сутки заболевания). Вертикальная ЭОС. Дыхательная аритмия.

Фарингоскопия: Яркая, четко отграниченная гиперемия зева, небные миндалины гипертрофированные, рыхлые

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 17

На приеме у участкового педиатра ребенок 5 лет с папой.

Жалобы. Повышение температуры тела до 38,3°C, кашель, заложенность носа.

Анамнез заболевания. Ребенок болен 5 дней. Заболел остро, температура тела повысилась до 38,3°C, появился кашель, заложенность носа.

Анамнез жизни. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей физиологически. Роды на 39-й недели, физиологические. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 49 см. Туберкулезный анамнез: не отягощен. Реакция Манту отрицательная. Аллергоанамнез не отягощен. Травмы: нет. Операции: нет. Гемотрансфузии не проводились. Перенесенные заболевания: ОРВИ до 7 раз в год. Вакцинирован согласно календарю.

Объективный статус

Состояние ребенка средней степени тяжести. Кожные покровы чистые от сыпи. Увеличены шейные и подчелюстные л/у в виде пакетов с двух сторон; спаяны с подлежащей тканью. В зеве яркая гиперемия, гиперплазия лимфоидных фолликулов задней стенки глотки, гиперплазия небных миндалин до 2 степени, на миндалинах беловато-сероватые налеты. Носовое дыхание затрудненное, «храпящее». Печень увеличена на 3 см из-под края реберной дуги. Селезенка увеличена на 2 см из-под края реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

Результаты лабораторных методов обследования:

Общий анализ крови:

Показатель	Ед. измерения	Нормы	Результат
HGB	г/л	115-140	120
RBC	10 ¹² /л	3,9-5,3	4,6
WBC	10 ⁹	5,8-13,6	24,2
Нейтрофилы	%	48-51	7
Эозинофилы	%	2-6	3
Лимфоциты	%	42-70	57
Моноциты	%	3-9	15
Атипичные мононуклеары	%	-	18
Тромбоциты	X 10 ⁹	150-580	210
СОЭ	мм/ч	2-20	25

ИФА, определение антител к вирусу Эпштейна-Барр: выявлены антигены класса IgM к вирусу Эпштейна-Барр.

ПЦР для выявления ДНК вируса Эпштейна-Барр в крови и слюне: определено наличие ДНК вируса Эпштейна-Барр в крови и слюне.

Результаты инструментальных методов обследования:

УЗИ органов брюшной полости: диффузное увеличение границ печени, желчный пузырь без особенностей. Спленомегалия.

ЭКГ: патологии не выявлено.

Рентгенография органов грудной клетки: усиление легочного рисунка. Очаговых теней не обнаружено.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 18

Вызов на дом к девочке 4 лет на 15 день заболевания.

Жалобы: Навязчивый кашель, общая слабость, снижение аппетита.

Анамнез заболевания: Заболела около 2 недель назад, с появления редкого сухого кашля. Общее самочувствие не страдало. В дальнейшем кашель постепенно участился, стал приступообразным, навязчивым. На 10-й день кашель стал приступообразным, беспокоит в том числе ночью, сопровождается свистящим звучным вдохом. Иногда в конце приступа кашля возникает рвота. Количество приступов кашля до 15 в течение последних суток.

Анамнез жизни: От 3 беременности, 2 срочных родов. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. На первом году жизни проявления атопического дерматита, повторные эпизоды обструктивного бронхита в связи с чем прививалась по индивидуальному графику. Наследственность: у бабушки по линии отца бронхиальная астма. Девочка посещает детское дошкольное учреждение. Эпиданамнез: около двух недель назад гостили в доме, в котором болеет ребенок (длительный кашель без лихорадки).

Объективный статус:

Общее состояние ребенка средней тяжести. Сон беспокойный, прерывистый аппетит снижен. Девочка вялая, капризная. Лихорадки нет. Носовое дыхание свободное. Одутловатость лица, отечность век, выбухание шейных вен, гиперемия лица во время приступа. Кожные покровы бледные, видны несколько мелких кровоизлияний на коже лица. При осмотре зева – легкая краевая гиперемия небных дужек. Язвочка на уздечке языка. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные при пальпации. Перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое, проводится во все отделы, рассеянные сухие хрипы и единичные влажные крупно- и среднепузырчатые. Частота дыханий 30 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений 115 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание не нарушены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Ед.изм.
Гемоглобин	120	160	127	г/л
Гематокрит	31	44	31	%
Эритроциты	4,1	4,3	4,2	млн/мкл
Тромбоциты	156	408	294	тыс/мкл

Лейкоциты	4,5	13	28	тыс/мкл
Нейтрофилы			20	%
Палочкоядерные	1	5	1	%
Сегментоядерные	45	60	19	%
Лимфоциты	25	40	77	%
Моноциты	0	13	3	%
Базофилы	0	1	0	%
Эозинофилы	0,5	5	0	%
СОЭ	2	10	9	мм/час

Бактериологический посев слизи из зева на *Bordetella pertussis*: выделена *Bordetella pertussis* 10^7

ПЦР на выявление ДНК возбудителя в мазке из зева: обнаружена ДНК *Bordetella pertussis*.

Результаты инструментальных методов обследования:

Рентгенография органов грудной клетки: на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции инфильтративных, очаговых изменений не определяется.

Воздушность легочной ткани во всех отделах в значительной степени повышена, сосудистый рисунок обеднен. Рентгенологические признаки эмфиземы легких.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 19

Вызов врача-педиатра станции скорой медицинской помощи на дом к ребенку 1 года 7 месяцев.

Жалобы. Повышение температуры до $39,5^{\circ}\text{C}$, повторная рвота, ребенок крайне беспокоен, кричит, не спит.

Анамнез заболевания. Мальчик заболел остро, с повышением температуры до фебрильных цифр, участковый педиатр при осмотре выявил умеренную гиперемию зева, одышку, высокую температуру. Заподозрил ОРВИ, назначил жаропонижающие средства, симптоматическую терапию. Через 2 часа температура вновь повысилась до $39,5^{\circ}\text{C}$, повторилась 2 раза рвота, ребенок стал еще беспокоен, плакал безутешно, появился озноб, судорожная готовность, мелкая геморрагическая сыпь на лице.

Анамнез жизни. Аллергоанамнез: спокойный. Вакцинирована в соответствии с календарем. Туберкулезный анамнез: неотягощен. Реакция Манту отрицательная. Бытовые условия удовлетворительные, отдельная квартира. Эпиданамнез: накануне заболевания был на утреннике и в контакте с бабушкой, больной ОРВИ.

Объективный статус. Состояние тяжелое. Ребенок вялый, адинамичный. Кожа серая, с мраморным рисунком, руки и ноги холодные. Сыпь геморрагическая обильная, крупная, местами с некрозами на бледном фоне по всему телу. Высыпания на слизистых рта, конъюнктивах. Артериальное давление 80/50 мм ртутного столба симптом "белого" пятна 7 сек. Пульс 176 в минуту. Частота дыхания 45 в минуту. Ребенок не мочится. Живот безболезненный, печень выступает из-под реберного края на 3 см, селезенка на 1 см. Очаговой и менингеальной симптоматики нет. Ребенок госпитализирован.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Норма	Результат
Гемоглобин, г/л	110-140	130
Эритроциты, $10^{12}/\text{л}$	3,5-4,5	3,9

ЦП	0,90	0,89
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	5-12	23,5
п/я нейтрофилы,%	0,5-5	28
с/я нейтрофилы,%	25-60	50
Лимфоциты,%	26-60	20
Моноциты,%	2-10	2
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	160-390	190
СОЭ, мм/час	4-12	40

КОС: рН крови - 7,2; PCO₂ - 40 мм рт. ст., HCO₃-22 мм рт.ст., BE - (- 11,0), PO₂ - 68мм рт. ст., лактат 5,7 ммоль\л.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 20

Вызов врача-педиатра скорой медицинской помощи на дом к ребенку 3 лет.

Жалобы. На подъем температуры тела до 39,5°C, общее беспокойство, возбуждение.

Анамнез заболевания. Болен первый день, заболевание началось остро, с подъема температуры тела до 39,5 °С, общего беспокойства, возбуждения. Через 3 часа появились жалобы на головную боль, повторная рвота. При осмотре участковым педиатром отмечены сомнительные менингеальные знаки, умеренная гиперемия зева, тахикардия, высокая температура. Предположительный диагноз грипп, назначены жаропонижающие средства, симптоматическая терапия.

Анамнез жизни. Аллергоанамнез: спокойный. Вакцинирована в соответствии с календарем. Туберкулезный анамнез: не отягощен. Реакция Манту отрицательная. Бытовые условия удовлетворительные, отдельная квартира. Эпиданамнез: накануне заболевания был на утреннике.

Объективный статус

Через 8 часов от начала заболевания состояние ребенка тяжелое. Лежит с закрытыми глазами на боку, с подтянутыми к животу ногами, температура 39,8 °С, повторная рвота. Плач монотонный, реакция на осмотр болезненная. Отмечается ригидность мышц затылка, симптом Кернига под углом 110-120гр. Кожа бледная, чистая. Конечности холодные. В зеве гиперемия, миндалины не увеличены, налетов нет. Тахикардия до 148 в минуту, тоны сердца приглушены, шумов нет. Дыхание проводится во все отделы, жесткое, частота дыхания 34 в минуту. Живот безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Диурез снижен. Ребенок госпитализирован.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Норма	Результат
Гемоглобин,г/л	110-140	128
Эритроциты, 10 ¹² /л	3,5-4,5	3,8
ЦП	0,90	0,89
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	5-12	25,5
п/я нейтрофилы,%	0,5-5	16
с/я нейтрофилы,%	25-60	440
Лимфоциты,%	26-60	32
Моноциты,%	2-10	8
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	160-390	190
СОЭ, мм/час	4-12	33

Клинический анализ ликвора: ликвор мутный, цитоз - 2000 клеток, 98% сегменты, 2 % - лимфоциты, белок - 1600 мг\л, сахар 2,8ммоль\л, реакция Панди - +++.

ПЦР(качественная) спинномозговой жидкости: выявлена ДНК *Neisseria meningitidis* серогруппы В.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 21

Вызов участкового педиатра к школьнику 14 лет.

Жалобы. Повышение температуры тела, боль в горле, общее недомогание, снижение аппетита.

Анамнез заболевания. Заболел вчера остро с повышения температуры тела до 37,7°C, появлением слабости, снижения аппетита, небольшой боли в горле. Кашля, насморка не было. Лечился самостоятельно жаропонижающими средствами – без эффекта. Сегодня боль в горле усилилась, температура тела повысилась до 38,1°C, обнаружил налеты на миндалинах, в связи с чем обратился к врачу.

Анамнез жизни. Рос и развивался соответственно возрасту. Аллергоанамнез: не отягощен. Контакт с инфекционными больными, со слов ребенка, не было; несколько дней назад вернулся из деревни, где употреблял в пищу некипяченое коровье молоко. Прививочный анамнез: неизвестен (с ребенком дома только старшая сестра).

Объективный статус. Состояние средней тяжести, температура тела 38,4°C, аппетит снижен, вялый. Кожные покровы бледные, чистые от сыпи. Подчелюстные периферические лимфатические узлы увеличены до 1,5 см, подвижные, умеренно болезненные при пальпации. Слизистая ротоглотки тусклая с цианотичным оттенком, в области небных дужек и миндалин отмечается умеренная гиперемия с цианотичным оттенком. Миндалины увеличены до II степени, отечны, с обеих сторон покрыты пленчатым налетом серо-белого цвета, расположенного на их поверхности («плюс ткань»), который с усилием снимается шпателем с обнажением эрозированной кровоточащей поверхности. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Артериальное давление – 110/70 мм ртутного столба, частота сердечных сокращений – 105 ударов в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык обложен белым налетом у корня, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Результаты лабораторных методов обследования

Бактериологическое исследование мазка из носоглотки на ВЛ (бациллы Леффлера): не обнаружено.

Бактериологическое исследование мазка из ротоглотки на ВЛ (бациллы Леффлера): выявлены токсигенные *Corynebacterium diphtheriae*, биовар *mitis*.

РПГА с дифтерийным диагностикумом в парных сыворотках для определения титра антитоксических антител: титр антитоксических антител 1:20.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 22

Прием в поликлинике ребенка 5 лет.

Жалобы: Повышение температуры тела до 37,4°C; першение в горле; приступообразный кашель; вялость; отсутствие аппетита.

Анамнез заболевания: Мать считает дочь больной в течение 3 недель, когда появились слабость, головная боль, заложенность носа, першение в горле. Мама лечила ребенка самостоятельно симптоматическими средствами. Через неделю появился кашель, который стал нарастать, стал приступообразным, навязчивым, «до рвоты». В течение последних дней отмечается повышение t тела до 37,4°C.

Анамнез жизни: Ребенок от второй беременности, роды в срок. Вскармливание грудное до 1 года. Привит по возрасту. На первом году жизни отмечались проявления атопического дерматита. Наблюдается у оториноларинголога по поводу гипертрофии аденоидных миндалин 2 степени. Эпидемиологический анамнез: в детском саду была в контакте с детьми больными ОРВИ, в группе 3 детей страдают респираторными заболеваниями с приступообразным кашлем и находятся на лечении дома.

Объективный статус:

Состояние средней тяжести. Температура тела 37,4°C. Кожа бледная, повышенной влажности. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки умеренно гиперемирована, гипертрофия миндалин II степени, отмечается зернистость задней стенки глотки. Носовое дыхание затруднено за счет заложенности, скудного слизистого отделяемого. Периферические лимфатические узлы (подчелюстные, передне-, заднешейные) умеренно увеличены (до 1,5 см в диаметре), множественные, эластичные, безболезненные. Беспокоит приступообразный, навязчивый, малопродуктивный кашель. Одышки в покое нет. Частота дыхательных движений 26 в минуту. Перкуторно над легкими легочный звук, дыхание жесткое, крепитирующие и мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон, больше справа. Границы относительной сердечной тупости в норме, тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 92 в минуту. Живот при пальпации безболезненный, печень выступает из-под реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание в норме.

Результаты лабораторных методов исследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Единицы измерения
Гемоглобин	120	150	136	г/л
Эритроциты	3,6	5,2	4,8	10 ¹² /л
Тромбоциты	229	553	250	10 ⁹ /л
Лейкоциты	6	13	6,3	10 ⁹ /л
Нейтрофилы п/я	1	4	2	%
Нейтрофилы с/я	32	55	50	%
Лимфоциты	33	55	38	%
Моноциты			0	%
Базофилы			0	%
Эозинофилы			2	%
СОЭ	2	10	27	мм/ч

Серологическое исследование крови (IgM, IgG) для обнаружения возбудителей коклюша, микоплазмоза, хламидиоза:

Mycoplasma pneumoniae IgM: положительный ++

Mycoplasma pneumoniae IgG: слабо положительный

Chlamydia pneumoniae IgM: отрицательный

Chlamydia pneumoniae IgG: отрицательный

Bordetellapertussis IgM: отрицательный

BordetellapertussisIgG: положительный

Результаты инструментальных методов обследования:

Рентгенография грудной клетки: усиление бронхолегочного рисунка в прикорневой области. Очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 23

Вызов врача-педиатра участкового на дом к ребенку 10 месяцев.

Жалобы на слабость, вялость, снижение аппетита, рвоту 4 раза в сутки, жидкий обильный стул 10 раз в сутки, потерю массы тела, повышение температуры тела до 39°C.

Анамнез заболевания. Настоящее заболевание началось 5 дней назад, когда на фоне субфебрильной температуры и снижения аппетита участился стул, который в течение 2-3 дней стал водянистым, «брызжущим».

