**U1Дисциплина –Госпитальная педиатрия П**

**U2 Модуль Неонатология Тема: Анемии у новорожденных**

**# Лабораторная диагностика полицитемии включает:**

общий анализ мочи

клинический анализ крови

пробу Кумбса

исследование белков острой фазы

**# К характерным признакам ранней анемии недоношенных у детей, родившихмя с экстремально и очень низкой массой тела, на 6-10 неделе постнатальной жизни относят снижение показателей гемоглобина менее\_\_\_\_г/л:**

110

90

120

100

**# Ранняя анемия недоношенных является:**

нормохромной, микроцитарной

гиперхромной, макроцитарной

нормохромной, нормоцитарной

гипохромной, нормоцитарной

**# Разовый объем трансфузии эритроцитсодержащих компонентов новорожденному составляет (в мл):**

более 25

менее 5

10-20

20-25

**# Гиперрегенераторная анемия, сопровождающаяся желтушным синдромом и характеризующаяся положительной пробой Кумбса, характерна для:**

врожденного эллиптоцитоза

талассемии

гемолитической болезни новорожденного

врожденного сфероцитоза

**# Характерным признаком поздней анемии недоношенных новорожденных является:**

показатель гемоглобина 115г/л

повышение среднего объема эритроцита

повышение ферритина

анизоцитоз

**# Характерным признаком поздней анемии недоношенных является:**

повышение ферритина

уровень гемоглобина 115 г/л

снижение ферритина

повышение среднего объема эритроцита

**# К антенатальным причинам развития врожденной анемии вследствие кровопотери у плода относят:**

фетоматеринскую трансфузию

кефалогематому

подапоневротические геморрагии

геморрагическую болезнь новорожденного

**# Одним из механизмов возникновения анемии при гемолитической болезни плода и новорожденного является:**

изоиммунизация матери эритроцитарными антигенами плода

угнетение выработки эритропоэтина воспалительными цитокинами

сниженная доступность железа для эритроидных клеток

большой темп прироста массы тела и объема циркулирующей крови

**# У детей, рожденных с экстремально и очень низкой массой тела анемия развивается в (в%):**

50-60

90-100

30-40

10-20

**# Нормо- или гиперрегенаторная анемия, сопровождающаяся выявлением гипохромных микроцитов, характерна для:**

талассемии

гемолитической болезни новорожденных

кефалогематомы

анемии недоношенных

**# Ранняя анемия недоношенных у детей, родившихся с экстремально и очень низкой массой тела, развивается в возрасте \_\_\_\_недель:**

14-16

12-14

3-10

16-20

**# На 3 — 4 неделе жизни нижняя граница уровня гемоглобина у новорожденного ребенка в норме составляет (в г/л):**

120

100

105

95

**# Показателем, характеризующим состояние эритропоэза, является:**

ретикулоцитарный индекс

индекс Хирша

шкала SOFA

индекс оксигенации

**# Доза препаратов железа, применяемых в сочетании с эритропоэтином с целью профилактики анемии недоношенных детей, равна (мг/кг/сут):**

1

6

10

16

**# Органом, отвечающим за секрецию эритропоэтина у новорожденных, является:**

головной мозг

сердце

печень

кишечник

**# К причине развития ранней анемии недоношенных детей относят:**

недостаточное поступление витамина С

сниженную доступность железа для эритроидных клеток

флеботомические потери

транспорт через плаценту к плоду неполных антиэритроцитарных антител

**\* Для клинических проявлений острой декомпенсации постгеморрагической анемии характерны:**

застойная сердечная недостаточность

острый респираторный дистресс — синдромом

гипервозбудимость центральной нервной системы

нарушение периферической перфузии

**\* К осложнению после частых переливаний эритроцитарной взвеси новорожденным детям относятся:**

перегрузка тканей железом

инфицирование цитомегаловирусной инфекцией

повышение оксигенации тканей

ингибирующее влияние на эритропоэз

U2 **Модуль Неонатология Тема:**  **ВУИ**

**#Инфицирование ребенка ВИЧ-инфекцией при вскармливании молоком инфицированной женщины происходит в \_\_\_\_% случаев:**

85-90

42-50

5-10

12-20

**#Проведение активно-пассивной иммунизации против гепатита В у новорожденных показано для родившихся у матерей:**

ранних реконвалесцентов гепатита С

с острым гепатитом А

с синдромом Жильбера

ранних реконвалесцентов гепатита В

**#Особо высокую группу риска по инфицированию вирусом гепатита В представляют новорожденные:**

с экстремально низкой массой тела при рождении

родившиеся у ВИЧ-инфицированных матерей

родившиеся у матерей — носителей вируса и больных гепатитом В

перенесшие гемотрансфузию катантинизированной эритроцитарной массой

**#Показанием к назначению усиленной схемы химиопрофилактики ВИЧ — инфекции у новорожденного является:**

недоношенность

врожденная пневмония

задержка внутриутробного развития плода

назначение профилактики передачи ВИЧ — инфекции от матери ребенку по эпидемиологическим показаниям

**#Инфицирование ребенка ВИЧ-инфекцией в родах без проведения профилактических мероприятий происходит в \_\_\_% случаев**

30-40

10-25

90-100

60-85

**#Классом иммуноглобулинов, проникающих через плаценту за счет своей малой молекулярной массы, является:**

Е

G

М

А

**#Стартовой эмпирической терапией при вирусном конъюнктивите у новорожденных, вызванном Herpes simplex, Adenovirus, является:**

цефтриаксон

цефотаксим

Ацикловир

оксациллин

**# Антибактериальная терапия врожденного сифилиса у новорожденных проводится:**

**ампициллином**

бензилпенициллином

ванкомицином

цефотаксимом

**# Клиническая картина токсоплазмоза у новорожденных детей, инфицированных в I триместре беременности, характеризуется наличием:**

врожденного порока сердца

тромбоцитоперии

хориоретинита

врожденной пневмонии

**# Клиническая картина раннего врожденного сифилиса характеризуется наличием:**

ДВС синдрома

дискинезией желудочно - кишечного тракта

периоститов

высокой легочной гипертензии

**# В качестве этиотропных средств для лечения токсоплазмоза могут быть использованы:**

макролиды

синтетические пенициллины

аминогликозиды

цефалоспорины

**#Герпетическую инфекцию у новорожденного ребенка можно заподозрить в случае обнаружения:**

белых творожистых налетов на слизистой оболочке полости рта

везикулярной сыпи с геморрагическим компонентом на коже и/или слизистых оболочках

просовидных беловато - желтых узелков диаметром 1-3 мм на слизистой задней стенки глотки

пятнисто - папулезной сыпи на груди, животе, ягодицах

U2 **Модуль Неонатология Тема: Геморрагические синдромы у новорожденных**

# **В коагулограмме при синдроме диссеминированного внутрисосудистого свертывания в фазу гиперкоагуляции отмечается:**

нормальный уровень фибриногена

снижение времени свертывания крови

нормальное протромбиновое время

увеличенное АЧТВ

**# Под гемофилией понимают дефицит фактора:**

VII

IX

XI

VIII

**#К причинам развития ДВС - синдрома относится:**

артериальная гипертензия

ГЗОАП

неонатальная волчанка

гипотермия

**#Клиническая картина при синдроме Вискотта - Олдрича характеризуется возникновением:**

мелены, легочного кровотечения, внутричерепного кровоизлияния

множественных экстравазатов, кровотечения со слизистых

петехиальных высыпаний, экхимозов

гематом различного размера

**#Дифференциальную диагностику дефицита VII плазменного фактора свертывания проводят с:**

болезнью Виллебранда

тромбоцитопенической пурпурой

ДВС - синдромом

геморрагической болезнью новорожденного

**#Для профилактики геморрагической болезни новорожденных используют:**

аминокапроновую кислоту

свежезамороженную плазму

викасол 1%

раствор этамзилата натрия 12.5%

**#Для лечения геморрагической болезни новорожденного используют:**

антиагреганты и витамин Е

свежезамороженную плазму и викасол

свежезамороженную плазму и аминокапроновую кислоту

антикоагулянты

**#Характерным признаком геморрагической болезни новорожденного является:**

тромбоцитопения

уменьшение в крови уровня глобулинов

снижение протромбинового комплекса

повышенный фибринолиз

**#Клинические симптомы при классической геморрагической болезни новорожденных появляются:**

сразу после рождения

на 2 день жизни

на 2 неделе жизни

на 3 - 5 день жизни

**#Геморрагическая болезнь новорожденного обусловлена:**

несовместимостью по эритроцитарным антигенам

несовместимостью по тромбоцитарным антигенам

дефицитом витамина К

дефицитом коагуляционного звена гемостаза

**#Патогенетическим обоснованием применения витамина К при геморрагической болезни новорожденных является:**

дефицит I, XII факторов

дефицит протромбина и проконвертина

дефицит X, XII факторов

дефицит I, II, III факторов

**#Для диагностики синдрома заглоченной крови у новорожденного используют:**

тест Апта

пенный тест

исследование коагулограммы

уреазный тест

**\* Причиной появления крови в стуле новорожденного могут быть следующие состояния:**

заглатывания материнской крови во время родов

трещины ануса

гемофилия

геморрагическая болезнь новорожденных

U2 **Модуль Неонатология Тема: Дыхательная недостаточность у новорожденных**

**#Одной из основных причин развития респираторного дистресс-синдрома у новорожденных является:**

врожденный качественный дефект структуры сурфактанта

врожденная вирусная инфекция легких

нарушение синтеза и экскреции сурфактанта альвеолоцитами 2-го типа, связанное с инфекционным процессом в легочной ткани

приобретенный в периоде новорожденности качественный дефект структуры сурфактанта

**#Дифференциальная диагностика транзиторного тахипноэ проводится в первую очередь с:**

интерстициальной легочной эмфиземой

пневматораксом

респираторным дисстресс-синдромом

высокой легочной гипертензией

**#Для рентгенологической картины при синдроме аспирации мекония у новорожденного характерно наличие:**

смещения купола диафрагмы

эмфизематозных участков

воздушной бронхограммы

расширение тени средостения

**#Встречаемость респираторного дистресс — синдрома тем выше, чем:**

меньше гестационный возраст и масса тела ребенка при рождении

больше биологический возраст родителей ребенка

больше безводный промежуток в родах

больше длительность второго периода родов.

**#Клапанный механизм обструкции мелких дыхательных путей при синдроме аспирации мекония обуславливает:**

снижение активности сурфактанта

слипание альвеол

снижение давления в сосудах легких

образование эмфиземы

**#Синтез сурфактанта индуцирует гормон:**

адреналин

пролактин

глюкагон

вазопрессин

**#Для оценки эффективности проводимой респираторной терапии или в качестве показания для ее начала, а также оценки клинической степени тяжести дыхательных нарушений у недоношенных детей используется шкала:**

PELOD 2

SOFA

Доунс

Сильверман

**#Для оценки эффективности проводимой респираторной терапии или в качестве показания для ее начала клиническая оценка степени тяжести дыхательных нарушений у доношенных новорожденных используется шкала:**

Крамера

SOFA

Доунс

Сильверман

**#Учитывая высокую вероятность развития пневмонии, детям с клиническими признаками синдрома аспирации мекония назначают препараты:**

противовирусные

иммунномодулирующие

антибактериальные

нестероидные противовоспалительные

**#Синдром дыхательных расстройств или «респираторный дистресс-синдром» новорожденного представляет собой:**

расстройство дыхания у детей в первые дни жизни, обусловленное первичным дефицитом сурфактанта и незрелостью легких

инфекционное заболевание, возникающее вследствие попадания инфекционных агентов с помощью аэрогенного механизма заражения

расстройство дыхания у детей в первые дни жизни, обусловленное вторичным дефицитом сурфактанта на фоне инфекционного процесса в легких

острое инфекционное заболевание с преимущественным поражением респираторных отделов легких и накоплением воспалительного экссудата внутри альвеол

**#При транзиторном тахипноэ новорожденных на рентгеновском снимке огранов грудной клетки отмечается:**

диффузное снижение прозрачности легочных полей, ретикулогранулярный рисунок и полоски просветления в области корня легкого

усиление бронхо-сосудистого рисунка, признаки жидкости в междолевых щелях, и/или плевральных синусах

очаговое снижение прозрачности легочных полей и участки затемнения в области корня легкого

одностороннее тотальное снижение прозрачности легочной ткани

**#При удовлетворительном газовом составе крови у новорожденных с респираторным дистресс-синдромом, получающих респираторную терапию, параметры SPO2 составляют (в%):**

86 — 90

96 — 100

91 — 95

81 — 85

**#Одним из диагностических критериев врожденной пневмонии является:**

повышение уровня СРБ в первые 72 ч жизни

очаговые и/или инфильтративные тени на рентгенограмме

положительный прокальцитониновый тест в первые 24 ч жизни

положительный прокальцитониновый тест в первые 48 ч жизни

**#При подозрении на пневмонию проводится лабораторный контроль:**

уровня печеночных ферментов

уровня ТТГ и Т4

общего и прямого билирубина

кислотно - основного состояния и газового состава крови

**\* Для синдрома мекониальной аспирации характерно наличие:**

лабораторных маркеров воспалителього процесса

гипоксии в родах

прогрессирующей дыхательной недостаточности с рождения

мекониальных вод

**\* Для клинической картины респираторного дистресс-синдрома у недоношенного новорожденного характерны:**

гиперемированные кожные покровы

одышка и апноэ возникающие в первые минуты — часы жизни

экспираторные шумы, обусловленные развитием компенсаторного спазма голосовой щели на выдохе

западение грудной клетки на вдохе, раздувание крыльев носа.

U2 **Модуль Неонатология Тема: Желтухи новорожденных**

**#Уровень билирубина пуповинной крови, при котором начинается фототерапия, является (в мкмоль/л):**

25-37

16-23

10-15

52-67

**#Показанием к неотложному определению уровня билирубина у новорожденного ребенка является появление желтухи:**

через 48 часов после рождения

в первые 24 часа жизни

на 3 сутки жизни

на 4 сутки жизни.

**#Безусловным критерием эффективности проведенной операции заменного переливания крови к концу операции является:**

снижение уровня лейкоцитов до 10 тысяч

более чем двукратное снижение уровня билирубина

неизменный уровень билирубина до и после операции

повышение уровня гемоглобина в два раза от исходного

**# При гемолитической болезни новорожденных по резус-фактору используются** эритроцитсодержащие компоненты:

одногруппные резус-положительные

одногруппные резус-отрицательные

0(I) группы резус-отрицательные

АВ (IV) группы резус-положительные

**# Контроль уровня билирубина при приведении операции заменного переливания крови проводится:**

из каждой третьей порции выведенной крови

из каждой порции выв<еденной крови

из первой порции выведенной крови и перед окончанием операции

после окончания операции из каппилярной крови

**# Менять положение ребенка при использовании одного источника фототерапии рекомендуется каждые:**

3-4 часа

12 часов

6 часов

15-20 минут

**# При проведении операции заменного переливания крови осуществляется замена крови пациента на компоненты крови донора в объеме:**

10 мл/кг

двух объемов циркулирующей крови

100мл вне зависимости от веса

трех объемов циркулирующей крови

**# В норме верхняя граница общего билирубина в пуповинной крови составляет (в мкмоль/л):**

151

89

51

69

**# Критериями, определяющими показания к фототерапии и операции заменного переливания крови у недоношенных новорожденных, наряду с уровнем венозного билирубина и его почасовым приростом, являются:**

оценки по шкале Апгар и Глазго

антропометрические показатели

гестационный и постконцептуальный возраст

уровни мочевины и креатинина

**# Неинвазивный (чрескожный) метод определения билирубина можно использовать:**

при проведении фототерапии

у недоношенных ГВ менее 35 недель

при гемолитической болезни новорожденных

у доношенных новорожденных

**#Под синдромом Криглера — Найяра понимают наследуемую негемолитическую желтуху, характеризующуюся повышением билирубина вследствие:**

снижения уровня гормонов щитовидной железы у новорожденного, регулирующих активность глюкуронилтрансферазы

врожденной недостаточности глюкуронилтрансферазы и полной или почти полной неспособности печени конъюгировать билирубин

повышенного гемолиза эритроцитов крови новорожденного

повышения в крови уровня неэстерифицированных жирных кислот, нарушающих процесс захвата билирубина гепатоцитом и подавляющих активность глюкуронилтрансферазы

**# Желчегонная терапия при гемолитической болезни новорожденного показана:**

в случае развития синдрома холестаза

одномоментно с началом фототерапии

с первых суток жизни новорожденного

при снижении гемоглобина менее 150 г/л

**#Почасовой прирост общего билирубина у ребенка с гемолитической болезнью, требующий только консервативного лечения, составляет (в мкмоль/л/час):**

менее 6,8

более 8,8

7,0 — 7,5

8,0 — 8,5

**#Лечение непрямой гипербилирубинемии у новорожденных включает:**

проведение фототерапии

прием урсодезоксихолевой кислоты

инфузию раствора альбумина

инфузию раствора глюкозы 5%

**# Разрушение эритроцитов плода или новорожденного при гемолитической болезни происходит за счет:**

нарушений в системе комплемента

антител матери

аутоиммунных антител ребенка

проникновения избыточного количества комплемента через плаценту

**# При физиологической желтухе новорожденных максимальный уровень общего билирубина составляет (мкмоль/л):**

156

256

330

220

**# Продолжительность фазы ложного неврологического благополучия при билирубиновой энцефалопатии у детей составляет:**

1-3 недели

2-3 месяца

8-9 месяцев

1-3 дня.

**# Объем одного замещения и одного восполнения при проведении ОЗПК составляет:**

10 мл/кг

не менее 15 мл/кг

не более 5 мл/кг

не менее одного объема циркулирующей крови

**\* К особенностям динамики конъюгационной желтухи относятся:**

длительность проявления более 10 суток

нарастание интенсивности после 4 суток

проявление не ранее 24 ч после рождения

манифестация в первые часы после рождения

**\* К причинам патологической гипербилирубинемии, связанной с гемолизом эритроцитов, относятся:**

дефицит пируваткиназы

гемолитическая болезнь новорожденного по Rh-фактору, системе АВ0, редким факторам

микросфероцитоз

синдром Криглера — Найяра I – II типа

**\* Для транзиторной семейной гипербилирубинемии новорожденных (синдром Люцея — Дрискола) характерны:**

изменение цвета мочи

+ затяжное течение

+ желтуха с первых дней жизни

+ концентрация билирубина в крови >340 мкмоль/л

**\* При проведении операции заменного переливания крови новорожденному возможны следующие электролитные нарушения:**

гипомагниемия

гиперкалиемия

гипернатриемия

гипокальциемия

**\* К признакам конъюгационной желтухи у новорожденных относятся:**

ахолия кала

нормальный размер печени и селезенки

нормальная окраска кала

U2 **Модуль Неонатология Тема:**  **Недоношенные дети**

**# Низкой массой тела при рождении считают показатель менее (г):**

1900

2500

1500

2000

**# К основным безусловным рефлексам новорожденного, входящим в группу оральных автоматизмов, относят рефлекс:**

хоботковый

защитный

Переса

Моро

**# При задней агрессивной ретинопатии недоношенных офтальмологический осмотр проводят:**

ежедневно

1 раз в 3 дня

1 раз в неделю

1 раз в 2 недели

**# Грудное вскармливание недоношенных детей невозможно при наличии:**

центрального венозного катетера

потребности в фототерапии

постконцептуального возраста менее 32 недель

постконцептуального возраста 34 недели

**# Нормализация работы эндокринной системы отмечается у большинства недоношенных детей при достижении\_\_\_недель постконцептуального возраста:**

42

36

34

40

**# Длительность профилактического применения препаратов железа у недоношенных новрожденных при уровне гемоглобина в пределах нормы, определяются следующим признаком:**

средний объем эритроцита

наличие тяжелой анемии у матери во время беременности

вес при рождении

гестационный возраст при рождении

**# Повышение уровня прямого билирубина при конъюгационной желтухе у недоношенных детей связано с:**

нарушением проходимости желчевыводящих путей

нарушением экскреторной функции гепатоцитов

относительной незрелостью конъюгирующих ферментов и экскреторной функции гепатоцитов

нарушением конъюгирующей функции гепатоцитов

**# Одним из факторов, определяющих готовность ребенка, родившегося с экстремально и очень низкой массой тела при рождении, к выписке из стационара, является:**

количество эпизодов апноэ в течение суток не более 2

скорректированный возраст 37 и более недель

вес не менее 2500г

усвоение полного объема энтерального питания

**# Хирургический метод лечения открытого артериального протока у новорожденных может выполнятся путем**

стентирования

клипирования

коагуляции

окклюзии баллоном

**# К наиболее распространенному эндокринному нарушению неонатального периода у детей с экстремально и очень низкой массой тела при рождении относят:**

транзиторную надпочечниковую недостаточность

гипопитуитаризм

нарушение кальций — фосфорного обмена

аутоиммунный тиреоидит

**# Раннее пережатие пуповины может привести к:**

гипоксии новорожденного

снижению уровня гемоглобина и развитию поздней анемии

задержке физического развития ребенка

гиповолемическому шоку

**# Образец крови из пятки для проведения неонатального скрининга берут на \_\_\_день жизни доношенного ребенка:**

2

7

4

5

**# На новорожденных родившихся при сроке беременности менее 22 недель или с массой тела менее 500 грамм, или (если масса неизвестна) с длиной тела менее 25 см, медицинское свидетельство о рождении:**

выдается, если они прожили 28 суток

выдается сразу

выдается, если они прожили более 168 ч

не выдается

U2 **Модуль Неонатология Тема: Дифференциальный диагноз инфекционных и неинфекционных заболеваний кожи**

**#Одной из основных форм врожденного эпидермолиза является:**

простая дистрофическая

небулезная ихтиоформная

врожденная буллезная

гиперпластическая дистрофическая

**# В клиническом анализа крови при пузырчатке новорожденных можно обнаружить:**

нейтрофилез

тромбоцитопению

лимфоцитоз

моноцитоз.

**# Одной из основных форм врожденного ихтиоза является:**

себорейный дерматит

врожденный буллезный эпидермолиз

небуллезная ихтиозиформная эритродермия Брока

токсический эпидермальный некролиз

**#Для везикулопустулеза характерно появление:**

пузырей и пузырьков с плотной невскрывающейся покрышкой

пузырьков с прозрачным, а затем мутным содержимым с венчиком гиперемии

пятен неправильной формы, различной величины, розовато-синего цвета

пятнисто-папулезных элементов с отрубевидным шелушением

**#Наиболее типичной локализацией кожных проявлений при везикулопустулезе является:**

область живота

область грудной клетки

спина

волосистая часть головы

**# В биохимическом исследовании крови при эксфолиативном дерматите Риттера вероятнее всего отмечается:**

повышение уровня креатинина

увеличение печеночных ферментов

гипопротеинемия

нарастание мочевины

**# Одной из основных форм врожденного эпидермолиза является:**

летальная

небуллезная ихтиозиформная

врожденная буллезная

простая дистрофическая

**# Одним из наиболее частых возбудителей пузырчатки новорожденных являются:**

коринебактерии

менингококки

стафилококки

гонококки

**# Для простого буллезного эпидермолиза характерно:**

наличие кольцевидных или полициклических эритем

возникновение эритематозных экзантем на коже с плотной невскрывающейся покрышкой

образование кровоточащих эрозий

**# Под феноменом арлекина понимают:**

кровоизлияние, возникающее между надкостницей и наружной поверхностью черепных костей, не превышающее кости

симптом, при котором наблюдаются элементы на коже, диаметром около 1,5 см, заполненные жидкостью, с формированием эрозий при вскрытии

эритему одной половины туловища, возникающую в положении на боку у недоношенных детей, имеющую четкую ровную границу по средней линии туловища

отек кожи и подкожно-жировой клетчатки предлежащей части плода, возкающий во время родов

**# Дифференциальный диагноз буллезного эпидермолиза необходимо проводить с:**

синдром Блоха-Сульцбергера

ветряной оспой

синдромом Лайелла

неонатальной красной волчанкой

**# В этиологии адипонекроза ведущее значение придается:**

повышенной влажности

гипоксии

гипероксии

перегреванию

**# Одной из основных форм врожденного ихтиоза является:**

себорейный дерматит

токсический эпидермальный некролиз

врожденный буллезный эпидермолиз

врожденный ихтиоз по типу коллоидного ребенка

**# В области естественных складок при тяжелом течении себорейного дерматита помимо гиперемии и чешуек возможно появление:**

«каменистых» уплотнений

кольцевидных эритем

пузырей и пузырьков

мокнутия кожи

**# Характерной особенностью склередемы является:**

отсутствие ямки при надавливании на кожу

невозможность собрать кожную складку

тенденция к гипертермии, тахикардии

наличие розовой, теплой кожи

**# Дифференциальный диагноз при подозрении на себорейный дерматит проводят с:**

эксфолиативным дерматитом

потницей

крапивницей

атопическим дерматитом

**# В клиническом анализе крови при везикулопустулезе можно обнаружить:**

тромбоцитопению

лейкоцитоз

анемию

лимфоцитоз

**# Отличительной особенностью склеремы от склередемы является:**

наличие бледной, холодной на ощупь кожи

отсутствие ямки при надавливании на кожу

тенденция к брадикардии, гипотермии

наличие ямки при надавливании на кожу.