Анамнез жизни. Ребенок от 2 беременности, 2-х срочных самостоятельных родов на 39 неделе в головном предлежании. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 52 см. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Период адаптации без особенностей. С рождения находится на искусственном вскармливании по желанию матери. Аллергоанамнез: не отягощен. Профилактические прививки: по возрасту. Перенесенные заболевания: ОРВИ в возрасте 4 месяцев. Семья из четырех человек проживает в 2-х комнатной квартире. Эпидемиологический анамнез: за неделю до настоящего заболевания у старшего брата были симптомы кишечной инфекции, купировавшиеся в течение 3-х дней (анализ кала на кишечную группу бактерий в работе).

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Ребенок вялый, капризный. Температура тела 38,2°C. Кожные покровы бледно-розовые, горячие, сухие, тургор тканей снижен, черты лица заострены, большой родничок запавший, голос звонкий. Язык сухой, обложен белым налетом, умеренная гиперемия задней стенки глотки, небных дужек. Тахикардия, тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 140 в минуту. Дыхание ритмичное, частота дыхания 32 в минуту. Живот вздут, болезненный при пальпации, урчание по ходу кишечника. Печень, селезенка не увеличены. Менингеальные симптомы отрицательные. Мочится реже обычного. Стул водянистый, желто-зеленый, непереваренный. Кожа вокруг ануса мацерирована. Анус сомкнут.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Норма	Результат
Гемоглобин, г/л	110-140	101
Эритроциты, $10^{12}/л$	3,5-4,5	3,63
ЦП	0,90	0,89
Лейкоциты, $10^9/л$	5-12	16,2
п/я нейтрофилы, %	0,5-5	7
с/я нейтрофилы, %	25-60	53
Лимфоциты, %	26-60	30
Моноциты, %	2-10	10
Тромбоциты, $10^9/л$	160-390	210
СОЭ, мм/час	4-12	10

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1016, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, белок – 0, ацетон-+++ , эритроциты – нет, эпителий плоский – 3-4 в поле зрения.

Копрограмма: жёлтый, жидкий, крахмал – зёрна, нейтральный жир – в большом количестве.

Бактериологическое исследование кала: выделена энтеропатогенная кишечная палочка – O111.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 24

На приёме у врача-педиатра участкового мать с ребёнком 3 лет

Жалобы. На боль в горле, слюнотечение, нарушение глотания и затруднённое дыхание.

Анамнез заболевания. Ребёнок заболел внезапно, на фоне полного здоровья, появились лихорадка и боли в горле. Лихорадит (поднялась температура тела до 40°C). Мама самостоятельно дала ребёнку жаропонижающее. Через 2 часа присоединилось затруднение дыхания.

Анамнез жизни. Аллергоанамнез: спокойный. Вакцинирован по индивидуальному графику в связи с перенесенным на втором году жизни инфекционным мононуклеозом. Бытовые условия удовлетворительные, отдельная квартира. Эпиданамнез: накануне заболевания была на утреннике и в контакте с бабушкой, больной ОРИ.

Объективный статус. Состояние ребёнка средней тяжести, температура тела – 38,8°C. Ребёнок капризен и возбужден. Кожные покровы бледные, отмечается акроцианоз. Отмечается слюнотечение, ребёнок отказывается от еды и питья. Голос приглушённый (как будто больной разговаривает «с положенным в рот горячим картофелем»). Лёгкое покашливание. Болезненная пальпация остова гортани. Дыхание затруднено, инспираторная одышка, частота дыхания – 40 в 1 минуту, определяется втяжением над- и подключичных ямок, межрёберных промежутков, частота сердечных сокращений – 140 в 1 минуту, артериальное давление – 100/60 мм ртутного столба. Живот безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Норма	Результат
Гемоглобин, г/л	110-140	120
Эритроциты, 10 ¹² /л	3,5-4,5	3,6
ЦП	0,90	0,89
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	5-12	15,5
п/я нейтрофилы, %	0,5-5	5
с/я нейтрофилы, %	25-60	54
Лимфоциты, %	26-60	33
Моноциты, %	2-10	8
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	160-390	190
СОЭ, мм/час	4-12	18

Результаты инструментальных методов обследования:

Рентгенография органов грудной клетки: в легочной ткани патологии не выявлено.

Рентгенография мягких тканей шеи в боковой проекции: выявлен симптом «большого пальца».

Фарингоскопия: умеренная гиперемия задней стенки глотки, виден ярко гиперемированный, увеличенный в размерах, инфильтрированный надгортанник.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 25

Вызов врача-педиатра участкового на дом к ребенку 3 месяцев.

Жалобы. Повышение температуры до 39,0°C, кашель, шумное дыхание

Анамнез заболевания. Ребенок заболел остро. повысилась температура тела до 39°C, появился кашель, шумное дыхание.

Анамнез жизни. Ребёнок от первой беременности, родился доношенным. Во время беременности мать дважды болела ОРВИ, бронхитом, получила курс антибактериальной терапии. Период новорожденности протекал без особенностей. На естественном вскармливании до 2 месяцев. Переведён на искусственное вскармливание адаптированной смесью из-за гипогалактии у матери.

Эпиданамнез: за неделю до заболевания ребёнка у отца был насморк, кашель и субфебрильная температура .

Объективный статус. Состояние тяжёлое. Температура – 37,7°C. Экспираторная одышка, частый кашель. Снижена активность, сосёт вяло, с перерывами. Пена в углах рта, слизь в ротовой полости и оральная крепитация. Отмечается раздувание крыльев носа при дыхании, вздутие грудной клетки. Цианоз носогубного треугольника. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Перкуторный звук над лёгкими с коробочным оттенком. При аускультации дыхание с удлинённым выдохом, выслушиваются мелкопузырчатые влажные и сухие, свистящие хрипы над всеми отделами грудной клетки. Частота дыхательных движений – 66 в минуту. Частота сердечных сокращений – 150 в минуту, тоны сердца приглушены.

Живот безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Норма	Результат
Гемоглобин, г/л	110-140	120
Эритроциты, 10 ¹² /л	3,5-4,5	3,6
ЦП	0,90	0,89
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	5-12	8,5
п/я нейтрофилы, %	0,5-5	2
с/я нейтрофилы, %	25-60	30
Лимфоциты, %	26-60	60
Моноциты, %	2-10	8
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	160-390	190
СОЭ, мм/час	4-12	17

Метод иммунофлюоресценции мазков из носоглотки: антигены вируса гриппа типа А и В не обнаружены.

ПЦР к возбудителям: выявлена РНК респираторно-синцитиального вируса подгруппы А.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.

3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 26

Вызов на дом к ребенку 5 лет.

Жалобы. Повышение температуры тела до 38,5°C, схваткообразные боли внизу живота, тенезмы, частый скудный стул со слизью и прожилками крови.

Анамнез заболевания. Ребёнок болен вторые сутки. Заболел остро, повысилась температура до 38,5°C, появились головная боль, однократная рвота, схваткообразные боли внизу живота, жидкий стул с примесью слизи и прожилками крови. На второй день заболевания: лихорадит, сохраняются схваткообразные боли внизу живота, появились болезненные ложные позывы на дефекацию, стул частый (до 12 раз в сутки), скудный со слизью и прожилками крови.

Анамнез жизни. Состоит на диспансерном учете у кардиолога: пролапс митрального клапана; на диспансерном учете у аллерголога: atopический дерматит; пищевая сенсibilизация неуточненная. Вакцинирован в соответствии с календарем. Эпидемиологический анамнез: указаний на употребление инфицированных (или потенциально инфицированных) пищевых продуктов, воды за 12-72 часа до начала заболевания – нет; ребёнок посещает детский сад, в котором зарегистрировано несколько случаев заболевания кишечными инфекциями.

Семья проживает в коммунальной квартире.

Объективный статус. Состояние средней тяжести.

Температура тела 38,5°C. Кожные покровы обычной окраски, на голенях и ягодицах незначительно выраженные проявления atopического дерматита, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно, тургор кожи сохранен. Глазные яблоки не запавшие, тургор в норме. Видимые слизистые обычной окраски, влажные, слезоотделение в норме, язык влажный, обложен белым налетом. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, частота сердечных сокращений 118 в минуту, тоны сердца звучные, ритмичные. Частота дыхания 26 в минуту, дыхание проводится во все отделы, пуэрильное, хрипов нет. Живот втянут, болезненный в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна. Анус податлив, симптомы раздражения брюшины – отрицательные. Печень, селезенка не увеличены. Стул скудный, с большим количеством мутной слизи и прожилками крови. Мочеиспускание не нарушено. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Результаты лабораторных методов обследования:

Бактериологическое исследование кала на кишечную группу: выделена *Shigella sonnei* III ферментативный тип.

Молекулярно-биологический метод (ПЦР): обнаружена ДНК *Shigella sonnei*.

Клинический анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Ед.изм.
Гемоглобин	120	143	118	г/л
Эритроциты	4,19	5,48	4,4	10 ¹² /л
Тромбоциты	175	436	250	10 ⁹ /л
Лейкоциты	5	14,5	20,46	10 ⁹ /л
Палочкоядерные	1	4	8	%
Сегментоядерные	32	55	65	%
Лимфоциты	33	55	18	%
Моноциты	2	10	8	%
Базофилы	0	1	0	%
Эозинофилы	0,5	7	1	%
СОЭ	2	10	28	мм/час

Результаты инструментальных методов обследования:

УЗИ органов брюшной полости: признаки реактивного панкреатита, мезаденит, толстый кишечник заполнен жидким содержимым, отмечаются признаки колита, повышенная активность перистальтики и спазмированный участок нисходящего отдела толстого кишечника.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 27

Был вызван участковый врач к девочке 4 лет.

Жалобы. На подъем температуры тела до 38,1°C, кашель, насморк, слезотечение, слабость, сегодня появилась сыпь на лице.

Анамнез заболевания. Заболела остро, поднялась температура тела до 38,1°C, появился кашель, насморк. В течение 2 дней температура держалась 37,5-38,2°C, самочувствие больной страдало незначительно. На 4-й день болезни появилась светобоязнь, слезотечение, сыпь на лице. Был вызван участковый врач.

Анамнез жизни. Ребенок от 2-й беременности, протекавшей на фоне обострения хронического пиелонефрита у матери. Роды на 36-37 недель путем кесарева сечения. Аллергоанамнез неотягощен.

Травм, операций не было. Гемотрансфузии не проводились. Перенесенные заболевания: ОРВИ до 2-3 раз в год. Наследственность: по линии матери хронический пиелонефрит, аутоиммунный тиреоидит. БЦЖ в роддоме, затем вакцинация против инфекционных заболеваний ей не проводилась, по желанию родителей. В детском саду карантина нет. В семье еще есть ребенок 3 лет. Вакцинация против инфекционных заболеваний ему не проводилась, по желанию родителей. Ясли не посещает.

Объективный статус. Состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,0°C. Лицо пастозное. Катаральный конъюнктивит, светобоязнь. Из носа слизистое отделяемое. Кашель сухой. В зеве умеренная разлитая гиперемия, мягкое и твердое небо неравномерно-пятнистое. Слизистые щек и десен шероховатые, гиперемированы, с белыми мелкими пятнышками в области малых коренных зубов. На лице, шее, груди красная пятнисто-папулезная сыпь. На лице сыпь имеет тенденцию к слиянию. Дыхательная система: перкуторно ясный легочный звук. Дыхание в легких жесткое, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Область сердца и магистральных сосудов визуально не изменена. Перкуторно границы относительной тупости сердца в пределах возрастной нормы. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Пищеварительная система: живот обычной формы, симметричный, активно участвует в акте дыхания, доступен глубокой пальпации, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Область почек визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча желтая, прозрачная. Наружные половые органы развиты и сформированы правильно.

Результаты обследования:

Серологический метод (ИФА): выявление IgM к вирусу кори (Polinosamorbillarum).

ПЦР: выявление РНК вируса Polinosamorbillarum.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?

4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 28

Ребенок 5 лет с мамой на приеме участкового педиатра.

Жалобы. Температура тела 37,0-37,6°C; слабость; кашель; насморк, сыпь.

Анамнез заболевания. Заболела остро 2 дня назад, поднялась температура до 37,6°C, затем появился кашель, насморк. На следующий день присоединилась сыпь на лице и шее. Сегодня сыпь распространилась на конечности и тело.

Анамнез жизни. Ребенок от 3-й беременности (1 и 2 беременность закончились медицинским абортом), протекавшей с угрозой прерывания в 1-м триместре. Роды первые, в срок 39 недель, путем кесарева сечения. Масса тела при рождении 3520 г, длина тела 55 см. Оценка по Апгар 8/9 баллов.

Туберкулезный анамнез: не отягощен. Реакция Манту отрицательная. Травм, операций не было. Гемотрансфузии не проводились. Аллергоанамнез не отягощен. Перенесенные заболевания: ОРВИ 2 раз год, ветряная оспа в 4 года. Ребенок не вакцинирован по причине отказа родителей от вакцинации. Мать ребенка беременна.

Объективный статус. Состояние ближе к средней степени тяжести. Температура тела 37,3°C. Имеется небольшая заложенность носа. Увеличены затылочные, заднешейные л/у. Отмечается мелкая пятнистая сыпь на лице, шеи, верхних и нижних конечностях со сгущением в естественных складках. Слизистая ротоглотки слабо гиперемирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 96 ударов в минуту. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных знаков нет. Физиологические отправления не нарушены.

Результаты обследования:

Серологический метод (ИФА): выявление IgM к вирусу краснухи (Rubellavirus).

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 29

Обращение пациента 6 лет в сопровождении папы к врачу-педиатру на амбулаторном приеме.

Жалобы. Частый сухой, приступообразный, надсадный кашель, периодически заканчивающийся рвотой, редко - отхождением вязкой мокроты.

Анамнез заболевания. Мальчик 6 лет болен в течение двух недель. Заболевание началось с появления сухого кашля на фоне нормальной температуры тела. По назначению педиатра проводили ингаляции с физиологическим раствором. С 11-го дня болезни кашель приобрел приступообразный характер до 16 эпизодов в сутки, сопровождающийся покраснением лица, высовыванием языка, рвотой или отделением вязкой мокроты, усиливающийся в ночное время суток.

Анамнез жизни. Аллергоанамнез: сенсibilизация к пыльцевым аллергенам, поллиноз, вакцинирован по индивидуальному календарю с 2 лет (АДС+ полиомиелит);аллергическая реакция на амоксициллин (сыпь). Посещает детский сад, в семье есть младший ребенок, который вакцинирован в соответствии с календарем. Эпидемиологический анамнез: в семье в течение двух месяцев сухой кашель у бабушки.

Объективный статус. Состояние средней тяжести. Не лихорадит. У ребенка во время осмотра частый, приступообразный кашель, заканчивающийся шумным вдохом. Носовое дыхание свободное. Одутловатость лица, отечность век, выбухание шейных вен во время приступа. При осмотре зева – легкая краевая гиперемия небных дужек. Надрыв уздечки языка. Кровоизлияние в склереу правого глаза, единичные петехии в периорбитальной области. Тоны сердца слегка приглушены, учащены до 110 ударов в минуту, ритмичные. При сравнительной перкуссии легких – тимпанический оттенок. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы, единичные сухие хрипы на всей поверхностью легких. Живот безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Ед.изм.
Гемоглобин	120	160	130	г/л
Гематокрит	31	44	35	%
Эритроциты	4,1	4,3	4,2	МЛН/МКЛ
Тромбоциты	156	408	300	ТЫС/МКЛ
Лейкоциты	4,5	13	22	ТЫС/МКЛ
Нейтрофилы			18	%
Палочкоядедные	1	5	0	%
Сегментоядерные	45	60	18	%
Лимфоциты	25	40	75	%
Моноциты	0	13	7	%
Базофилы	0	1	0	%
Эозинофилы	0,5	5	0	%
СОЭ	2	10	9	мм/час

Определение антигенов возбудителя в ротоглотке в реакции непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ): антиген Bordetella pertussis в браш-биоптате с задней стенки глотки обнаружен.

Определение специфических антител IgM, IgG методом ИФА: антитела к Bordetella pertussis IgM – положительно, антитела к Bordetella pertussis IgG (1: 160) - положительно.