**# Клиническим проявлением врожденного ихтиоза является:**

«рыбий рот»

пузыри с серозным содержимым на внешне здоровой коже

эритематозная экзантема

кольцевидная эритема

**# При стафилококковом синдроме обоженной кожи возникают\_\_\_\_\_цвета:**

мелкоточечные элементы ярко — розового

пятна различной величины розовато — синего

бледные шелушащиеся пятна розового

неяркие высыпания кирпично — красного

**# При подозрении на пузырчатку новорожденных дифференциальную диагностику проводят с:**

потницей

сифилитической пузырчаткой

врожденной пневмонией

крапивницей

**# Инфекционно — воспалительным заболеванием кожи и подкожной клетчатки у новорожденных является:**

везикулопустулез

буллезный эпидермолиз

адипонекроз

склерема

**# С целью медикаментозного лечения эритродермии Лейнера назначают витамины:**

С и D

В1 и В2

А и Е

РР и В12

**# Адипонекроз представляет собой:**

отграниченные плотные инфильтраты диаметром 1 -5 см

пятна неправильной формы, розовато - синего цвета

диффузные "каменистые " уплотнения кожи

отек в области бедер, лобка, гениталий

**# Клиническим проявлением врожденного ихтиоза является:**

деформация кистей рук и стоп

кольцевидная или полициклическая эритема

возникновение эритемазозных экзантем на коже с плотной невскрывающейся покрышкой

появление пузырей с серозно - гнойным содержимым

**# В этиологии адипонекроза ведущее значение придается:**

повышенной влажности

перегреванию

охлаждению

гипероксии

**#Острый гнойный омфалит характеризуется:**

избыточной грануляцией грибовидной формы

гнойным отделяемым, отеком и гиперемией пупочного кольца

отеком, инфильтрацией, образованием язв на дне пупочной ранки

скудным серозным отделяемым

U2 **Модуль Неонатология Тема: Поражение ЦНС у новорожденных**

**#Под кефалогематомой понимают:**

кровоизлияния в кожу или слизистые оболочки новорожденного

кровоизлияние, возникающее между надкостницей и кожей новорожденного

отек кожи и рыхлой клетчатки предлежащей части плода, возникающий во время родов

кровоизлияние, возникающее между надкостницей и наружной поверхностью черепных костей, не превышающее площади кости

**# К перинатальным поражениям нервной системы относится:**

агирия

внутрижелудочковые кровоизлияния

аплазия мозолистого тела

spina bifida

**\* Для клинической картины паралича Эрба — Дюшена характерны:**

болевая и тактильная чувствительность снижены

голова наклонена к больному плечу

отсутствует рефлекс двуглавой мышцы плеча

кисть в положении ладонного разгибания

**\* Для клинической картины паралича Дежерина — Клюмпке характерны:**

голова наклонена к больному плечу

спонтанные движения в локтевом и лучезапястном суставах отсутствуют

рука разогнута во всех суставах, лежит вдоль туловища, пронирована

движения в пальцах ограничены

**\* Для клинической картины пареза лицевого нерва характерны признаки:**

наличие лагофтальма на здоровой стороне

нарушено сосание

сглаженность носогубной складки на стороне поражения

при крике рот перетягивается в здоровую сторону

**\*Для клинической картины тотального типа пареза плечевого сплетения характерны признаки:**

частое сочетание с синдромом Клода Бернара - Горнера на стороне поражения

движения в пальцах свободны

наличие трофических расстройств

спонтанные движения во всех отделах руки полностью отсутствуют

**\* Для клинической картины пареза лицевого нерва характерны:**

сглаженность носогубной складки на стороне поражения

поисковый рефлекс усилен на стороне поражения

сосание нарушено

при крике рот перетягивается в здоровую сторону

U2 **Модуль Неонатология Тема: Сепсис новорожденных**

**# Препаратом выбора у новорожденных с течением септицемии (сепсис), вызванной Neisseria gonorrhoeae, является:**

ванкомицин

ампициллин

цефтриаксон

оксациллин

**# В случае затяжного течения кандидоза для идентификации возбудителя показано исследование:**

микробиологическое

иммуноферментное

полимеразно цепное

иммунофлюоресцентное

**# Препаратом выбора у новорожденных с течением септицемии, вызванной Pseudomonas aeruginosa, является:**

ванкомицин

цефтазидим

оксациллин

ацикловир

**# В основе патогенеза дистрибутивного шока лежит:**

крайняя степень левожелудочковой недостаточности, которая характеризуется снижением сократительной способности миокарда

повышение сопротивления легочных сосудов и шунтирование крови из легочной артерии в системный кровоток через фетальные коммуникации

потеря жидкости из сосудистого русла во внесосудистое пространство

снижение объема циркулирующей крови и снижение сердечного выброса

**# Эмпирическая стартовая терапия остеомиелита новорожденных с не идентифицированным возбудителем проводится:**

ацикловиром

цефтазидимом в сочетании с гентамицином

оксациллином

оксациллином в сочетании с цефотаксимом, последующим курсом амоксициллина/клавулановой кислоты

**# При прогрессирующем ухудшении состояния и подозрении на некротизирующий энтероколит энтеральное питание:**

снижают до трофического объема

отменяют сохраняют в прежнем объеме

осуществляют только специализированной молочной смесью

**# К особенностям врожденного иммунитета, предласполагающим к развитию инфекций у новорожденного ребенка, относят:**

низкий уровень фагоцитарной активности

апоптоз В-лимфоцитов при массивной микробной инвазии

способность В-лимфоцитов к синтезу IgM

высокий уровень спонтанной экспрессии маркеров активации

**# Воспалительный процесс при остром гнойном остеомиелите новорожденных может быть:**

первичным и вторичным

крупозным и дифтеритическим

асептическим и инфекционным

подострым и хроническим

**\* К поверхностным кандидозам относятся клинические формы:**

пеленочный дерматит

кандидозный хейлит

кандидоз верхних дыхательных путей

кандидозный менингит

U2 **Модуль Неонатология Тема: Эмбриофетопатии**

**# К причинам развития гипогликемии у новорожденныж, связанным с болезнями нарушения образования глюкозы печенью, относится:**

синдром «дизрегуляции» β-клеток

I тип гликогеновой болезни (дефицит глюкозо-6-фосфатазы) — галактоземия

гиперплазия или аденома клеток островков Лангерганса

синдром Беквита — Видемана

**# Образец крови для проведения неонатального скрининга берут из пятки новорожденного после кормления через (в часах)**

3

7

5

6

**# Клиническая классификация неонатальных гипогликемий включает следующую форму (первые 12-48 часов жизни):**

неуточненную

классическую транзиторную

наследственную

идиопатическую

**# К клиническим признакам, характерным для хромосомного заболевания синдрома Патау, относят:**

тугоухость

короткую шею с крыловидными складками

врожденные дефекты радужки (колобома, микрофтальм, анофтальм)

широкую грудную клетку с комбинированной деформацией грудины

**\*К причинам развития гипогликемии у новорожденных, связанным с гиперинсулинизмом, относятся:**

болезнь кленового сиропа

гиперплазия или аденома клеток островка Лангерганса

синдром «дизрегуляции» β-клеток

синдром Беквита-Видемана

**\* К причинам развития гипогликемии у новорожденных, связанных с болезнями нарушения синтеза аминокислот, относятся:**

метилмалоновая ацидемия

дефицит глюкагона

пропионовая ацидемия

болезнь кленового сиропа

U2 **Модуль Неонатология Тема: Эндокринопатии у новорожденных**

**# Гипокальциемия у новорожденных в первые сутки жизни обусловлена \_\_\_\_\_\_\_уровнем\_\_\_\_\_\_\_:**

высоким, паратгормона

низким, паратгормона

высоким, пролактина

Низким, тиреокальцитонина

**# Диагноз гиперпаратиреоза у новорожденного устанавливается на основании повышения паратгормона в крови, гиперкальциемии и \_\_\_\_\_\_\_\_:**

гиперфосфатемии

гипермагниемии

гипофосфатемии

гипергликемии

**# Эндогенная продукция глюкозы у доношенных новорожденных начинается при уровне поступления глюкозы ниже (в мг/кг/мин):**

6,0

6,5

5,5

5,9

**# Целями исследования основных показателей основных показателей при длительной гипергликемии, требовавшей применения высоких доз инсулина, являются:**

оценка функции щитовидной железы и попытка отмены гормональной терапии

исключение моногенных форм сахарного диабета

оценка степени зрелости систем контррегуляции инсулина и попытка отмены специфической терапии

коррекция дозы витамина Д

**# В группу наследственных заболеваний из неонатального скрининга, проводимого в родильного дома, входит**

адреногенитальный синдром

гемофилия

синдром Дауна

нейрофиброматоз

**# Целями исследования основных показателей при гипотироксинемии на фоне терапии L-тироксином являются попытка отмены гормональной терапии и\_\_\_\_\_\_:**

решение вопроса о необходимости хирургического лечения

исключения неклассических форм врожденной дисфункции коры надпочечников

коррекция дозы витамина D

+оценка функции щитовидной железы+

**# К признаку транзиторной надпочечниковой недостаточности у новорожденных относят:**

артериальную гипертензию

опережение роста

затяжную гипербилирубинемию

остеопению

**# К клиническим проявлениям гипопаратиреоза у новорожденного ребенка в неонатальном периоде относят:**

большой язык, приоткрытый рот

генерализованные плотные отеки

выраженное угнетение

судороги

**# Врожденный гипопаратиреоз может встречаться в составе синдрома\_\_\_\_\_:**

Уотерхауса — Фридрексена

Кенни

Кальмана

Аксенфельда — Ригера

**# Терапия неонатального тиреотоксикоза у новорожденного может включать:**

кальция глюконат

препараты йода

актрапид

L-тироксин

**# Врожденный гипопаратиреоз может встречаться в составе синдрома:**

Аксенфельда - Ригера

Кальмана

Уотерхауса - Фридерихсена

Ди Джорджи

**# К характерным признакам при сахарном диабете у новорожденного относится:**

экзофтальм

грубый голос

"распластанный" язык

«липкая" моча

**# Ключевым звеном патогенеза врожденного гипотиреоза новорожденных является:**

гипокортизолемия

гипертироксинемия

гипоинсулинемия

гипотироксинемия

**# Кетоацидоз при сахарном диабете у новорожденных, на фоне отсутствия своевременной инсулинотерапии, проявляется:**

болями в суставах

шумным токсическим дыханием

лихорадкой

артериальной гипертензией

**# К клиническим признакам острой надпочечниковой недостаточности у новорожденного в неонатальном периоде, относится:**

гипертелоризм

нитевидный пульс

артериальная гипертензия

полиурия

**# Лечение адреногентального синдрома у новорожденного ребенка включает:**

L - тироксин

тиамазол

гидрокортизон

инсулин

U2 **Модуль Неонатология. Тема : Нарушения ритма**

**# При трепетании предсердия возбуждаются с частотой:**

100 в мин.

150 в мин.

200 в мин.

250 в мин.

**# Охарактеризуйте форму зубца Р на ЭКГ при пароксизмальной желудочковой**

**тахикардии?**

зубец Р положительный, связанный с комплексом QRS

зубец Р отрицательный, не связанный с комплексом QRS

зубец Р отсутствует, так как накладывается на комплекс QRS

**# ЭКГ признаком феномена WPW является:**

остроконечный зубец

двугорбый зубец Р

дельта –волна на комплексе QRS

**# Проведение ЭКГ-мониторирования по Холтеру обязательно всем с:**

миокардитами

СССУ

артериальной гипертензией

стенозами аорты

**# Наиболее частой причиной возникновения желудочковой формы ПТ являются:**

нейровегетативные сдвиги

органическая патология сердца

пневмонии

эндокринные заболевания

**# Для диагностики ПТ срочным исследованием является:**

рентгенография

ЭКГ

ЭХОКГ

исследование уровня К в крови

**# При ПТ наиболее частым симптомом является:**

ЧСС 120 в минуту

ЧСС 180 в минуту

ЧСС 140 в минуту

перебои сердечных сокращений

**# Для суправентрикулярной формы ПТ характерными ЭКГ-признаками являются:**

ритм 130 в минуту с регулярными узкими комплексами QRS

ритм более 180 в минуту с регулярными узкими комплексами QRS

ритм 160 в минуту с регулярными резко деформированными комплексами QRS

ритм 150 в минуту с нерегулярными узкими комплексами QRS

**# Для желудочковой формы ПТ характерными ЭКГ-признаками являются:**

ритм 130 в минуту с регулярными узкими комплексами QRS

ритм более 180 в минуту с регулярными узкими комплексами QRS

ритм 160 в минуту с регулярными резко деформированными комплексами QRS

ритм 150 в минуту с нерегулярными узкими комплексами QRS

**# Дети с признаками преждевременного возбуждения желудочков на ЭКГ представляют собой группу риска по развитию:**

ревматической лихорадки

идиопатической КМП

ПТ

перикардита

**# Причиной возникновения феномена WPW является:**

проведение импульса по дополнительному обходному пути

ускоренное проведение импульса через АВ узел

замедление проведения импульса через АВ узел

**# Купирование приступа суправентрикулярной ПТ ребенку 6 мес целесообразно начинать с внутривенного введения:**

новокаинамида

кордарона

АТФ

дигоксина

**# Заболеванием с высоким риском развития желудочковой тахикардии типа «пируэт» является:**

синдром удлиненного QT

синдром WPW

CCCУ

**# Детям с синдромом удлиненного QT для профилактики синкопе и жизнеугрожающих аритмий наиболее часто рекомендуют такие антиаритмические препараты, как:**

кордарон

хинидин

пропафенон

β-блокаторы

**# Препараты I класса антиаритмических средств:**

блокируют быстрые натриевые каналы

являются симпатолитиками

удлиняют реполяризацию

блокируют кальциевые каналы

**# Для купирования приступа ПТ АТФ следует вводить:**

в/в капельно

в/м

в/в струйно, без разведения

**\* Для купирования приступа желудочковой ПТ может быть эффективно внутривенное введение:**

лидокаина

новокаинамида

сердечных гликозидов

панангина

**\* Укажите номотопные аритмии, связанные с нарушением образования импульса:**

экстрасистолия

синусовая брадикардия

миграция водителя ритма

АВ-блокада I степени

**\*Приступы Морганьи- Адамса-Стокса характерны для:**

полной АВ-блокады

СССУ

непароксизмальной тахикардии

**\*Укажите органические заболевания сердца, при которых высок риск развития нарушения сердечного ритма:**

аномалия Эбштейна

ДМЖП

клапанный стеноз аорты

корригированная транспозиция магистральных сосудов

U2 **Модуль Неонатология Тема: Нарушение обмена веществ**

**# Причиной наследственной болезни может быть:**

мутации в ДНК гамет

воздействие на организм ксенобиотиков

воздействие на организм рентгеновского и др. излучений

возраст родителей

воздействие на организм мутагенов

**# Гликогеновая болезнь VI типа характеризуется накоплением гликогена нормальной структуры в:**

мышцах  
печени  
 почках  
слизистой оболочке кишечника

**# К врожденным дефектам метаболизма аминокислот относят:**

болезнь Гирке, болезнь Помпе, болезнь Герса

болезнь Гоше, болезнь Нимана-Пика, синдром Тея-Сакса

тирозинемия, триптофанурия, кленового сиропа, алкаптонурия

адреногенитальный синдром, муковисцидоз, болезнь Вильсона-Коновалова

**# При фенилкетонурии дефектна:**

фенилаланингидроксилаза

тирозиназа

фенилаланинтрансаминаза

параоксифенилпируватоксидаза

гомогентизиноксидаза

**# Наиболее информативным тестом для диагностики фенилкетонурии в младенческом возрасте является:**

уровень фенилаланина в крови

уровень экскреции фенилпировиноградной кислоты

уровень экскреции фенилацетата

уровень экскреции фенилмолочной кислоты

**# При алкаптонурии дефектна:**

фенилаланингидроксилаза

тирозиназа

фенилаланинтрансаминаза

параоксифенилпируватоксидаза

гомогентизиноксидаза

**# Лизосомные болезни накопления (гликолипидозы) проявляются в основном недостаточностью:**

гликозидаз

липаз

протеаз

ДНК-азы, РНК-азы

**\* К гликолипидозам относятся:**

болезнь Тея-Сакса

болезнь Гоше

болезнь Фабри

болезнь Нимана - Пика

**\* К наследственным нарушениям липидного обмена относятся:**

гиперлипопротеидемии

синдром Лоуренса-Муна-Барде-Бидля

наследственные болезни накопления – болезни Гоше, Нимана-Пика, Тея-Сакса

ганглиозидозы, фукозидоз, муколипидозы, маннозидоз, лейкодистрофии, сфингомиелинозы

**\*Для наследственных нарушений обмена характерны:**

клинический полиморфизм

генетическая гетерогенность

аутосомно-рецессивный тип наследования

аутосомно-доминантный тип наследования

**\* Медико-генетическое консультирование позволяет установить:**

вероятность рождения больного ребенка

вероятность повторного рождения больного ребенка

диагноз у родившегося ребенка

прогноз у больного ребенка

**\*Дородовая диагностика наследственных болезней включает:**

определение в амниотической жидкости уровня альфа-фетопротеина,

определение активности ферментов в экстракте разрушенных фибробластоподобных +клеток амниотической жидкости,

лабораторное обследование родителей и близких родственников

**\* К наследственным нарушениям обмена углеводов относятся::**

галактоземия

фруктоземия

гликогенозы

Фенилкетонурия

**\* Временные рамки клинического проявления гликогеновой болезни III типа:**

период новорожденности  
 раннее детство  
с 10 лет  
с 20 лет

**\* Главные симптомы гликогеновой болезни VI типа:**

задержка роста  
значительная гепатомегалия  
кардиомиопатия  
рецидивирующие воспалительные заболевания кишечника

**\* Гликогеновая болезнь 0 типа характеризуется:**

гипергликемией натощак  
гиперкетонемией  
гипогликемией натощак

низкими уровнями аланина и лактата в сыворотке крови

**\* Гликогеновая болезнь III типа характеризуется накоплением гликогена аномальной структуры в:**

мышцах  
печени  
 почках  
 слизистой оболочке кишечника

**\* Для галактоземии в клинике характерны:**

задержка психомоторного развития

с рождения двусторонняя катаракта

быстрое развитие желтухи

постепенное нарастание гепатоспленомегалии

**\* Классические признаки гликогеновой болезни IXb типа:**

выраженная гепатомегалия  
 выраженная спленомегалия  
диарея  
мышечная гипотония в сочетании с легкой мышечной слабостью

низкий рост

**\* Клинические проявления гликогеновой болезни III типа:**

акромегалия  
 гипостатура  
 дислипидемия  
 отставание в умственном развитии

**\* К осложнениям галактоземии относят:**

низкий уровень умственного развития

нарушения познавательных функций, функций речи

прогрессирующее снижение интеллектуального развития пациента

атаксия, мышечная гипотония, экстрапирамидальные расстройства

снижение овариальной функции у женщин

**U2Модуль Гастроэнтерология Тема: «Болезни пищевода: эзофагиты у детей»**

**\*Главными причинами эзофагита у детей являются:**

инфекционные заболевания

желудочно-пищеводный рефлюкс

гиповитаминозы

системные заболевания

атрезия пищевода

**\* Частыми осложнениями эзофагита являются:**

стриктура пищевода

ахалазия кардии

кровотечения

укорочение пищевода

дуодено-гастральные язвы

**\* При выраженном эзофагите больных беспокоят**:

дисфагия

боли при глотании

«голодные» боли

изжога

метеоризм

\* **Осложнениями эзофагита могут быть:**

кровотечения

варикоз вен пищевода

стриктура пищевода

грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

метаплазия слизистой оболочки пищевода

**\*Перечислите возможные причины гастроэзофагеального рефлюкса:**

недостаточность кардии;

дискинезия пищевода, желудка,двенадцатиперстной кишки;

дискинезия желчевыводящих путей;

обструкция дыхательных путей;

ларингит;

**\* Укажите возможные клинические проявления гастроэзофагеального рефлюкса***:*

боли в животе;

боли за грудиной;

изжога;

тошнота;

кашель;

насморк;

**\* Укажите возможные последствия метаплазии эпителия слизистой оболочки пищевода**:

стеноз пищевода;

пищеводное кровотечение;

метаплазия эпителия желудка;

хеликобактериоз;

аденокарцинома пищевода;

**\* Перечислите рекомендации по немедикаментозному лечению гастроэзофагеального  
рефлюкса:**

занятие плаваньем;

избегать стягивающей живот одежды;

спать с опущенным головным концом;

спать с приподнятым головным концом;

уменьшить в питании долю животного жира,

исключить любые газированные напитки.

**\* Укажите возможные последствия рефлюкс-эзофагита:**

стеноз пищевода;

пищеводное кровотечение;

хеликобактериоз;

метаплазия эпителия пищевода;

хронический гастрит;

хронический панкреатит.

**\* Укажите методы диагностики гастроэзофагеального рефлюкса:**

фибро эзофаго гастродуоденоскопия;

внутрипищеводная рН-метрия; .

внутрижелудочная рН-метрия;

внутрипищеводная манометрия;

контрастная рентгенография желудочно-кишечного тракта

***Выбрать один правильный ответ:***

**#При диагностике эзофагита определяющими являются методы**:

Рентгенологический

ультразвуковые

эндоскопические

гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки   
пищевода;

внутрижелудочная рН-метрия;

**# Укажите основную причину патологического процесса при ахалазии кардии:**

свищ между пищеводом и дыхательными путями;

грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;

недостаточность кардии;

патология функции нейронов нижнего пищеводного сфинктера;

вегетативная дисфункция;

воспалительный процесс в пищеводе;

аномалия формирования пищевода.

**\* Какие из нижеперечисленных факторов играют роль в патогенезе гастроэзофаге- альной рефлюксной болезни:**

снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера;

повышение тонуса нижнего пищеводного сфинктера;

ослабление пищеводного клиренса;

усиление пищеводного клиренса;

гиперсекреция соляной кислоты.

**# К препаратам, снижающим желудочно- пищеводный рефлюкс, не относится:**

мотилиум;

ганатон;

метоклопрамид;

папаверин;

гевискон.

**\* Какие особенности болей в грудной клетке характерны для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни:**

возникают в горизонтальном положении и при наклонах туловища;

возникают при ходьбе;

связаны с приемом пищи;

купируются антацидами;

купируются спазмолитиками.

**#Какой метод является наиболее информативным в диагностике эндоскопически негативной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни:**

рентгенологическое исследование пищевода;

эзофаготономанометрия;

суточное мониторирование внутрипищеводного рН;

сцинтиграфия пищевода;

эндоскопическая ультрасонография.

**# Какие лекарственные препараты целесообразно назначать при эрозивном рефлюкс-эзофагите III-IV стадии:**

антациды;

прокинетики;

блокаторы Н2-рецепторов гистамина;

блокаторы протонного насоса;

комбинацию прокинетиков и блокаторов протонного насоса.

**# На каком уровне располагается первый из сфинктеров пищевода?**

в месте перехода глотки в пищевод;

на уровне аортального сужения;

на уровне бронхиального сужения;

на уровне диафрагмального сужения.

**\* С какой целью применяется суточное мониторирование внутрипищеводного РН:**

для диагностики гастроэзофагеальнойрефлюксной болезни;

с целью дифференциальной диагностики болей в ле- вой половине грудной клетки;

для диагностики пищевода Баррета;

для определения эффективности антисекреторных препаратов;

для подбора оптимальной дозы антисекреторных препаратов.

**# Изжога встречается при:**

гепатите

простой диспепсии

синдроме гастроэнтерита

гастроэзофагальном рефлюксе

синдроме мальабсорбции

**# Больная 13 лет повышенного питания жалуется на сильную изжогу и боли за грудиной, усиливающиеся при наклоне вперед. Какой предварительный диагноз можно поставить?**

ценкеровский дивертикул пищевода;

хронический гастрит;

хронический панкреатит;

рефлюкс-эзофагит;

рак пищевода.

**\*В клинической картине ГЭРБ принято выделять симптомы:**

гепатобиллиарные;

офтальмологические;

эзофагеальные;

экстраэзофагеальные.

**\*Дети, страдающие ГЭРБ наблюдаются у:**

гастроэнтеролога;+

онколога;

педиатра;

хирурга;

эндокринолога.

**# Дисфагия, возникающая после приема жидкой пищи, более характерна для:**

гастрита;

для функциональных нарушений;

тяжелой органической патологии (опухоль, стриктура, стеноз);

эзофагита.

**# Дисфагия, возникающая после приема любой пищи, более характерна для:**

гастрита;

для функциональных нарушений;

тяжелой органической патологии (опухоль, стриктура, стеноз);

эзофагита.

**# Дисфагия, возникающая после приема твердой пищи, более характерна для:**

**гастрита;**

для функциональных нарушений;

тяжелой органической патологии (опухоль, стриктура, стеноз);

эзофагита.

**\*Исследуя состояние нижнего пищеводного сфинктера при ФЭГДС прицельно оцениваются:**

высоту стояния Z-линии;

косвенные признаки скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (СГПОД);

степень смыкания кардии;

частоту дыхания.

**\* К внепищеводным проявлениям ГЭРБ относят**

бронхолегочные;

кардиологические;

оториноларингологические;

стоматологические;

урологические.

**\* К осложнениям ГЭРБ относят:**

болезнь Крона;

пищевод Барретта;

постгеморрагическую анемию;

стриктуры пищевода.

**\* К признакам патологического гастроэзофагеального рефлюкса, по данным 3-часовой рН-метрии, относят:**

восстановление рН в пищеводе в течение времени, не превышающем 5 минут;

восстановление рН в пищеводе в течение времени, превышающем 5 минут;

определение не менее 3-х эпизодов рефлюкса в течение 5 минут;

снижение рН в пищеводе ниже 4-х в течение 5 мин и более.

**\* К эзофагеальным симптомам при ГЭРБ относят:**

дислалия;

дисфагия;

изжогу;

отрыжка;

регургитация.

**\* К экстраэзофагеальным симптомам при ГЭРБ относят**

аритмию, а также феномен удлинения интервала PQ;

боли в ухе;

снижение зрения;

эрозии эмали зубов.

**\* К экстраэзофагеальным симптомам при ГЭРБ относят**

затяжное течение бронхиальной астмы, несмотря на адекватную базисную терапию;

одышку;

приступы кашля и/или удушья преимущественно в ночное время;

чувство першения и охриплости голоса.+

**\* Лечение детей раннего возраста с ГЭРБ включает:**

гирудотерапию;

диетическую коррекцию с использованием смесей, обладающих

антирефлюксными свойствами;

постуральную терапию или терапию положением;

физиотерапия.

**\*Медикаментозная терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей, направленна на:**

борьбу с воспалительными изменениями, возникающими в слизистой оболочке;

восстановление и нормализацию кислотообразующей функции желудка;

восстановление структуры слизистой оболочки пищевода;

изменение стиля жизни;

нормализацию перистальтической деятельности пищевода и желудка.

**# Морфологические изменения, выявленные при ФЭГДС, характерные для 2-й степени рефлюкс-эзофагита:**

распространение воспаления на грудной отдел пищевода, множественные эрозии, расположенные не циркулярно, возможна повышенная контактная ранимость слизистой;

тотальная гиперемия абдоминального отдела пищевода с очаговым фибринозным налетом и возможным появлением одиночных поверхностных эрозий, располагающихся на верхушках складок слизистой;

умеренно выраженная очаговая эритема и/или рыхлость слизистой абдоминального отдела пищевода;

язва пищевода, синдром Барретта, стеноз пищевода.

**\* Морфологические изменения, выявленные при ФЭГДС, характерные для 3-й степени рефлюкс-эзофагита:**

распространение воспаления на грудной отдел пищевода, множественные эрозии, +расположенные не циркулярно, возможна повышенная контактная ранимость слизистой;

тотальная гиперемия абдоминального отдела пищевода с очаговым фибринозным налетом и возможным появлением одиночных поверхностных эрозий, располагающихся на верхушках складок слизистой;

умеренно выраженная очаговая эритема и/или рыхлость слизистой абдоминального отдела пищевода;

язва пищевода, Синдром Барретта, стеноз пищевода.

**# Морфологические изменения, выявленные при ФЭГДС, характерные для 4-й степени рефлюкс-эзофагита:**

распространение воспаления на грудной отдел пищевода. Множественные эрозии, расположенные не циркулярно, возможна повышенная контактная ранимость слизистой;

тотальная гиперемия абдоминального отдела пищевода с очаговым фибринозным налетом и возможным появлением одиночных поверхностных эрозий, располагающихся на верхушках складок слизистой;

умеренно выраженная очаговая эритема и/или рыхлость слизистой абдоминального отдела пищевода;

язва пищевода, Синдром Барретта, стеноз пищевода.

**# Одинофагия- это**

боль или неприятные ощущения при прохождении пищи по пищеводу;

боль, возникающая через 2 часа после приема пищи;

ощущение дискомфорта или жжения за грудиной, распространяющегося кверху от эпигастральной области;

пассивное движение желудочного содержимого через пищевод и далее в ротовую полость.

**\* При лечении ГЭРБ у детей применяются следующие группы лекарственных средств:**

антациды и антациды в комбинациях;

ингибиторы протонной помпы (ИПП);

прокинетики и корректоры моторики;

спазмолитики.

**\* Проведение биопсии из пищевода в ходе ФЭГДС рекомендуется для диагностики:**

гастрита;

гастроэзофагеального рефлюкса;

пищевода Барретта;

причин эзофагита.

**\* Прогностически неблагоприятными признаками при ГЭРБ считаются:**

дискинезия желчевыводящих путей;

наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы;

площадь метаплазии эпителия пищевода диаметром 8 см и более;

площадь метаплазии эпителия пищевода диаметром до 4 см.