Результаты инструментальных методов обследования

Рентгенография органов грудной клетки: рентгенография органов грудной клетки: на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции инфильтративных, очаговых изменений не определяется. Воздушность легочной ткани во всех отделах в значительной степени повышена, сосудистый рисунок обеднен. Признаки эмфиземы легких.

Офтальмоскопия: субконъюнктивально определяются кровоизлияния. Среды прозрачные.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 30

Вызов на дом к ребенку 3 лет на 3-й день заболевания.

Жалобы. Повышение температуры тела, общая слабость, недомогание, отсутствие аппетита, высыпания на коже.

Анамнез заболевания. Ребенок заболел остро, когда утром повысилась температура до 38,5°C (принимал Ибупрофен с положительным эффектом на 3-4 часа), отмечалась

слабость, снижение аппетита. К вечеру появилась пятнисто-папулезная сыпь на лице, за ушами, быстро сменявшаяся везикулами. В последующие дни сыпь подсыпала, подсыпание сопровождалось повышением температуры.

Анамнез жизни. Рос и развивался в соответствии с возрастом. Аллергоанамнез: не отягощен. Перенесенные заболевания: ОРВИ 3-5 раз в год. Привит по возрасту. Сезонная вакцинация от гриппа не проводится в связи с отказом родителей. Семья проживает в благоприятных социально-бытовых условиях. Эпиданамнез: ребенок посещает детский сад, в группе заболели двое детей.

Объективный статус. Температура тела 38,4°C. Вялый, аппетит снижен. На коже лица, конечностей, туловища, волосистой части головы полиморфная (пятна, папулы, везикулы с прозрачным содержимым), зудящая сыпь. Сыпь распространяется по всей поверхности за исключением ладоней и стоп. Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, задняя стенка глотки зернистая. На слизистых оболочках неба, щек, губ единичные везикулезные высыпания. Перкуторно над легкими – ясный легочный звук. При аускультации – дыхание пуэрильное, хрипов нет. Частота дыханий 26 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений 126 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 0,5 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, достаточное, моча желтого цвета. Стул два раза за прошедшие сутки, кашицеобразный. Очаговой неврологической и менингеальной симптоматики нет.

Результаты лабораторных методов обследования:

Анализ крови на IgM к Varicella Zoster методом ИФА: обнаружены IgM к вирусу Varicella Zoster.

Общий анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Ед.изм.
Гемоглобин	110	140	126	г/л
Гематокрит	30	45	35	%
Эритроциты	3,5	4,5	4,3	млн/мкл
Тромбоциты	160	390	254	тыс/мкл
Лейкоциты	6	12	4,5	тыс/мкл
Нейтрофилы				%
п/я	0,5	5	3	%
с/я	25	40	34	%
Лимфоциты	25	60	59	%
Моноциты	2	10	3	%
Базофилы	0	1	0	%
Эозинофилы	0,5	5	1	%
СОЭ	2	10	12	мм/час

Исследование содержимого везикул на антиген возбудителя (РИФ): антигены вируса Varicella Zoster - «+++».

Результаты инструментальных методов обследования:

Фарингоскопия: на небных дужках, слизистой глотки множественные везикулы, эрозии.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 31

Вызов на дом к ребёнку 5 лет.

Жалобы: Повышение температуры, слабость, вялость, озноб, кожные высыпания.

Анамнез заболевания: Ребенок болен 2 день, отмечалось повышение температуры до 39,5°C (принимал жаропонижающие с положительным эффектом на 3-4 ч), боли в горле, боль в правом ухе. К концу первых суток появилась сыпь по всему телу со сгущением в естественных складках.

Анамнез жизни: Ребенок от 1-й беременности, протекавшей физиологически. Роды 1-е, самостоятельные, в срок 39 недель. Масса тела при рождении 3500 г, длина тела 54 см. Туберкулезный анамнез: неотягощен. Реакция Манту отрицательная. Аллергологический анамнез неотягощен. Травмы: нет. Операции: нет. Гемотрансфузии не проводились. Перенесенные заболевания: ОРВИ до 5 р./год. Детские инфекции: ветряная оспа в 2 года. На диспансерном учете у узких специалистов не состоит. Наследственность: по линии матери у бабушки сахарный диабет 2 типа. Вакцинирован по календарю. Семья проживает в благоустроенной квартире. Ребенок посещает детский сад, где отмечались случаи заболевания с экзантемой.

Объективный статус: Лихорадка до 39,5°C. Боли в горле, яркая отграниченная гиперемия в ротоглотке - «пылающий зев», гнойные налеты на миндалинах. Реакция на tragus (козелок) отрицательная. Мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне кожи со сгущением в естественных складках кожи с выраженным бледным носогубным треугольником. Язык обложен густым белым налетом у корня, с гипертрофированными сосочками. Тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия до 130 ударов в минуту, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Единицы измерения
Гематокрит	31	44	35	
Гемоглобин	120	150	126	г/л
Эритроциты	4,1	4,26	4,2	10 ¹² /л
Тромбоциты	156	408	250	10 ⁹ /л
Лейкоциты	4,5	13	18,0	10 ⁹ /л
Нейтрофилы				%
п/я	1	5	15	%
с/я	45	60	55	%
Лимфоциты	25	40	28	%
Моноциты	0	13	0	%
Базофилы	0	1	0	%
Эозинофилы	0,5	5	2	%
СОЭ	2	10	25	мм/ч

Определение антистрептолизина-О в сыворотке крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Единицы измерения
Антистрептолизин-О	0	140	500	Ед/мл

Посев из зева и носа на возбудителя дифтерии (*Corynebacterium Diphtheriae*): бацилла Леффлера – не обнаружена.

Посев из зева и носа на микрофлору: обильный рост β-гемолитического стрептококка группы А.

Результаты инструментальных методов обследования:

ЭКГ: ЭОС – вертикальная. Синусовая тахикардия. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

УЗИ сердца: нарушения глобальной, локальной, сократительной и диастолической функции миокарда не выявлено. Эхогенность миокарда не изменена. Камеры сердца не

расширены. Систолическое давление в легочной артерии нормальное. Дополнительная трабекула в левом желудочке.

Отоскопия: патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Какова тактика ведения данного пациента?
5. Каковы противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 32

Больная А., 12 лет, поступила в отделение с жалобами на носовое кровотечение.

Из анамнеза известно, что в течение последних 6 месяцев девочка стала часто болеть, заболевания сопровождались повышением температуры - до фебрильных цифр, снизился аппетит, ребенок стал быстрее уставать.

Объективно: при поступлении состояние ребенка тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, на слизистых оболочках полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечается незначительное кровотечение из десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Периферические лимфатические узлы мелкие, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Моча обычной окраски.

Данные лабораторных исследований

Общий анализ крови: НЬ - 72 г/л, Эр - $2,8 \times 10^{12}$ /л, Ретик - 0,2%, Тромб - единичные, Лейк - $1,3 \times 10^9$ /л, п/я - 1%, с - 4%, л - 95%, СОЭ - 35 мм/час.

Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки - отсутствуют, гранулоцитарный росток - 11%, эритроидный росток - 8%, мегакарициты - не найдены.

Общий анализ мочи: цвет - желтый, удельный вес - 1018, белок - следы, эпителий плоский — 2—4 в п/з, лейкоциты — 0—1 в п/з, эритроциты — 25-30 в п/з, цилиндры - нет, слизь - нет, бактерии - нет.

Вопросы

1. О каком заболевании может идти речь у данной больной?
2. Какие исследования необходимо еще провести и какие изменения Вы ожидаете увидеть?
3. При каком заболевании может быть аналогичная гемограмма?
4. Какие существуют современные методы лечения данной патологии и на чем они основаны?
5. Какова наиболее вероятная причина появления неврологической симптоматики у больных с этой патологией?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 33

На приеме у участкового педиатра мальчик 6 лет с мамой.

Жалобы: на зуд; высыпания на коже рук, ног, тела.

Анамнез заболевания: Впервые высыпания на коже лица появились в возрасте 6 мес., когда в рацион ввели овсяную кашу. Ребенок был проконсультирован аллергологом иммунологом, назначена терапия. Однако мама рекомендации врача выполняла не полностью. Лечила ребенка самостоятельно, использовала увлажняющие средства и соблюдала диетические рекомендации.

Высыпания прошли за несколько месяцев, на их месте остались очаги депигментации. Год назад вновь появились высыпания, локализующиеся изначально только в локтевых сгибах, затем распространились по всему телу, беспокоит выраженный зуд. Увлажняющие и антигистаминные средства с минимальным эффектом.

Анамнез жизни: Родился от 2-й нормально протекавшей беременности, срочных родов, масса тела 3600 грамм, рост 51 см, Апгар 8/9 баллов.; находился на грудном вскармливании до 12 месяцев, прикорм введен с 5 месяцев;отмечались высыпания на коже после введения овсяной каши, остальные продукты переносил без реакцийперенесенные заболевания: ОРВИ 4-5 р./год с 3-х лет;вакцинирован согласно календарю;наследственность отягощена: у матери поллиноз, у отца бронхиальная астма.

Объективный статус: Состояние ближе к удовлетворительному. Самочувствие страдает, мальчик постоянно чешет локтевые сгибы и шею. Не лихорадит. Кожные покровы сухие, гиперемированные пятна с шелушением и экскориациями по всему телу; в локтевых сгибах лихеноидные папулы, подчеркнутый кожный рисунок на ладонях.Видимые слизистые чистые.Периферические л/у не пальпируются.В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный; печень и селезенка не увеличены.Стул регулярный, оформленный; диурез в N. Вес 18 кг, рост 125 см.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Мин.	Макс.	Результата	Единицы измерения
Гематокрит	31	38	31	%
Гемоглобин	110	140	139	г/л
Эритроциты	3.9	5.3	4.3	млн/мкл($\times 10^{12}/л$)
Тромбоциты	180	320	289	тыс/мкл($\times 10^9/л$)
Лейкоциты	5.0	10.0	9.2	тыс/мкл($\times 10^9/л$)
Нейтроциты:				
п/я	1	6	1	%
с/я	32	55	30	%
Лимф-ты	33	55	36	%
Моноциты	3	9	4	%
Базофилы	0	1	0	%
Эоз-лы	1	4	20	%
СОЭ	2	10	4	мм/час

Определение уровня специфических IgE-антител в сыворотке крови:

Антиген	Концентрация (kU/I)	Класс
Смесь аллергенов злаковых	0	0
Смесь плесневых грибов	0	0
Смесь бытовых аллергенов	40	4 (высокая сенсibilизация)

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз, с чем следует проводить дифференциальную диагностику?
2. Что является средствами первой линии терапии у данного пациента? Каковы побочные эффекты данной терапии?
3. С какой целью назначаются антигистаминные препараты 2 поколения?
4. Показана ли диета с исключением аллергенных продуктов при лечении данного пациента?
5. Какой препарат показан после уменьшения симптомов тяжелого обострения у данного пациента?

На приеме у участкового педиатра мальчик 3 месяцев.

Жалобы мамы на беспокойство; плохой сон; зуд; высыпания на коже лица, рук, ног.

Анамнез заболевания. С рождения мама отмечает сухость кожи. Впервые высыпания на коже лица появились месяц назад после перехода с грудного вскармливания на искусственное вскармливание адаптированной молочной смесью. Отмечалась гиперемия и шелушение на щеках, затем аналогичные высыпания появились на ногах и руках. Последние дни ребенок стал расчесывать лицо, беспокойно спать.

Анамнез жизни. Родился от 1 нормально протекавшей беременности, срочных родов, вес тела при рождении 3450 грамм, рост 50 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.; находился на грудном вскармливании до 2 мес., затем адаптированная молочная смесь; перенесенные заболевания: нет; вакцинирован согласно календарю; наследственность отягощена: у матери аллергический ринит, у отца псориаз.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Самочувствие страдает, мальчик постоянно старается достать до лица. Не лихорадит. Кожные покровы сухие, гиперемизированные пятна с шелушением, микровезикулами, мокнутием, светло-коричневыми корочками на лице, разгибательной поверхности рук и ног и плечах, несколько элементов на груди; кожа спины, живота, бедер сухая.

Видимые слизистые чистые. Периферические л/у не пальпируются. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный, диурез в норме. Масса тела 5600 грамм, рост 63 см.

Результаты лабораторных методов обследования

Клинический анализ крови:

Показатель	Мин.	Макс.	Результата	Единицы измерения
Гематокрит	31	38	34	%
Гемоглобин	110	140	141	г/л
Эритроциты	3.9	5.3	4.9	млн/мкл(х1012/л)
Тромбоциты	180	320	390	тыс/мкл(х109/л)
Лейкоциты	5.0	10.0	9.7	тыс/мкл(х109/л)
Нейтроциты:				
п/я	1	6	5	%
с/я	32	55	45	%
Лимф-ты	33	55	31	%
Моноциты	3	9	4	%
Базофилы	0	1	1	%
Эоз-лы	1	4	15	%
СОЭ	2	10	4	мм/час

Определение аллергенспецифических IgE-АТ в сыворотке крови:

Антиген	Концентрация (kU/I)	Класс
Белок коровьего молока	40	4 (высокая сенсibilизация)

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз, указав клинико-морфологическую форму. Что является характерным осложнением данного заболевания?
2. Чем целесообразно проводить искусственное вскармливание ребенка первого года жизни с данным заболеванием?
3. Укажите средство первой линии терапии у данного пациента, учитывая имеющееся осложнение. Какие побочные эффекты от применения данных препаратов могут развиваться?
4. Какой препарат показан у данного пациента после уменьшения симптомов тяжелого обострения? С какой целью могут назначаться антигистаминные препараты 1 поколения?

5. Что необходимо данному пациенту в стадию ремиссии?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 35

Вызов участкового педиатра на дом к мальчику 12 лет.

Жалобы: на приступообразный кашель; приступ удушья; свистящее дыхание.

Анамнез заболевания: заболел остро - после употребления чая с мёдом. Мама дала таблетку супрастина, но состояние не улучшилось. Прошлой осенью был приступ удушья на даче, который был купирован в/м введением преднизолона и ингаляцией бронхолитика бригадой СМП. После этого приступа периодически сухой кашель при вдыхании резких запахов и иногда по ночам. К врачу ранее не обращались, терапию не получал.

Анамнез жизни: мальчик родился доношенным, масса тела при рождении 3650 грамм, рост 55 см. Рос и развивался по возрасту. Операций не было. рививки по календарю. Болеет ОРВИ 4-5 р./год, ангины 2 раза в год. Жилищные условия хорошие. В комнате ребенка много домашних растений. Домашних животных нет. Занимается теннисом. Аллергоанамнез: у ребенка в возрасте 3 лет отмечалась крапивница после употребления в пищу шоколада. Наследственный анамнез: по линии матери - поллиноз, у сестры 16 лет - атопический дерматит.

Объективно: Общее состояние тяжелое; самочувствие нарушено положение сидя на стуле и стоя с наклоном туловища вперед; цианоз носогубного треугольника; грудная клетка расширена в передне-заднем размере, плечи приподняты; перкуторно над легкими коробочный звук; аускультативно свистящие, жужжащие сухие хрипы по всем легочным полям на фоне ослабленного дыхания; ЧДД=38 в минуту; ЧСС= 132 ударов в минуту.

Результаты лабораторных методов обследования:

Иммунологический анализ крови (специфические IgE к пыльцевым аллергенам):

Антиген	Концентрация (kU/l)	Класс
Смесь плесневых грибов	>100	6 (очень высокий титр антител)
Смесь сорных трав	>100	6 (очень высокий титр антител)
Смесь деревьев	>100	6 (очень высокий титр антител)

Результаты инструментальных методов обследования:

Пикфлоуметрия: пиковая скорость выдоха = 170 л/мин (норма - 280-350 л/мин).

Спирометрия: снижение ОФВ на 30%; индекс Тиффно = 0,6 (норма - 0,9).