**\* Степень выраженности ГЭР определяют по результатам**

рентгенологического исследования;

реовазографии;

ультразвукового исследования;

эндоскопического исследования.

**\* Экстраэзофагеальные симптомы представлены жалобами, свидетельствующими о вовлечении в процесс:**

ЛОР-органов;

бронхолегочной системы;

зубов;

почек;

сердечно-сосудистой системы.

**U2Модуль Гастроэнтерология Тема: Заболевания поджелудочной железы у детей**

**\*Укажите ферменты поджелудочной железы, расщепляющие белки**

пепсин

трипсин

химотрипсин

липаза

амилаза

лактаза

**\*Укажите ферменты поджелудочной железы, расщепляющие жиры**

пепсин

трипсин

липаза

фосфолипаза

лактаза

**\*Перечислите признаки экзокринной недостаточности поджелудочной железы:**

боли в животе;

обесцвеченный стул;

полифекалия;

дефицит массы тела;

жирный стул;

*\****Укажите лабораторные признаки экзокринной недостаточности поджелудочной железы:**

увеличение нейтрального жира в копрограмме

увеличение жирных кислот вкопрограмме;

увеличение эластазы-1 в кале;

снижение эластазы-1 в кале;

увеличение трипсина в крови;

**\*Перечислите, для каких заболеваний характерна врожденная экзокринная недостаточность поджелудочной железы:**

лактазная недостаточность;

изолированная липазная недостаточность;

муковисцидоз;

синдром Швахмана;

целиакия;

**#Укажите, для какого заболевания характерно сочетание экзокринной недостаточности поджелудочной железы с нейтропенией и костными аномалиями:**

муковисцидоз;

синдром Кавасаки;

синдром Швахмана;

абеталипопротеидемия;

изолированная липазная недостаточность.

**#Какой гормон, секретируемый слизистой оболочкой 12-перстной кишки и верхним отделом тонкой кишки, стимулирует высвобождение панкреатического сока, богатого пищеварительными ферментами**

холецистокинин

секретин

глюкагон

панкреатический полипептид

**\*Перечислите основные симптомы обострения хронического панкреатита:**

боли в животе;

рвота;

желтуха.

диарея;

обесцвеченный стул;

**\*Укажите диагностические маркеры обострения хронического панкреатита:**

повышение амилазы в крови;+

снижение трипсина в крови;

повышение липазы в крови;+

снижение эластазы-1 в стуле;

увеличение жиров в копрограмме.

**\* Заболевание, сопровождающееся поражением поджелудочной железы:**

колит,

муковисцидоз,

эзофагит,

болезнь Гоше,

эпидемический паротит

**\*При обострении хронического панкреатита, выраженном болевом синдроме возможно развитие:**

сердечной недостаточности

коллапса

шока

гипертониеского криза

**\* Локальные симптомы при деструктивных процессах в поджелудочной железе:**

с.Мондора

с. Хальстеда

с. Грюнвальда

с. Кера

**\* Болевые точки характерные для панкреатита:**

Майо-Робсона

Дежардена

Шоффара

Ортнера

Мерфи

**\*Симптомами, специфичными для обострения хронического панкреатита, являются:**

высокая температура

боли в левом подреберье и/или опоясывающие+

рвота

пятнисто-папулезная сыпь

коллаптоидное состояние

**\*Признаками внешнесекреторной панкреатической недостаточности являются:**

гиперамилаземия

похудание

полифекалия

болевой абдоминальный синдром

**\*Патогенетическими средствами лечения обострения панкреатита являются препараты:**

Н2-гистаминоблокаторы

антихолинергические препараты

сандостатин

сульфаниламиды

ингибиторы протонной помпы

**\*При муковисцидозе чаще поражаются системы:**

сердечно-сосудистая

костно-мышечная

желудочно-кишечный тракт

органы дыхания

**\* При муковисцидозе наиболее часто отмечаются:**

водянистый стул

судороги

кашель

жирный стул

**\*Дифференцировать с муковсицидозом необходимо:**

дизентерию

болезнь Крона

целиакию

затяжную пневмонию

дисахаридазную недостаточность

**\* К признакам внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы относятся:**

диарея

метеоризм

запор

похудание

стеаторея I типа

**\*Биохимическими маркерами острого панкреатита являются**

снижение уровня ингибитора трипсина

снижение уровня стандартных бикарбонатов

диспротеинемия

гиперамилаземия

гиперлипаземия

**#Характер болей при деструктивном панкреатите:** сильная, постоянная боль   
боль неопределенного характера  
боль, вызывающая беспокойство

**# Больной 16 лет поступил в клинику с диагнозом острый панкреатит. Укажите наиболее информативный показатель в энзимной фазе заболевания:**трипсиноген  
 амилаза крови   
альдолаза

**# Выберите показатель лабораторного теста исследования внутрисекреторной функции поджелудочной железы:**железо  
 сахар крови   
панкреозимин крови

**# Назовите пищеварительные гормоны, участвующие в регуляции секреции панкреатического сока:**трипсин  
адреналин  
 секретин, панкреозимин

**\*Основными причинами относительной панкреатической недостаточности являются:**  
 падение интрадуоденального уровня рН ниже 5,5  
 избыточный бактериальный рост в тонкой кишке

нарушение моторной функции 12 п.к.  
запор

**\*Наиболее типичная локализация абдоминальной боли при панкреатите у детей - это:**  
 левое подреберье  
правое подреберье  
 эпигастральная область  
подвздошная область

**U2Модуль Гастроэнтерология Тема: Воспалительные заболевания кишечника**

# **Для диагностики язвенного колита необходимо проведение**:

ультразвукового исследования брюшной полости

ирригографии

пальцевого ректального исследования

фиброколоноскопии с биопсией слизистой оболочки

**\*Для болезни Крона характерно:**

поражение любого отдела желудочно-кишечного тракта+

прерывистость поражения слизистой оболочки по типу «прыжков кенгуру»+

непрерывное сливное поражение слизистой оболочки только толстой кишки с образованием язв и эрозий

терминальный илеит+

формирование гранулем+

**# Язвенный колит характеризуется:**

повторным появлением разжиженного стула с примесью крови и слизи

выраженным абдоминальным болевым синдромом

повторной рвотой

иррадиацией болей в поясничную область

развитием синдрома мальабсорбции

**\*В настоящее время в группу воспалительных заболеваний кишечника входят следующие нозологии**

болезнь Гиршпрунга

недифференцируемый колит

язвенный колит

болезнь Крона (БК)

экссудативная энтеропатия (ЭЭП)

**\*Укажите основные предикторы поражения при  воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК)**

выраженность аутоиммунной агрессии+

нарушение переваривающей способности кишечника

нарушения толстокишечной флоры

генетическая предрасположенность+

недоношенность

**\* Какие продукты исключаются из диеты №4?**

овощи сырые

крепкий кофе

протертые каши

молоко

мясные и рыбные изделия отварные, на пару

**\* Дифференцировать с болезнью Крона необходимо**

муковисцидоз

язвенный колит

дисахаридазную недостаточность

сепсис

пищевую аллергию (интестинальный вариант)

**\* Гистологические признаки болезни Крона**

слизистая оболочка истончена

саркоидные гранулемы в стенке кишки и лимфатических узлах

трансмуральное воспаление+

уменьшение бокаловидных клеток

отсутствие гранулём в стенке кишки

**\*Гистологические признаки «ЯК»**

трансмуральное воспаление

слизистая оболочка истончена

уменьшение бокаловидных клеток

саркоидные гранулемы в стенке кишки и лимфатических узлах

отсутствие гранулём в стенке кишки

**\*Ведущими эндоскопическими маркерами «ЯК» являются**

слизистая кишечника в виде «булыжной мостовой»

повышенная контактная  кровоточивость

«лысая слизистая»

поверхностные, язвы

отсутствие сосудистого рисунка

**Осложнениями при тяжелой форме язвенного колита являются**

выпадение прямой кишки

кишечное кровотечение

 инвагинация

рак толстой кишки

токсическая дилатация толстой кишки

**#В пользу воспалительного заболевания кишечника свидетельствует:**

повышенный уровень фекального кальпротектина;

положительный результат водородного дыхательного теста;

положительный результат уреазного дыхательного теста;

пониженный уровень фекальной эластазы.

**\* Гранулемы в биоптате толстой кишки можно обнаружить:**

при болезни Крона;

при радиационном колите;

при туберкулезе кишечника;

при язвенном колите.

**#Для болезни Крона, в отличие от других воспалительных заболеваний кишечника, типично выявление антител:**

к антигенам Saccharomyces cerevisiae;

к компонентам ядер клеток;

к фосфолипидам;

к цитоплазме нейтрофилов.

**#Для язвенного колита, в отличие от болезни Крона, более характерно наличие:**

болей в животе;

диареи;

крови в стуле;

лихорадки.

**\* К патоморфологическим изменениям при болезни Крона относятся:**

крипт-абсцессы;

нормальная секреция слизи;

саркоидные гранулемы;

трансмуральное воспаление с лимфоидной гиперплазией;

уменьшение числа бокаловидных клеток.

**\* К патоморфологическим изменениям при язвенном колите относятся:**

базальный плазмоцитоз;

глубокие щелевидные язвы;

крипт-абсцессы;

нормальная секреция слизи;

уменьшение числа бокаловидных клеток.

**\* К типичным кишечным осложнениям болезни Крона относятся:**

абсцессы;

кровотечение;

свищи;

стриктуры;

токсическая дилатация.

**\* К типичным осложнениям язвенного колита относятся:**

инфильтраты в брюшной полости;

колоректальный рак;

перфорация;

стриктуры;

токсическая дилатация.

**\*К характерным эндоскопическим признакам болезни Крона относятся:**

афты;

псевдодивертикулы;

псевдополипы;

устья свищей;

феномен «булыжной мостовой».

**\* К характерным эндоскопическим признакам язвенного колита относятся:**

афты;

поверхностные изъявления и контактная ранимость слизистой оболочки;

псевдодивертикулы;

псевдополипы;

феномен «булыжной мостовой».

**# Перианальные поражения встречаются:**

при болезни Крона;

при микроскопическом колите;

при туберкулезе кишечника;

при язвенном колите.

**# По данным визуализационных методов стенка кишки утолщена, если она составляет более:**

1 мм;

2мм;

3мм;

4мм.

**# При болезни Крона воспалительный процесс:**

диффузный;

поверхностный;

симметричный;

трансмуральный.

**# При язвенном колите, в отличие от болезни Крона, воспаление:**

вначале поражает прямую кишку и распространяется в проксимальном направлении;

вначале поражает слепую кишку и распространяется в дистальном направлении;

поражает сегментарно любой отдел толстого кишечника;

поражает только слепую и терминальный отдел подвздошной кишки.

**# Симптомами тревоги при заболеваниях кишечника, свидетельствующими об органическом характере процесса, являются:**

анемия;

диарея только в дневное время суток;

лихорадка;

потеря массы тела.

**# Язвенный колит всегда поражает:**

аппендикс;

поперечную ободочную кишку;

прямую кишку;

слепую кишку.

**U2Модуль Гастроэнтерология Тема: Функциональные заболевания кишечника**

**\* Среди перечисленных ниже пунктов выделить симптомы «тревоги» СРК:**

немотивированная потеря массы тела

ночная симптоматика

постоянные боли в животе как единственный ведущий симптом поражения ЖКТ

онкопатология у родственников

лихорадка

изменения в статусе (гепатомегалия, спленомегалия и др.)

**# Ведущим симптомом при синдроме раздраженной толстой кишки является:**+ боли в животе   
поносы в ночное время

ректальные кровотечения

**# Какие из перечисленных заболеваний возникает вследствие нарушений моторики кишечника?**

Хронический энтерит

Синдром раздраженного кишечника

Хронический колит

Болезнь Крона

язвенный колит

**# Больная 9 лет на протяжении двух лет жалуется на боли в животе, чаще в области пупка, различной интенсивности, чувство распирания в животе, поносы, головные боли. При обследовании в условиях стационара никакой органической патологии у больной выявлено не было. Ваш предполагаемый диагноз?**

Неспецифический язвенный колит

Хронический гастродуоденит

Синдром раздраженного кишечника

Болезнь Крона

Функциональная диспепсия

**# Ребенок 13 лет поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на утомляемость, боли и вздутие живота, склонность к поносам. Болеет около 1,5 лет. Язык обложен беловатым налетом. При пальпации живота определяется урчание в поперечно-ободочной и сигмовидной кишке. Общий анализ крови: Эр – 5,9 \* 10 /л, Нв – 135 г/л, СОЭ 3 мм/час. Посев кала на патогенную кишечную группу отрицательный. При ирригоскопии изменений слизистой оболочки кишечника не выявлено. Поставьте клинический диагноз:**

Острая кишечная инфекция

СРК с преобладанием поноса

Хронический колит

Язвенная болезнь

Функциональная диспепсия

**# Какой метод исследования позволяет отдифференцировать СРК от хронического колита?**

Ректороманоскопия

ФГДС

Гистологическое исследование слизистой

Дуоденальное зондирование

Электрогастрография

**# Какой из нижеперечисленных препаратов необходимо назначить больному с диагнозом СРК с преобладанием запора**

Аллохол

Лактулоза

Фамотидин

Омепразол

Преднизолон

**# Какой из нижеперечисленных препаратов необходимо назначить больному с диагнозом: СРК с преобладанием поноса**

Ранитидин

Пенициллин

Смекта

Лактулоза

Амоксициллин

**# Какой из нижеперечисленных препаратов является миотропным спазмолитиком и наиболее эффективен для снятия болевого синдрома при СРК?**

Линекс

Мотилиум

Мебеверин

Фамотидин

Кларитромицин

**# 9-летний ребенок предъявляет жалобы на схваткообразные боли в животе, снижение аппетита, неприятный вкус во рту, головокружения, слабость, утомляемость, задержку стула. Данные жалобы исчезают после акта дефекации. При обследовании в условиях стационара никакой органической патологии со стороны пищеварительной системы не выявлено. О какой патологии можно думать?**

Язвенная болезнь желудка

Функциональный запор

Хронический холецистит

ДЖВП

Болезнь Крона

**# К каким заболеваниям относится синдром раздраженного кишечника?**

аутоиммунным;  
воспалительным;  
генетическим;  
функциональным.

**\*Какие инструментальные методы исследования являются обязательными при обследовании больного с предварительным диагнозом синдром раздраженного кишечника?**

колоноскопия;  
мультиспиральная компьютерная томография кишечника;  
 ультразвуковое исследование органов брюшной полости;  
 фиброэзофагогастродуоденоскопия.

**\* Обязательные лабораторные методы исследования при обследовании больного с предварительным диагнозом синдром раздраженного кишечника**

активность амилазы;  
антикератиновые антитела;  
 копрограмма;  
 общий анализ крови;  
протеинограмма;  
 содержание кальция, натрия, калия крови.

**\* Основными направлениями в лечении ФН ЖКТ у детей являются**

коррекция изменений, вызванных нарушением моторики;  
коррекция нарушенной моторики органов пищеварения;  
 коррекция психоневрологического статуса;  
ликвидация провоцирующих факторов.

**\* Патогенетические факторы синдрома раздраженного кишечника**

вирусная инфекция;  
 висцеральная гипералгезия;  
 моторные нарушения;  
 психо-эмоциональные нарушения.

**# Укажите название международного соглашения по диагностике и лечению функциональных нарушений органов пищеварения у детей**

Берлинские критерии;  
Брюссельская конвенция;  
Монреальское соглашение;  
Римские критерии.

**#Укажите препараты прокинетического действия**

домперидон;  
дротаверин;  
лактулоза;  
макрогол;  
мебеверин;  
смекта.

**\* Укажите слабительные препараты, рекомендуемые для применения при функциональных запорах у детей**

вазелиновое масло;  
касторовое масло;  
 лактулоза;  
 макрогол, полиэтиленгликоль 4000;  
смекта;  
солевые слабительные.

**# Укажите название международного соглашения по диагностике и лечению функциональных нарушений органов пищеварения у детей**

Берлинские критерии;  
Брюссельская конвенция;  
Монреальское соглашение;  
 Римские критерии.

**# Укажите препараты прокинетического действия**

домперидон;  
дротаверин;  
лактулоза;  
макрогол;  
мебеверин;  
смекта.

**\*Факторы риска возникновения запоров у детей старшего возраста**

гиподинамия;  
гипофункция щитовидной железы;  
 злоупотребление большим количеством вяжущих веществ – чай, кофе, какао;  
 психическая травма или стресс.

**\* Характерные признаки запора у ребенка старше 3-х лет**

задержка стула более чем на 36 часов;  
задержка стула на 24 часа;  
 неполное опорожнение кишечника;  
 плотные каловые массы.

**U2 Модуль Гастроэнтерология Тема: Хронический гепатит, цирроз печени у детей**

**# Какой из нижеперечисленных аутоиммунных маркеров не характерен для**

**аутоиммунного гепатита :**

Антинуклеарные антитела

Антимитохондриальные антитела antiAMA

Аутоантитела к гладкой мускулатуре

Аутоантитела микросомальные к ткани печени и почек

Аутоантитела против растворимого антигена к ткани печени

**# Обязательным признаком активного хронического гепатита является:**

внутрипеченочный холестаз

гиперспленизм

цитолиз гепатоцитов

печеночная энцефалопатия

гепатомегалия

**#Индикатором холестатического синдрома при патологии печени является**

АлАТ (аланинаминотрансфераза)

тимоловая проба

лактатдегидрогиназа

γ-глобулин сыворотки крови

щелочная фосфатаза

**# Желтушная окраска ладоней и стоп без иктеричности склер наблюдается**

при желтухе

при каротинемии

при лекарственном токсическом гепатите

в норме

**# Для цирроза печени не характерно наличие**

асцита

спленомегалии

варикозного расширения вен желудка

расширения поверхностных вен живота типа «голова медузы»

гиперальбуминемии

**\* К индикаторам цитолитического синдрома при патологии печени относятся**

АсАТ (аспартатаминотрансфераза)

АлАТ (аланинаминотрансфераза)

ЩФ (щелочная фосфтаза)

**\*К признакам холестатического синдрома относятся**

гипербилирубинемия за счет непрямого билирубина

увеличение щелочной фосфатазы

увеличение холестерина и ß-липопротеидов

ксантелазмы

кожный зуд

**\* К признакам гемолитической желтухи относятся**

повышение температуры

болезненность печени при пальпации

увеличение селезенки

неизменный цвет кала

билирубинемия (непрямая реакция)

**\* Для цирроза печени характерны**

асцит

сосудистые звездочки

расширение вен пищевода

гиперфибринемия

**\*Характерными осложнениями цирроза печени являются**

печеночная недостаточность

кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода

нарушения атриовентрикулярной проводимости

энцефалопатия

**#Лабораторным показателем, характеризующим синдром Жильбера является**

увеличение в крови неконъюгированого билирубина

билирубинурия

увеличенное содержание трансаминаз в крови

гиперретикулоцитоз

гипоальбуминемия

**#При каком из перечисленных заболеваний печени уровень сывороточного церулоплазмина играет ключевую роль в постановке диагноза**

болезнь Коновалова-Вильсона

гемохроматоз

первичный билиарный цирроз печени

аутоиммунный гепатит

первичный склерозирующий холангит

**#Наиболее характерный начальный симптом первичного билиарного цирроза**

гепатомегалия

внепеченочные знаки

спленомегалия

кожный зуд

желтуха

**\* При спленомегалии признаками гиперспленизма являются**

анемия

лейкоцитоз

тромбоцитопения

лейкопения

эозинофилия

**# Для максимального снижения синтеза аммиака в кишечнике необходим прием**

лактулозы

L-орнитина L-аспартата

5% раствора глюкозы

диеты с низким содержанием белка

алгинатов

**\*К причинам развития неалкогольной жировой болезни печени не относится**

1)ожирение

2)голодание

3)сахарный диабет 2 типа

4)прием лекарственных препаратов

5)неспецифический язвенный колит

**# Для синдрома портальной гипертензии при циррозе печени не характерно:**

асцит

спленомегалия

опоясывающая боль

гинекомастия

варикозное расширение вен пищевода

**# Этиологическим фактором развития цирроза печени не является**

вирусный гепатит А

вирусный гепатит В

вирусный гепатит С

алкоголь

муковисцидоз

**# Синдром мезенхимального воспаления характеризуется увеличением в крови**

гамма-глобулинов

холестерина

активности щелочной фосфатазы

альбумина

**# Укажите маркеры для скрининга при использовании гепатотоксических препаратов (амиодарон, метотрексат)**

протромбин

билирубин

АЛАТ, АСАТ

**# Для определения степени тяжести цирроза печени по чайлду-пью используют следующие показатели**

энцефалопатия, асцит, билирубин, альбумин, протромбин

асцит, холестерин, протромбин, сывороточное железо, трансферрин

энцефалопатия, альбумин, протромбин, АСТ, АЛТ

**# Для скрининга болезни Уилсона-Коновалова необходимо определение**

трансферрина

ферритина

церулоплазмина

**\* Укажите маркеры синдрома печеночно-клеточной недостаточности**

повышение АЛТ, АСТ

повышение уровня щелочной фосфатазы

снижение содержания в крови альбумина

снижение содержания протромбина

снижение содержания сывороточного железа

**\* Для уменьшения кожного зуда рекомендуют**

эссенциальные фосфолипиды

холестирамин

урсофальк

лактулоза

**\* Какие антибактериальные препараты назначаются с целью уменьшения количества токсинов в толстой кишке**

амоксициллин

фуразолидон

метронидазол

ванкомицин

ципрофлоксацин

**# Укажите признаки минимальной степени активности**

повышение АСТ и АЛТ в 2 раза больше нормы

повышение АСТ и АЛТ в 6 раза больше нормы

повышение билирубина в 4 раза

снижение альбумина менее 35 г

**\* Укажите маркеры аутоиммунного гепатита**

Анти-НВсIgG

Анти-НВсIgМ

митохондриальные антитела

антитела к печеночно-почечным микросомам

гладкомышечные антитела

**\*Укажите признаки цитолитического синдрома:**

повышение активности щелочной фосфатазы в крови;

повышение активности аланин-аминотрансферазы в крови;

повышение активности аспартат-аминотрансферазы в крови;

повышение в крови гамма-глутамил-транспептидазы;

повышение уровня холестерина в крови

**\*Укажите признаки холестатического синдрома:**

повышение активности щелочной фосфатазы в крови;

повышение активности аланин-аминотрансферазы в крови;

повышение в крови гамма-глутамил-транспептидазы;

повышение уровня прямого билирубина в крови;  
 повышение уровня белка в крови;

**\*Укажите признаки печеночно-клеточной недостаточности:**

повышение активности аланин-аминотрансферазы в крови;

повышение активности аспартат-аминотрансферазы в крови;

снижение уровня альбуминов в крови;

повышение уровня бета-липопротеидов в крови;

понижение активности холинэстеразы в плазме крови;

**\*Укажите признаки печеночно-клеточной недостаточности:**

гиперкоагуляция;

гипокоагуляция;

задержка полового развития;

повышение активности аланин-аминотрансферазы в крови;

повышение уровня прямого билирубина в крови;

**\*Укажите признаки портальной гипертензии:**

снижение уровня альбуминов в крови;

повышение уровня бета-липопротеидов в крови;

снижение уровня бета-липопротеидов в крови;

расширение вен пищевода;

расширение вен на передней брюшной стенке;

**\*Укажите признаки аутоиммунного гепатита:**

повышение уровня альбумина в крови;

повышение активности трансаминаз в крови;

повышение уровня непрямого билирубина в крови;

повышение в крови гамма-глобулинов;

повышение в крови антител к клеткам печени;

**\*Укажите признаки болезни Вильсона-Коновалова:**

повышение активности аланиновой трансаминазы в крови;

повышение железа в крови;

снижение железа в крови;

повышение меди в моче

снижение меди в моче

**\*Укажите признаки, характерные для болезни Вильсона-Коновалова:**

повышение в крови антител к клеткам печени;

изменение радужной оболочки глаза;

отставание психического развития;

спонтанные переломы костей;

жирный стул;

**\*Укажите основные нарушения обмена при синдроме Жилъбера:**

повышение активности глюкуронилтрансферазы;

снижение активности глюкуронилтрансферазы;

нарушение конъюгации билирубина;

нарушения белкового синтеза;

гемолиз.

**\*Укажите характерные признаки синдрома Жилъбера:**

начало в раннем возрасте;

начало в школьном возрасте;

повышение прямого билирубина в крови;

повышение непрямого билирубина в крови;

нарастающее течение;

благоприятный прогноз;

**\*Укажите характерные черты синдрома Криглера-Найара:**

начало в школьном возрасте;

повышение прямого билирубина в крови;

повышение непрямого билирубина в крови;

поражение нервной системы;

волнообразное течение;

**\*Укажите основные направления при лечении аутоиммунного гепатита:**

препараты иммуномодуляторов (рибавирин);

препараты иммуносупрессоров;

препараты урсодеоксихолевой кислоты;

заменное переливание крови;

препараты Д-пеницилламина.

**\*Укажите основные направления при лечении болезни Вильсона-Коновалова:**

препараты иммуномодуляторов (рибавирин);

препараты иммуносупрессоров;

препараты урсодеоксихолевой кислоты;

фенобарбитал;

препараты Д-пеницилламина.

**# У ребенка 10 лет появилось желтушное окрашивание кожи, геморрагический синдром, неврологическая симптоматика: гиперкинезы, скандированная речь. Печень + 3.5 см, плотная При обследовании выявлены гипербилирубинемия, трансаминаз, тромбоцитопения, кольцевидное окрашивание радужной оболочки глазаВысказано предположение о болезни Вильсона - Коновалова. Какое из обследований подтвердит высказанное предположение?**

уровень трансаминаз в сыворотке крови

уровень билирубина и его фракций

суточная экскреция меди с мочой

эластография печени

**# Факторами, лежащими в основе первичного синдрома мальабсорбции, являются:**

переносимость медикаментов

непереносимость жиров

непереносимость сахаров

нарушение всасывания аминокислот

**\*Наиболее обоснованными теориями патогенеза целиакии являются:**

иммунная

ферментная

воспалительная

генетическая

**\*Основными клиническими симптомами при экссудативной энтерапатии являются:**

отставание в физическом развитии

отечный синдром

гипопротермия

гипертермия

судороги

**# Из видов дисахаридазной недостаточности встречается чаще всего:**

сахаразная

мальтазная

изомальтазная

лактазная

**# Дисахаридазную недостаточность необходимо дифференцировать:**

с кишечной формой муковисцидоза

с целиакией

с проктосигмандитом

с дизентерией

**# Для больных целиакией типична непереносимость:**

глютена

жиров

витаминов

моносахаридов

**# Ведущим симптомом при мальабсорбции является**

диарея

интоксикация

запор

рвота

**# Системное поражение эндокринных желез с расстройствами образования секрета характерно для:**

Целиакии

Муковисцидоза

Дисахаридазной недостаточности

Энтеропатии

**# Для новорожденных характерна форма муковисцидоза:**

Легочная

Кишечная

Мекомиальный илеус

Легочно – кишечная

**# Псевдоасцит характерен для:**

дисахаридазной недостаточности

целиакии

муковисцидоза

экссудативной энтеропатии

**# Гипохлоремическое состояние характерно для:**

целиакии

дисахаридазной недостаточности

муковисцидоза

экссудативной энтеропатии

**# Назначение панкреатических ферментов оказывает наиболее положительный эффект:**

дисахаридазной недостаточности

муковисцидозе

целиакии

**# Характерно появление плазматических белков в кале при**

экссудативной энтеропатии

целиакии

дисахаридазной недостаточности

муковисцидозе

**# При непереносимости лактозы новорожденному, находящемуся на искусственном вскармливании, оптимальным является назначение следующих смесей:**

низколактозных;

с низкой степенью гидролиза белка;

с высокой степенью гидролиза белка;

смесей на основе белков сои;

безглютеновых смесей.

**#Остеопороз трубчатых костей наблюдается при:**

гипервитаминозе Д

целиакии

муковисцидозе

дисахаридазной недостаточности

**\* Стеаторея характерна для:**

энтеропатии

дисахаридазной недостаточности

муковисцидоза

целиакии

**\* Укажите характерные клинические проявления для экссудативной энтеропатии:**

частый, жидкий стул

снижение аппетита

остеопороз

задержка физического развития

отеки

**# Основные проявления муковисцидоза (МВ) связаны**

с расстройством белкового метаболизма

с нарушением всасывания в кишечнике

со снижением полостной концентрации панкреатических энзимов

с системным поражением экзокринных желез с образованием вязкого секрета+

**# Изменения, характерные для копроскопии при муковисцидозе**

жирный кал с «мышиным» запахом, большое количество нейтрального жира+

кал плотный, склонность к запорам

кал обильный, разжиженный, большое количество жирных кислот

кал водянистый, иногда со слизью, кислый

**# Больные целиакией не переносят**

глютен

мясо

молоко

белок куриного яйца

**# Дебют целиакии происходит**

во взрослом состоянии

в 3-4 года

во втором полугодии жизни, связан с введением прикорма, содержащего глютен

с первых дней жизни

**# К изменениям, характерным для копрограммы при целиакии относятся**

кал кашицеобразный со слизью, кровью, гноем

жирный кал с «мышиным» запахом, большое количество нейтрального жира

кал жидкий, пенистый, зеленоватый, кислый

кал обильный, разжиженный, большое количество жирных кислот

**# При исследовании биоптатов слизистой оболочки тонкой кишки при целиакии наблюдается**

глубо­кий фиброз, эпителиоидно-клеточные гранулемы в стенке кишки

дистрофическое изменение энтероцитов, тотальная или субтотальная атрофия ворсинок и гиперплазия крипт

неизмененная слизистая

значительное увеличение количества бокаловидных клеток

**# Лактазная недостаточность манифестирует**

в любом возрасте и не связана с диетой

во втором полугодии жизни, связана с введением любого прикорма

в 3-4 года

с первых дней жизни

**# Выраженная гипопротеинемия в сочетании с отечным синдромом, асцитом и диареей характерны для**

нефротического синдрома

экссудативной энтеропатии+

муковисцидоза

энтеропатического акродерматита

**# Основной патофизиологический механизм развития первичной экссудативной энтеропатии обусловлен**

расстройством  белкового метаболизма

патологическим  пассажем лимфы в просвет кишечника в связи с врожденной интестинальной лимфангиэктазией

нарушением водно-электролитного обмена

нарушением всасывания белков, жиров, углеводов

**# Отеки при экссудативной энтеропатии**

«мягкие», возникающие преимущественно по утрам

«твердые», возникают преимущественно в вечернее время

периферические могут локализоваться на лице, конечностях, промежности, пояснице, нередко наблюдается асцит+

отмечаются преимущественно на лице

**\*К первичному СМА относятся**

целиакия

дисахаридазная недостаточность

НЯК, болезнь Крона

аллергия к белкам коровьего молока

**# Целиакия – это заболевание, протекающее с синдромом нарушенного кишечного всасывания и обусловленное непереносимостью злакового белка глютена. При поступлении в стационар ребенка с таким диагнозом какую диету вы назначите:**

кетогенную

аглиадиновую

гипоаллергенную

диету Джорданио-Джиованетти

безмолочная диета

**\*Основные направления в лечении непереносимости сахарозы:**

исключение из диеты продуктов, богатых сахарозой

введение в диету продуктов, бедных сахарозой

введение молока растительного происхождения

назначение ферментов углеводного цикла

добавление в смеси из коровьего молока глюкозы вместо сахарозы

**# Характер стула при экссудативной энтеропатии:**

учащенный, обильный, с жирным блеском

частый, жидкий, со слизью

частый, пенистый, с кислым запахом

кашицеобразный, обильный, зловонный

кашицеобразный, с примесью крови

**\*При целиакии в питании используют:**

крупы (кукурузная, рисовая, гречневая)

овощи, ягоды, фрукты

мучные изделия

нежирное мясо

сосиски, сардельки, мясные и рыбные консервы

**# «Золотым стандартом» диагностики глютеновой энтеропатии является:**

биопсия слизистой тонкой кишки

ультразвуковое исследование брюшной полости

определение интерлейкина -1

биохимический анализ крови

реакция Грегерсена

**# Белок с фекалиями теряется при одном из ниже перечисленных заболеваний:**

дизентерии

неспецифическом язвенном колите

целиакии

экссудативной энтеропатии

дисбактериозе

**\*При целиакии в питании используются:**

рис

кукуруза

пшеница

рожь

овес

**\* Основной функцией тонкой кишки является:**

всасывание

поддержание эубиоза

двигательная

выделительная

ферментативная

**\*Ферментами тонкого кишечника являются (3):**

сахароза

мальтоза

декстриназа

амилаза

катепсин.

**# Стеаторея за счет жирных кислот характерна для одного из следующих заболеваний:**

неспецифического язвенного колита

дизентерии

целиакии

муковисцидоза

врожденной короткой кишки

**\*Клинические критерии диагностики целиакии следующие (3):**

обильный зловонный светлый стул 2 и более раз в день;

сохраненный эмоциональный тонус;

увеличение окружности живота;

отставания массы тела и роста;

рвота.

**\* Симптомы целиакии:**

гипертермия

судороги

потеря в массе тела

полифекалия

водянистый стул

**# Больные целиакией не переносят:**

моносахара

микроэлементы

витамины

глютен

жиры

**# В биоптате слизистой оболочки тонкой кишки при целиакии обнаруживается**:

атрофия слизистой оболочки

лимфоангиэктазии

гиперплазия слизистой оболочки

язвы

эрозии

**# Понос при синдроме мальабсорбции отличается:**

тенезмами  
 кашицеобразным обильным стулом  
скудным количеством кала со слизью  
резкими позывами на дефекацию сразу после еды

меленой

**\*Дифференцировать целиакию необходимо с заболеваниями:**

дизентерией

дисахаридазной недостаточностью

экссудативной энтеропатией

неспецифическим язвенным колитом

сепсисом

**# Процессы всасывания преимущественно проходят в отделе пищеварительного**

**тракта:**

тощая кишка

слепая кишка

желудок

подвздошная кишка

сигмовидная кишка

**\* Для целиакии типичны**

потеря массы тела,

артралгия

горечь во рту

полифекалия

изжога

**\*Основные (достоверные) методы диагностики целиакии:**

биохимический анализ крови

определение серологических маркеров

определение генетических маркеров

эндоскопический метод

гистологическое исследование слизистой оболочки тонкой кишки+

**\* При дисахаридазной недостаточности чаще отмечаются**

отеки

судороги

гипертермия

боли в животе

диарея

**# Отличительными признаками экссудативной энтеропатии по сравнению с другими заболеваниями, сопровождающимися синдромом мальабсорбции, являются:**

диарея

полифекалия

отечный синдром

гипопротеинемия

гипертермия

**# Какова длительность аглютеновой диеты при целиакии:**

1 месяц

6 месяцев

1 год

5 лет

пожизненная

**25.При целиакии в питании разрешается:**

хлеб

пшеница

рожь

овес

рис

**# Основной причиной развития отеков при синдроме мальабсорбции является:**

снижение в сыворотке крови уровня натрия

снижение в сыворотке крови уровня калия

снижение в сыворотке крови уровня белка

снижение в сыворотке крови уровня железа

снижение в сыворотке крови уровня фосфора

**\*Основные клинические проявления лактазной недостаточности**

разжиженный пенистый стул с кислым запахом

водянистый зловонный стул

боли в животе

метеоризм, вздутие живота, урчание в животе

судороги

**# Для хронических энтеритов характерны копрологические признаки:**

кишечный тип стеатореи;

амилорея;

креаторея;

панкреатический тип стеатореи;

увеличенное выделение с калом энтерокиназы и щелочной фосфатазы.

**U2Модуль «Нефрология»**

**Тема: «Врожденные и наследственные заболевания почек у детей. Врожденный нефротический синдром, наследственный нефрит, тубулопатии»**

**#Источником развития всех компонентов нефрона в эмбриональном периоде является:**

метанефрогенная ткань;

промежуточная мезодерма;

мезенхима желточного мешка.

**#Источником развития мочевыводящей системы (начиная с собира­тельных трубок) в эмбриональном периоде является:**

метанефрогенная ткань;

дивертикул мезонефрического протока;

мезенхима желточного мешка.

**#К особенностям почек детей первых лет жизни относятся:**

относительно большая величина;

меньшая подвижность;

дольчатое строение;

относительно более низкое расположение;

возможность пальпации нижнего полюса почки.

**\*Для почки новорожденного характерны следующие особенности:**

процесс образования почечных клубочков не закончен;

более компактное расположение почечных телец, чем у взрослых;

более развитые почечные тельца расположены в глубоких отделах коркового вещества;

более развитые почечные тельца расположены в поверхностных отделах коркового вещества;

процесс дифференцировки всех компонентов почечного фильтра не закончен.

**\*Мезонефрос (первичная почка):**

является функционирующим органом в эмбриональном периоде;

нефроны мезонефроса формируются из сегментных ножек;

большинство нефронов мезонефроса дегенерирует после формиро­вания метанефроса;

проток мезонефроса дает начало мочеточнику и мочевому пузырю,

слепые концы канальцев мезонефроса, взаимодействуя с кровеносным сосудом, образуют почечные тельца.

**\*Особенности функции почек у новорожденных:**

низкий почечный кровоток;

низкая СКФ;

высокая СКФ;

высокий почечный кровоток;

высокое почечное сосудистое сопротивление.

**\* Справедливыми утверждениями в отношении кровотока в почке являются следующие:**

через капиллярный клубочек протекает артериальная кровь;

в перитубулярную капиллярную сеть поступает венозная кровь;

в корковых нефронах приносящие артериолы имеют больший дин метр, чем выносящие артериолы;

капилляры клубочка относятся к фенестрированному типу;

во вторичную капиллярную сеть поступает артериальная кровь.

**#Волокнистая соединительная ткань, которая окружает каждую почку, называется:**

корой головного мозга;

рубчиком;

продолговатым мозгом;

почечной капсулой;

почечной пирамидой.

**#Вершиной почечной пирамиды называется:**

основная чашечка;

почечный сосочек;

почечная лоханка;

мочеточник.

**#Основные чашечки почек сливаются в увеличенный канал, который называется:**

почечной фасцией;

почечной лоханкой;

почечными пирамидками;

почечными сосочками;

почечным синусом.

**# Основной структурной и функциональной единицей почки является:**

клубочек;

фильтрационная мембрана;

нефрон;

подоцит;

почечное тельце.

**#Учитывая части нефрона:**

1. почечное тельце;
2. собирательные канальцы;
3. петля Генле;
4. дистальные канальцы;
5. проксимальные канальцы,

- расположите части в таком порядке, при котором жидкость течет из фильтрационной мембраны по нефрону:

1,5, 3,4, 2;

2,4, 1,3,5;

2, 1,4, 5,3;

4, 2,3,5, 1;

5, 1,3,4, 2.

**#Пучок капилляров в почечном тельце называется:**

подоцит;

клубочек;

чашечка;

почечная пирамида;

почечный синус.

**#Юкстагломерулярный аппарат располагается между афферентной и эфферентной артериолами и:**

клубочком;

дугообразными артериями;

проксимальным канальцем;

дистальным канальцем.

**#В совокупности капиллярный эндотелий, базальная мембрана и подоциты образуют:**

фильтрационную мембрану;

клубочек;

юкстамедуллярный нефрон;

нефрон;

почечное тельце.

**#Часть нефрона между капсулой Шумлянского-Боумена и петлей Генле является:**

собирательным канальцем;

дистальным канальцем;

юкстагломерулярным аппаратом;

плотным пятном;

проксимальным канальцем.

**# Часть общего сердечного выброса, который проходит через почки, называется:**

фильтрационной фракцией;

плазменным клиренсом;

скоростью почечного кровотока;

почечной фракцией;

канальцевым максимумом.

**#Область мочевого пузыря между двумя мочеточниками сзади и уре­трой спереди называется:**

внешним сфинктером;

внутренним сфинктером;

треугольником Льето.

**#Скелетные мышцы, которые окружают уретру и распространяются на тазовое дно, являются:**

внешним сфинктером;

внутренним сфинктером;

треугольником Льето.

**#Какое из этих веществ, как правило, не может пройти через филь­трующую мембрану?**

гемоглобин;

вода;

ионы натрия;

ионы бикарбоната;

глюкоза.

**#Юкстагломерулярные клетки секретируют:**

АДГ;

окситоцин;

ренин;

альдостерон;

ангиотензин.

**#Реабсорбция воды в собирательных трубочках находится под контролем:**

альдостерона;

предсердного натрийуретического фактора;

молекул-носителей;

антидиуретического гормона.

**#Доля объема фильтрата, реабсорбируемого в проксимальных канальцах, соответствует:**

99%;

80%;

65%;

19%;

15%.

**#Ангиотензин II вызывает:**

увеличение секреции АДГ;

повышенную жажду;

увеличение реабсорбции натрия;

увеличение периферического сопротивления;

все верно.

**#Рефлекс мочеиспускания:**

стимулируется или подавляется центром в головном мозге;

стимулируется повышением давления в мочевом пузыре;

стимулируется раздражением мочевого пузыря или уретры;

все верно.

Дифф. диагноз гематурий. Интерстициальный нефрит, наследственный нефрит. Дизметаболические нефропатии, дифференциальный диагноз с гломерулонефритом.

**#Как называется резкое уменьшение мочеотделения?**

анурия;

полиурия;

дизурия;

олигурия.

**#Как называется нарушение концентрационной способности почек?**

никтурия;

дизурия;

гипостенурия;

поллакиурия.

**#Как называется появление эритроцитов в моче?**

дизурия;

никтурия;

протеинурия;

гематурия.

**#Как называется повышение суточного диуреза?**

анурия;

дизурия;

полиурия;

олигурия.

**#Как называется преобладание ночного диуреза над дневным по срав­нению с нормой?**

анурия;

полиурия;

никтурия;

дизурия;

поллакиурия.

**#Как называется нарушение концентрирования и разведения мочи?**

**гиперстенурия;**

поллакиурия;

изостенурия;

гипостенурия;

**#Как называется выделение лейкоцитов с мочой?**

протеинурия;

пиурия;

гематурия;

дизурия.

**#Как называется появление белка в моче?**

пиурия;

цилиндрурия;

протеинурия;

гематурия.

**#У детей 1 года СКФ (мл/мин/1,73 м2) составляет:**

60±20;

80**±**20**;**

96±22;

110±20.

**#У детей старше 2 лет СКФ (мл/мин/1,73 м2) составляет:**

80±20;

96±22;

110±20;

130±20.

**#Удельный вес мочи новорожденного колеблется в пределах:**

1004-1010;

1010-1017;

1008-1013;

1010-1023.

**#Удельный вес мочи ребенка грудного возраста колеблется в пределах:**

1004-1010;

1010-1017;

1008-1013;

1010-1023.

**#Удельный вес мочи ребенка раннего возраста колеблется в пределах:**

1004-1010;

1010-1017;

1008-1013;

1010-1023.

**#Удельный вес мочи ребенка школьного возраста колеблется в преде­лах:**

1004-1010;

1010-1017;

1008-1013;

1010-1023.

**#Относительная плотность окончательной мочи при изостенурии:**

1025-1035;

1016-1020;

1006-1012;

1010-1011.

**#Понятие макрогематурии верно при:**

наличии эритроцитов в моче свыше 100 в поле зрения;

наличии эритроцитов в моче;

наличии эритроцитов в моче до 1000 в поле зрения;

изменении цвета мочи от коричневого до цвета «мясных помоев».

**#Измененные эритроциты в моче появляются при:**

геморрагическом цистите;

опухоли мочевого пузыря;

интерстициальном нефрите;

почечно-каменной болезни;

пиелонефрите.

**#Для гломерулярной лейкоцитурии характерен:**

мононуклеарный тип лейкоцитурии;

нейтрофильный тип лейкоцитурии;

смешанный тип лейкоцитурии;

эозинофилурия.

**#Количественная оценка мочевого осадка за сутки проводится:**

методом Аддиса-Каковского;

пробой Амбурже;

методом Нечипоренко.

**#Показателем дисфункции канальцев является:**

уровень креатинина в сыворотке;

уровень мочевины в сыворотке;

наличие глюкозурии;

уровень цистатина С в сыворотке.

**#**Альдостерон контролирует:

25% реабсорбции Na+;

9% реабсорбции Na+;

5-10% реабсорбции Na+

**\*Для определения клиренса (С) тест-вещества используют формулу:**

FF = Син / Спаг • 100%;

TmG = Cin • PG - UG • V;

Ccr = (Ucr/ Pcr) • V.

**#К нагрузочным тестам для определения концентрационной функции почек относятся:**

проба с сухоядением;

проба Реберга;

инфузия инулина.

**\*Причиной почечной глюкозурии может быть:**

тубулопатия;

повышенное употребление сладких блюд;

интерстициальный нефрит;

ГН.

**# Для выявления пузырно-лоханочного рефлюкса и аномалий моче­вого пузыря используют:**

цистоскопию;

цистографию;

цистометрию;

ангиографию.

**#При поликистозе почек наилучшим методом рентгенологической диагностики является:**

экскреторная урография;

цистография;

ангиография;

КТ.

**Тема: Дифф. диагноз гематурий. Интерстициальный нефрит, наследственный нефрит. Дизметаболические нефропатии, дифференциальный диагноз с гломерулопатиями.**

**#Мочевой синдром - это:**

нарушение пассажа мочи;

изменение состава мочи;

изменение частоты мочеиспускания;

изменение цвета мочи;

изменение количества мочи.

**# Основными показателями мочевого синдрома являются:**

реакция мочи, относительная плотность, цвет, белок и мочевой оса­док;

клеточный состав мочи;

цвет мочи, белок и клеточный состав мочи;

количество мочи, цвет мочи, реакция мочи и клеточный состав мочи;

селективность протеинурии.

**# Изменение цвета мочи на красный может быть обусловлено:**

гематурией, гемоглобинурией, употреблением в пищу красных про­дуктов, приемом лекарственных средств;

билирубинурией;

исключительно приемом свеклы;

исключительно гематурией;

наличием кетоновых тел.

**# Появление мочевого синдрома всегда:**

обусловлено первичным поражением почек;

является лабораторным симптомом другого заболевания;

является лабораторным симптомом первичного и вторичного забо­левания почек;

сопровождается развитием АГ;

появляется при всех инфекционных заболеваниях.

**\*Выраженная (>1 г/л) протеинурия характерна для следующих забо­леваний:**

первичных и вторичных ГН;

анатомических аномалий органов мочевой системы;

диабетической нефропатии;

первичных тубулопатий;

инфекций мочевых путей (пиелонефрит и циститы).

**#Заболевания, приводящие к развитию клубочковой протеинурии:**

диабетическая нефропатия;

пиелонефрит;

цистит;

ТИН;

тубулопатии.

**#Функциональная протеинурия наблюдается при:**

цистите;

тубулопатиях;

амилоидозе;

миеломной болезни;

диабетической нефропатии.

**#Микроальбумин - это:**

белок молекулярной массой ниже 30 тыс. кДа;

канальцевый белок;

экскреция альбумина за сутки от 30 до 300 мг;

белок молекулярной массой 40-55 тыс. кДа;

наличие белка в моче меньше 200 мг/сут.

**# Патологической эритроцитурией является:**

наличие эритроцитов более 2 в поле зрения;

наличие эритроцитов более 4 в поле зрения;

наличие эритроцитов более 10 в поле зрения;

наличие эритроцитов в моче;

наличие эритроцитов не менее 5 в поле зрения.

**# Гематурия является симптомом:**

заболеваний паренхимы почек;

заболеваний мочевыделительной системы;

заболеваний крови;

патологии сосудов;

может являться симптомом патологии сосудов, паренхимы почек, мочевой системы, системы коагуляции.

**# Патологическая лейкоцитурия - это:**

наличие лейкоцитов более 2 в поле зрения;

наличие лейкоцитов более 7 в поле зрения;

наличие лейкоцитов более 5 в поле зрения у мужчин и 7 в поле зрения у женщин;

наличие лейкоцитов в моче;

наличие лейкоцитов не менее 5 в поле зрения.

**# Дизурический синдром - это:**

боль при мочеиспускании;

увеличение частоты мочеиспускания;

увеличение количества мочи, выделенной за сутки;

затрудненное мочеиспускание;

комплекс симптомов с нарушением частоты мочеиспускания, количе­ства мочи, акта мочеиспускания.

**# Полиурия наиболее характерна для:**

ГН;

пиелонефрита;

СД;

цистита;

амилоидоза.

**# Какой симптом дизурического синдрома наблюдается при пиелонефрите?**

олигурия;

полиурия;

поллакиурия;

странгурия;

ишурия.

**\*Клиническим симптомом гиперактивного мочевого пузыря является:**

поллакиурия;

энурез;

+недержание мочи;

ишурия;

полиурия

**\*Возникновение почечной колики типично для:**

ГН;

мочекаменной болезни;

обструктивных уропатий;

инфекции мочевых путей;

некроза почечных сосочков.

**# Отсутствие почечной колики отмечается при:**

поликистозной болезни почек;

тромбозе вен почек;

перегибе мочеточника;

уровазальномконфликте;

люмбалгически-гематурическом синдроме

**# Каким болевым синдромом характеризуется пиелонефрит?**

болями внизу живота;

болями в поясничной области;

абдоминальным синдромом;

сочетанием абдоминального синдрома и болей в поясничной области;

почечной коликой.

**\* Для мочевого синдрома при хроническом пиелонефрите характерны:**

лейкоцитурия;

протеинурия;

гематурия;

гиперстенурия;

цилиндрурия.

**# Какая степень бактериурии в средней порции мочи считается диагностически значимой:**

1000 микробных тел в 1 мл мочи;

500 микробных тел в 1 мл мочи;

10 000 микробных тел в 1 мл мочи;

100 000 микробных тел в 1 мл мочи;

1. 0 микробных тел в 1 мл мочи.

**\*Больного беспокоят боли в надлобковой области и болезненное мочеиспускание. Наиболее вероятным диагнозом является:**

острый пиелонефрит;

острый цистит;

мочекаменная болезнь;

поликистозная болезнь;

опухоль почки

**# Сочетание абдоминального синдрома с фебрильной температурой и дизурией характерно для:**

пиелонефрита;

цистита;

уретрита;

травмы мочевого пузыря;

ГН.

**# АГ - это состояние, при котором отмечается:**

подъем АД выше 140 мм рт.ст.;

среднесуточное АД составляет 130-140 мм рт.ст.;

систолическое АД составляет 140-149 мм рт.ст.;

среднесуточное АД выше 95-го перцентиля.

**# Частота вторичных гипертоний у детей составляет:**

30%;

50%;

5%;

2%;

15%.

**#Для вторичной АГ при заболеваниях почек характерно:**

изолированная систолическая АГ;

диастолическая АГ;

систолодиастолическая АГ;

возможна диастолическая и систолодиастолическая АГ;

нормальное высокое АД.

**#При реноваскулярной гипертонии при суточном мониторировании АД характерен следующий тип кривой:**

over-dipper;

dipper;

non-dipper;

night-peaker;

without-dipper.

**#Какой вариант отеков не характерен для заболеваний почек?**

диффузные;

скрытые;

явные

локализованные;

асимметричные.

**#Характерным для застойных отеков является:**

отеки мягкие, легко смещаемые;

появляются преимущественно в утреннее время;

отеки плотные, кожа бледная, гладкая, цианотичная;

отеки асимметричные;

отеки локализованные.

**#Нарушение концентрации какого биохимического маркера связано с развитием обширных отеков?**

натрий;

холестерин;

АЛТ, ACT;

альбумин;

креатинин.

**#Какими симптомами могут сопровождаться гидростатические отеки?**

болями в животе;

дизурией;

АГ;

полиурией;

уменьшением интенсивности отеков к вечеру.

**#Нефритический синдром характеризуется:**

умеренной протеинурией, гематурией и отеками;

умеренной протеинурией, гематурией, АГ, отеками;

умеренной протеинурией, нормальным осадком мочи, АГ, отеками и нарушением функции почек;

выраженной протеинурией, гематурией, АГ.

**#Нефритический синдром может быть клинической формой следую­щих заболеваний:**

пиелонефрита;

ГН;

ТИН;

ГН и ТИН;

мембранозной нефропатии.

**#Нефритический синдром характерен для:**

диабетической нефропатии;

амилоидоза почек;

нефрита на фоне ревматоидного артрита;

острого постстрептококкового нефрита;

миеломной болезни.

**#В случае обнаружения низкого уровня СЗ компонента комплемента при остром нефритическом синдроме можно предположить:**

IgA-нефропатию;

постинфекционный нефрит;

синдром Гудпасчера;

микроскопический полиангиит;

гранулематоз Вегенера.

**#Нефротический синдром характеризуется:**

массивной протеинурией, гипопротеинемией, гипоальбуминемией и выраженными отеками до степени анасарки;

массивной протеинурией, гипопротеинемией, гипоальбуминемией, гиперлипидемией и выраженными отеками до степени анасарки;

протеинурией, гипопротеинемией, гипоальбуминемией, гиперлипидемией;

**#Почечный несахарный диабет является следствием понижения чув­ствительности клеток эпителия собирательных трубочек к:**

альдостерону;

вазопрессину;

паратгормону.

**#Удельный вес мочи при почечном несахарном диабете колеблется в пределах:**

1010-1011;

1003-1005;

1005-1011.

**#Причиной развития почечного солевого диабета является:**

низкая чувствительность к альдостерону;

повышенная чувствительность к паратгормону;

сниженная чувствительность к АДГ;

повышенная чувствительность к альдостерону;

сниженная чувствительность к паратгормону.

**#Основным принципом лечения почечного солевого диабета является введение:**

вазопрессина;

альдостерона;

натрия хлорида;

гипотиазида;

глюкозы.

**#При синдроме Фанкони имеется:**

снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из прокси­мальных канальцев;

нарушенное кишечное всасывание;

повышенная чувствительность эпителия почечных канальцев к парат­гормону;

незрелость ферментов печени.

**#При почечном тубулярном ацидозе имеется:**

нарушенное кишечное всасывание;

снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из прокси­мальных канальцев;

незрелость ферментов печени;

снижение реабсорбции бикарбонатов, неспособность снижать pH мочи и ограничение транспорта ионов Н**.**

**\*Привитамин D-зависимом рахите имеется:**

повышенная чувствительность эпителия почечных канальцев к парат- гормону;

нарушение образования в почках 1,25-дигидроксихолекальциферола;

недостаточное поступление витамина D в организм ребенка;

снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из прокси­мальных канальцев.

**#У мальчика в возрасте 1 год 3 мес. появилась деформация ног, отста­вание в** **росте. Общее состояние не страдает. Предположите диагноз**:

синдром де Тони-Дебре-Фанкони;

D-зависимый рахит;

фосфат-диабет.