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз
2. С каким заболеванием следует проводить дифференциальную диагностику у данного пациента?
3. Перечислите бронхолитические препараты короткого действия, разрешенные у данного пациента? Что еще показано данному пациенту из мероприятий неотложной помощи?
4. Что назначается при неэффективности короткодействующих бронхолитиков для купирования приступа?
5. Какие препараты используются для базисного лечения? Приведите примеры комбинированных препаратов.

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 36

В поликлинику обратилась мать с 9-летним ребенком с жалобами на одышку; свистящее дыхание; кашель (преимущественно ночной).

Анамнез заболевания: Мальчик болен в течение 3 месяцев, 3-4 раза в неделю отмечает эпизоды одышки и свистящего дыхания, кашель по ночам в помещении. Иногда беспокоит

чувство сдавления в груди. Мать связывает приступы со стрессовыми ситуациями. Последнее время стал быстрее уставать. Лечения до настоящего обращения не получал.

Анамнез жизни: Рос и развивался по возрасту. Травм и операций не было. Аллергоанамнез: atopический дерматит до 6 лет, с 7 лет - аллергический ринит на пыльцу березы. Вакцинация по индивидуальному графику. Детские инфекции: ветряная оспа в 7 лет. Наследственный анамнез: мама ребенка страдает бронхиальной астмой.

Объективный статус: Состояние удовлетворительное, на момент осмотра одышки не отмечается. Кожные покровы бледные, чистые от сыпи, тургор и влажность сохранены. Дыхание через нос свободное. Периферические л/у не увеличены, безболезненны. В зеве слизистые оболочки физиологической окраски. Аускультативно: сердечные тоны ясные, ритмичные. Перкуторно над легкими выслушивается коробочный оттенок звука. В легких дыхание жесткое, свистящие хрипы на выдохе по всем легочным полям. Пальпация живота безболезненна, печень и селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме.

Результаты инструментальных методов обследования:

Спирометрия:

Показатели %	Норма	Показатель ребёнка
ЖЁЛ	90-85	86
ФЖЁЛ	80-85	82
ОФВ ₁	85-75	80

Пикфлоуметрия:

Рост 134 см

ПСВ = 240(↓) л/мин (норма = 276 л/мин)

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

Иммунологический анализ крови (специфические IgE к пыльцевым аллергенам):

Антиген	Концентрация (kU/l)	Класс
Смесь плесневых грибов	0	0
Смесь сорных трав	0	0
Смесь деревьев	0	0
Клещ домашней пыли	>100	6 (очень высокая сенсibilизация)

Задание

1. Сформулируйте основной диагноз
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Консультация каких специалистов показаны дополнительно?
4. Какой препарат необходимо использовать для быстрого купирования симптомов заболевания?
5. Какие препараты необходимы для базисной терапии? Возможны ли побочные действия при применении данных препаратов?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 37

В стационар поступил мальчик 9 лет.

Жалобы насхваткообразные боли в животе боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях.

Анамнез заболевания. 2 недели назад у мальчика поднялась температура до 38°C, появились боли в горле. Участковый педиатр поставил диагноз лакунарной ангины, назначил оксациллин. Через неделю на коже нижних конечностей появилась мелкоточечная сыпь, непостоянные боли в левом коленном суставе. Участковым педиатром направлен в стационар с подозрением на острый живот

Анамнез жизни. Ребенок от 1-й нормально протекавшей беременности, 1 самостоятельных родов. Раннее развитие по возрасту. Прививки в соответствии с календарем. От кори привит однократно. От гриппа не привит. Туберкулезный анамнез:

не отягощен. Травмы: закрытая черепно-мозговая травма (ЗЧМТ), сотрясение головного мозга (СГМ) в возрасте 5 лет. Операции: не было. Гемотрансфузии: не проводились. Аллергоанамнез не отягощен. Детские инфекции: не болел. На Д-учете у узких специалистов: невролог – ЗЧМТ СГМ. Наследственный анамнез: по патологии почек не отягощен.

Объективный статус. Т=37,1, ЧСС=90 ударов в минуту, ЧДД=18 в минуту, АД=90/60 мм.рт.ст. состояние ребенка тяжелое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу коленями. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоочечная, местами сливная красновато-синюшная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи. Левый коленный и левый голеностопный суставы отечны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь. Живот болезненный при пальпации, печень, селезенка не пальпируются. Стул скудный, небольшими порциями, кашицеобразный, цвета «малинового желе». Мочится хорошо, моча светлая.

Результаты лабораторных методов обследования:

Общий анализ крови: НЬ - 110 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,9. Тромб - 435×10^9 /л, Лейк - $10,5 \times 10^9$ /л, юные - 1%, п/я - 5%, с - 57%, э - 2%, л - 28%, м - 7%, СОЭ - 25 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 71 г/л, мочевины - 3,7 ммоль/л, креатинин - 47 ммоль/л, билирубин общий - 20,2 мкмоль/л, АСТ-25Ед, АЛТ-20Ед.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, относительная плотность - 1012, белок отсутствует, эпителий - 0-1 в п/з, лейкоциты - 2-4 в п/з, эритроциты, цилиндры отсутствуют.

Вопросы:

1. Выскажите предположение о диагнозе, учитывая клиническую картину заболевания. Нужны ли дополнительные методы исследования для того, чтобы подтвердить диагноз?
2. Что лежит в основе патогенеза?
3. Перечислите осложнения при данном заболевании. С каким специалистом необходимо проконсультировать больного, учитывая клиническую картину болезни?
4. Какие еще клинические проявления возможны при данном заболевании?
5. Составьте план лечения больного. Объясните механизм действия лекарственных препаратов, применяющихся при данном заболевании.

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 38

Больной О., 5 лет, обратился в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава.

Жалобы: на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда

Анамнез заболевания: с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения, в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

Объективный статус: Состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстрavasаты. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4-летнем возрасте.

Результаты лабораторных методов обследования:

Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр - $3,0 \times 10^{12}$ /л, Ретик - 3%, Тромб - 300×10^9 /л, Лейк - $8,3 \times 10^9$ /л, п/я - 3%, с - 63%, э - 3%, л - 22%, м - 9%, СОЭ-12мм/час.

Длительность кровотечения по-дьюку - 2 мин 30 сек.

Время свертывания крови по Ли-Уайту более 15 мин.

Вопросы:

1. О каком заболевании у данного больного можно думать?
2. На что следует обратить внимание при сборе анамнеза жизни у родителей ребенка?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Объясните патогенез клинических проявлений заболевания. Почему боль в суставе возникла только через 2 часа после травмы?
5. Назначьте лечение больному. Какой из видов терапии можно считать патогенетическим?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 39

Подросток 17 лет на приеме у участкового педиатра.

Жалобы: частая ежедневная изжога; периодически «голодные» боли в эпигастрии; аппетит, стул и вес стабильны.

Анамнез заболевания: Беспокоит изжога в течение последних 2 лет, усиливается после диетических погрешностей, переедания, позднего ужина. Последний месяц изжога беспокоит после каждого приема пищи, появилась боль при глотании за грудиной. Периодически с положительным эффектом принимает антациды.

Анамнез жизни: Рос и развивался соответственно возрасту. Перенесенные заболевания и операции: ветряная оспа. Наблюдение специалистов: аллерголог иммунолог с диагнозом: "Бронхиальная астма" (обострения несколько раз в месяц, чаще ночью, после обильной пищи, несмотря на адекватно проводимую базисную терапию и соблюдение рекомендаций). Наследственность: у тети по линии отца аллергический ринит, старший брат страдает СД-1. Аллергоанамнез: приступы удушья на цветение ранних деревьев.

Объективный статус: Состояние удовлетворительное, самочувствие хорошее. Рост 176 см, вес 67 кг. Жалоб на момент осмотра не предъявляет. Зев рыхлый, задняя стенка глотки гиперемирована. Язык обложен белым налетом. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации высоко в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Пузырные симптомы отрицательные. Стул оформленный коричневого цвета, регулярный.

Результаты инструментальных методов обследования:

Эзофагогастродуоденоскопия: Пищевод свободно проходим. Слизистая пищевода ярко гиперемирована, отечна до средней трети. «Зубчатая линия» прослеживается неравномерно на 2-3 см выше розетки кардии. Кардия смыкается вяло, складки ее отечные, слизистые их ярко гиперемированы, отечные, в абдоминальном отделе пищевода определяются линейные эрозии. Слизистая желудка пролабирует в пищевод на 4 см. В желудке немного прозрачного содержимого. Складки обычного калибра, хорошо расправляются воздухом. Слизистые желудка бледно-розовые, блестящие. Привратник округлой формы, перистальтика активная, смыкается полностью. Луковица ДПК средних размеров, пустая. Слизистые розовые, блестящие. БД переход проходим свободно. Постлуковичный отдел - складки мелкие, концентрично расположены. Слизистые розового цвета, блестящие. Фатеров сосок по медиальной стенке, конической формы. Желчь на проведение ФЭГДС не выделялась.

УЗИ верхних отделов желудочно-кишечного тракта с водно-сифонной пробой: в желудке натошак большое количество слизи. Отмечается усиление сосудистого рисунка в области пищевода, желудка и кишечника. При компрессии отмечается рефлюксный заброс содержимого желудка в просвет пищевода.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Результат	Единицы

Эритроциты	4,7	$\times 10^{12}/л$
Гемоглобин	149	г/л
Тромбоциты	278	тыс/мкл
Лейкоциты	7,3	$\times 10^9/л$ (норма до 11,3)
Нейтрофилы п/я	2	%
Нейтрофилы с/я	45	%
Эозинофилы	9	%
Лимфоциты	41	%
Моноциты	3	%
СОЭ	2	мм/ч

Биохимический анализ крови:

Показатель	Ед.	Референсные значения	Результат
АЛТ	ед./л	0-40	35
АСТ	ед./л	0-40	29
Амилаза панкреатическая	ед./л	14-115	78
Общий белок	г/л	64-86	74
Липаза	ед./л	8-78	45
Билирубин общий	мкмоль/л	1,3-20,5	18,2
Железо	мкмоль/л	4,5-27,9	12,2
Глюкоза	ммоль/л	3,0-5,06	5,5

Вопросы

1. Сформулируйте основной диагноз. Что подтверждает связь бронхиальной обструкции с основным заболеванием у пациента?
2. Что рекомендуют пациентам с персистирующими тяжелыми или среднетяжелыми симптомами астмы (особенно, если имеются ночные приступы) и частыми проявлениями изжоги?
3. Что относится к наиболее важным режимным мероприятиям у пациента?
4. Препараты какой группы рекомендованы пациенту в первую очередь?
5. В какой группе рекомендованы занятия физкультурой в стадии полной клинико-эндоскопической ремиссии?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 40

На прием к участковому врачу-педиатру пришел мальчик 10 лет в сопровождении матери.

Жалобы: Кислая отрыжка; изжога, осиплость голоса по утрам; чувство горечи во рту.

Анамнез заболевания: Первые симптомы заболевания появились 3 месяца назад; последние 3-4 недели изжога после каждого приема пищи, усиливающаяся при наклонах вниз; утром на подушке отмечает следы мокрых пятен.

Анамнез жизни: Мальчик от первой нормально протекавшей беременности, первых родов. Масса тела при рождении 3250 грамм, длина тела 52 см. Период новорожденности - без особенностей. Привит в соответствии с календарем. Учится в школе с изучением иностранных языков, посещает секцию спортивной гимнастики. У бабушки по материнской линии - хронический гастрит, у матери - хронический холецистит, у отца - язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки.

Объективный статус:

Рост 135 см, масса тела 32 кг. Кожные покровы чистые, видимые слизистые бледно-розовые. Множественный кариес. ПЖК развита умеренно, распределена равномерно. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧДД=18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=75 ударов в минуту, АД=110/70 мм.рт.ст. Язык обложен налетом белого цвета. Живот не вздут, мягкий, болезненный при глубокой пальпации в пилородуоденальной зоне. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам.

Результаты лабораторных методов обследования:

Общий анализ крови:

Показатель	Референсные значения	Результат	Единицы
Гемоглобин	120-160	101	г/л
Гематокрит	31-44	35	%
Эритроциты	4,1-4,3	4,7	млн/мкл
Тромбоциты	156-408	250	тыс/мкл
Лейкоциты	4,5-13	11	тыс/мкл
Нейтрофилы	-	60	%
п/я	1,5	5	%
с/я	45-60	55	%
Лимфоциты	0-13	3	%
Моноциты	0-1	0	%
Эозинофилы	0,5-5	1	%
СОЭ	2-10	5	мм/ч

Копрограмма:

Форма	оформленная
Консистенция	плотная
Цвет	тёмно-коричневый
Запах	специфический
Мышечные волокна переваримые (неизмененные, без исчерченностью)	умеренно
Нейтральный жир	немного
Жирные кислоты	немного
Мыла (соли жирных кислот)	немного
Перевариваемая клетчатка	много
Неперевариваемая клетчатка	немного
Крахмал	умеренно
Иодофильная флора	много
Слизь	умеренно
Лейкоциты	2-3 в п. зр.
Эритроциты	1-2 в п. зр.
Эпителий	единичный

Дыхательный тест на *Helicobacter pylori*: АТ не обнаружены.

Результаты инструментальных методов обследования:**Фиброэзофагогастродуоденоскопия:**

Пищевод свободно проходим, слизистая ярко гиперемирована в средней и нижней трети пищевода, кардия не смыкается. В желудке натошак умеренное количество прозрачного секрета. Складки эластичны, перистальтика отслеживается. Слизистая бледно-розового цвета. Угол желудка без особенностей. Выходной отдел формировался правильно. Привратник смыкается, проходим. Луковица ДПК не деформирована, слизистая розовая. Залуковичный отдел без особенностей. БДС в типичном месте до 0,3 см.

УЗИ верхних отделов желудочно-кишечного тракта с водно-сифонной пробой: Расширение диаметра абдоминального отдела пищевода и возникновение гастроэзофагеальных рефлюксов в виде расщепления центрального эхосигнала, появления гипоэхогенных включений и маятникообразных движений жидкости в просвете пищевода.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз, с чем следует проводить дифференциальную диагностику?
2. Какие осложнения, которые могут возникать при данной патологии?
3. Какие группы препаратов применяются при лечении данной патологии у детей?

4. Что является показанием для госпитализации? Каков прогноз при данном заболевании?
5. Как проводится вакцинопрофилактика у детей с данной патологией?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 41

Прием участкового педиатра, девочка 7 мес.

Жалобы со слов мамы: на быструю утомляемость; одышка; учащение сердцебиения при сосании; частые бронхиты; недостаточная прибавка в весе.

Анамнез заболевания: одышка стала появляться в возрасте 2 месяцев, в динамике стала более выраженная. До 3 мес. набирала массу удовлетворительно, впоследствии возник и нарастает дефицит массы тела на фоне сохраненного аппетита и активного сосания.

Анамнез жизни: частые бронхолегочные заболевания: ОРВИ в 2 и 6 месяцев, бронхит в 3 и в 5 месяцев, пневмония в 4 месяца.

Объективный статус: подкожно-жировая клетчатка не развита. Рост 69 см (4 коридор). Масса 5,8 кг (1 коридор). Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры с частотой 48 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: верхняя: II ребро; правая: по правому краю грудины; левая: +2 см по левой средне-ключичной линии; верхушечный толчок: в V межреберье по среднеключичной линии. Ритм сердца правильный, интенсивный систолический шум по левому краю грудины. ЧСС=160 ударов в минуту. АД на руках справа 108/60 мм.рт.ст, слева - 98/55 мм.рт.ст. АД на ногах - 110/64 мм.рт.ст. Пульсация на периферических артериях удовлетворительная.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови в норме

Анализ крови на С-реактивный белок: 4,2 мг/л (норма – до 5 мг/л).

Результаты инструментальных методов обследования:

ЭХО-КГ:

Конечный диастолический размер ЛЖ = 3,0 (↑) см (норма 2,4 - 2,8 см).

Конечный систолический размер ЛЖ = 1,7 (↑) см. (норма 1,3 - 1,6 см).

ЛП = 1,9 см (норма 1,6 - 1,9 см).

Перерыв эхосигнала в верхней трети МЖП - 9 мм, сброс крови - слева направо.

Систолическое давление в ПЖ = 28 мм рт. ст. (норма - до 30 мм рт. ст).

Рентгенограмма органов грудной клетки: костной патологии нет, легочные поля без очаговых инфильтративных затемнений, расширены левые отделы сердца, сосуды легких полнокровны.

ЭКГ: Синусовая тахикардия, ЧСС=180. Электрическая ось сердца отклонена влево.

Признаки перегрузки левого желудочка.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз. Что является характерным осложнением данного порока?
2. С чем следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Каковы основные направления лечения сердечной недостаточности при пороках сердца с увеличенным легочным кровотоком?
4. Какие симптомы характерны для сердечной недостаточности по левожелудочковому типу?
5. Какие абсолютные показания определяют проведение оперативного лечения в ранние сроки (в первом полугодии жизни)?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 42

Вызов участкового педиатра к мальчику 11 лет.

Жалобы: Боли в животе (в правом подреберье); тошнота; однократная рвота съеденной пищей.

Анамнез заболевания: Аналогичный приступ наблюдался 7 месяцев назад, был менее выражен и купировался в течение 30-40 минут после приема спазмолитика. До сегодняшнего утра приступов не отмечалось. Последний приступ болей в животе сегодня с утра, через 15 минут после завтрака, состоящего из бутерброда с маслом, яйца и кофе. Купировался спазмолитиком. Мама отмечает появление желтушности кожных покровов.

Анамнез жизни: Рос и развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: аллергический ринит, наблюдается аллергологом-иммунологом. Травмы и операции: перелом плечевой кости в 7 лет. Аллергоанамнез: аллергический ринит в период цветения ранних деревьев. Вакцинирован согласно календарю. Семейный анамнез: у матери – хронический калькулезный холецистит, у отца – хронический гастрит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Эпидемиологический анамнез: за последние 6 месяцев пределы Москвы не покидал, в заведениях фастфуда не питался, инвазивные вмешательства отрицает, контактов с инфекционными больными не было.

Объективный статус: Физическое развитие среднее, гармоничное. Состояние удовлетворительное, самочувствие не страдает, последний эпизод болей в животе накануне утром, купирован приемом спазмолитика. Не лихорадит. Кожные покровы умеренно желтушные, слизистые субиктеричны. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот округлой формы, симметричен, не вздут, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Симптом Кера, Ортнера, Мерфи – положительные. Печень +2,0 см из-под края реберной дуги, край упругий, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, обесцвеченный, 1 раз в сутки, без патологических примесей. Моча темного цвета.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Результата	Единицы
Эритроциты	4,92	$\times 10^{12}/л$
Гемоглобин	130	г/л
Тромбоциты	221	тыс/мкл
Лейкоциты	14,3	$\times 10^9/л$ (норма до 11,3)
Палочкоядерные	6	%
Сегментоядерные	55	%
Эозинофилы	5	%
Лимфоциты	30	%
Моноциты	4	%
СОЭ	7	мм/ч

Биохимия крови:

Показатель	Ед.	Min	Max	Результата
АЛТ	ед./л	0	40	54
АСТ	ед./л	0	40	46
ЩФ	ед./л	0	370	870
ГГТ	ед./л	0	50	67
Холестерин	ммоль/л	2,6	6,2	6,8
Триглицериды	ммоль/л	0	2,3	2,07
Мочевина	ммоль/л	1,7	8,3	7,5
Креатинин	ммоль/л	44	97	67
Амилаза панкреатическая	ед./л	17	115	100
Общий белок	г/л	64	86	69
Липаза	ед./л	8	78	70
Билирубин общий	мкмоль/л	1,3	20,5	30
Билирубин прямой	мкмоль/л	0	5,5	24

Глюкоза	ммоль/л	5,06	3,0	5,5
С-реактивный белок	г/л	0	8,2	7,1

Гиперхолестеринемия, дислипидемия. Повышение общего билирубина за счет прямой фракции.

Результаты инструментальных методов обследования:

УЗИ органов брюшной полости: ПЕЧЕНЬ: увеличена, контуры ровные, паренхима однородная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена; ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ: обычной формы, толщина стенок до 2 мм (норма - до 2 мм), полость – гиперэхогенные структуры диаметром до 7 мм с эффектом акустической тени, не перемещающиеся при изменении положения тела, значительное количество мелкодисперсного осадка; ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА: паренхима эхогеннооднородная, головка 19 мм (норма - до 18), тело 15 мм (норма - до 15), хвост 20 мм (норма - до 18).

Гепатобилисцинтиграфия:

Выявлены признаки гипофункции желчного пузыря.

Вопросы:

1. Какой основной диагноз? Чем осложнилось заболевание?
2. С чем необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. С чем связано желтушность кожи, изменения цвета кала и мочи?
4. Показано ли пациенту оперативное вмешательство и почему?
5. С какой целью назначается урсодезоксихолевая кислота на этапе реабилитации?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 43

На амбулаторном приеме у участкового педиатра девочка 5 лет.

Жалобы: Периодические боли в животе в области правого подреберья; тошнота; горечь во рту; эпизод рвоты.

Анамнез жизни: Росла и развивалась соответственно возрасту. Посещает детский сад с 3 лет. Перенесенные заболевания: ОРВИ 4-5 раз в год. Травмы и операции: не было. Узкими специалистами не наблюдается. Аллергоанамнез: неотягощен. Вакцинирована согласно календарю. Семейный анамнез: у матери – желчнокаменная болезнь (холецистэктомия), у отца – хронический гастрит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

Объективный статус: Состояние удовлетворительное, самочувствие не страдает.

Последний эпизод болей в животе - накануне утром, купировался спазмолитиками. Не лихорадит. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот округлой формы, симметричен, не вздут, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Симптомы Кера, Ортнера, Мерфи – положительные. Печень +1,0 см из-под края реберной дуги, край упругий, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, 1 раз в сутки, без патологических примесей.

Результаты лабораторных методов обследования:

Исследование щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы:

ЩФ – 650 (↑) Ед/л (норма до 370 Ед/л)

ГГТ – 56 (↑) Ед/мл (норма 0-50).

Исследование билирубина (общий, фракции): Общий билирубин – 26,3 (↑) мкмоль/л (норма до 21 мкмоль/л), Прямой билирубин – 15,5 мкмоль/л, Непрямой билирубин – 10,8 мкмоль/л, Повышение общего билирубина за счет прямой фракции.

Липидограмма:

Общий холестерин – 6,8 ммоль/л; триглицериды – 1,07 ммоль/л;

ЛПНП – 3,9 ммоль/л; ЛПВП – 1,1 ммоль/л; ИА – 3,6.

Гиперхолестеринемия, дислипидемия.

Результаты инструментальных методов обследования:

УЗИ органов брюшной полости:

Печень - не увеличена, контуры ровные, паренхима однородная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена; желчный пузырь - обычной формы, толщина стенок до 4 мм (норма - до 2 мм), в области шейки обнаружено гиперэхогенное образование размером 8x10 мм, со слабой акустической тенью; поджелудочная железа - паренхима эхогеннооднородная, головка - 19 мм (N - до 18), тело - 15 мм (N - до 15), хвост - 20 мм (N - до 18).

Магнитно-резонансная холангиопанкреатография: Заключение: конкремент 8x10 мм в шейке желчного пузыря.

Гепатобилисцинтиграфия: Выявлены признаки гипофункции желчного пузыря.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз, каковы возможные осложнения данного заболевания?
2. С чем следует проводить дифференциальную диагностику данной патологии?
3. Какие препараты применяют для купирования болевого синдрома?
4. Какой препарат и в какой суточной дозе назначают для растворения желчных камней?
5. В каком возрасте проводится плановая холецистэктомия при данной патологии?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 44

Больной П., 10 лет, поступил в отделение с носовым кровотечением.

Жалобы: Диарея на длительное носовое кровотечение

Анамнез заболевания: Из анамнеза известно, что за 2 недели до настоящего заболевания перенес ОРВИ, после чего на различных участках тела, без определенной локализации появились экхимозы различной величины и мелкоочечная геморрагическая сыпь.

Участковым врачом поставлен диагноз: геморрагический васкулит.

Объективный статус: При поступлении состояние ребенка тяжелое. При осмотре обращает на себя внимание обильный геморрагический синдром в виде экхимозов различной величины и давности, на лице, шее и руках петехиальные элементы. В носовых ходах тампоны, пропитанные кровью. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются

Результаты лабораторных методов обследования:

Общий анализ крови: НЬ - 101 г/л, Эр - $3,2 \times 10^{12}$ /л, Тромб - 12×10^9 /л, Лейк - $6,4 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 59%, э - 3%, л - 28%, м - 8%, СОЭ - 5 мм/час.

Миелограмма: костный мозг клеточный, бластные клетки - 2%, нейтрофильный росток - 62%, эозинофильный росток - 4%, лимфоциты - 5%, эритроидный росток - 27%, мегакарициты - 1 на 120 мегакарицитов, отшнуровка тромбоцитов не нарушена.

Общий анализ мочи; цвет - соломенно-желтый, удельный вес - 1008, белок - нет, эпителий плоский - 2-4 в п/з, лейкоциты - 2-4 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - нет, бактерии - нет.

Вопросы:

1. Согласны ли Вы с диагнозом участкового врача? Сформулируйте правильно диагноз.
2. Какие симптомы и данные лабораторного обследования явились важными для постановки диагноза?
3. Какие клинические пробы помогут Вам в постановке диагноза?
4. Назначьте лечение данному больному. Каков прогноз заболевания?
5. Как будет осуществляться плановая иммунизация пациента после выздоровления?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 45

Диспансерный прием ребенка 1 мес.

Жалобы на одышку, усиливающуюся при кормлении; потливость.

Анамнез заболевания: жалобы возникли в возрасте 2 недель; в динамике усиливаются.

Анамнез жизни: Ребенок от первой беременности, первых срочных родов, в переднем виде затылочного предлежания, вес при рождении - 3260 грамм. Течение беременности отягощено сахарным диабетом 1 типа, нефропатией, тромбоцитопенией, многоводием.

Объективный статус: Состояние при осмотре средней тяжести. Грудная клетка правильной формы, участвует в акте дыхания. Аускультативно дыхание ослабленное, крепитирующие хрипы по задним полям. ЧДД=60 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: верхняя: 2 межреберье; правая: на 1 см кнаружи от правого края грудины; левая: по средне-ключичной линии. Верхушечный толчок: в 5 межреберье по средне-ключичной линии. Тоны сердца звучные. ЧСС=160 ударов в минуту. Ритм правильный. АД на левой руке = 95/34 мм.рт.ст; АД на правой руке = 98/42 мм.рт.ст; АД на правой ноге = 62/35 мм.рт.ст; АД на левой ноге = 68/22 мм.рт.ст. Ослабленная пульсация на бедренных артериях.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови в норме. Анализ крови на С-реактивный белок: 3,2 мг/л (норма - до 5 мг/л)

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС=150. ЭОС не отклонена. Преобладание потенциалов миокарда ЛЖ.

ЭХО-КГ: Конечный диастолический размер ЛЖ = 3,0 (↑) см (норма 1,9-2,4 см). Конечный систолический размер ЛЖ = 1,7 см (норма 0,6-1,9 см). МЖП = 0,4 см (норма 0,3-0,5 см). Задняя стенка ЛЖ = 0,5 (↑) см (норма 0,3-0,4 см). ПЖ = 1,0 см (норма 0,8-1,2 см).

В брюшной аорте магистрально измененный кровоток. Нисходящая аорта ниже левой подключичной артерии сужена до 0,37 см. Градиент давления на нисходящей аорте = 32 мм. рт. ст.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз, перечислите возможные осложнения данного заболевания.
2. К какой группе врожденных пороков сердца относится данный порок согласно физиологической классификации?
3. С чем следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Чем может проявиться данный порок в подростковом возрасте? Перечислите симптомы сердечной недостаточности по левожелудочковому типу.
5. Тактика лечения данного порока?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 46

Вызов участкового педиатра на дом к мальчику 4 лет.

Жалобы: отёк кистей рук; уртикарная сыпь; невыраженный зуд.

Анамнез заболевания: начало острое: съел молочный коржик, - в течение 10 мин на лице и туловище появились уртикарные элементы, сопровождающиеся зудом; мама дала антигистаминный препарат, - сыпь стала бледнеть. Наутро сыпь сохранилась, однако новых элементов не появилось; зуд слабый. Аллергоанамнез: пищ. аллергия на белок коровьего молока, атопический дерматит (со 2 г. жизни обострений не отмечено); у матери - поллиноз.

Объективно: состояние удовлетворительное. Самочувствие страдает незначительно - из-за зуда. Уртикарная сыпь крупная, на коже без чёткой локализации, около 20-25 элементов. Отёков нет. Результаты лабораторных методов обследования

Определение уровня специфических IgE-антител в сыворотке крови:

Антиген	Концентрация (kU/l)	Класс
Белок коровьего молока	>100	6 (очень высокий титр антител)

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз, что является наиболее вероятной причиной заболевания?
2. Как долго могут сохраняться симптомы при хроническом течении заболевания?

3. Какие препараты необходимо назначить пациенту? Какова тактика при неэффективности первой линии терапии?
4. Чем определяется степень тяжести данного заболевания?
5. Какова доза преднизолона, назначаемая при тяжёлом течении данного заболевания?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 47

Мальчик Ю., 2,5 лет, поступил в отделение с **жалобами** на появившуюся желтушность кожных покровов.

Из анамнеза известно, что мальчик родился от первой, нормально протекавшей беременности, срочных родов. При рождении отмечалась длительная выраженная желтушность кожных покровов, по поводу чего проводилось знаменное переливание крови. Когда ребенку было 7 месяцев, родители заметили, что он немного пожелтел, но к врачу не обратились. 3 дня назад у мальчика повысилась температура до 37,8°C, ребенок пожелтел. В поликлинике был сделан анализ крови, в котором выявлена анемия - гемоглобин 72 г/л. Из семейного анамнеза известно, что мать здорова, а у отца периодически желтеют склеры. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Мальчик вялый, сонливый. Кожа и слизистые оболочки бледные с иктеричным оттенком. Обращает на себя внимание деформация черепа: башенный череп, седловидная переносица, готическое небо. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Тоны сердца учащены, выслушивается систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, селезенка +4 см ниже края реберной дуги. Стул, моча интенсивно окрашены.

Данные лабораторных методов исследования

Общий анализ крови: НЬ - 72 г/л, Эр - $2,0 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 1,1, Ретик - 16%, Лейк- $10,2 \times 10^9/л$, п/я-2%, с-45%, э-3%, л-37%, м -13%, СОЭ -24 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 82 г/л, билирубин: непрямой - 140,4 мкмоль/л, прямой - нет, свободный гемоглобин - отсутствует.

Осмотическая резистентность эритроцитов: min - 0,58, max - 0,32. 60% эритроцитов имеют сферическую форму.

Вопросы

1. О каком диагнозе идет речь? На основании каких данных Вы поставили этот диагноз?
2. По какому типу наследования передается это заболевание
3. Объясните патогенез гемолиза и перечислите осложнения при этом заболевании.
4. Какие лабораторные показатели гемолиза имеются у данного пациента.
5. Какой метод лечения является оптимальным, показан ли он данному больному и почему?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 48

Мальчик 12 лет поступил в онкогематологическое отделение

Жалобы: на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах.

Анамнез заболевания: в течение последних 3 месяцев мальчик стал быстро уставать, снизился аппетит. 2 недели назад родители заметили, что ребенок побледнел. Настоящее ухудшение состояния отмечалось 10 дней назад, когда повысилась температура до 39,3°C, увеличились подчелюстные лимфатические узлы. В амбулаторном анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до $200 \times 10^9/л$, с подозрением на хронический лейкоз мальчик был госпитализирован.