**\*Для синдрома Барттера характерны:**

гиперкалиемия;

гипонатриемия;

гиперальдостеронизм;

гипокалиемия.

**#Наличие гипохлоремии, гипокалиемии, гипонагриемии, гипомагни-емии, алкалоза предполагает диагноз:**

синдром Барттера;

синдром Лиддла;

синдром де Тони-Дебре-Фанкони;

синдром Гительмана.

**#Для поражения дистальных канальцев характерны:**

глюкозурия;

гипостенурия;

аминоацидурия;

снижение экскреции аммиака;

массивная протеинурия;

калийурия.

**Нефротический синдром.**

**\* Для мочевого синдрома при хроническом пиелонефрите характерны:**

лейкоцитурия;

протеинурия;

гематурия;

**#Простая гипоплазия почки предусматривает:**

малое количество нефронов, клубочков и увеличение соединительной ткани, расширенными канальцами;

эмбриональные клубочки с несформированной мезенхимальной тки- нью, часто с зонами хрящевой ткани;

недостаточное количество нефронов и чашечек при сохраненном их гистологическом строении.

уменьшение почки в размерах с сохранением ее функциональной способности.

**Острая почечная недостаточность. Хроническая болезнь почек**

**# Развитие ХПН на первом году жизни типично для:**

аутосомно-доминантной поликистозной болезни;

аутосомно-рецессивной поликистозной болезни;

нефронофтизаФанкони;

врожденного нефротического синдрома финского типа;

олигомеганефронии.

**#У ребенка с гематурией для подтверждения диагноза наследственного нефрита важно выявить наличие у родственников всех симптомов, кроме:**

тугоухости;

гематурии;

патологии зрения;

дисплазии тазобедренного сустава.

**#Какие лекарственные препараты применяют для профилактики про­грессирования наследственного нефрита у детей?**

защищенные пенициллины;

циклоспорин А;

иАПФ;

преднизолон.

**\*Болезнь тонких базальных мембран называется семейной доброкаче­ственной гематурией, так как для нее:**

не характерна макрогематурия;

не характерна протеинурия;

характерно редкое развитие ХПН;

не характерно снижение слуха.

**#Сочетание гематурии, снижения слуха с патологией зрения и сниже­ния функций почек в юношеском и зрелом возрасте характерно для:**

болезни тонких базальных мембран;

синдрома Альпорта;

пиелонефрита;

болезни де Тони-Дебре-Фанкони.

**#При развитии синдрома Гудпасчера после трансплантации почки больному с синдромом Альпорта вырабатываются антитела к:**

коллагену IV типа;

эндотелию почечных капилляров;

подоцитам;

проксимальным канальцам нефрона.

**# Наиболее частый тип наследования при синдроме Альпорта:**

доминантный Х-сцепленный;

аутосомно-рецессивный;

аутосомно-доминантный.

**# Причина развития наследственного нефрита лежит в мутации одного из генов:**

COL4A5;

COL4A4;

COL4A3;

всех перечисленных.

**# Укажите, какие клинические проявления характерны для острого постстрептококкового ГН:**

нефротический синдром;

анасарка и гипертония;

+остронефритический синдром.

**\*Для стероидзависимой формы нефротического синдрома характерно:**

отсутствие терапевтического эффекта от терапии ГКС;

часто рецидивирующее течение;

больной нуждается в постоянной терапии ГКС в дозе 2 мг/кг;

рецидив нефротического синдрома на фоне снижения терапии ГКС или спустя 2 нед. и менее после отмены ГКС.

**#Иммунокомплексный механизм иммунного ответа наблюдается при:**

болезни минимальных изменений;

мембранозном ГН;

ФСГС.

**#Т-клеточный механизм иммунного ответа наблюдается при:**

мезангиопролиферативном ГН;

остром постстрептококковом ГН;

болезни минимальных изменений;

мембранопролиферативном ГН.

**#Гипоонкотические отеки типичны для:**

острого постстрептококкового нефрита;

ФСГС;

болезни минимальных изменений;

IgA-нефропатии.

**#Для стероид-резистентной формы нефротического синдрома характерно:**

отсутствие терапевтического эффекта от терапии ГКС;

часто рецидивирующее течение;

отсутствие эффекта от терапии ГКС в течение 4 нед.;

отсутствие эффекта от терапии ГКС в течение 8 нед.

**\*Гипертензионный синдром типичен для:**

болезни минимальных изменений;

мембранозной нефропатии;

острого постстрептококкового ГН;

быстропрогрессирующего ГН.

**\*Снижение титра СЗ компонента комплемента наблюдается при:**

мембранозном ГН;

ФСГС;

мембранопролиферативном ГН;

остром постстрептококковом нефрите.

**# Рецидивирующая макрогематурия наиболее часто наблюдается при:**

болезни минимальных изменений;

ФСГС;

IgA-нефропатии;

мембранозном ГН.

**# Развитие врожденного нефротического синдрома финского типа происходит вследствие мутации гена:**

подоцина;

нефрина;

WT1;

полицистина.

**# Быстропрогрессирующее течение ГН характеризуется:**

формированием ХПН в течение 5 лет;

формированием ХПН в течение 1 года;

формированием ХПН в течение 3 мес.

**# Антикоагулянтом непрямого действия является:**

курантил ;

гепарин;

фраксипарин;

тиклопидин;

фенилин.

**# Какой препарат относится к блокаторам кальциневрина?**

Сандиммун-неорал;

Майфортик;

СеллСепт;

Эндоксан.

**# В патогенетической терапии стероид-резистентной формы нефротического синдрома используют следующую схему терапии:**

ГКС + антиагреганты + антикоагулянты;

ГКС + цитостатики + антикоагулянты;

ГКС + цитостатики + антиагреганты + антикоагулянты;

ГКС + цитостатики + диуретики.

**\*Синдром Альпорта может быть заподозрен при наличии:**

снижения слуха;

снижения функций почек;

протеинурии более 1 г/24 ч;

случаев смерти от ХПН в семье.

**\*Укажите, какие симптомы характерны для мочевого синдрома при ГН:**

лейкоцитурия;

глюкозурия;

протеинурия;

гематурия.

**\* Биохимическими критериями активности ГН являются:**

гиперлипидемия;

диспротеинемия;

гипоальбуминемия;

нарастание уровня креатинина.

**\* Укажите, какой терапевтический эффект наблюдается при исполь­зовании иАПФ:**

гипотензивный;

диуретический;

противовоспалительный;

гипопротеинурический.

**# Какие из перечисленных жалоб позволяют предположить наличие СКВ?**

лимфаденопатия;

субфебрилитет;

общая слабость, апатия;

все вышеперечисленные.

**#Какие иммуногистохимические изменения характерны для люпус- нефрита?**

обнаружение линейного свечения Ig вдоль базальной мембраны;

олигоиммунный (синонимы: пауцииммунный или малоиммунный) нефрит;

локальное свечение Ig.

**# Наиболее часто сочетание ГН с поражением ЖКТ по типу гемоколита отмечается при:**

СКВ;

болезни Шенлейна-Геноха;

гранулематозном полиангиите.

**# Укажите, какая из перечисленных жалоб позволяет предположить капилляротоксический нефрит у больного с пурпурой Шенлейна-Геноха:**

стойкая гематурия и/или протеинурия;

транзиторная гематурия и лейкоцитурия;

рецидивирующая лейкоцитурия.

**# Гепатоспленомегалия характерна для нефрита при:**

болезни Шенлейна-Геноха;

гранулематозном полиангиите;

СКВ.

**# Развитие быстропрогрессирующего нефрита возможно только при:**

СКВ;

геморрагическом васкулите;

гранулематозном полиангиите;

всех вышеперечисленных заболеваниях.

**# Для лечения амилоидоза колхицин назначают в дозе:**

20-30 мг/сут.;

10 мг/сут.;

до 2 мг/сут.;

0,5-1 мг/сут.;

назначение колхицина бесполезно.

**# Назовите заболевание, встречающееся у мальчиков и характеризую­щееся гематурией в сочетании с кожными высыпаниями и абдоминалгиями:**

геморрагический васкулит;

узелковый периартериит;

СКВ;

острый нефрит.

**# Какие заболевания наиболее часто осложняются амилоидозом?**

ревматоидный артрит;

болезнь Бехтерева;

бронхоэктатическая болезнь;

все ответы правильны;

ни один ответ не правилен.

**# Сочетание синдрома злокачественной гипертонии с прогрессирующим снижением функции почек и асимметричным полиневритом характерно для:**

геморрагического васкулита;

СКВ;

узелкового периартериита;

микроскопического полиангиита.

**# Какой из вариантов поражения почек является не типичным для СД?**

рецидивирующая ИМП;

острая уратная блокада;

узелковый гломерулосклероз;

сосочковый некроз.

**# Какими лекарственными препаратами проводят лечение диабетиче­ской нефропатии?**

цитостатиками;

ГКС;

иАПФ;

ингибиторами кальциневрина.

**# Какие положения, касающиеся диализного амилоидоза, верны?**

развивается через 10 лет и более от начала лечения гемодиализом;

белком-предшественником является β2-микроглобулин;

характеризуется поражением костей, сосудов;

все вышеперечисленные.

**# У ребенка после длительного течения остеомиелита появились гепатоспленомегалия и нефротический синдром. Какое заболевание развилось у пациента?**

СКВ;

периодическая болезнь;

синдром Гудпасчера;

вторичный амилоидоз.

**# Характерным признаком узелкового периартериита является:**

похудение свыше 4 кг в течение месяца;

гепатоспленомегалия;

лимфаденопатия;

наличие рАНЦА.

**\* Полинейропатия характерна для:**

геморрагического васкулита;

СКВ;

гранулематозного полиангиита;

узелкового периартериита;

микроскопического полиангиита.

**\*Какие лабораторные признаки являются строго специфичными для СКВ?**

повышение СОЭ;

лейкопения;

лейкоцитоз;

тромбоцитоз;

тромбоцитопения;

повышение титра АНЦА;

повышение титра анти-ДНК.

**\* Появление таких симптомов, как кашель и гематурия с протеинурией, характерно для:**

гранулематозного полиангиита;

геморрагического васкулита;

стрептококковой пневмонии;

синдрома Гудпасчера;

всех вышеперечисленных заболеваний.

**\* Выберите клинические симптомы, характерные для СКВ:**

гепатоспленомегалия;

фебрилитет неясной этиологии;

симметричная сыпь на голенях;

миалгия;

фотосенсибилизация.

**\* У мальчика, наблюдающегося с диагнозом бронхиальная астма, появилась сыпь и миалгия. Какие маркеры необходимо выявить у ребенка для постановки диагноза синдрома Черджа-Стросс?**

эозинофилия;

полинейропатия;

болевой абдоминальный синдром;

миалгия;

сыпь на ногах.

**\* При развитии быстропрогрессирующего нефрита при люпус-неф­рите следует использовать следующие лекарственные препараты:**

преднизолон 1 мг/кг/сут.;

преднизолон 2 мг/кг/сут. + в/в метилпреднизолон в дозе 1000 мг №3-6;

циклофосфамид ***per os*** 2,5 мг/кг/сут.;

в/в циклофосфамид 15-20 мг/кг №1 в 2-4 нед.;

хлорамбуцил 0,15-0,3 мг/кг/сут.

**\* Ритуксимаб эффективен при следующих заболеваниях:**

микроскопическом полиангиите;

СКВ;

болезни Шенлейна-Геноха;

диабетической нефропатии;

синдроме Гудпасчера;

вторичном амилоидозе почек.

**\* Олигоиммунный (малоиммунный) ГН наблюдается при:**

диабетической нефропатии;

СКВ;

гранулематозном полиангиите;

микроскопическом полиангиите;

узелковом периартериите.

**#У мальчика 13 лет с нефротическим синдромом отмечаются: массо­ростовые показатели соответствуют 8-летнему ребенку, гепатоспленомегалия, субфебрилитет, кольцевидная эритема и тугоухость. Какой диагноз вы заподозрите?**

СКВ;

диабетическая нефропатия;

вторичный амилоидоз;

синдром Макла-Уэльса.

**# Препаратом выбора при амилоидозе почек при аутовоспалительных заболеваниях является:**

циклоспорин А;

микофенолатамофетил;

преднизолон;

анакинра;

ритуксимаб.

**\* Этиологией типичного ГУСа является:**

Е. coli;

стафилококк;

стрептококк;

Shigella.

**\* Этиологией атипичного ГУСа является:**

стафилококк;

стрептококк;

недостаточность ADAMTS13;

наличие антител к Н фактору;

мутация гена МСР.

**\* Плазмаферез как метод лечения эффективен при:**

типичном ГУСе;

атипичном ГУСе, обусловленном мутацией гена Н фактора;

атипичном ГУСе, обусловленном наличием антител к Н фактору;

ТТП;

ТТП, обусловленной наличием антител к ADAMTS 13.

**\* У больного с олигурией при морфологическом исследовании почки выявлена ТМА. Для каких заболеваний характерны данные морфологиче­ские признаки?**

ХГН;

диабетическая нефропатия;

ТТП;

ДВС-синдром.

**# Верно ли утверждение, что для инфекционного ГУСа всегда харак­терна диарея?**

да;

нет.

**# При некоторых отравлениях глюкоза появляется в моче, несмотря на ее нормальный уровень в крови. Точкой приложения данных токсических веществ являются:**

клубочки;

проксимальные канальцы;

петли Генле;

дистальные канальцы;

собирательные трубочки.

**# Среди НПВС нефротоксичностью обладают:**

ацетилсалициловая кислота;

диклофенак;

парацетамол;

ибупрофен;

все НПВС.

**Тема: Тубулоинтерстициальная болезнь почек.**

**# ТИН - это:**

поражение канальцев и интерстиция почки бактериальной этиологии;

поражение канальцев и интерстиция почки абактериальной этиоло­гии;

поражение канальцев и интерстиция почки любой этиологии;

поражение интерстиция почки бактериальной этиологии.

**# При ТИН относительная плотность мочи:**

чаще всего снижена;

чаще всего повышена;

чаще всего не изменена.

**# В терапии ТИН ГКС:**

никогда не назначаются;

всегда назначаются;

могут назначаться, преимущественно короткими курсами;

могут назначаться, преимущественно длительными курсами.

**# При поражении проксимальных канальцев протеинурия:**

никогда не выявляется;

может выявляться умеренная;

может выявляться массивная.

**# Риск развития ТИН лекарственного генеза значительно возрастает:**

через 3 дня от начала приема препарата;

через 7 дней от начала приема препарата;

через 10 дней от начала приема препарата;

не зависит от длительности приема.

**# Для установления окончательного диагноза хронического ТИН про­ведение биопсии почки:**

необходимо;

не является необходимым;

зависит от этиологии ТИНа;

необходимо только при идиопатическом ТИН.

**# Среди диуретиков нефротоксичными являются:**

калийсберегающие;

петлевые;

осмотические.

**# Причиной развития ТИН с увеитом является:**

вирусная инфекция;

бактериальная инфекция;

паразиты;

лекарства;

причина не установлена.

**# При нарушении обмена пуринов поражение почек обусловлено избыточным поступлением в почки:**

оксалатов;

уратов;

цистина;

триптофана;

метионина.

**# Диета при гипероксалурии:**

капустно-картофельная;

фруктово-ягодная;

молочная;

бессолевая.

**\* При гипероксалурии исключают продукты, содержащие:**

пурины;

аскорбиновую кислоту;

триптофан;

метионин;

хлорид натрия.

**# Мочекислый диатез новорожденного является:**

врожденной патологией;

приобретенной патологией;

вариантом некроза почечной ткани на фоне нарушения кровоснаб­жения;

транзиторным состоянием, обусловленным распадом большого коли­чества клеток.

**# Суточная экскреция оксалатов с мочой у детей составляет (мг/кг/сут.)**

**до:**

1;

10;

20;

30;

40.

**# Суточная экскреция мочевой кислоты у детей в возрасте от 1 до 6 лет составляет (мг/сут.) до:**

100;

120-350;

400-1000;

900-1200.

**# Растворимость уратов повышается при:**

кислых значениях pH мочи;

щелочных значениях pH мочи;

не зависит от pH.

**# Растворимость фосфатов повышается при:**

кислых значениях pH мочи;

щелочных значениях pH мочи;

не зависит от pH.

**# Почечный несахарный диабет является следствием понижения чувствительности клеток эпителия собирательных трубочек к:**

альдостерону;

вазопрессину;

паратгормону.

**# Синдром АГ при синдроме Лиддла обусловлен:**

активацией РААС;

увеличением ОЦК;

вазоконстрикцией сосудов.

**# Удельный вес мочи при почечном несахарном диабете колеблется в пределах:**

1010-1011;

1003-1005;

1005-1011.

**# Причиной развития почечного солевого диабета является:**

низкая чувствительность к альдостерону;

повышенная чувствительность к паратгормону;

сниженная чувствительность к АДГ;

повышенная чувствительность к альдостерону;

сниженная чувствительность к паратгормону.

**# Основным принципом лечения почечного солевого диабета является введение:**

вазопрессина;

альдостерона;

натрия хлорида;

гипотиазида;

глюкозы.

**# При синдроме Фанкони имеется:**

снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из прокси­мальных канальцев;

нарушенное кишечное всасывание;

повышенная чувствительность эпителия почечных канальцев к парат­гормону;

незрелость ферментов печени.

**# При почечном тубулярном ацидозе имеется:**

нарушенное кишечное всасывание;

снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из прокси­мальных канальцев;

незрелость ферментов печени;

снижение реабсорбции бикарбонатов, неспособность снижать pH мочи и ограничение транспорта ионов Н+

**# Привитамин D-зависимом рахите имеется:**

повышенная чувствительность эпителия почечных канальцев к парат- гормону;

нарушение образования в почках 1,25-дигидроксихолекальциферола;

недостаточное поступление витамина D в организм ребенка;

снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из прокси­мальных канальцев.

**# У мальчика в возрасте 1 год 3 мес. появилась деформация ног, отста­вание в росте. Общее состояние не страдает. Предположите диагноз:**

синдром де Тони-Дебре-Фанкони;

D-зависимый рахит;

фосфат-диабет.

**\*Для синдрома Барттера характерны:**

гиперкалиемия;

гипонатриемия;

гиперальдостеронизм;

гипокалиемия.

**# Наличие гипохлоремии, гипокалиемии, гипонагриемии, гипомагниемии, алкалоза предполагает диагноз:**

синдром Барттера;

синдром Лиддла;

синдром де Тони-Дебре-Фанкони;

синдром Гительмана.

**\* Для поражения дистальных канальцев характерны:**

глюкозурия;

гипостенурия;

аминоацидурия;

снижение экскреции аммиака;

массивная протеинурия;

калийурия.

**# Выберите наименее нефротоксичную группу антибактериальных средств:**

аминопенициллины;

карбапенемы;

сульфаниламидные препараты;

аминогликозиды;

тетрациклины.

**# Для какой нозологии характерны следующие изменения на урограммах: асимметрия поражения, расширение чашечек, лоханки и верхней трети мочеточника?**

ОГН;

ХГН;

хронического пиелонефрита;

мочекаменной болезни;

амилоидоза почек.

**# Для острого пиелонефрита справедливо:**

выраженная гематурия, эритроцитарные цилиндры;

двухсторонняя боль в поясничной области;

диспепсический синдром;

выраженная протеинурия;

начало заболевания характеризуется односторонней болью в пояснич­ной области, высокой лихорадкой с ознобами, тошнотой, рвотой.

**# Основу противорецидивного лечения хронического пиелонефрита составляют:**

диуретики;

антиагреганты;

НПВС;

длительный прием уросептиков на ночь;

Допегит.

**\*Нефросклероз при хроническом пиелонефрите чаще:**

симметричен;

асимметричен;

сопровождается повышением эхогенности паренхимы;

сопровождается гидронефротической трансформацией почек;

сопровождается увеличением размеров почек и повышением эхоген­ности почечного синуса.

**\*Какой препарат не относится к группе хинолоновых?**

Невиграмон;

Абактал;

Фурагин;

Ципробай;

Палин.

**# Наиболее частый путь проникновения инфекции в почки:**

гематогенный;

лимфогенный;

восходящий;

воздушно-капельный;

контактный.

**# Назовите наиболее часто встречающийся возбудитель хронического пиелонефрита:**

протей;

стафилококк;

клебсиелла;

кишечная палочка;

микоплазмы.

**#Для обострения хронического пиелонефрита характерны все клини­ческие синдромы, исключая:**

АГ;

интоксикацию;

дизурические явления;

нефротический синдром;

мочевой синдром (лейкоцитурия, бактериурия).

**# При пиелонефрите поражается:**

слизистая оболочка мочевого пузыря;

кровеносная и лимфатическая система почек;

ЧJIC, канальцы и интерстиций;

клубочек.

**# При высокой активности инфекционно-воспалительного процесса в почках возможно проведение только:**

урографии;

цистографии;

УЗИ почек;

радиоизотопного исследования почек;

ангиографии.

**\*Для пиелонефрита характерны:**

симптомы интоксикации;

повышение температуры;

боли при мочеиспускании;

боли в поясничной области;

отеки.

**\*Для цистита характерны:**

гипертермия;

боли при мочеиспускании;

боли в поясничной области;

лейкоцитурия;

бактериурия.

**#Длительность назначения антибиотиков детям с циститом:**

5 дней;

7 дней;

10 дней;

14 дней.

**#Сколько степеней ПМР существует?**

три;

четыре;

пять;

одна.

**# Верно ли утверждение, что склерозирование почечной ткани при рефлюкс-нефропатии возможно только при наличии инфекционного агента?**

да;

нет.

**#Основным методом диагностики ПМР является:**

УЗИ почек и мочевого пузыря;

внутривенная урография;

микционная цистография;

гистологическое исследование стенок мочеточника и мочевого пузыря.

**\* Основными методами диагностики рефлюкс-нефропатии являются:**

УЗИ и допплерографическое исследование почек;

гистологическое исследование почечной ткани;

ангиография;

внутривенная урография;

статическая реносцинтиграфия;

динамическая реносцинтиграфия.

**# Степень ПМР, при которой наблюдается уретерогидронефроз:**

III;

II;

V;

IV.

**#Функциональное исследование мочевого пузыря проводится при:**

цистите;

пиелонефрите;

НДМП.

**# Постуральный мочевой пузырь - это:**

усиление позыва на мочеиспускание в горизонтальном положении тела;

клинические проявления НДМП в вертикальном положении тела;

клинические проявления НДМП в горизонтальном положении тела.

**\* Для гиперактивного мочевого пузыря характерно:**

парадоксальное недержание мочи;

поллакиурия;

ослабление или отсутствие позыва на мочеиспускание;

остаточная моча;

стремительный характер мочеиспусканий.

**\*Для гипоактивного мочевого пузыря характерно:**

сниженный тонус мочевого пузыря;

частые мочеиспускания маленькими порциями;

императивные позывы;

увеличенный объем мочевого пузыря, наличие остаточной мочи;

отсутствие остаточной мочи.

**Тема: Почечная недостаточность. Острая почечная недостаточность. Хроническая почечная недостаточность. Хроническая болезнь почек**

**#Самой частой причиной развития ОПН у детей раннего возраста является:**

ГН;

пиелонефрит;

ГУС;

отравление.

**# Проба с водной нагрузкой эффективна при:**

преренальной ОПН;

ренальной ОПН;

ХПН.

**# При ГУС развивается ОПН:**

преренальная;

ренальная;

обструктивная.

**# Индекс ПН используется для дифференциальной диагностики:**

ОПН и ХПН;

преренальной и ренальной ОПН;

парциальной и тотальной ХПН.

**# Острая задержка мочи - это:**

отсутствие мочи в связи с уменьшением фильтрации;

отсутствие мочи в связи с поражением канальцевого аппарата;

нарушение выделения мочи из мочевого пузыря.

**# ОПН - это:**

острое, потенциально обратимое нарушение регулируемых почками параметров гомеостаза;

иммуновоспалительный процесс в клубочках с развитием эпители­альных полулуний;

острое нарушение кальциево-фосфорного равновесия.

**# Обязательный признак ОПН - это:**

снижение диуреза и возникновение отеков;

повышение мочевины и креатинина;

повышение калия сыворотки;

возникновение метаболического ацидоза.

**# Преренальная ОПН - это:**

развитие ОПН вследствие заболевания, исходно поражающего

не почки;

развитие ОПН вследствие снижения перфузии почек.

**\*Ренальная ОПН - это:**

развитие ОПН вследствие снижения перфузии почек;

поражение клубочков почки;

поражение канальцевого аппарата почек.

**\*Постренальную ОПН вызывают следующие причины:**

острая уратная нефропатия;

острый нефрит;

обструкция нижних мочевых путей;

прием анальгетиков.

**# Угрожаемым по развитию ОПН в первую очередь является:**

пациент с СД и кетоацидотической комой;

пациент с врожденным пороком сердца и сердечной недостаточно­стью;

пациент с лейкозом, получающий полихимиотерапию;

пациент с быстропрогрессирующим ГН;

все вышеуказанные пациенты.

**# Назначение иАПФ может привести к дальнейшему ухудшению функции почек при:**

поражении клубочков;

поражении канальцев;

патологии собирательной системы;

двустороннем стенозе почечных артерий.

**\* Какой из нижеперечисленных факторов не играет существенной роли в патогенезе олигоанурии при ОПН?**

усиление синтеза ренина почками;

обтурация канальцев почек цилиндрами;

увеличение клубочковой фильтрации;

уменьшение эффективного фильтрационного давления;

отек почечной паренхимы.

**# Что неправильно в отношении ОПН у детей?**

часто имеет преренальные причины;

приоритетным является проведение перитонеального диализа;

ОПН всегда сопровождается олигоанурией;

частые причины ОПН - шок, отравления, дегидратация, инфекции; *к* е) наиболее опасна гиперкалиемия.

**\* Ренальная олигоанурия развивается при:**

острой сосудистой недостаточности;

некрозе канальцев почек;

остром отравлении солями тяжелых металлов;

сужении мочеточника;

мочекаменной болезни.

**\* Ренальную ОПН вызывают следующие причины:**

ГН;

гемоглобинурия при гемолитической анемии;

острая длительная атония мочевого пузыря;

нефротический криз;

лекарственное повреждение почек.

**# Преренальной причиной ОПН является:**

острое поражение паренхимы почек;

обструкция мочевыводящих путей;

шок;

тромбоз и эмболия почечных артерий;

синдром раздавливания.

**\* Преренальную ОПН вызывают следующие причины:**

уменьшение внутрисосудистого объема;

снижение сердечного выброса;

токсический тубулонекроз;

системная вазодилатация;

почечная вазодилатация;

ГН.

**\* При ОПН различают стадии:**

начальную;

олигоанурическую;

терминальную;

полиурическую;

восстановления.

**\* Показаниями к гемодиализу при ОПН являются:**

снижение СКФ;

быстрое нарастание креатинина сыворотки;

гипокальциемия;

гиперкалиемия > 6,5 ммоль/л;

анурия.

**\* Для гиперкалиемии характерны:**

парестезии, мышечная слабость;

брадикардия;

тахикардия;

низкий зубец Т на ЭКГ;

высокий острый зубец Т на ЭКГ.

**\* Какие гомеостатические параметры регулирует почка?**

ОЦК;

уровень гликемии;

кислотно-основное равновесие;

электролитный баланс;

постоянство белкового состава крови;

уровень азотистых шлаков.

**# Морфологическим субстратом ОПН являются:**

тубулонекроз и тубулорексис;

отек и инфильтрация интерстициальной ткани;

мезангиопролиферативный ГН;

утолщение базальной мембраны клубочков.

**\* Какие показатели крови необходимо оценивать при ОПН?**

уровень креатинина и мочевины;

уровень калия;

уровень холестерина;

уровень трансаминаз;

уровень общего белка;

кислотно-основное состояние.

**# Основные причины развития анемии при ОПН:**

укорочение жизни эритроцитов;

снижение синтеза эритропоэтина;

гипоплазия красного костного мозга;

снижение уровня сывороточного железа.

**# Какова СКФ при ХБП I стадии?**

>90 мл/мин;

60-89 мл/мин;

30-59 мл/мин;

15-29 мл/мин;

<15 мл/мин.

**#Какова СКФ при ХБП II стадии?**

>90 мл/мин;

60-89 мл/мин;

30-59 мл/мин;

15-29 мл/мин;

<15 мл/мин.

**# Какова СКФ при ХБП III стадии?**

>90 мл/мин;

60-89 мл/мин;

30-59 мл/мин;

15-29 мл/мин;

<15 мл/мин.

**# Какова СКФ при ХБП IV стадии?**

>90 мл/мин;

60-89 мл/мин;

30-59 мл/мин;

15-29 мл/мин;

<15 мл/мин.

**# Какова СКФ при ХБП V стадии?**

>90 мл/мин;

60-89 мл/мин;

30-59 мл/мин;

15-29 мл/мин;

<15 мл/мин.

**# Анемия при ХБП развивается вследствие**:

потери эритроцитов с мочой;

недостатка витаминов;

разрушения эритроцитов;

дефицита эритропоэтина.

**# Факторами прогрессирования ХБП является все, кроме:**

АГ;

снижения массы действующих нефронов более чем на 50%;

длительного приема иАПФ;

гиперлипидемии.

**# В зависимости от какого показателя определяется стадия ХБП?**

креатинин крови;

мочевина крови;

креатинин мочи;

СКФ.

**# Наиболее частые причины развития ХПН у детей:**

приобретенные;

наследственные, врожденные.

**# При ХПН нарушается функция следующих отделов нефрона:**

канальцев;

клубочков;

одновременно клубочков и канальцев.

**# ХБП диагностируется при длительности течения почечного забо­левания:**

более 3 мес.;

более 6 мес.;

более 12 мес.

**\* К развитию ХПН может привести:**

ХГН;

поликистоз почек;

сепсис;

острый пиелонефрит;

СКВ.

**\* Консервативное лечение ХБП включает в себя:**

гипотензивную терапию;

коррекцию анемии;

коррекцию гиперфосфатемии;

коррекцию гипопаратиреоза;

заместительную почечную терапию.

**\* Что включает в себя понятие заместительная почечная терапия?**

гемодиализ;

перитонеальный диализ;

плазмаферез;

трансплантацию почки.

**# При наличии какого процента неработающих нефронов отмечается повышение креатинина в крови?**

25%;

30%;

50%;

70%.

**\* При подозрении на ХБП как причину анемии у ребенка в первую очередь** **необходимы следующие исследования:**

мочевина, креатинин, электролиты сыворотки, расчет СКФ;

железо сыворотки, ЖСС, ферритин, трансферрин;

исследование свертывающей системы крови;

УЗИ почек с исследованием кровотока в них;

определение уровня В12 и фолатов в сыворотке.

**\* К основным синдромам ХБП относятся:**

остеодистрофия;

метаболический ацидоз;

ГУС;

АГ;

дизурический синдром.

**\* К причинам задержки роста при ХБП относятся:**

недостаточная секреция гормона роста;

недостаток белка и калорий в пище;

ацидоз;

алкалоз;

почечная анемия;

+остеопения и остеопороз.

**\* Какие изменения характерны для почечной остеодистрофии?**

повышение в крови концентрации l,25-(OH)2-D3;

снижение в крови концентрации l,25-(OH)2-D3;

гиперкальциемия;

гипокальциемия;

гипофосфатемия.

**\* К уремическим токсинам относятся:**

мочевина;

креатинин;

холестерин;

паратгормон.

**\* Какие изменения характерны для начальных стадий ХБП?**

полиурия;

олигурия;

странгурия;

поллакиурия;

никтурия.

**\* Какие способы коррекции анемии используются у пациентов с ХБП?**

препараты железа;

ГКС;

препараты эритропоэтина;

фолиевая кислота;

трансплантация костного мозга.

**\* Какие способы коррекции фосфорно-кальциевых нарушений исполь­зуются у пациентов с ХБП?**

назначение препаратов фосфора;

назначение препаратов кальция;

назначение фосфор-связывающих препаратов;

назначение активных форм витамина D3.

**\* Какие способы коррекции гиперпаратиреоза используются у паци­ентов с ХБП?**

назначение препаратов кальция;

назначение кальцимиметиков;

назначение препаратов фосфора;

паратиреоидэктомия.

**\* Что является показанием к началу заместительной почечной терапии у пациентов с ХБП?**

полиурия;

СКФ <15 мл/мин/1,73 м2;

проявление симптомов и осложнений уремии;

гипокалиемия<3 ммоль/л.

**U2 Модуль Гематология Тема: Апластические анемии**

**Тестовые задания для проверки исходного уровня знаний**

**# Нижняя граница нормальной величины гемоглобина в крови детей старше 5 лет.**

110 г/л

116 г/л

120 г/л

124 г/л

**# Какая анемия сопровождается высоким ретикулоцитозом?**

дефицитная

хроническая постгеморрагическая

гемолитическая

апластическая

**# Наиболее информативным методом для диагностики апластической анемии является:**

Общий анализ крови

Коагулограмма

Стернальная пункция

Трепанобиопсия

Цитогенетическое исследование

**# Апластические анемии чаще развиваются в результате:**

воздействия ионизирующей радиации

применения миелотоксических препаратов

применения химических агентов

неизвестных причин (идиопатические формы)

**# Геморрагический синдром при апластической анемии обусловлен:**

недостаточной отшнуровкой тромбоцитов от мегакариоцитов

недостаточной продукцией мегакариоцитов

недостаточным синтезом факторов свертывания крови

аутоиммунной тромбоцитопенией

**\* Для клинической картины** апластической анемии не характерны:

похудание

лимфаденопатия

гепатоспленомегалия

интоксикация

**# Среди апластических анемий выделяют:**

наследственную анемию Фанкони

наследственную анемию Эстрена-Дамешека

врожденную гипопластическую анемию Даймонда-Блекфена (парциальную красноклеточную анемию)

все ответы верны

**\* К летальному исходу при апластической анемии могут привести:**

кровоизлияния во внутренние органы,

массивные кровотечения

инфекционные осложнения

гемолиз

**# По степени тяжести приобретенной апластической анемии не выделяют форму:**

сверхтяжелую

тяжелую

нетяжелую (средней тяжести)

Легкую

**\* Для оценки тяжести апластической анемии учитывают показатели:**

тромбоцитов

нейтрофилов

корригированного ретикулоцитоза

лимфоцитов

**\* Для анемии Фанкони характерно:**

наличие фетального гемоглобина

наличие пороков развития

выраженное угнетение кроветворения

отсутствие фетального гемоглобина

незначительное угнетение кроветворения

**\* Клиническая картина приобретенной апластической анемии складывается из:**

геморрагического синдрома

гепатоспленомегалии

анемического синдрома

болей в костях

склонности к инфекциям

#  **Термин «анизоцитоз» означает изменение:**

формы эритроцитов

  диаметра эритроцитов

интенсивности окраски эритроцитов

количества эритроцитов

**# Для анемии Даймонда-Блекфана характерно угнетение:**

всех ростков кроветворения + пороки развития

всех ростков кроветворения без пороков развития

только эритроидного ростка с пороками развития

только эритроидного ростка без пороков развития

**# Укажите характерный признак апластической анемии:**

гипохромия эритроцитов

макроцитоз эритроцитов

панцитопения

повышение уровня железа в сыворотке крови

**# Сроки 2-го физиологического перекреста процентного содержания лимфоцитов и нейтрофилов в крови у детей:**

5-7 день жизни

10-11 месяц жизни

5-7 год жизни

8-10 год жизни

**# Для анемии Эстрена-Дамешека характерно угнетение:**

всех ростков кроветворения + пороки развития

всех ростков кроветворения без пороков развития

только эритроидного ростка с пороками развития

только эритроидного ростка без пороков развития

**# Эритромассу переливают с целью**

замещения при анемиях

стимуляции эритропоэза и иммунитета

улучшения тканевого обмена

остановки кровотечения

**# Геморрагический синдром при апластической анемии обусловлен:**

недостаточной отшнуровкой тромбоцитов от мегакариоцитов

недостаточной продукцией мегакариоцитов

недостаточным синтезом факторов свертывания крови

аутоиммунной тромбоцитопенией

**# С диспансерного учета снимаются дети с апластической анемией:**

реципиенты иммуносупрессивной терапии

реципиенты трансплантации гемопоэтических клеток

реципиенты трансплантации гемопоэтических клеток по окончании иммуносупрессивной терапии

реципиенты трансплантации гемопоэтических клеток при условии: окончания иммуносупрессивной терапии, наличия полной ремиссии, отсутствия сопутствующих заболеваний и осложнений трансплантации по истечении 5 лет после трансплантации

**U2 Модуль Гематология Тема «Гемолитические анемии у детей старшего возраста»**

**# Нижняя граница нормальной величины гемоглобина в крови детей старше 5 лет.**

105 г/л

110 г/л

116 г/л

120 г/л

124 г/л

**# Какая анемия сопровождается высоким ретикулоцитозом?**

* 1. Дефицитная
  2. Хроническая постгеморрагическая
  3. Гемолитическая
  4. Гипопластическая

**# Сроки диспансерного наблюдения детей с анемией Минковского – Шоффара при отсутствии рецидивов.**

* 1. 5 лет
  2. 2 года
  3. 1 год
  4. 3 года
  5. С диспансерного учета не снимаются

**# При наследственном сфероцитозе гемолиз**

Внутрисосудистый

Внутриклеточный

Оба ответа правильные

Нет правильного ответа

**# При наследственном сфероцитозе у эритроцитов:**

Увеличивается диаметр, увеличивается толщина

Увеличивается диаметр, уменьшается толщина

Уменьшается диаметр, увеличивается толщина

Уменьшается диаметр, уменьшается толщина

**# Осмотическая резистентность эритроцитов при наследственном сфероцитозе.**

Снижается

Не меняется

Увеличивается

Сначала увеличивается, затем снижается

**# При дифференциальной диагностике болезни Минковского – Шоффара и синдрома Жильбера основным диагностическим признаком является**

уровень билирубина

общее состояние больного, возраст

морфология эритроцитов

уровень Нв

**\* Для гемолитического криза при наследственном сфероцитозе характерна триада симптомов:**

Бледность

Желтуха

Увеличение селезенки

Увеличение печени, лимфатических узлов, лихорадка, носовые кровотечения

**\* Клиническими проявлениями талассемии являются:**

Анемия

Желтуха

Болевой синдром, увеличение печени

Лихорадка

Увеличение селезенки

**\* Ребенок не может быть отнесен к группе инвалидов детства при:**

гемофилии

гетероиммунной гемолитической анемии

железодефицитной анемии

лейкозе

**# Гемолитические анемии по уровню ретикулоцитоза:**

гиперрегенераторные

гипорегенераторные

нормогенераторные

нет правильного ответа

**# Увеличение количества ретикулоцитов имеет место при:**

апластической анемии

дефицитной анемии

 гемолитическом синдроме

все перечисленное верно

**#  Термин «анизоцитоз» означает изменение:**

формы эритроцитов

  диаметра эритроцитов

интенсивности окраски эритроцитов

количества эритроцитов

**# Наследственные дефекты мембраны эритроцитов ведут к:**

микросфероцитозу

овалоцитозу

стоматоцитозу

все перечисленное верно

**# К развитию микросфероцитоза могут привести:**

наследственный дефект белков мембраны эритроцитов

повреждение эритроцитарной мембраны эритроцитарными антителами

наследственный дефицит эритроцитарных энзимов

все перечисленное неверно

**# При микросфероцитозе кривая Прайс-Джонса:**

сдвигается вправо

сдвигается влево

появляется несколько пиков

не меняется

**# К внутриклеточным причинам разрушения эритроцитов не относят:**

патологию мембраны Эр

патологию ферментов Эр

патологию гемоглобина (Нв)

трансфузию несовместимой крови

**\*  Типичные проявления внутриклеточного гемолиза:**

желтушность кожи и склер

спленомегалия

↑ уровень непрямого билирубина в крови

геморрагический синдром

**# Для клинической картины наследственных гемолитических анемий не характерно наличие:**

бледности кожных покровов и слизистых

желтушности кожных покровов и слизистых

спленомегалии

лимфаденопатии

**# Для внеклеточного (внутрисосудистого) гемолиза не характерна:**

спленомегалия

тромбоз в различных органах

боль различной локализации (в почках, сердце, брюшной полости)

резко ↑ уровень свободногонвв сыворотке крови

**\* Наследственный сфероцитоз протекает с:**

анемическим синдромом

синдромом билирубиновой интоксикации

спленомегалией

арегенераторным кризом, острым болевым синдромом

**# Большая форма β-талассемии проявляется клиникой на 6-м месяце жизни:**

тяжелой гипохромной микроцитарной гемолитической анемии

гепатоспленомегалии, вторичного гиперспленизма, деформаций плоских костей

задержки роста и полового развития к 10 годам

↑ уровня фетального гемоглобина (НBF) до 80% от общего уровня Нb

все вышеперечисленное

**# Для клинической картины СКА характерны:**

умеренная хроническая гемолитическая анемия

рецидивирующие острые болевые кризы

повышенная восприимчивость к инфекционным заболеваниям

при электрофорезе Нb- полимеризованный HBS

все вышеперечисленное

\* **Феномены в ОАК, позволяющие предполагать носительство нестабильного гемоглобина:**

нормохромная анемия, анизоцитоз

иногда тельца Гейнца

небольшая мишеневидность Эр

базофильная пунктация Эр

**# К приобретенным формам гемолитических анемий относится:**

гемолитическая желтуха новорожденных

идиопатическая

вторичная

все вышеперечисленное

**# Наибольшее значение в дифференциальной диагностике иммунного и наследственного** **микросфероцитоза имеет:**

определение осмотической резистентности эритроцитов

эритроцитометрия

проба Кумбса

все перечисленное

ни один из перечисленных методов

**# Укажите характерный признак повышенного гемолиза:**

гипохромная анемия

увеличение прямого билирубина,

насыщенный цвет мочи

желтуха с зудом

высокий ретикулоцитоз

**\* Лечение в периоде гемолитического криза включает:**

инфузионную терапию (в/в капельно 10% р-р глюкозы с инсулином, кокарбоксилазой и аскорбиновой кислотой)

желчегонные средства

фенобарбитал

антиоксиданты (препараты витамина е и др.)

преднизолон

# **В лечении арегенераторного криза не используют:**

преднизолон

Эр-масса

цитостатики

вит В6

вит В12

**U2 Модуль Гематология Тема: «Дефицитные анемии у детей»**

**# Нижняя граница нормальной величины гемоглобина в крови детей старше 5 лет.**

105 г/л

110 г/л

116 г/л

1.4. 120 г/л

**# Важнейшим мероприятием по профилактике железодефицитной анемии у детей среди перечисленных является:**

дородовый патронаж

регулярное исследование крови

закаливание

рациональное питание

**# Наиболее частой причиной железодефицитной анемии у детей старшего возраста является:**

глистная инвазия

нарушение всасывания железа

хроническая кровопотеря

авитаминоз, недостаточное поступление железа с пищей

**# Сроки 2-го физиологического перекреста процентного содержания**

**лимфоцитов и нейтрофилов в крови у детей:**

10-11 месяц жизни

2-3 год жизни

5-6 год жизни

8-10 год жизни

**# Важнейшим мероприятием по профилактике Fe - дефицитной анемии у**

**детей среди перечисленных факторов является**

дородовой патронаж

регулярное исследование крови

закаливание

рациональное питание

**\*Принципами лечения Fe-дефицитных анемий являются:**

витаминотерапия витамином В]2

витаминотерапия витамином гр В, С

назначение препаратов Fe

глюкокортикоидная терапия

**\* Железодефицитная анемия характеризуется снижением:**

гемоглобина

цветового показателя

гематокрита

количества эритроцитов

**# Причиной В12-дефицитной анемии чаще является:**

кровопотеря

глистная инвазия

нарушение секреции внутреннего фактора Кастла

недостаточное поступление витамина В12 с пищей

**# При дефиците фолиевой кислоты анемия:**

гипохромная

нормохромная

гиперхромная

**# Для В12-дефицитной анемии не характерно:**

мегалобластный тип кроветворения

снижение числа ретикулоцитов

гиперхромная анемия

повышение сывороточного железа

**# Ранним лабораторным показателем эффективности лечения препаратами железа служит показатель крови:**

уровень Нв

ЦП

эритроциты

ретикулоциты

**# Причинами развития железодефицитных анемий у детей не является:**

недостаточное поступление железа с пищей (алиментарной)

синдром мальабсорбции

наличие инфекционного заболевания

аплазия костного мозга

**# Клинические симптомы железодефицитной анемии не включают:**

нарастающую бледность кожных покровов

наличие систолического шума с р. мах на верхушке

трофические нарушения кожи, волос, ногтей

гектическую лихорадку

**# В12-дефицитная анемия характеризуется:**

микроцитарной анемией

повышением сывороточного железа

снижением числа ретикулоцитов

гиперхромной анемией

**# Железодефицитная анемия не характеризуется снижением параметра:**

гемоглобина

цветового показателя, гематокрита

количества эритроцитов

количества ретикулоцитов

**# Костномозговое кроветворение при железодефицитной анемии характеризуется:**

гипоплазией

аплазией

раздражением эритроидного ростка

отсутствием изменений

**# Укажите главное звено патогенеза 1-й стадии острой постгеморрагической анемии:**

повреждение сосуда

уменьшение объема циркулирующей крови

гипоксия гемического типа

дефицит железа

**# Строгая вегетарианская диета может привести к:**

пеллагре

болезни бери-бери

мегалобластической анемии

цинге, рахиту

**# Критерием снятия с диспансерного учета детей группы риска по развитию анемии является:**

отсутствие снижения Нв в течение 3 месяцев

отсутствие снижения Нв в течение 6 месяцев

нормальный уровень Нв в течение 1 года

нормальный уровень Нв в течение 2х лет

**# Проявлениями сидеропенического синдрома не является:**

ангулярный стоматит, глоссит

сухость и выпадение волос

эзофагит

секреторная недостаточность желудка

**# Эритромассу переливают с целью:**

замещения при анемиях

стимуляции эритропоэза

стимуляции иммунитета

остановки кровотечения

**# Развитие недостаточности какого витамина можно ожидать при длительном приеме пероральных контрацептивов:**

А

В1

В2

фолиевой кислоты

**# Назначение какого витамина при беременности может приводить к порокам развития у ребенка:**

А

В1

С

РР

**# Какие препараты железа относятся к солевым:**

мальтофер

актиферрин

сорбифер

феррум-лек

**# Суточная доза для несолевых препаратов железа для детей составляет:**3 мг/кг/сутки

8 мг/кг/сутки

5 мг/кг/сутки

1 мг/кг/сутки

**U2 Модуль Гематология Тема: «Коагулопатии»**

**\* Для геморрагического синдрома при геморрагическом васкулите характерно:**

симметричность высыпаний

мономорфность высыпаний

несимметричность высыпаний

наличие излюбленной локализации

**# Геморрагический синдром при геморрагическом васкулите свя­зан с:**

тромбоцитопенией

дефицитом факторов свертывания

патологией сосудистой стенки

нет правильного ответа

**# Переливание свежезамороженной плазмы при геморрагическомваскулите необходимо с целью:**

поставки антитромбина III

поставки плазменных факторов свертывания

восполнения ОЦК (объема циркулирующей крови)

все ответы верны

**# Основными факторами, повреждающими сосудистую стенку при геморрагическом васкулите, являются:**

вирусы

микротромбы

бактериальные токсины

иммунные комплексы

**\* В общем анализе крови у больного с геморрагическим васкулитом выявляются следующие изменения:**

анемия

тромбоцитопения

нейтрофильный лейкоцитоз

ускорение СОЭ

**# Для геморрагического синдрома при геморрагическом васкулите характерно:**

наличие зуда

наличие излюбленной локализации

несимметричность высыпаний

наличие гемартрозов

**# В лечении геморрагического васкулита не используют:**

преднизолон

гепарин

антиагреганты

факторы свертывания крови

**# Тип наследования гемофилии:**

сцепленный с Х-хромосомой

аутосомно-доминантный

аутосомно-рецессивный

нет правильного ответа

**# Клинические проявления гемофилии А связаны с дефицитом:**

VIII фактора

IX фактора

XI фактора

XII фактора

**\* Для гемолитико-уремического синдрома характерно:**

геморрагический синдром

неврологическая симптоматика

тромбоцитопения

острая почечная недостаточность

**\* Причинами ДВС-синдрома чаще бывают:**

наследственный дефицит факторов свертывания

шоковые состояния

передозировка антикоагулянтов

тяжелые инфекции

**\* Препараты, используемые для лечения ДВС-синдрома:**

антитромбин III

свежезамороженная плазма

гепарин

эпсилон-аминокапроновая кислота

**# Геморрагический синдром при гемофилии характеризуется наличием:**

петехий

экхимозов

гематом

все ответы верны

**# При легкой форме гемофилии А содержание VIII фактора составляет:**

0-1%

1-2%

2-5%

5-50%

**# В коагулограмме при гемофилии характерно изменение показателя:**

АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время)

протромбиновое время

тромбопластиновое время

количество тромбоцитов

**\* Для геморрагического синдрома при геморрагическом васкулите не характерны:**

симметричность высыпаний

полиморфность высыпаний

полихромность высыпаний

несимметричность высыпаний

**# Клинические проявления гемофилии А связаны с дефицитом:**

VIII фактора

IX фактора

XI фактора

XII фактора

**# При гемофилии время кровотечения:**

удлиняется

не меняется

укорачивается

сначала удлиняется, потом укорачивается

**# Укажите диагностический признак гемофилии:**

снижение фибриногена

удлинение времени кровотечения

удлинение времени свертывания крови

снижение протромбинового показателя

**# О каком заболевании следует думать при наличии у больного гематомного типа кровоточивости?**

гемофилия

тромбоцитопения

геморрагический васкулит

ДВС-синдром

**# Укажите тип кровоточивости при геморрагическом васкулите:**

гематомный

петехиально-пятнистый

васкулитно-пурпурный

ангиоматозный

**U2 Модуль Гематология Тема: Занятие «Лимфогранулематоз»**

**# Патогенез тромбоцитопении при остром лейкозе обусловлен:**

угнетением мегакариоцитарного ростка

недостаточной функцией тромбоцитов

повышенным разрушением тромбоцитов

другой причиной

**# В детском возрасте среди всех лейкозов чаще встречается:**

острый лейкоз

хронический лейкоз.

оба ответа правильные

нет правильного ответа

**# Ребенок не может быть отнесен к группе инвалидов детства при:**

гемофилии

гетероиммунной гемолитической анемии

лейкозе

первичной тромбоцитопатии

**# К препаратам, применяющимся для лечения хронического миелолейкоза, относится:**

гливек

циклофосфан

метотрексат

преднизолон

**# Какие специфические цитохимические реакции соответствуют острому лимфобластному лейкозу?**

РАS-реакция на гликоген

положительная реакция на миелопероксидазу

РАS-реакция на гликоген, положительная реакция на миелопероксидазу

положительная реакция на липиды, положительная реакция на миелопероксидазу

**# Субстратом опухоли при хронической фазе хронического миелолейкоза являются:**

зрелые клети

незрелые клетки

оба ответа правильные

нет правильного ответа

**# При наличии какого признака диагноз острого лейкоза становится очевидным:**

анемия,

увеличение лимфоузлов,

бластемия в периферической крови,

геморрагии

**# Генерализованная лимфаденопатия редко выявляется при одном из следующих заболеваний:**

инфекционном мононуклеозе

малярии

лимфолейкозе

лимфогранулематозе

**# Как называются опухолевые клетки при лимфогранулематозе:**

мегалобласты,

клетки Березовского – Штернберга,

клетки Штенгеймера – Мальбина,

клетки Боткина – Гумпрехта,

**# Среди жалоб при лимфогранулематозе не характерна:**

интермиттирующая лихорадка

кожный зуд до расчесов

кровоточивость

похудание

**# Характерное изменение состава периферической крови на ранних этапах лимфогранулематоза:**

повышение СОЭ;

умеренный нейтрофильный лейкоцитоз;

тромбоцитопения;

изменения отсутствуют.