Анамнез жизни: Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания и операции: лакунарные ангины 2 раза в год. Наблюдение специалистов: ЛОР с диагнозом: "Хронический тонзиллит". Наследственность: у бабушки по линии отца – сахарный диабет. Аллергоанамнез не отягощен. Вакцинирована в соответствии с календарем.

Объективный статус: состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы размерами до 1,5 см, подвижные, безболезненные; подмышечные, паховые лимфатические узлы до 1,0 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +4,0 см, селезенка +2,0 см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

Результаты лабораторных методов обследования:

Общий анализ крови: НЬ - 86 г/л, Эр - $3,2 \times 10^{12}/л$, Тромб - единичные, Лейк - $208 \times 10^9/л$, бласты - 76%, п/я - 1%, с - 4%, л - 19%, СОЭ - 64 мм/час.

Миелограмма: костный мозг гиперплазирован, бласты - 96%, нейтрофильный росток - 3%, эритроидный росток - 1%, мегакариоциты - не найдены.

Цитохимическое исследование костного мозга: ШИК-реакция гранулярная в 95% бластов, реакция на миелопероксидазу и судан отрицательная.

Иммунологическое исследование костного мозга: выявлены маркеры зрелой Т-клетки.

Исследование ликвора: цитоз - 200/3, белок - 960 ммоль/л, реакция Панди - +++, бласты - 100%.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз согласно классификации. . Что явилось решающим в постановке диагноза?
2. Объясните патогенез клинических симптомов.
3. Какие методы исследования необходимо еще провести этому ребенку?
4. Что явилось причиной развития неврологической симптоматики?
5. Назовите основные этапы лечения этого заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 49

Девочка 10 лет с мамой на приеме у врача-педиатра участкового.

Жалобы со слов матери на боли в животе и пояснице; повышение t; слабость; снижение аппетита; головную боль.

Анамнез заболевания: больна 4 день. Заболела остро, появилось учащенное мочеиспускание и боли в животе. Через сутки отмечено повышение t до 37,5°C. На следующие сутки - повышение t до 37,7°C, появление болей в животе и поясничной области. Получала жаропонижающие препараты.

Анамнез жизни: Девочка от первой беременности, протекавшей на фоне повышения АД, отеков. Роды срочные, самостоятельные. Масса тела при рождении 3250 грамм, длина 52 см. Находилась на грудном вскармливании до 4 мес. Перенесенные заболевания: ОРВИ, бронхит. Аллергоанамнез без особенностей.

Объективный статус: Состояние средней тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, бледные, сухие, небольшой цианоз носогубного треугольника. Л/у без особенностей. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание проводится с обеих сторон, везикулярное, хрипов нет. Границы сердца перкуторно не расширены. Тоны ритмичные, ЧСС=96 ударов в минуту, АД=100/65 мм.рт.ст. Живот мягкий. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не определяется. Почки не пальпируются. Синдром поколачивания по 12 ребру слабopоложительный с обеих сторон. Отеков нет. Масса тела 29 кг, длина тела 138 см.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Min	Max	Результат	Единицы измерения
Гематокрит	31	44	38	%
Гемоглобин	120	150	115	г/л

Эритроциты	4,1	4,26	4,0	млн/мкл
Тромбоциты	156	408	268,0	тыс/мкл
Лейкоциты	4,5	13	19,8	тыс/мкл
Нейтрофилы п/я	1	5	8	%
Нейтрофилы с/я	25	53	60	
Лимфоциты	25	40	31	%
Моноциты	0	13	0	%
Базофилы	0	1	0	%
Эозинофилы	0,5	5	1	%
СОЭ	2	10	32	мм/ч

Бактериологическое исследование мочи: Выделена Escherichiacoli - 107 КОЕ/мл

Общий анализ мочи:

Тест	Результат	Единица измерения	Должные значения
Прозрачность	Мутная	∠	
Цвет	Светло-желтый	∠	
Эритроциты в поле зрения	0,6	В п.з.	0,1-3
Лейкоциты	4545,1	клеток/мкл	0-17,5
Лейкоциты в поле зрения	818,1	В п.з.	0-4
Плоский эпителий	0,7	/мкл	0-39,6
Плоский эпителий в поле зрения	0,1	В п.з.	0-7
Цилиндры	2,59	/мкл	0-5
Бактерии	14995,2	/мкл	0-60

Результаты инструментальных методов обследования:

УЗИ почек и мочевого пузыря: Почки умеренно увеличены с двух сторон, имеется расширение и уплотнение стенок ЧЛС. Мочевой пузырь без патологии.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз, какова тактика ведения данного пациента?
2. Укажите показания для госпитализации ребенка с данным заболеванием.
3. Выберете наиболее оптимальную схему антибактериальной терапии в амбулаторных условиях:
4. Укажите препарат, который наиболее часто используется для длительной антимикробной профилактики рецидивов заболевания:
5. Какое исследование необходимо провести при повторении эпизодов (2-х и более) ИМВП у детей старше года?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 50

На прием в поликлинику обратилась мама с девочкой 5-ти лет.

Жалобы на боль в надлобковой области; рези при мочеиспускании; ночное недержание мочи; частые позывы на мочеиспускание в дневное время.

Анамнез заболевания: ребенок болен 3-й день. 2 дня назад девочка почувствовала недомогание, часто ходила в туалет. Т была 37°C. На следующий день частые мочеиспускания сохранились, стали болезненными. Девочка ощущала режущие боли внизу живота, t было нормальная. Родители дали ибупрофен, но боли не исчезли. Ночью ребенок дважды помочился в кровать. Утром родители вместе с ребенком обратились к участковому педиатру в поликлинику.

Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, протекавшей физиологически. Роды нормальные, в срок. Масса тела при рождении 3250 грамм, длина 51 см. Прививки по календарю. Туб. анамнез: не отягощен. Аллергоанамнез не отягощен. Травмы: нет. Операции: нет. Гемотрансфузии не проводились. Перенесенные заболевания: ОРВИ до 3-х

р./год. Детские инфекции: ветряная оспа. С 1 года наблюдалась у детского гинеколога по поводу синехий половых губ. Мать девочки страдает хроническим пиелонефритом. Девочка нередко подвергалась переохлаждениям (занимается в бассейне).

Объективный статус: T = 36,4°C. Бледность лица. Отеков нет. В ротоглотке без катаральных явлений. Периферические л/у не увеличены. При объективном обследовании органов дыхания патологии не обнаружено. ЧДД=22 в минуту. ЧСС=102 удара в минуту, тоны сердца громкие, ритмичные. Живот безболезненный во всех отделах, мягкий при пальпации, печень, селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Пальпация задних и передних мочеточниковых точек безболезненна с обеих сторон. Почки не пальпируются. Мочеиспускание учащено, болезненно. Моча желтая, мутная на вид. Наружные половые органы развиты правильно, кожа не гиперемирована, патологических образований и выделений из половых путей нет. Вторичные половые признаки не развиты. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Ед.	Min	Max	Результат
Гематокрит	%	31	44	40
Гемоглобин	г/л	120	150	126
Эритроциты	млн/мкл	4,1	4,26	4,2
Тромбоциты	тыс/мкл	156	408	180,0
Лейкоциты	тыс/мкл	6,0	12,5	10,2
Нейтрофилы	%			
п/я		1	5	2
с/я	%	45	60	48
Лимфоциты	%	25	40	40
Моноциты	%	0	13	10
Эозинофилы	%	0	5	0
СОЭ	мм/час	2	10	8

Клинический анализ мочи:

Показатель	Ед. измерения	Норма	Результат
Цвет		Жёлтый	Жёлтый
Прозрачность		Полная	Мутная
Лейкоциты	Кл. в п/зр	До 5	150
Эритроциты	Кл. в п/зр	Единичные	30
Эпителий	Кл. в п/зр	Единичные	3-4
Белок	%о	До 0,033	0,033
Соли		нет	нет

Бактериологический анализ мочи: высеивается *Escherichiacoli* в титре 1*10⁶ микробных тел.

Результаты инструментальных методов обследования:

УЗИ почек и мочевого пузыря: структура почки и ЧЛС без патологических изменений. Размеры почек соответствуют возрастной норме. Граница между корковым слоем и чашечками почки четкая. Фиброзная капсула почки ровная. Эхогенность почек не изменена. Патологических включений и образований не выявлено. Мочевой пузырь обычной формы. Стенки мочевого пузыря утолщены. На дне пузыря отмечается "эхонегативная" взвесь в умеренном количестве. После микции объем остаточной мочи в пузыре увеличен.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз, с чем следует проводить дифференциальную диагностику?

2. Какие препараты этиотропной терапии можно использовать у данного пациента? Какова длительность курса?
3. Каковы показания к проведению цистоуретроскопии при данном заболевании? Какие факторы могут способствовать развитию рецидивов заболевания?:
4. Консультация какого специалиста необходима с целью дифференциальной диагностики у данного пациента?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 51

Амбулаторный прием в детской поликлинике, девочка 14 лет.

Жалобы: приступы учащенного сердцебиения с частотой примерно 200 в мин, длительностью 3 мин, проходят самостоятельно.

Анамнез заболевания: приступы тахикардии отмечаются в течение последних двух лет около 2 р./год. Приступы возникают внезапно на фоне спокойного состояния, причину возникновения приступов девочка назвать не может. Болей в сердце, головокружения и синкопов не отмечает.

Анамнез жизни: заболеваний ССС у родителей нет; случаи внезапной смерти в молодом возрасте в семье и у родственников отрицает; вредных привычек не имеет.

Объективный статус: Состояние при осмотре удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Щитовидная железа не увеличена. Кожные покровы: бледно-розовые, чистые, умеренно-влажные, видимые слизистые обычной окраски. Границы относительной сердечной тупости: верхняя – III ребро; правая – по правому краю грудины; левая – по левой средне-ключичной линии. Верхушечный толчок в V м/р по среднеключичной линии. При аускультации число сердечных сокращений соответствует пульсу. Тоны сердца: ясные. ЧСС=78 ударов в минуту. АД справа = 110/70 мм.рт.ст; слева = 110/68 мм.рт.ст; на ногах = 126/74 мм.рт.ст. Пульсация на бедренных артериях отчетливая. Шумы на сонных артериях, на брюшной аорте – не выслушиваются. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Мочеиспускание не нарушено, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Результаты лабораторных методов обследования:

Общий анализ крови в норме; Биохимический анализ крови: К 3,7, ммоль/л, Na 142 ммоль/л, Тропонин 0 мкг/л, КФК -58 ед/л; Гормоны щитовидной железы в норме

Результаты инструментальных методов обследования:

Эхо-КГ: Конечный диастолический размер левого желудочка 4,4 см (норма 4,0-4,8 см). Конечный систолический размер левого желудочка 2,8 см. (норма 2,2-2,8 см). Правый желудочек - 1,9 (норма 1,4-2,0) см; Межжелудочковая перегородка - 0,9 (норма 0,61-0,97) см; Левое предсердие 3,3 см (норма 2,25-3,31 см). Правое предсердие - 3,8 см (норма 3,1-4,2 см). Фракция выброса - 64% (норма более 60%). Митральный клапан пролабирует в полость левого желудочка на 2 мм. Митральная регургитация - (нет).

ЭКГ: Суправентрикулярная тахикардия с частотой сокращений 192 удара в минуту.

Электрическая ось сердца не отклонена. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. QRS = 48 ms (норма 45-85), QT = 221 ms (норма 260-380), QT(c) = 452 ms (норма - не более 460).

2). Синусовая аритмия с частотой сердечных сокращений 56-75 ударов в минуту.

Электрическая ось сердца не отклонена. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. PQ = 160 ms (норма 120-190), QRS = 80ms (норма 45-85), QT = 360 ms (норма 260-380).

Холтеровское (суточное) мониторирование ЭКГ: За период наблюдения регистрировался синусовый ритм с ЧСС от 49 до 159 (средняя 73) уд/мин. В 13:32 зарегистрирован эпизод суправентрикулярной тахикардии длительностью 128 сек. Сегмент ST без достоверно патологических смещений. Циркадный индекс ЧСС в норме. Вариабельность сердечного ритма сохранена.

Вопросы

1. Сформулируйте основной диагноз. Каков механизм возникновения данного заболевания? Возможное

2. Механизм возникновения данного заболевания и возможное осложнение?
3. С какого препарата начинается неотложная медикаментозная терапия при стабильном состоянии пациента?
4. Контроль эффективности лечения приступа суправентрикулярной тахикардии осуществляется на основании:
5. Развитие каких побочных эффектов характерно для большинства классических антиаритмических препаратов?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 52

На амбулаторном приёме у участкового педиатра мальчик 2-х месяцев жизни.

Жалобы. Беспокойство через 30 мин после еды; слизь и прожилки крови в стуле.

Анамнез заболевания. После перевода ребенка на искусственном вскармливании в 1 мес. 1 нед. ребёнок стал более беспокойным, часто плачет, плохо спит, во время кормления отказывается сосать, кричит. В возрасте 1,5 месяцев был сдан кал на углеводы, выявлено увеличение углеводов до 3%, назначен препарат, содержащий лактозу. На фоне лечения консистенция кала стала более густой, частота стула снизилась до 6 раз в сутки, но появилась слизь и прожилки крови:

Анамнез жизни. Ребенок рожден от второй беременности, вторых родов со сроком гестации 38 недель; течение беременности: токсикоз первой половины, угроза прерывания на ранних сроках; масса тела 3620 грамм, длина 54 см; семья относится к категории благополучных, малыш получает адаптированную гипоаллергенную смесь; аллергический анамнез не отягощен; наследственный анамнез: у отца были проявления атопического дерматита до 2 лет, у матери крапивница на арахис; вакцинирован согласно календарю.

Объективно. Состояние удовлетворительное, самочувствие хорошее; не лихорадит; кожные покровы бледно-розовой окраски, очень сухая, вокруг ануса - гиперемия; в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные; при пальпации живот мягкий, безболезненный; печень +2 см, селезенка не пальпируется; частота стула до 6 раз в сутки, консистенция желеобразная, оттенок зеленоватый, присутствует слизь в большом количестве, прожилки крови; Масса 5100 грамм (6 коридор), длина 58 см (5 коридор).

Психометрия: Аз - следит взором за движущейся перед глазами игрушкой; Ас - прислушивается;

Э - улыбается; Д.о. - удерживает голову 1-2 минуты в вертикальном положении.

Результаты лабораторных методов обследования:

Определение уровня специфических IgE-антител в сыворотке крови:

Антиген	Концентрация (kU/l)	Класс
Молоко коровье	45	4 (высокий титр антител)

Вопросы:

1. Сформулируйте окончательный диагноз. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
2. Какие проявления данного заболевания, кроме имеющихся у пациента, могут быть?
3. На вскармливании какой смесью необходимо перевести ребенка?
4. В каком возрасте необходимо вводить прикорм данному пациенту?
5. Каковы правила введения прикорма такому пациенту?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 53

На приеме в поликлинике у врача-педиатра участкового мальчик 9 лет вместе с мамой.

Жалобы на головную боль; недомогание; изменение цвета мочи.

Анамнез заболевания: три недели назад перенес лакунарную ангину, последнюю неделю посещал школу. В течение двух последних дней появилось недомогание, головная боль, однократно было носовое кровотечение, стал редко мочиться, появился красный цвет мочи.

Анамнез жизни: Ребенок от 1-й беременности, протекавшей физиологически. Роды нормальные, в срок. Масса при рождении 3180 грамм, длина 50 см. Прививки по календарю. Реакция Манту – отрицательная. Аллергоанамнез не отягощен. Перенесенные заболевания: ОРВИ до 5 р./год, после 5-летнего возраста – трижды лакунарные ангины. Травм, операций не было. Гемотрансфузии не проводились. У матери ребенка хронический тонзиллит.

Объективный статус: выражена бледность кожных покровов, пастозность лица, отеки на голенях. Видимые слизистые: чистые, бледно-розовые, влажные, блестящие. Миндалины чистые от налетов, гипертрофия миндалин 3 ст. Костно-мышечная система: без видимых деформаций. Мышечный тонус удовлетворительный. Область суставов визуально не изменена, движения в суставах в полном объеме, безболезненные. Периферические л/у: пальпируются по основным группам - задне-шейные, тонзиллярные - мелкие, единичные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Дыхательная система: носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Перкуторно ясный легочный звук. Дыхание в легких везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Сердечно-сосудистая система: область сердца и магистральных сосудов визуально не изменена. Перкуторно границы относительной тупости сердца в пределах возрастной нормы. Сердечные тоны громкие, ритмичные.

Пищеварительная система: язык влажный, чистый. Живот обычной формы, симметричный, активно участвует в акте дыхания, доступен глубокой пальпации, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул 1 р./сут., оформленный, без патологических примесей. Мочевыделительная система: область почек визуально не изменена. Пальпация области почек безболезненна. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. За сутки мочился 2 раза, моча цвета «мясных помоев». Наружные половые органы развиты и сформированы правильно.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Результат	Единицы измерения
Гемоглобин	111	г/л
Эритроциты	4,2	$10^{12}/л$
Средний объем эритроцитов	80	fl
Тромбоциты	368	$10^9/л$
Средний объем тромбоциты	8,3	fl
Тромбокрит	0,3	%
Лейкоциты	8,9	$10^9/л$
Нейтрофилы	64	%
Лимфоциты	22	%
Эозинофилы	4	%
Моноциты	8	%
СОЭ	25	мм/ч

Мазок из зева и носа на микрофлору: получен рост непатогенной (облигатной) флоры.

Результаты инструментальных методов обследования:

УЗИ почек и мочевого пузыря:

По данным УЗИ выявлено – небольшое увеличение почек в размерах, нарушение дифференцировки слоев паренхимы, умеренное повышение эхогенности паренхимы, чашечно-лоханочная система без деформации. Мочевой пузырь без изменений.

Вопросы:

1. Каков предположительный наиболее вероятный диагноз?

2. Укажите схему и сроки использования антибактериальных препаратов у данного пациента
3. Как долго после перенесенного заболевания ребенок будет подлежать диспансерному учету на участке?
4. Составьте план лабораторных и инструментальных исследований на участке, а также частоту осмотра врачами-специалистами:
5. Укажите прогноз заболевания, а также рекомендации по вакцинации после перенесенного заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 54

На амбулаторном приеме девочка 10 лет.

Жалобы: на боли в эпигастральной области, появляющиеся через 30-40 минут после еды; тяжесть после приема пищи; тошнота.

Анамнез заболевания: ребенок болен в течение 2 лет. Боли носят периодический характер, купируются самостоятельно в покое. В течение последнего месяца боли в животе участились. Девочка режим питания не соблюдает, предпочитает еду всухомятку. Отмечается весенне-осенняя сезонность.

Анамнез жизни: росла и развивалась соответственно возрасту; аллергоанамнез: не отягощен; вакцинирована согласно календарю; семейный анамнез: у матери – хронический гастрит, у отца – хронический панкреатит.

Объективный статус: кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот округлой формы, симметричен, не вздут, при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптом Менделя – положительный. Печень у края реберной дуги, край упругий, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, 1 раз в сутки, без патологических примесей.

Результаты лабораторных методов обследования:

Определение антигена *Helicobacter pylori* экспресс-методом в кале: Антиген *Helicobacter pylori* положительный

Результаты инструментальных методов обследования:

Фиброэзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода бледно-розовая, кардия смыкается полностью. В желудке много мутной слизи с примесью желчи, очаговая гиперемия в области тела и антрального отдела, складки гипертрофированы, на стенках желудка множественные разнокалиберные выбухания в антральном отделе, слизистая ДПК розовая.

Уреазный тест – положительный.

Внутрижелудочная рН-метрия: Определяется повышенная кислотность.

Гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка: Признаки хронического воспаления, выявлены вегетативные и кокковые формы *H. pylori*.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз, с чем следует проводить дифференциальную диагностику?
2. Что является неинвазивным методом диагностики *Helicobacter pylori*?
3. Что включает эрадикационная терапия? Какова ее продолжительность?
4. Какова стандартная доза ИПП?
5. Какой основной путь заражения *H. Pylori*?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 55

В поликлинике у педиатра мальчик 4-х лет с мамой.

Жалобы на повышение t ; недомогание; слабость; снижение аппетита; периодические боли в животе; повторная рвота в течение суток.

Анамнез заболевания: при сборе анамнеза выявлено, что в течение года у ребенка отмечались подъемы t до фебрильных цифр без явных катаральных явлений. Однако расценивались указанные симптомы как проявления ОРВИ, по поводу чего мама самостоятельно давала ребенку противовирусные, жаропонижающие препараты, а также неоднократно получал короткие курсы пероральных антибактериальных средств (из группы пенициллинов и цефалоспоринов). Анализы мочи и крови не сдавали.

Анамнез жизни: ребенок от 3-й беременности (2 м/а), протекавшей с угрозой прерывания в 1-м триместре. Роды первые, в срок, путем кесарева сечения. Масса тела 3220 грамм, длина 51 см. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Прививки по календарю. Туб. анамнез не отягощен. Травм, операций не было. Гемотрансфузии не проводились. Аллергоанамнез не отягощен. Перенесенные заболевания: ОРВИ 2 р./год, ветряная оспа в 3 года. Наследственность отягощена по артериальной гипертонии, желчекаменной болезни, сахарному диабету 2-го типа.

Объективный статус: Состояние средней тяжести. $T = 37,8^{\circ}\text{C}$. ЧСС=110 ударов в минуту. АД=100/60 мм.рт.ст. Кожные покровы чистые, обычной окраски, теплые. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные. Миндалины не выступают из-за края небных дужек, не гиперемированы. Задняя стенка глотки не гиперемирована. Носовое дыхание свободное. Отделяемого из носовых ходов нет. Кашля нет. Аускультативно дыхание в легких пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Область почек не изменена. Симптом поколачивания по поясничной области положительный с двух сторон. Мочеиспускание 4-5 раз в сутки, периодически отмечается беспокойство при мочеиспускании. Стул - оформленный, со склонностью к запорам (1 раз в 2-3 дня).

Результаты лабораторных методов обследования:

Общий анализ мочи:

Тест	Результат	Единица измерения	Должные значения
Прозрачность	Мутная	◇	
Цвет	Светло-желтый	◇	
Эритроциты в поле зрения	0,6	В.п.э.	0,1-3
Лейкоциты	4545,1	/мкл	0-17,5
Лейкоциты в поле зрения	818,1	В.п.э.	0-4
Плоский эпителий в поле зрения	0,1	В.п.э.	0-7
Цилиндры	2,59	/мкл	0-5
Бактерии	14995,2	/мкл	0-60

Клинический анализ крови:

Показатели крови	Обнаруженные значения
Эритроциты, $\ast 10^{12}/\text{л}$	3,4
Гемоглобин, г/л	120
Лейкоциты, $\ast 10^9/\text{л}$	15,2
Эозинофилы, %	2
Нейтрофилы, %	75
Лимфоциты, %	24
Моноциты, %	1
СОЭ, мм/час	42

Бактериологическое исследование мочи:

Показатель	Результат
Белок	0,3 г/л
Лейкоциты	170-180 поля зрения
Эритроциты	3-5 в поле зрения

Реакция	Щелочная
бактериурия	++

Результаты инструментальных методов обследования:

УЗИ почек и мочевого пузыря: Уплотнение стенок ЧЛС (чашечно-лоханочной системы), пиелозктазия слева (лоханка 9 мм на наполненный мочевой пузырь, 14 мм - после микции).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз, где должен лечиться данный пациент?
2. Определите показания для госпитализации в соответствии с клиническими рекомендациями
3. Укажите препарат, который наиболее часто используется для длительной антимикробной профилактики рецидивов данного заболевания
4. Составьте план диспансерного наблюдения на участке, какие специалисты должны дополнительно осмотреть ребенка для профилактики рецидивов?
5. Какое исследование необходимо провести у данного пациента при повторением эпизодов (2-х и более) ИМВП?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 56

Осмотр 3-х летнего ребенка в поликлиническом отделении лечебно-профилактического учреждения. Пришел с мамой, на плановый прием к педиатру.

Жалобы: Низкая прибавка в весе; отставание в нервно-психическом развитии; неустойчивый стул с неприятным запахом; выраженное вздутие живота в течение последнего года; после употребления каши и хлеба мама замечает нарушение стула и увеличение размеров живота.

Анамнез заболевания: Ребенок болен около 1 года, когда впервые мама обратила внимание на разжижение стула после хлебобулочных изделий и выраженный метеоризм. На участке педиатр обращал внимание на низкую прибавку массы тела и снижение темпов роста. Была рекомендована консультация эндокринолога и гастроэнтеролога, однако мать не посетила с ребенком данных специалистов.

Анамнез жизни: Ребенок от 1-й беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания в 1-м триместре. Роды самостоятельные, в срок. Масса тела 3470 грамм, длина 53 см. Прививки по календарю. Туб. анамнез: неотягощен. Аллергоанамнез: на амоксициллин - крапивница. Травмы: нет. Операции: нет. Гемотрансфузии не проводились. Перенесенные заболевания: ОРВИ до 4-5 р./год. Детские инфекции: ветряная оспа в 2 года. В семье заболеваниями гастроинтестинальной зоны страдает отец (хронический гастродуоденит) и бабушка по линии отца (язвенная болезнь ДПК).

Объективный статус

Кожные покровы бледно-розового цвета, сухие, тургор кожи снижен. Зев не гиперемирован. Дыхание через нос свободное, ЧДД=26 в минуту. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС=104 ударов в минуту. Живот увеличен в объеме за счет выраженной аэроколии, безболезненный. Печень из под края реберной дуги выступает на 1,5 см, желчепузырные симптомы отрицательны. Мочеиспускание свободное безболезненное. Стул неоформленный 2-3 раза в день.

Результаты лабораторных методов обследования:

Антитела к эндомиозию, IgA:IgA (Anti-EndomysialAntibodies, EMA, IgA) 1:645 (норма <1:5).

Антитела к тканевой трансглутаминазе IgA:IgA (ReticulinAntibodyIgGIgA, ARA) 1:280 (норма <1:10).

Результаты инструментальных методов обследования:

Эзофагофиброгастродуоденоскопия с биопсией слизистой ДПК:

Гистологические результаты биопсии тканей 12-й кишки: ворсины укорочены, большая часть их уплощена. Крипты не глубокие, на отдельных участках расширенные.

Бокаловидные клетки неравномерно располагаются среди эпителиоцитов. Отмечается расширение собственной пластинки за счет обильной лимфоплазмочитарной инфильтрации, уменьшения ворсин и увеличения внутриэпителиальных лимфоцитов, больше 10 в отдельных ворсинах. Морфологическая картина хронического дуоденита с частичной атрофией ворсин, соответствует глютеновой энтеропатии.

Заключение: признаки умеренного хронического дуоденита.

Фиброколоноскопия: на момент осмотра патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Какой предполагаемый диагноз? С чем следует проводить дифференциальную диагностику?
2. Какая гистологическая картина соответствует данной патологии?
3. Что является основой лечения ребенка с данной патологией? Какие каши можно использовать в рационе ребенка?
4. Какие препараты могут быть назначены данным пациентам для улучшения усвоения микронутриентов?
5. Когда возможно проведение вакцинопрофилактики у данного ребенка?
- 6.

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 57

Медосмотр для участия в спортивных соревнованиях ребенка 15 лет.

Жалобы на повышенную утомляемость; периодические головные боли.

Анамнез заболевания: повышение артериального давления (АД) до 160/80 мм.рт.ст. было выявлено 2 раза на осмотре у педиатра 14 летнем возрасте; препараты не принимает.

Анамнез жизни: занимается плаванием с 7 лет; вредных привычек не имеет; в питании предпочитает соленые блюда; генеалогический анамнез: бабушка со стороны папы умер от инфаркта миокарда в 60 лет.

Объективный статус: Состояние при осмотре удовлетворительное. Масса тела 77 кг, рост 179 см, индекс Кетле (ИМТ) = 24 кг/м². (↑). Эмоционально лабилен. Щитовидная железа не увеличена. Кожные покровы: бледно-розовые, чистые, умеренно-влажные, видимые слизистые обычной окраски. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Границы относительной сердечной тупости: верхняя - III ребро; правая - по правому краю грудины; левая - по левой средне-ключичной линии; верхушечный толчок в V межреберье по среднеключичной линии; при аускультации число сердечных сокращений соответствует пульсу; тоны сердца: ясные, выслушивается неинтенсивный систолический шум слева от грудины, максимально на верхушке; ЧСС=72 ударов в минуту, АД справа = 160/80 мм.рт.ст., АД слева = 150/80 мм.рт.ст., АД на ногах: справа = 170/94 мм.рт.ст., слева = 168/90 мм.рт.ст.; пульсация на бедренных артериях отчетливая; шумы на сонных артериях, на брюшной аорте - не выслушиваются. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет; мочеиспускание не нарушено, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

Результаты лабораторных методов обследования:

Общий анализ мочи, биохимический анализ крови (калий, натрий, мочевины, креатинин, глюкоза, липидный профиль): в норме.

Результаты инструментальных методов обследования:

Эхокардиография: Конечный диастолический размер ЛЖ = 4,8 см (норма 4,0-4,8 см). Конечный систолический размер ЛЖ = 2,8 см (норма 2,2-2,8 см). Задняя стенка ЛЖ = 0,9 см (норма 0,61-0,97 см). МЖП = 0,9 см (норма 0,61-0,97 см). ЛП = 3,3 см (норма 2,25-3,31 см). Фракция выброса = 65% (норма более 60%). Аорта = 2,8 см (норма 2,10-2,8 см). Аортальная регургитация - нет.

Электрокардиограмма: Синусовый ритм с ЧСС=72, электрическая ось сердца горизонтальная. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД):

	Процентили АД
--	---------------

	50-й	95-й
Дневные часы	124/73	137/85
Ночные часы	107/50	122/67
Суточный	120/67	130/77

Из 68 измерений АД - успешных 59. В дневные часы среднее АД = 140/77 мм.рт.ст. В ночные часы среднее АД = 124/64 мм.рт.ст. Среднее АД за сутки: 137/74 мм.рт.ст.

Максимальное систолическое АД = 158 мм.рт.ст. Минимальное систолическое АД = 105 мм.рт.ст. Максимальное диастолическое АД = 98 мм.рт.ст. Минимальное диастолическое АД = 51 мм.рт.ст. Средняя ЧСС за сутки – 63 мм.рт.ст. Вариабельность АД в норме.

Показатели нагрузки повышенным давлением за сутки: индекс времени систолического АД = 81%, индекс времени диастолического АД = 25%. Утренняя динамика (скорость подъема АД) - повышена.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) почек: Размеры почек: правая - 101 x 40 мм, паренхима - 14 мм; левая - 106 x 44 мм, паренхима - 14 мм, структурные; ЧЛ не расширена; КМД сохранена; отток мочи не нарушен; надпочечники четко не визуализируются.

Осмотр глазного дна: Мелкие артерии не изменены; вены нормального диаметра.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз, при каких средних уровнях систолического и/или диастолического артериального давления устанавливается данный диагноз?
2. Каковы наиболее частые причины данного заболевания у детей в возрасте 7-15 лет являются?
3. Какова тактика ведения данного больного при выявлении артериальной гипертензии 1 степени низкого риска? Основные принципы составления рациона питания ребенка с артериальной гипертензией.
4. Чем будет проводиться медикаментозная терапия данного заболевания? Каковы побочные эффекты бета-адреноблокаторов?
5. О чем свидетельствует индекс Кетле [масса тела, кг/(длина тела, м)²] у мальчика 15 лет, равный 24 кг/м²?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 58

На приеме участкового педиатра школьник 16 лет с мамой.