**#** **Острые и хронические лейкозы отличаются друг от друга:**

длительностью заболевания

остротой клинических проявлений

характером изменений в гемограмме

степенью дифференцировки опухолевых клеток

**#** **Индукция ремиссии острого лейкоза включает в себя применение:**

глюкокортикоидов

полихимиотерапии

лучевой терапии

глюкортикоидов+полихимиотерапии

**# Костномозговая ремиссия острого лейкоза подтверждается при наличии в костном мозге:**

менее 30% бластов

менее 10% бластов

менее 5% бластов

отсутствием бластов

**\*** **Для лечения острого лейкоза применяются:**

миелосан

циклофосфан

6-меркаптопурин

винкристин

преднизолон

**\*** **При экстрамедуллярном рецидиве острого лейкоза поражаются:**

лимфатические узлы

ЦНС

печень

костный мозг

яички

**# Наиболее часто в клинической картине при взрослом типе хро­нического миелолейкоза встречается:**

геморрагический синдром

увеличение лимфатических узлов

увеличение селезенки

увеличение печени

лихорадка

**# К препаратам, применяющимся для лечения хронического** мие­лолейкоза, относятся:

миелосан

циклофосфан

метотрексат

интерферон

**# Диагноз лимфогранулематоза ставится на основании:**

анализа периферической крови

пункции лимфатического узла

биопсии лимфатического узла

пункции костного мозга

**# Выбор схемы лечения лимфогранулематоза зависит** **от:**

стадии заболевания

гистологического варианта

степени активности процесса

всегда одинакова

**# Решающим в постановке диагноза лимфогранулематоза является:**

увеличение шейных лимфатических узлов

увеличение паратрахеальных лимфатических узлов

обнаружение клеток Березовского-Штернберга

гиперлейкоцитоз

**# Для какой стадии лимфогранулематоза характерно поражение костного мозга:**

I

II

III

IV

**# Для лечения IV стадии лимфогранулематоза применяется:** глюкокортикоиды+полихимиотерапия+лучевая терапия

только лучевая терапия

только полихимиотерапия

полихимиотерапия+лучевая терапия

посиндромная терапия

**# Наименее благоприятный прогноз при гистологическом вариан­те лимфогранулематоза:**

нодуллярный склероз

с лимфоцитарным преобладанием

смешанно-клеточный

с лимфоцитарным истощением

**U2 Модуль Гематология Тема: Занятие «Тромбоцитопатии»**

**Тестовые задания для проверки исходного уровня знаний**

**# Тип кровоточивости при иммунной тромбоцитопении:**

петехиально-пятнистый

гематомный

смешанный

васкулитно-пурпурный

**\* Среди этиологических факторов острой иммунной тромбоцитопении на первом месте стоят:**

аутоиммунные заболевания

применение вакцин, сывороток

вирусные инфекции

применение антикоагулянтов

**# Центральное место в патогенезе болезни Мошковица занимает:**

повышенное тромбообразование

тромбоцитопения

гемолитическая анемия

**# Наиболее эффективным методом лечения болезни Мошковица является:**

гепарин

свежезамороженная плазма

преднизолон

антиагреганты

**# При болезни Виллибрандта тип кровоточивости:**

петехиально-пятнистый

гематомный

смешанный

ангиоматозный

**# Тромбастения Гланцмана обусловлена:**

мембранными аномалиями тромбоцитов

недостаточным пулом хранения

нарушением реакции высвобождения

тромбоцитопенией

**# Болезнь Виллебранда:**

приобретенное аутоиммунное заболевание

приобретенное заболевание

наследственное заболевание, сцепленное с полом

наследственное заболевание, не сцепленное с полом

**# Нарушение созревания и аномалии мегакариоцитов, тромбоцитов и нейтрофилов описаны**

при тромбастении Гланцмана

при эссенциальной атромбии

при болезни Бернара – Сулье

при аномалии Мея-Хеглина

при болезни Виллебранда

**# Для лечения болезни Виллебранда эффективно применение:**

тромбоконцентрата

десмопрессина

дицинона

преднизолона

**\* Выберите из числа перечисленных показатели, изменяющиеся при тромбоцитопатиях:**

количество тромбоцитов

время свертывания

длительность кровотечения

ретракция кровяного сгустка

протромбиновый индекс

\* **Препараты, применяющиеся для лечения ИТП:**

Е-аминокапроновая кислота

свежезамороженная плазма

внутривенный иммуноглобулин

преднизолон

\* **Такой же тип кровоточивости, как при ИТП, отмечается при:**

тромбоцитопатиях

геморрагическом васкулите

лейкозах

апластических анемиях

**\* Для болезни Мошковица характерно наличие**

лихорадки

геморрагического синдрома

неврологической симптоматики

тромбоцитопении

гемолитической анемии

поражения сердца

**# При болезни Виллебранда наиболее эффективно применение:**

тромбоконцентрата

концентрата фактора Виллебранда

криопреципитата

ε-аминокапроновой кислоты

десмопрессина

**# Увеличение размеров тромбоцитов наблюдается:**

при тромбастении Гланцмана

при болезни Виллебранда

при болезни Бернара-Сулье

при аномалии Мея-Хеглина

**# Лечение геморрагического синдрома при иммунной тромбоцитопении проводят:**

переливанием тромбоконцетрата

переливанием недостающих факторов свертывания

введением внутривенного иммуноглобулина

преднизолоном

дициноном

**# Для идиопатической тромбоцитопенической пурпуры характерно изменение:**

времени кровотечения

времени свертываемости

и того, и другого

ни того, ни другого

**# Патогенез кровоточивости при идиопатической тромбоцитопе­нической пурпуре обусловлен:**

патологией сосудистой стенки

дефицитом плазменных факторов свертывания

нарушениями в сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза

все ответы верны

**# При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре тромбоцитопения обусловлена:**

недостаточным образованием тромбоцитов

повышенным разрушением тромбоцитов

перераспределением тромбоцитов

другой причиной

**# При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре в миелограмме характерно:**

угнетение мегакариоцитарного ростка

нормальное число мегакариоцитов

раздражение мегакариоцитарного ростка

нет правильных ответов

**# Для геморрагического синдрома при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре характерно:**

полиморфность высыпаний

полихромность высыпаний

несимметричность высыпаний

наличие излюбленной локализации

**# Лечение геморрагического синдрома при тромбоцитопенической пурпуре проводят:**

переливанием тромбоконцетрата

переливанием недостающих факторов свертывания

дициноном

преднизолоном

**#**  **Диагноз тромбоцитопатии устанавливается при наличии:**

тромбоцитопении

геморрагического синдрома

неполноценной функции тромбоцитов

изменений в миелограмме

**# Для лечения болезни Виллебранда эффективно применение:**

тромбоконцентрата

препаратов VIII фактора

дицинона

преднизолона

**# К тромбоцитопатиям с преимущественным нарушением агрегации относится:**

тромбастения Гланцмана

болезнь Виллебранда

болезнь Бернара-Сулье

синдром серых тромбоцитов

**# Для тромботической тромбоцитопенической пурпуры не характерно наличие:**

лихорадки

геморрагического синдрома

неврологической симптоматики

лимфаденопатии

**# Для геморрагического синдрома при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре не характерно наличие:**

симметричности высыпаний

полиморфности высыпаний

олихромности высыпаний

несимметричности высыпаний

**# Укажите симптомы, характерные для тромбоцитопенической пурпуры:**

кожные геморрагии, кровотечения из слизистых (носовые, маточные)

кожные геморрагии, кровоизлияния в слизистые оболочки, гемартроз

кожные геморрагии, кровоизлияния в слизистые, кровотечения из слизистых

все ответы верны.

**# Появление геморрагической сыпи у ребенка с сепсисом обусловлено в большей степени:**

сенсибилизацией организма

развитием ангиитов и тромбоваскулитов

нерациональной антибиотикотерапией

повышенной ломкостью сосудов

**\* К тромбоцитопатиям с преимущественным нарушением адгезии относятся:**

тромбастения Гланцмана

болезнь Виллебранда

болезнь Бернара-Сулье

Синдром серых тромбоцитов

**# Наиболее эффективным методом лечения болезни Мошковица является:**

гепарин

свежезамороженная плазма

преднизолон

тромбоконцентрат

антиаггреганты

**U2**  **Модуль «Кардиоревматология» Тема– «Синдром вегетативной дистонии. Артериальная гипертензия**

**\*К типам исходного вегетативного тонуса относятся:**

гипертонический,

гипотонический,

симпатикотонический,

ваготонический.

**\* Клиническими симптомами СВД по симпатикотоническому типу являются:**

сухость кожных покровов,

повышенная сальность кожи,

склонность к тахикардии,

склонность к брадикардии.

**\*Клиническими симптомами СВД по ваготоническому типу являются:**склонность к тахикардии,

склонность к брадикардии,

скудное потоотделение,

увеличенное потоотделение.

**\*Клинические симптомы, характерные в основном для симпатикотонии:**

белый или слегка розовый дермографизм,

тенденция к сужению границ сердца,

редкое, обильное мочеиспускание,

тенденция к снижению АД.

**\*Клинические симптомы, характерные в основном для ваготонии:**

красный стойкий разлитой дермографизм,

тенденция к повышению АД,

частое, необильное мочеиспускание,

тенденция к расширению границ сердца.

**\* Изменения показателей крови, характерные для симпатикотонии:**

увеличение количества лейкоцитов,

тенденция к лимфоцитозу, эозинофилии,

склонность к гипергликемии, повышению содержания кетоно­вых тел,

тенденция к развитию алкалоза.

**#Изменения показателей крови, характерные для ваготонии:**

тенденция к развитию ацидоза,

тенденция к увеличению уровня кальция,  
 тенденция к увеличению уровня калия,

склонность к повышению свертываемости крови.

**\*Изменения показателей ЭКГ, характерные для симпатикотонии:**

укорочение интервала *P-Q,*

депрессия зубца *Т* в стандартных и грудных отведениях,

синдром ранней реполяризации желудочков,

миграция водителя ритма.

**\*У детей раннего возраста чаще встречаются такие вегетовисцеральные нарушения, как:**

желудочно-кишечные расстройства,

Вегетозависимые кардиопатии,

нейрогенный мочевой пузырь,

ангиотрофоневроз.

**\*У детей старше 12 лет чаще встречаются такие вегетативные рас­стройства, как:**

желудочно-кишечные расстройства,

вегетозависимыекардиопатии,

цефалгический синдром,

гипервентиляционный синдром (дыхательный невроз).

**\*Для оценки исходного вегетативного тонуса используются:**

таблица А.М.Вейна,

кардиоинтервалография,

вегетативный индекс Кердо,

клиноортостатическая проба.

**# Для оценки вегетативного обеспечения функций организма исполь­зуются:**

таблица А.М.Вейна,

кардиоинтервалография,

индекс Кердо,

клиноортостатическая проба.

**#Для оценки вегетативной реактивности организма используются:**

таблица А.М.Вейна,

кардиоинтервалография,

индекс Кердо,

клиноортостатическая проба.

**\* Фитосредства, которые можно использовать при симпатикотонии:**

валериана,

пустырник,

Ново-Пассит,

настойка элеутерококка.

**\*При ваготонии для уменьшения эмоциональной напряженности целесообразнее назначать такие транквилизаторы, как:**

диазепам,

амизил,

Феназепам,

Грандаксин.

**\* АД повышается за счёт повышения общего периферического сосудистого сопротивления при следующих заболеваниях и состояниях:**

гиперальдостеронизм;  
 коарктация аорты;  
 стеноз почечных артерий;  
тиреотоксикоз;  
феохромоцитома.

**\* АД повышается за счёт увеличения сердечного выброса при следующих заболеваниях и состояниях:**

гиперинсулинизм;  
коарктация аорты;  
 тиреотоксикоз;  
тромбоз почечных артерий;  
 феохромоцитома.

**\* Артериальная гипертензия может быть:**

«белого халата»;  
 вторичная;  
доброкачественная семейная;  
 первичная;  
подострая;  
третичная.

**#Артериальная гипертензия у детей может возникать:**

в возрасте не раньше десяти лет;  
в возрасте не раньше пяти лет;  
 в любом возрасте;  
только в подростковом возрасте;  
только при медикаментозных отравлениях;  
только при наличии артериальной гипертензии в семейном анамнезе.

**\*Основными причинами вторичных АГ у детей являются:**

болезни респираторной системы

болезни почек

патология эндокринной системы

патология опорно-двигательного аппарата

болезни сердца и магистральных сосудов

**\*Ренальные АГ классифицируются на:**

ренопаренхиматозную

дисциркуляторную

реноваскулярную

натрийзависимую

перманентную

**\*Эндокринные АГ связаны с патологией:**

патологией мозгового слоя надпочечников

патологией клубочкового слоя коры надпочечников

гипофункцией щитовидной железы

гиперфункцией передней доли гипофиза

гиперфункцией щитовидной железы

**# Кардиоваскулярные АГ развиваются при следующих ВПС:**

болезни Фалло

дефекте межжелудочковой перегородки

открытом артериальном протоке

полной атриовентрикулярной блокаде

коарктации аорты

**\*Перечислите медикаменты, которые могут приводить к АГ при нерациональном или длительном их применении:**

сердечные гликозиды

глюкокортикостероиды

симпатомиметики

бетадреноблокаторы

нестероидные противовоспалительные препараты

циклоспорин

**\*Для клинических проявлений ВСД по ваготоническому типу характерно:**

Сужение зрачка.

сухость кожи.

Повышенная потливость.

Снижение температуры тела.

Брадикардия.

**\*Для коррекции гипотонического состояния применяются:**

β-адреноблокаторы

Адреномиметики

Блокаторы кальциевых каналов

Холинолитики

Ингибиторы АПФ.

**\*Для клинических проявлений СВД по симпатикотоническому типу:**

Зрачок расширен.

Кожа бледная.

Температура тела повышена.

Конечности холодные.

Тахикардия

**\*Для вагоинсулярного криза характерно:**

Обильная потливость.

Мигренеподобная головная боль.

Снижение артериального давления.

Тахикардия вплоть до пароксизмальной.

Повышение артериального давления.

**\*Для симпатикоадреналового криза характерны:**

Озноб.

Тахикардия вплоть до пароксизмальной.

Повышение артериального давления.

Неприятные ощущения в области грудной клетки.

Боли в животе

Аллергическая сыпь

**# К адаптогенам с наибольшим стимулирующим эффектом относятся**

фенхель

чай зеленый

женьшень

Элеутерококк

**# Препаратом выбора при термоневрозе является**

персен

ноотропил

кудесан

пирроксан

**# К седативным средствам растительного происхождения**

относятся

лимонник

пион

аралия

мелисса

**#Наиболее частой клинической формой вегетативных**

сосудистых кризов у детей является

истероподобный

мигренеподобный

симпатоадреналовый

вагоинсулярный

**# В соответствие с едиными критериями артериальной**

**гипотонией в возрасте 16 - 17 лет считается**

90/55 мм рт. ст

80/40 мм рт. ст

90/50 мм рт. ст

85/45 мм рт. ст

**U2Модуль «Кардиоревматология» Тема «Недостаточность кровообращения у детей»**

**\*Перегрузка сердца давлением развивается при:**

артериальной гипертензии

дилятационной кардиомиопатии

аортальном стенозе

аортальной регургитации

ДМЖП

**\* Снижение сократимости миокарда является первичным при:**

**гипертрофической кардиомиопатии**

миокардите

недостаточности трехстворчатого клапана

стенозе атриовентрикулярного отверстия

Дилятационной кардиомиопатии

**\* Перегрузка сердца объёмом развивается при:**

анемии

аортальной недостаточности

аневризме левого желудочка

дефекте межжелудочковой перегородки

стенозе легочной артерии

**\*Состоянием, которое не относят к острой сосудистой недостаточности, является**

пароксизмальная тахикардия

обморок

коллапс

шок

отек легких

**\*Синдром сердечной недостаточности подтверждается изменением показателей:**

рентгенографии сердца

эхокардиографии

увеличение натрийуретического пептида

Реоэнцефалографии

**\*Для лечения синдрома сердечной недостаточности используют:**

периферические вазодилататоры

диуретики

антибактериальные препараты

ингибиторы АПФ

сердечные гликозиды

**\*Перечислите клинические признаки уменьшенного сердечного выброса**

бледность, потливость

ритм галопа

кардиомегалия

учащенное сердцебиение

тоны сердца ясные, ритмичные

**\* Назовите признаки системного венозного застоя при сердечной недостаточности у детей:**

отсутствие отеков

размеры печени в пределах нормы

гепатомегалия

периферические отеки

пульсация яремных вен

**\* Выберите признаки сердечной недостаточности функционального класса III NYHA/ROSS у детей раннего возраста:**

тахипноэ при минимальной нагрузке

одышка при минимальной нагрузке

тахипноэ в покое

задержка физического развития

диафорез в покое

**\* Отметьте параклинические обязательные исследования при сердечной недостаточности у детей:**

рентгенография грудной клетки

спирография

Эхокардиография Doppler;

уровень натриуретических пептидов

уровень электролитов сыворотки

**#В Нью-Йоркской классификации сердечной недостаточности выделяют:**

5 функциональных классов

3 стадии

4 функциональных класса

4 стадии

**# В классификации недостаточности кровообращения по Стражеско, Василенко выделяют следующие стадии:**

1. I, IIA, IIБ, III

IA, IБ, IIA, IIБ, IIIА, IIIБ

I, II, III

**#Недостаточность кровообращения по левожелудочковому типу ІІА степени:**

ЧСС и ЧДД в покое соответствуют возрасту

ЧСС увеличено на 30-50 и ЧДД на 50-70% относительно нормы, акроцианоз,навязчивый кашель, влажные мелкопузырчатые хрипы в легких.

число сердечных отношений и дыханий увеличено на 15-30 и 30-50 относительно нормы, единичные сухие хрипы в легких.

число сердечных сокращений и дыханий в 1 мин увеличено на 50-60 и 70-100%относительно нормы, клиническая картина предотека и отека легких.

гепатомегалия, отечный синдром (отеки на лице, ногах, гидроторакс, гидроперикард,асцит).

**#Укажите симптомы правожелудочковой недостаточности ІІБ степени:**

акроцианоз, навязчивый кашель, влажные мелкопузырчатые хрипы в легких.

одышка, тахикардия появляются после нагрузки.

пастозность, набухание шейных вен, печень выступает на 3-5 см из-под реберной дуги,одышка, тахикардия.

гепатомегалия отечный синдром (отеки на лице, ногах, гидроторакс, гидроперикард,асцит).

**#Какой должна быть частота пульса у детей в возрасте 1—2 лет?**

140—160 в минуту.

115—120 в минуту.

Около 100 в минуту.

80—90 в минуту.

70—80 в минуту.

**#Какие из перечисленных ниже симптомов могут свидетельствовать о патологии сердечно- сосудистой системы у ребенка 3 лет?**

A. ЧСС в покое 132 в минуту.

АД 90/45 мм рт.ст.

Левая граница относительной тупости сердца на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии.

Акцент 2 тона над легочной артерией.

**#Какому возрасту соответствуют следующие границы относительной тупости сердца: верхняя — II ребро, правая — правая парастернальная линия, левая — 2 см кнаружи от левой срединноключичной линии?**

6 мес.

3 года.

5 лет.

7 лет.

11лет.

**# Легочная гипертензия не наблюдается при**

открытом артериальном протоке

дефекте межпредсердной перегородки

изолированном стенозе легочной артерии

дефекте межжелудочковой перегородки

**#Синдром «легочного» сердца неразвивается при следующих заболеваниях**

ХОБЛ

диффузный интерстициальный легочный фиброз

первичная легочная гипертензия

гемосидероз легких

коарктация аорты

**#Какой симптом не характерен для хронической сердечной недостаточности у детей?**

одышка

тахикардия

застойная печень

отеки

снижение венозного давления

**# Перегрузка объемом миокарда желудочков компенсаторно сопровождается**

реализацией закона Франка-Старлинга

гипертрофией миокарда

тахикардией

повышением артериального давления

**# К хронической сердечной недостаточности обычно не приводит:**

вегетососудистая дистония с кардиалгическим синдромом

ревматический порок сердца

хронический обструктивный бронхит

дилатационная кардиомиопатия

гипертрофическая кардиомиопатия

**# Выберите совокупность симптомов, характерных для левожелудочковой сердечной недостаточности:**

рецидивирующие ночные приступы удушья; ночной кашель; сердцебиение

рецидивирующие ночные приступы удушья; боли в сердце; тяжесть в правом подреберье

лихорадка; ночной кашель; утомляемость

одышка; сердцебиение; тяжесть в правом подреберье

одышка; лихорадка; боли в сердце

**#Выберите совокупность симптомов, характерных для правожелудочковой сердечной недостаточности:**

одышка; сердцебиение; тяжесть в правом подреберье

рецидивирующие ночные приступы удушья; боли в сердце; тяжесть в правом подреберье

лихорадка; ночной кашель; утомляемость

рецидивирующие ночные приступы удушья; ночной кашель; сердцебиение

одышка; лихорадка; боли в сердце

**#ЭХО-кардиографическим признаком сердечной недостаточности является:**

снижение фракции выброса левого желудочка

увеличение фракции выброса левого желудочка

уменьшение полости левого желудочка, однонаправленное движение створок митрального клапана

разнонаправленное движение створок митрального клапана

**#Острая сосудистая недостаточность может сопровождаться:**

влажным кашлем

влажными хрипами в легких

сухими хрипами в легких

падением артериального давления

**#Утомляемость и бледность при сердечной недостаточности обусловлена:**

Повышенным выбросом катехоламинов

задержкой жидкости и солей

снижением фракции выброса

нарушением коронарной недостаточности

интерстициальным легочным отеком

**# Ранний клинический признак при сердечной недостаточности у грудных детей:**

тахипноэ

менингеальные симптомы

олигурия

цианоз

бледность

**# Быстрое увеличение массы тела у грудного ребенка при сердечной недостаточности связана с:**

лимфатичемким диатезом

одышкой

печеночной недостаточностью

отеками

почечной недостаточностью

**#Повышенная потливость при сердечной недостаточности у детей связана с:**

одышкой

повышенным выделением катехоламинов индуцированным снижением сердечного выброса отеками

утомляемостью

артериальной гипотензией

**#Оптимизация нутриционного статуса у грудного ребенка с сердечной недостаточностью предполагает увеличение калорийности :**

170 ккал/день

150 ккал/день

< 100 ккал/день

< 80 ккал/день

300 ккал/день

**# При сердечной недостаточности у ребенка с перикардитом противопоказано:**

препараты дигиталиса

β-aдреноблокаторы

ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

диуретики

антагонисты рецепторов альдостерона

**#Выберите препараты первой линии при острой сердечной недостаточности у детей:**

допаминэргические

β –aдреноблокаторы

ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

диуретики

антагонисты рецепторов альдостерона

**U2 Модуль «Кардиоревматология» Тема – «Диффузные заболевания соединительной ткани у детей»**

**\*Факторами, предрасполагающими к развитию системной красной волчанки, могут быть:**

возраст женщин от 14 до 24 лет

гиперинсоляция

переохлаждение

возраст до 1 года

**\*При подозрении на заболевание из группы системных поражений соединительной ткани в план обследования необходимо включить:**

эхокардиографию

велоэргометрию

ЭКГ

анализ протеинограммы

общий анализ крови

**\* Для узелкового полиартериита характерны следующие синдромы:**

миокардит

олигофрения

мочевой синдром

повышение артериального давления

кожные отеки или сухие некрозы

**\* Симптомами СКВ являются:**

эритема, капилляриты

полисерозиты

диарея

лихорадка

**\* Особенностями поражения почек при СКВ являются:**

нефротический синдром

нефролитиаз

повышение АД.

протеинурия

быстро прогрессирующий гломерулонефрит

**\*Для СКВ характерно:**

антитела к ДНК

повышение IgA

повышение IgG

гипокомплементемия

лейкопения

**# При системной красной волчанке наибольшую диагностическую значимость имеет:**

повышение иммуноглобулинов;

диспротеинемия;

наличие антител к двухспиральной ДНК;

увеличение СОЭ;

изменения в моче.

**\*Применение стероидных (гормональных) противовоспалительных препаратов может вызвать:**

усиление тромбообразования;

повышение артериального давления;

возникновение язвы в желудочно-кишечном тракте;

гипергликемию;

гиперкалиемию

снижение аппетита

**# Наиболее выражены изменения кожи в виде индурации и атрофии при:**

склеродермии

узелковом полиартериите

системной красной волчанке

ювенильном ревматоидном артрите

**# У больной 11 лет в течение 2-х лет наблюдаются изменения на коже туловища и конечностей в виде участков уплотнения, гиперпигментации, а также похолодание пальцев конечностей, артралгии. С-реактивный белок, серомукоид в пределах нормы. Рентгенография органов грудной клетки: "ячеистый" рисунок в задненижних отделах. Обнаружены анти-Sсl 70 антитела. Установите предварительный диагноз:**

Синдром Рейно

Системная склеродермия

Ювенильный ревматоидный артрит

Дерматомиозит

Системная красная волчанка

**#У ребенка 12 лет жалобы на повышение температуры тела, боли в**

**мышцах, затруднение при глотании пищи. При осмотре выявлены отечность и эритематозно-лиловые высыпания вокруг глаз, эритематозно-папулезные высыпания над коленными, локтевыми и межфаланговыми суставами пальцев кистей. Самостоятельно не передвигается из-за мышечных болей. Пальпация мышц болезненная, мышечный тонус снижен. Границы сердца расширены в поперечнике. Тоны глухие, учащены. Печень +2,5 см. Высказано предположение о дерматомиозите. Какое из обследований подтвердит высказанное предположение?**

Острофазовые показатели

Электрокардиограмма

Аутокоагуляционный тест

Антинуклеарные антитела

Креатинфосфокиназа, лактатдегидрогеназа сыворотки

**# Девочка находится в клинике по поводу системной красной волчанки,**

**степени активности, экссудативной эритемы, миокардита, вторичного**

**нефрита. Несмотря на проводимую в течение 4 недель терапию преднизолоном в суточной дозе 1 мг/кг массы тела сохраняются выраженный отечный синдром, артериальная гипертензия, значительная протеинурия. Определите дальнейшую стратегию патогенетической терапии:**

Назначение другого кортикостероида

Назначение гепарина

Назначение азатиоприна

Назначение циклофосфана

Назначение плаквенила

**#У мальчика 10 лет через 2 недели после перенесенной острой**

**респираторной вирусной инфекции появились общая слабость, субфебрилитет, боли в мышцах и суставах, затруднения при глотании пищи, поперхивание, лиловая эритема и отек в периорбитальной области. Мышцы на ощупь уплотнены, болезненные. Мышечный тонус снижен. Высказано предположение о дерматомиозите. Выделите ведущий патологический синдром у больного:**

Интоксикационный

Тромбангиитический

Миопатический

Псевдобульбарный

Суставной

**# Из поражений сердечно-сосудистой системы для системной склеродермии наиболее типичным является развитие:**митрального стеноза  
аортальной недостаточности  
экссудативного перикардита  
 крупноочагового кардиосклероза   
асептического бородавчатого эндокардита

**\* Какие лабораторные показатели имеют наибольшее диагностическое значение при дерматомиозите?**холестерин;  
 КФК;  
креатининурия;

мочевая кислота;  
щелочная фосфатаза.

**\*Для суставного синдрома при системной склеродермии характерными являются:** кальциноз мягких тканей в области суставов пальцев;  
 остеолиз ногтевых фаланг;  
остеофитоз;  
поражение крупных суставов;  
спондилит.

**# При каком заболевании редко наблюдается поражение почек**дерматомиозит   
системная склеродермия  
узелковый периартрит  
системная красная волчанка

**\*Патогномоничным признаком дерматомиозита следует считать:** параорбитальный отек;  
 пурпурно-меловая эритема верхних век;  
 стойкая шелушащаяся эритема над пястно-фаланговыми и проксимальными межфаланговыми суставами;  
васкулитная «бабочка»;  
кольцевидная эритема.

**\*К дополнительным диагностическим признакам склеродермии относятся:**базальный пневмосклероз;  
поражение желудочно-кишечного тракта;  
 телеангиэктазии;  
 гиперпигментация кожи;  
остеолиз.

**# Развитие склеродермической нефропатии обусловлено первичным поражением**клубочков  
канальцев

артериол   
чашечно-лоханочной системы

**# При остром течении системной красной волчанки период от начала заболевания до развития выраженной полисиндромности составляет** 1-6 мес   
6-12 мес  
более 12 мес

**# Первая фаза синдрома Рейно проявляется**реактивной гиперемией кожи пальцев кистей и стоп  
цианозом дистальных отделов конечностей  
"побелением" пальцев кистей и стоп в результате вазоконстрикции   
парастезиями по всей руке, ноге

**\*При проведении больным системной красной волчанкой пульс-терапии глюкокортикостероидами** **используют**преднизолон  
дексаметазон  
 метилпреднизолон   
триамцинолон

**# Патогномоничным проявлением дерматомиозита служит** параорбитальный отек с лиловой ("гелиотропной") эритемой верхнего века и синдромом Готтрона(эритемой над пястно-фаланговыми суставами)   
эритема на открытых участках кожи  
пойкилодермия  
алопеция  
синдром Рейно

**# При системной склеродермии преимущественно поражаются следующие кровеносные сосуды** артериолы и капилляры

сосуды среднего калибра  
сосуды любого диаметра  
крупные сосуды

**# Перечислите препараты, оказывающие влияние на избыточное коллагенообразование при системной склеродермии:** Д-пеницилламин;

преднизолон  
индометацин;  
азатиоприн;  
диклофенак.

**\* Для эндокардита Либмана-Сакса при СКВ характерно:** наличие «бородавок»;  
 грубый систолический шум на верхушке;  
 ослабление I тона на верхушке;  
ослабление II тона над легочной артерией;  
грубый диастолический шум на верхушке.

**# Препаратом выбора при развитии истинной склеродермической почки является**адреноблокаторы  
каптоприл   
нативная плазма  
глюкокортикостероиды

**# При диффузной форме системной склеродермии поражается кожа преимущественно следующих участков тела**лица, пальцев кистей и стоп  
 туловища и проксимальных отделов конечностей (до пястно-фаланговых и плюснефаланговых суставов)   
туловища  
головы

**\* CREST-синдром характеризуется развитием:**кардита;  
эрозий;  
 синдрома Рейно;  
 склеродактилий;  
 телеангиэктазии.