Жалобы: на боли в эпигастральной области, возникающие через 2-3 часа после приёма пищи и прекращающиеся после еды; ночные боли; отрыжка кислым; тошнота.

Анамнез заболевания: Данные симптомы беспокоят в течение последнего года, преимущественно, весной и осенью. К врачу не обращался, для уменьшения болей принимает фосфалюгель с временным эффектом. Настоящее ухудшение развилось 7 дней назад, обратился в районную поликлинику.

Анамнез жизни: Рос и развивался нормально. Учится в 10 классе, занимается профессионально боксом, режим питания последние полгода не соблюдает. Перенесенные заболевания: ветряная оспа. Наследственность: у мамы хронический гастродуоденит. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Рост 1,70 м, вес 65 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски, влажные. Периферические л/у не увеличены. Отеков нет, T = 36,3°C. Зев не гиперемирован. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС=75 ударов в минуту. АД=115/75 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом тотально, живот участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет. Перкуторные размеры печени и селезенки в пределах нормы. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул оформленный, регулярный.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Результата	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 ¹² /л	5,2	М.4,4-5,0 Ж.3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	159	М.130-160 Ж.120-140
Гематокрит(НСТ),%	0,42	М.0,40-0,48 Ж.0,36-0,44
Цветовой показатель(ЦП)	0,92	0,8-1,0
Усреднённое значение объема эритроцита (MCV),(фл)	84	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH),(пг)	28	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC),г/дл	36,2	32,0-37,0
Ретикулоциты (RET),%	10	2-12
Тромбоциты (PLT),*10 ⁹ /л	210	180-320
Лейкоциты (WBC),*10 ⁹ /л	7,6	4-9
Лейкоцитатная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	2	16
Нейтрофилы сегментоядерные, %	60	47-72
Эозинофилы, %	4	1-5
Базофилы, %		0-1
Лимфоциты, %	32	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, %	8	М.2-10 Ж.2-15

Кал на скрытую кровь:

Реакция кала на скрытую кровь - отрицательная.

Результаты инструментальных методов обследования:

Эзофагогастродуоденоскопия с уреазным тестом:

Пищевод свободно проходим. Слизистая пищевода розовая. «Зубчатая линия» прослеживается равномерно. Кардия смыкается полностью, перистальтика активная. В желудке немного мутного содержимого. Складки обычного калибра, хорошо расправляются воздухом. Слизистые желудка розового цвета в теле, в антральном отделе отечны, отмечается мелкопятнистая гиперемия. Привратник розетковидной формы, перистальтика активная. Луковица ДПК обычных размеров, пустая. Слизистые очагово гиперемированы, отечны. По малой кривизне на (12 часах) отмечается активная язва, плоская размером около 0,3 см, дно покрыто фибрином. Б/д переход проходим. Постлуковичный отдел – складки обычного калибра, концентрично расположены. Слизистые очагово гиперемированы по вершинам складок. Фатеров сосок по медиальной стенке, уплощен, отечен.

Быстрый уреазный тест – положительный.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз:
2. Что включает стандартная схема первой линии эрадикационной терапии? Какова стандартная продолжительность эрадикационной терапии?
3. Контроль эрадикации *Helicobacter pylori* после антихеликобактерной терапии следует провести через ___ недель:
4. С какой целью назначаются антацидные препараты (алюминия гидроксид или фосфат, магния гидроксид) в комплексной терапии?

5. В течение скольких лет проводится диспансерное наблюдение за пациентом с язвенной болезнью? Какова кратность проведения фиброгастродуоденоскопии в стадии реконвалесценции?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 59

На прием к врачу пришла девочка 12 лет с жалобами на боли в животе, в области эпигастрия, вокруг пупка, возникающие натощак, через 2 часа после приема пищи; ночные боли; изжога; отрыжка воздухом.

Анамнез заболевания: Первые симптомы заболевания появились 5 месяцев назад, постепенно участились, приняли интенсивный характер боли в области живота. Амбулаторно девочка получала лечение препаратами «Альмагель», «Мезим-Форте» с непродолжительным положительным эффектом.

Анамнез жизни: Девочка от второй нормально протекавшей беременности, вторых срочных родов. Масса при рождении 3200 г, длина тела 55 см. Период новорожденности без особенностей. Привита в соответствии с календарем. Учится в школе с интенсивным изучением иностранных языков, посещает кружок танцев, шахматы. У бабушки по материнской линии - гипертоническая болезнь, у дедушки по отцовской линии - хронический холецистит, у отца - язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки.

Объективный статус: Рост 140 см, масса тела 40 кг. Кожные покровы чистые, выражена потливость ладоней и стоп, красный стойкий разлитой дермографизм. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧДД=20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=70 ударов в минуту. АД=100/65 мм.рт.ст. Язык обложен налетом белого цвета. Живот не вздут, мягкий, болезненный в области эпигастрия, проекции пилорoduodenальной зоны. Печень не увеличена, край безболезненный. Стул 1 раз в день или через день, плотно оформленный. По другим органам - без патологии.

Результаты лабораторных методов обследования:

Общий анализ крови:

RBC	WL*	$8.6 \times 10^9 / \mu$
HGB		$5.43 \times 10^9 / \mu$
HCT		13.9% / dL
MCV		35.1%
MCH		64.6 fL
MCHC		25.6 g/dL
PLT	AG	$39.6 \times 10^9 / \mu$
LYM%	WL*	58.6%
MXD%	WL	---
NEUT%	WL	---
LYM#	WL*	$5.0 \times 10^9 / \mu$
MXD#	WL	---
NEUT#	WL	---
RDW		17.4%
PDW		10.7 fL
MPV		8.6 fL
P-LCR		16.0%

Определение

моноклонального фекального антигена

Helicobacter pylori: Положительный.

Уреазный дыхательный тест с C13-меченым атомом углерода: положительный

Результаты инструментальных методов обследования:

Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФГДС):

Слизистая пищевода розовая. Слизистая желудка во всех отделах и слизистая луковицы гиперемирована, гипертрофирована, в просвете желудка умеренное количество мутной желчи. На передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки язвенный дефект 0,6x0,5 см, покрытый грязно-серым фибриновым налетом, окруженным венчиком гиперемии.

Измерение кислотности среды методом внутрижелудочной рН-метрии:

Уровень рН	Состояние	Результаты пациента
------------	-----------	---------------------

0,9-1,2	Выраженная гиперацидность (повышенная кислотность)	
1,3-1,5	Умеренная гиперацидность	1,4
1,6-2,2	Норма	
2,3-3,5	Умеренная гипоацидность (пониженная кислотность)	
3,6-6,9	Выраженная гипоацидность	
7,0-7,5	Анацидность	

УЗИ органов брюшной полости:

Печень: контур ровный, четкий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная, сосуды не расширены. Желчный пузырь: 53 x 22 мм, без патологии. Поджелудочная железа: контур ровный, четкий, размеры-18 мм, тело-15 мм, хвост-19 мм, эхоструктура паренхимы однородная. Селезенка: контур ровный, четкий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз,
2. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
3. С чем следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Что включает в себя тактика ведения и комплексная терапия данного больного?
5. Что относится к препаратам первой линии терапии при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 60

Подросток 15 лет на приеме у участкового педиатра.

Жалобы: на слабость; боли в животе, усиливающиеся перед дефекацией; жидкий стул 3-4 раза в сутки, малыми порциями, с примесью алой крови в 2-3 порциях; температура 36,7; аппетит несколько снижен; за последние полгода похудел на 6 кг; эпизодически – пастозность стоп.

Анамнез заболевания: эпизоды послабления стула отмечает последние полгода, по 5-6 дней в месяц, в последние недели участились ночные дефекации. Мальчик связывает появившиеся симптомы с нерегулярным и неправильным питанием, частым употреблением фастфуда. Родители решили обратиться к врачу в связи с тем, что несколько дней назад ребенком было отмечено появление в кале примеси крови.

Анамнез жизни: мальчик от 1 беременности, протекавшей без особенностей, 1 срочных самостоятельных родов. Мр=3750 грамм, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Грудное вскармливание до 3 месяцев. Аллергологический анамнез не отягощен. Перенесенные заболевания: ротавирусная инфекция в возрасте 2 лет, сальмонеллез в 14 лет. Узкими специалистами не наблюдается. Семейный анамнез: бабушка по материнской линии умер от рака толстой кишки.

Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Вес 54 кг. Рост 176 см. Кожные покровы чистые, сыпи нет, бледные, асневulgaris на лице. Зев не гиперемирован, слизистые влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС=86 ударов в минуту, АД=110/70 мм.рт.ст. Язык суховат, несколько обложен светлым налетом у корня. Живот симметричный, несколько вздут, мягкий, при пальпации незначительно болезненный в обеих подвздошных областях, больше слева, перитонеальных знаков нет. Печень и селезенка не увеличены. Стул мягкооформленный с кровью в количестве одной столовой ложки, располагающейся сверху, на каловых массах.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Референсные значения	Результат	Единицы измерения
Эритроциты	3,6-5,1	32	x 10 ¹² /л

Гемоглобин	115-150	96	г/л
Цветовой показатель	0,85-1,15	0,81	%
Тромбоциты	180-360	567	тыс/мкл
Лейкоциты	4,3-9,5	5,3	$\times 10^9/\text{л}$ (норма до 11,3)
п/я	0,5-6	1	%
с/я	40-65	68	%
Эозинофилы	0,5-6	1	%
Лимфоциты	25-50	28	%
Моноциты	2-10	2	%
СОЭ	4-15	15	мм/ч

Биохимия крови:

Показатель	Ед.	Min	Max	Результат
АЛТ	ед./л	0	40	35
АСТ	ед./л	0	40	29
Альбумин	г/л	27	40	24
Общий белок	г/л	64	86	59
Липаза	ед./л	8	78	70
Билирубин общий	мкмоль/л	1,3	20,5	6,2
Железо	мкмоль/л	4,5	27,9	8,2
Глюкоза	ммоль/л	5,06	3,0	5,5
СРБ	мг/л	0,1	8,2	21

Копрограмма:

Показатель	Результат
Реакция на скрытую кровь	положительная
Лейкоциты	20-22 в п. зр.
Эритроциты	5-10 в п. зр.
Слизь	в большом количестве
Яйца гельминтов и патогенные простейшие	не обнаружены

Фекальный кальпротектин методом иммуноферментного анализа (ИФА): 168 Мк/г (↑) (норма 0-50).

Результаты инструментальных методов обследования:

Колоноскопия с биопсией: Эндоскоп проведен в купол слепой кишки. Слизистая прямой и сигмовидной кишки умеренно гиперемирована с подслизистыми кровоизлияниями. На слизистой фибриновые наложения и плоские изъязвления неправильной формы, покрытые гноем и фибрином. Слизистая поперечно-ободочной кишки не изменена, сосудистый рисунок сохранен, гаустрация выражена. Слизистая проксимальных отделов толстой кишки представляется неизменной.

Гистологическое заключение: полиморфноклеточная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки толстой кишки.

Эзофагогастродуоденоскопия: в норме

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз. Какое осложнение развилось у больного?
2. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Что относится к «симптоме тревоги» при хронической диарее?
4. Какой препарат в качестве терапии первой линии для индукции и поддержания ремиссии используют при данном заболевании?
5. Что является препаратом первой линии биологической терапии при данном заболевании?

КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 61

Девушка 17 лет с мамой на приеме у участкового педиатра.

Жалобы: жидкий стул до 6-8 раз в день (ночью стула нет), малыми порциями, с примесью алой крови практически во всех порциях; тенезмы, боли в животе с тенденцией к усилению перед актом дефекации; метеоризм; последние дни $t = 37,5^{\circ}\text{C}$, присоединилась слабость; аппетит несколько снижен; за последние полгода похудела на 7 кг; беспокоят высыпания на коже нижних конечностей.

Анамнез заболевания: неустойчивый стул отмечает на протяжении последних 1,5 лет, расценивала как «пищевые отравления» по 5-7 дней каждые 2-3 месяца, связывала со стрессовой ситуацией в школе, нарушением режима питания, частым употреблением фастфуда, нерегулярным питанием. Самостоятельно принимала Мезим, Дротаверин с нестойким положительным эффектом.

Анамнез жизни: росла и развивалась соответственно возрасту. Учится в 11 классе, готовится к поступлению в институт. Перенесенные заболевания и операции: сотрясение головного мозга в 11 лет. Узкими специалистами не наблюдается. Наследственность: мать страдает сахарным диабетом 2 типа, у бабушки по линии матери аутоиммунный тиреоидит. Аллергоанамнез не отягощен. Эпидемиологический анамнез: в контакте с инфекционными больными не состояла, последние 6 месяцев за пределы России не выезжала.

Объективный статус: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС=88 ударов в минуту; АД=110/70 мм.рт.ст. Язык суховат, несколько обложен светлым налетом. Живот симметричный, несколько вздут, мягкий, при пальпации незначительно болезненный в обеих подвздошных областях, больше слева, урчит при пальпации; перитонеальных знаков нет. Печень по краю реберной дуги, селезенка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненно.

Результаты лабораторных методов обследования:

Клинический анализ крови:

Показатель	Референсные значения	Результат
Эритроциты, $10^{12}/\text{л}$	3,7-4,7	3,8
Гемоглобин, г/л	130-160	102
Цветовой показатель	0,82-1,05	0,80
Ретикулоциты, %	2,0-12,0	2
СОЭ, мм/ч	2,0-10,0	28
Тромбоциты, $10^9/\text{л}$	180-320	290
Лейкоциты, $10^9/\text{л}$	4,0-8,8	10,1
Нейтрофилы палочкоядерные, %	1-6	2
Нейтрофилы сегментоядерные, %	45,0-70,0	69
Эозинофилы, %	0-5	2
Базофилы, %	0-1	1
Лимфоциты, %	18,0-40,0	26

Копрограмма:

Показатель	Результат
Реакция на скрытую кровь	положительная
Крахмал	обнаружен
Растительная клетка	обнаружена
Жирные кислоты	не обнаружены
Мышечные волокна с исчерченностью и без исчерченности	не обнаружены
Лейкоциты	20-30 в п. зр.
Эритроциты	15-20 в п. зр.
Яйца гельминтов и патогенные простейшие	не обнаружены

Электролиты крови: калий: 3,5 ммоль/л, натрий: 114 (↓) ммоль/л.

Фекальный кальпротектин: 262 (↑) (норма 0-50).

Результаты инструментальных методов обследования:

Колоноскопия с биопсией:

Эндоскоп проведен в купол слепой кишки. Слизистая прямой, сигмовидной, нисходящей и левой половины поперечно-ободочной кишки умеренно гиперемирована с подслизистыми кровоизлияниями. На слизистой фибриновые наложения и плоские изъязвления неправильной формы, покрытые гноем и фибрином. Слизистая правых отделов ободочной кишки не изменена, сосудистый рисунок сохранен, гаустрация выражена. Гистологическое заключение: полиморфноклеточная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки толстой кишки.

Эзофагогастродуоденоскопия:

Пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается. В просвете желудка жидкость и слизь. Складки выражены, хорошо раздуваются при инсуффляции. Слизистая в антральном отделе умеренно отечна, очагово гиперемирована. Привратник сомкнут, проходим. Луковица обычной формы и величины, слизистая ее не изменена.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз, с чем следует проводить дифференциальную диагностику?
2. Какое осложнение развилось у данного пациента?
3. Какой предпочтительный путь введения препарата 5-аминосалициловой кислоты?
4. Что следует добавить к лечению при неэффективности стартовой терапии заболевания у данной больной? Какова суммарная продолжительность терапии глюкокортикоидами при данном заболевании?
5. Что является самым опасным осложнением данного заболевания?