**# Какие этиологические факторы способствуют развитию ДЗСТ:**

вирусные инфекции

наследственность

пол и предшествующее этиологически значимое заболевание

психические и физические травмы

**# Состояние кожных покровов при СКВ**

кожные покровы чистые

петехиальная сыпь на нижних конечностях

эритематозная симметричная сыпь на лице

кожные покровы цианотичные

**# Поражение суставов при СКВ( в начале болезни):**

суставы увеличены, ограничены в движениях

летучие боли в суставах

суставный с-м мало выражен

суставы деформированы

**U2 Модуль Кардиоревматология Тема– «Инфекционный эндокардит»**

**\*При стрептококковом метициллин-резистентном инфекционном эндокардите можно назначить**

Пенициллин G

Цефтриаксон

Ванкомицин

Гентамицин

Амоксациллин

**\* Большими критериями диагностики инфекционного эндокардита являются:**

Лихорадка ≥ 380C

Лихорадка ≤ 380C

Положительная гемокультура из 3 периферических вен

Положительная гемокультура из 1 периферической вены

Наличие вегетаций на ЭхоКГ

**\* Укажите основные клинические признаки инфекционного эндокардита:**

Диарея

Рвота

Озноб

Повышенное потоотделение

Лихорадка

**\* При ИЭ правых отделов сердца чаще встречаются следующие осложнения:**

Септические пневмонии

Многоочаговые деструктивные пневмонии

эмболии сосудов мозга

эмболиикоронарных сосудов

Легочные абсцессы

**\* При ИЭ левых отделов сердца чаще встречаются следующие осложнения:**

эмболии сосудов почек

эмболии сосудов мозга

Эмболии сосудов селезёнки

эмболии коронарных сосудов

Легочные абсцессы

**\* Назовите осложнения инфекционного эндокардита:**

Гломерулонефрит

Тромбоэмболии

Сердечная недостаточность

Токсический гепатит

**\* Обязательная профилактика ИЭ осуществляется у пациентов с:**

Пролапсом митрального клапана 1-2 степени

ВПС

Гипертрофической кардиопатией

Клапанными протезами

ИЭ в анамнезе

**\* Малыми критериями для постановки диагноза ИЭ, являются:**

Лихорадка ≥ 38ºC

Положительная гемогультура

Отторжение протеза на ЭхоКГ

Возможное наличие вегетаций на ЭхоКГ

Наличие сердечных предрасполагающих факторов

**# Наиболее часто вызывают поражение эндокарда**

Лактобактерии

Синегнойная палочка

Стрептококки, стафилококки

Грибы

Менингококки

**# Для острого инфекционного эндокардита характерно**

Наличие лихорадки без озноба

Отсутствие лейкоцитоза

Медленное формирование порока сердца

Сердечная недостаточность никогда не возникает

Наличие синдрома системного воспалительного ответа с быстрым

формированием порока сердца и сердечной недостаточности

**# Какое лечение следует назначить больному инфекционным эндокардитом при отрицательных**

**результатах посева крови**

Пенициллин

Пенициллин+аминогликозиды

Цефалоспорины

Хирургическое лечение

**# Какой вид поражения почек наиболее часто встречается у больных в иммуновоспалительную фазу инфекционного эндокардита**

Гломерулонефрит

Пиелонефрит

Амилоидоз

Нефроптоз

**# У больного инфекционным эндокардитом на фоне лечения антибиотиками температура тела нормализовалась, однако нарастают явления выраженной**

**сердечной недостаточности. больной получает диуретики, бета-блокаторы. пульс 112 уд/мин. АД-140/20 мм рт.ст. ваша тактика**

Увеличить дозу антибиотиков

Произвести плазмаферез

Увеличить дозу диуретиков

Направить на хирургическое лечение

Добавить ингибиторы АПФ

**# Возможные причины отрицательного результата при посеве крови у больных инфекционным эндокардитом**

Вирусная природа эндокардита

Использование жидких питательных сред

Неправильная методика взятия крови

Возможна неправильная методика забора крови, использование

недостаточного набора сред или грибковая этиология заболевания

**# Признаки инфаркта почки при остром инфекционном эндокардите**

Гематурия

Боль в поясничной области

нефротический синдром

Гематурия и боль в поясничной области

**# Возникновение каких процессов (из перечисленных) возможно при инфекционном эндокардите**

Синдром Гудпасчера

Левосторонний пиелонефрит

Хронический цистит

Нефроптоз

Абсцесс почки, инфаркт почки, диффузный гломерулонефрит

**#Антибиотик, показанный при эндокардите, вызванном грибами**

Тетрациклин

Амфотерицин В

Цефтриаксон

Ампициллин

**#Тактика антибактериальной терапии при остром инфекционном эндокардите**

Немедленное назначение больших доз антибиотиков с учетом наиболее

вероятной микробной флоры в каждом случае

Немедленное назначение больших доз антибиотиков с учетом наиболее

вероятной микробной флоры после взятия посевов крови, коррекция антибактериальной терапии после получения результатов бактериологического исследования

Назначение больших доз антибиотиков только после получения

результатов бактериологического исследования

Антибактериальная терапия назначается только при формировании

порока сердца

**# Наиболее часто при инфекционном эндокардите у наркоманов поражается**

Митральный клапан

Аортальный клапан

Трикуспидальный клапан

Клапан легочной артерии

**# При подостром инфекционном эндокардите порок сердца чаще формируется**

В течение 2–3 недель от начала заболевания

В течение 1–6 месяцев от начала заболевания

К концу 1-го года заболевания

Через 3–5 лет

порок не формируется

**#Клинические признаки у больных ИЭ, требующие срочной госпитализации**

Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения

Наличие лихорадки

Тромбоэмболические осложнения

Повышение артериального давления

Госпитализация не требуется

**# Острый инфекционный эндокардит может осложниться**

Разрывом створки, хорды

Образованием аневризмы аорты

Разрывом межжелудочковой перегородки

Развитием гемоперикарда

**#Показанием для хирургического лечения больного инфекционным эндокардитом является:**

Инфекционный эндокардит грибковой этиологии

Хронические очаги инфекции в организме

Предшествующие заболевания сердца

Наличие искусственных клапанов

**#Высокий риск тромбоэмболических осложнений при инфекционном эндокардите связан с наличием:**

Вегетаций на нескольких клапанах

Больших вегетаций размером более 10 мм

Стрептококковой этиологии болезни

Быстрой деструкции клапана

Локализации вегетаций на аортальном клапане

**#Предрасполагающими факторами для инфекционного эндокардита являются**

Порок сердца

Бактериемия

Порок сердца и бактериемия

Порок сердца и тромбоэмболия в анамнезе

**#Причиной бактериемии чаще всего являются**

Хронический очаг инфекции в полости рта

Урогенитальные вмешательства

Операции на желудочно-кишечном тракте

Катетеризация вен

Катетеризация артерий

**#Продолжительность лечения антибиотиками при инфекционном эндокардите, как правило,** составляет

2 недели

4–6 недель

Более 6-8 недель

2 раза в год в течение 1 месяца

**#Обязательная профилактика ИЭ осуществляется у пациентов с:**

Пролапсом митрального клапана 1-2 степени

ВПС

Гипертрофической кардиопатией

Клапанными протезами

ИЭ в анамнезе

**U2 Модуль «Кардиоревматология» Тема – «Неревматические миокардиты, кардиомиопатии у детей»**

**#Аускультативные признаки миокардита**

грубый систолический шум во всех точках аускультации

свистящие хрипы в легких

грубый систолический шум в 3-4 межреберье по левому краю грудины

приглушение сердечных тонов

**#К исходам острого миокардита относится**

гипертрофическая кардиомиопатия

наследственная дилатационная кардиомиопатия

поствоспалительная дилатационная кардиомиопатия

рестриктивная кардиомиопатия

**#Самые частые возбудители миокардита у детей раннего возраста**

Стафилококки

хламидии

микоплазмы

Герпесвирусы

**#Инструментальные методы диагностики миокардита**

кардиоинтервалография

спирография

клиноортостатическая проба

электрокардиография

**#Наиболее информативный лабораторный показатель при тяжелом миокардите**

С-реактивный белок

креатинфосфокиназа

тропонин

Лактатдегидрогеназа

**#Рентгенологические признаки миокардита**

уменьшение кардиоторакального индекса

очаговые тени в легких

увеличение кардиоторакального индекса

гиповолемия малого круга кровообращения

**#Миокардиты чаще всего вызываются**

риккетсиями

бактериями

грибами

вирусами

**#Какие аускультативные данные типичны для обструктивной гипертрофической кардиомиопатии**

ослабление I тона на верхушке и систолический шум над аортой

«металлический» II тон над аортой и диастолический шум

нормальный I тон и отсутствие шумов над аортой

усиление I тона на верхушке и диастолический шум

I тон на верхушке нормальной звучности, систолический шум по левому краю грудины и на верхушке

**#При каких заболеваниях сердца развитие сердечной недостаточности является следствием нарушения диастолической функции миокарда?**

миокардит

дилатационная кардиомиопатия

гипертрофическая кардиомиопатия

инфаркт миокарда

аритмогенная

**\* Особенности функции левого желудочка при гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП):**

нормальная систолическая функция

гиперсистолическая функция

нормальная диастолическая функция

ослабленная систолическая функция

нарушение диастолической функции

**\*Показания к трансплантации сердца при ГКМП:**

устойчивая к консервативному лечению хроническая сердечная недостаточность

недостаточность III функционального класса

обмороки

стенокардия напряжения

большой субаортальный градиент (50 мм.рт. столба и больше)

**#Имплантация электрокардиостимулятора проводится при**

желудочковой тахикардии

суправентрикулярной тахикардии

полной атриовентрикулярной блокаде

желудочковой экстрасистолии

**#Клинические проявления врожденного миокардита появляются**

в концу первой недели жизни

в первые 72 часа после рождения

в течение 6 месяцев после рождения

в течение первого месяца жизни

**#Симптом Плеша - это**

пульсация сонных артерий

набухание шейных вен при надавливании на область печени

акцент II тона над легочной артерией

выраженный сердечный толчок

**#Что является наиболее частой причиной миокардита?**

инфекционные агенты

диффузные заболевания соединительной ткани

радиационное воздействие

токсические агенты

**# Клиника сердечной недостаточности при врожденном миокардите появляется**

в первые 7 дней после рождения

в первый месяц после рождения

в первые сутки жизни после рождения

в первые 3 суток после рождения

**#Показания к назначению глюкокортикостероидов при миокардите**

среднетяжелое и тяжелое течение миокардита

тяжелое течение миокардита с прогрессирующей сердечной недостаточностью

при всех случаях миокардита

бактериальный миокардит

**#Диагностика острого миокардита основывается на**

повышении АСЛО

динамике клинических симптомов

изменениях в общем анализе крови

повышении креатинфосфокиназы и лактатдегидрогеназы

**#Самый характерный эхо-кардиографический признак миокардита**

снижение фракции выброса

повышение фракции выброса

дилатация коронарных артерий

дилатация правого желудочка

**#Гипертрофическая кардиомиопатия является следствием:**

аортального стеноза

артериальной гипертонии

нарушением синтеза белков сердечного саркомера

физических тренировок

субаортального стеноза

**#Что из перечисленного может усиливать внутрижелудочковый градиент давления у больных гипертрофической кардиомиопатией?**

увеличение объёма циркулирующей крови

назначение бета-адреноблокаторов

физическая нагрузка

поднятие нижних конечностей

снижение сократительной функции миокарда

**#Укажите типичные аускультативные признаки субаортального стеноза:**

акцент и расщепление второго тона над грудиной

систолический шум над грудиной, который не проводится на сосуды шеи

систолический шум над грудиной, который проводится на сосуды шеи

систолический и диастолический шум над грудиной

**#Что из перечисленного может уменьшать выраженность внутрижелудочкового градиента давления у больных гипертрофической кардиомиопатией?**

назначение бета-адреноблокаторов

увеличение ЧСС

проведение пробы Вальсальвы

физическая нагрузка

назначение изопротеренола

**#Лечение острой сердечной недостаточности при миокардите включает**

иммуноглобулины

диуретики

цитостатики

глюкокортикостероиды

**#Расширение границ сердечной тупости при остром миокардите отмечается чаще всего**

в обе стороны

влево

Вправо

**#Характерные клинические признаки острого миокардита**

одышка

сердечный горб

очаговая неврологическая симптоматика

повышение температуры тела

**#Какой лабораторный показатель отражает активность воспалительного процесса в миокарде?**

повышение уровня АСЛО

повышение уровня СК-МБ

повышение С-реактивного белка

повышенный прокальцитониновый тест

**# Длительность острого миокардита от начала заболевания**

до 1 месяца

до 3 недель

до 6 месяцев

до 6 недель

**# К осложнению острого миокардита относится**

гиповолемический шок

кардиогенный шок

септический шок

анафилактический шок

**#ЭКГ-признаки миокардита**

неполная блокада правой ножки пуска Гиса

снижение вольтажа основных зубцов

укорочение интервала PQ

синдром ранней реполяризации желудочков

**#Нарушения процесса реполяризации миокарда на ЭКГ при миокардите проявляются в виде**

отрицательных зубцов Т в правых грудных отведениях

отрицательного зубца Т в III стандартном отведении

отрицательного зубца Т в отведении aVR

отрицательных зубцов Т в левых грудных отведениях

**#При какой локальной толщине левого желудочка следует подозревать гипертрофическую кардиомиопатию?**

15 – 16 мм

25 – 30 мм

17 – 19 мм

11 – 14 мм

20 – 24 мм

**#Чем обусловлен субаортальный стеноз при гипертрофической кардиомиопатии?**

клапанным стенозом устья аорты

гипертрофией сосочковых мышц

гипертрофией свободной стенки левого желудочка

гипертрофией межжелудочковой перегородки

гипертрофией межжелудочковой перегородки и движением в ее сторону передней створки митрального клапана

**#При обструктивной форме гипертрофической кардиомиопатии противопоказаны:**

ингибиторы АПФ

антагонисты кальция

амиодарон

бета-блокаторы

сердечные гликозиды

**#Для гипертрофической кардиомиопатии характерным является:**

гипертрофия миокарда левого и правого желудочков

гипертрофия левого желудочка и левого предсердия

локальная гипертрофия левого желудочка и межжелудочковой перегородки

гипертрофия только левого желудочка

**#Рекомендуемый препарат для лечения острого миокардита вирусной этиологии**

амоксициллин

диклофенак

иммуноглобулин для внутривенного введения

делагил

азитромицин

#Ребенок 10 лет, 3 недели назад перенес ОРВИ. Объективно: расширение границ сердца в **поперечнике, тоны сердца приглушены, мягкий систолический шум на верхушке, появились единичные экстрасистолы. Какие изменения на эхокардиограмме наиболее вероятны у данного больного**

уменьшение полостей сердца

повышение фракций выброса

увеличение полостей сердца и снижение фракций выброса

наличие вегетаций на клапанах

уменьшение полостей сердца и снижение фракций выброса

**# У 8-летнего ребенка расширение границы сердца в поперечнике, тоны сердца приглушены. Мягкий систолический шум на верхушке, беспорядочные экстрасистолии. Две недели тому назад перенес ОРВИ в тяжелой форме. Ваш диагноз**

ревматическая лихорадка

острый миокардит

миокардиодистрофия

пролапс митрального клапана

инфекционный эндокардит

**# При миокардите вирусной этиологии со стороны сердца наиболее достоверным кардиальным признаком является**

систолодиастолический шум

усиление І тона на верхушке

громкие тоны сердца

Приглушенные тоны сердца

грубый систолический шум

**# Причиной появления систолического шума при остром миокардите является**

относительная недостаточность митрального клапана

пролапс митрального клапана

стеноз митрального клапана

наличие дополнительных трабекул

стеноз аорты

**#К ранним клиническим признакам острого миокардита можно отнести из ниже перечисленного следующее**

увеличение границ сердца

аритмии

боли в области сердца

увеличение печени

систолический шум

**#Миокардиту наиболее часто предшествует**

ангина

пневмония

хронический тонзиллит

гастроэнтерит

острое респираторное заболевание

**# Эхокардиографические признаки, характерные для дилатационной кардиомиопатии**

гипертрофия правого желудочка

дилатация правого желудочка

дилатация левого желудочка

гипертрофия перегородки

# Морфологические изменения, характерные для дилатационной кардиомиопатии

увеличение массы сердца

увеличение толщины стенки левого желудочка

нормальная толщина стенки левого желудочка

утолщение межжелудочковой перегородки

склероз эндокарда

расширение всех камер сердца

**U2 Модуль Кардиоревматология Тема– «Ювенильный ревматоидный артрит»**

**# При ревматоидном артрите может наблюдаться:**

высокая лихорадка;

перикардит;

лейкопения

СОЭ 60 мм/ч;

анулярная эритема

**# Для дифференциальной диагностики поражения коленного су­става ревматоидной и туберкулезной природы наиболее информативно:**

положительная реакция Манту;

рентгенологические данные;

определение иммуноглобулинов;

утолщение костальной плевры;

лимфоаденопатия.

**\* Особенностями течения ювенильного ревматоидного артрита является:**

высокая лихорадка

лейкоцитоз

лимфоцитоз

тромбоцитопения

лимфаденопатия

поражение мелких суставов

**\* Критерии диагностики ювенильного ревматоидного артрита включают следующие признаки:**

артрит одного сустава не менее 3-х месяцев

утренняя скованность

кардит

поражение шейного отдела позвоночника

симметричное поражение мелких суставов

**# При лечении больного цитостатическими иммуносупрессантами необходимо назначать регулярно:**

консультацию окулиста;

клинический анализ крови;

рентгенографию (для выявления остеопороза);

измерение артериального давления;

УЗИ органов брюшной полости.

**# У ребенка 8 лет фебрильная лихорадка, которая сопровождается мелко пятнистой сыпью розового цвета на туловище и конечностях, отеком межфаланговых суставов кистей рук. Кроме этого, имеют место такие признаки как «утренняя скованность», симптомы экссудативного перикардита, увеличение периферических лимфатическиъ узлов, печени и селезенки. Чем болен ребенок?**

Ревматизм

Ювенильный ревматоидный артрит

Остеомиелит, септическая форма

Системное заболевание соединительной ткани

Реактивный артрит

**# У девочки 3 лет с ревматическим заболеванием появились симптомы, свидетельствующие о поражении глаз в виде увеита. Для какой болезни характерно развитие увеита?**

Ювенильный ревматоидный артрит, суставно-висцеральная форма

Ювенильный ревматоидный артрит, преимущественно суставная форма

Системная красная волчанка

Дерматомиозит

Системная склеродермия

**# В клинику поступил мальчик 10 лет, которому на основании клинического осмотра установлен предварительный диагноз: ювенильный ревматоидный артрит. Какой симптом наиболее значим для диагностики этой болезни?**

Поражение крупных суставов

Гиперемия кожи над суставом

Утренняя скованность движений в суставах

Увеличение размеров сердца

Увеличение частоты сердечных сокращений

**# У девочки 4 лет с ювенильным ревматоидным артритом в крови выявлена нормохромная анемия, ретикулоцитоз. В течение последнего года она принимала нестероидные противовоспалительные препараты. Наиболее вероятная причина анемии?**

Внутрисосудистый гемолиз

Дефицит витамина В-12

Дефицит железа

Скрытое желудочное кровотечение

Угнетение костного мозга

**#У мальчика 7 лет в анамнезе упоминается пиковая температура до 40˚С, в течение трех месяцев имеет место веретенообразный отек суставов пальцев рук, коленного и голеностопных суставов, боль в верхней части грудины и шейного отдела позвоночника. Укажите наиболее вероятный диагноз?**

Ювенильный ревматоидный артрит

Ревматизм

Токсический синовиит

Септический артрит

Остеоартрит

**#Больной мальчик 13 лет жалуется на боли и отек голеностопных суставов, частые мочеиспускания, сопровождающиеся резями, покраснение конъюнктивы глаз. Ваш предварительный диагноз?**

Инфекционно-аллергический полиартрит

Ювенильный ревматоидный артрит

Болезнь Рейтера

Системная красная волчанка

Системная склеродермия

Травматический артрит

**#У мальчика 4 лет в течение четырех месяцев наблюдается отек коленного сустава, утренняя скованность, повышение температуры тела. В синовиальной жидкости обнаружено значительное количество муцина и фагоциты. Наиболее вероятный диагноз?**

Реактивный артрит

Остеомиелит коленного сустава

Посттравматический синовиит

Ювенильный ревматоидный артрит

Ревматический артрит

**#У девочки 11-ти лет отмечается разрушение суставного хряща грануляционной тканью. Для которого из перечисленных заболеваний это характерно?**

Ревматизм

Системная красная волчанка

Системная склеродермия

Реактивный артрит

Ювенильный ревматоидный артрит

**#У мальчика 14-ти лет развилась амилоидная дистрофия паренхиматозных органов. Какому заболеванию это патогномонично?**

Ревматизм

Системная красная волчанка

Системная склеродермия

Реактивный артрит

Ювенильный ревматоидный артрит

**#У больного 9-ти лет выявлено поражение тазобедренных и височно-нижнечелюстных суставов. При какой болезни отражением тяжести процесса является такая патология?**

Ревматизм

Ювенильный ревматоидный артрит

Реактивный артрит

Системная склеродермия

Системная красная волчанка

**\*Ведущими патогенетическими механизмами развития ювенильного артрита с системным началом являются:**

активация врожденного иммунитета;  
активация нейтрофилов и моноцитов;  
генерализация инфекции;  
гиперпродукция цитокина ИЛ-6;  
иммунодефицитное состояние;  
снижение синтеза белков S100.

**\*Гуморальными патогенетическими механизмами развития ювенильных артритов являются:**

гиперпродукция провоспалительных цитокинов;  
 нарастание синтеза антител;  
подавление антителообразования;  
снижение секреции ИЛ-2 и ИЛ-4.

**\* К проявлениям васкулита при ювенильном артрите с системным началом относятся:**

геморрагическая сыпь на нижних конечностях;  
 ладонный и подошвенный капиллярит;  
 мраморность кожи;  
эритематозные высыпания.

**\* К различным вариантам ювенильного артрита относятся:**

пауци (олиго)артикулярный вариант;  
 полиартикулярный вариант;  
 псориатический артрит;  
реактивный артрит;  
ревматический артрит;  
 системный артрит.

**#Какая сыпь характерна для ювенильного артрита с системным началом:**

гелиотропная сыпь над коленным и локтевыми суставами, мелкими суставами кистей;  
дискоидныеэритематозные высыпания на лице и туловище;  
кольцевидная эритема;  
 нестойкая мелкопятнистая эритематозная линейно расположенная сыпь, появляющаяся на высоте лихорадки;  
стойкая симметричная пятнисто-папулезная сыпь.

**#Какой вариант ювенильных артритов чаще всего сопровождается поражением глаз?**

олигоартикулярный;  
полиартикулярный;  
псориатический артрит;  
системный;  
спондилоартрит.

**\* Клинический анализ крови у пациента с псориатическим артритом характеризуется:**

гипохромной анемией;  
лейкопенией;  
нейтропенией;  
 повышением СОЭ;  
 тромбоцитозом;  
тромбоцитопенией;  
умеренным нейтрофильным лейкоцитозом.

**\* Клинический анализ крови при ювенильном артрите с системным началом характеризуется:**

анемией;  
лейкопенией;  
 лейкоцитозом;  
лимфоцитозом;  
нейтрофилезом со сдвигом влево;  
тромбоцитозом;   
тромбоцитопенией.

**\* Пауци(олиго)артикулярный вариант ювенильного артрита чаще развивается:**

в возрасте 1-5 лет;  
в возрасте 6-10 лет;  
в подростковом возрасте;  
 у девочек;  
у мальчиков.

**\* Перечислите внесуставные проявления болезни:**

амилоидоз;  
 гипохромная анемия;  
 задержка роста;  
иммунодефицит.

**\* Перечислите критерии исключения при диагностике олигоартикулярный варианта ювенильного артрита:**

артрит, ассоциированный с HLA B27 антигеном, у мальчиков старше 6 лет;  
наличие ревматоидного фактора не менее чем в двух анализах в течение 1 месяца;  
 наличие системного артрита;  
 сакроилеит при наличии воспалительных заболеваний кишечника.

**\* При отсутствии припухлости, выпота о наличии артрита свидетельствуют следующие признаки:**

болезненность при пальпации;  
 ограничение функции;  
ощущение крепитации в суставе;  
 повышение местной температуры;  
щелчки или хруст в суставе.

**\* Суставной синдром при артрите, связанном с энтезитом, характеризуется:**

асимметричным олиго- или полиартритом преимущественно нижних конечностей;  
 поражением илеосакральных сочленений;  
поражением проксимальных и дистальных межфаланговых суставов;  
поражением шейного отдела позвоночника;  
симметричным полиартритом;  
 энтезитами.

**#Укажите минимальную длительность болезни, необходимую для постановки диагноза ювенильного ревматоидного артрита в соответствии с МКБ-10**

3 месяца;  
3 недели;  
6 месяцев;  
6 недель.

**\* Характерные жалобы при увеите:**

астигматизм;  
 болевой синдром;  
нистагм;  
появление плавающих пятен перед глазами;  
птоз верхнего века;  
 раздражения глаз;  
 снижение и/или затуманивание зрения.

**#Чем характеризуется олигоартикулярный вариант ювенильного артрита?**

артрит с поражением 1–4 суставов в течение первых 6 месяцев болезни;  
артрит с поражением 5 или более суставов в течение первых 6 месяцев болезни;  
артрит, сопровождающийся или с предшествующей документированной лихорадкой в течение минимум 2 недель;  
поражение, характеризующееся артритом и псориазом.

**#Чем характеризуется полиартикулярный РФ-негативный ювенильный артрит:**

артрит с поражением 1–4 суставов в течение первых 6 месяцев болезни;  
 артрит с поражением 5 или более суставов в течение первых 6 месяцев болезни, тест на РФ — отрицательный;  
артрит, сопровождающийся или с предшествующей документированной лихорадкой в течение минимум 2 недель;  
поражение, характеризующееся артритом и псориазом.

**#Что подразумевается под термином «ювенильный артрит»?**

артрит неустановленной причины длительностью более 6 недель, развивающийся у детей в возрасте не старше 16 лет при исключении другой патологии суставов;  
артрит неустановленной причины у ребенка в возрасте до 16 лет;  
артрит неустановленной причины у ребенка в возрасте до 16 лет, длящийся более 6 месяцев;  
любой артрит, развившийся у ребенка в возрасте до 16 лет.

**# Для дифференциальной диагностики поражения коленного сустава ревматоидной и туберкулезной природы наиболее информативно**

положительный диаскин-тест

рентгенологические данные

определение иммуноглобулинов

утолщение костальной плевры

лимфоаденопатия

**#Ребенок 7 лет предъявляет жалобы на боль и отечность правого коленного и локтевых суставов. Через два дня отмечены боль и отечность левого коленного сустава. За две недели до госпитализации ребенок болел ангиной. Состояние больного тяжелое. Оба коленных и левый локтевой суставы отечны, гиперемированы. Границы сердца расширены. Сердечный толчок разлитой. Тоны сердца: І тон на верхушке сердца ослабленный, сопровождается дующим систолическим шумом с иррадиацией в левую аксилярную область. Чем болен ребенок?**

Реактивный артрит

Инфекционно-аллергический полиартрит

Ювенильный ревматоидный артрит

Ревматизм, ревматический эндомиокардит, полиартрит

Системная красная волчанка

**#У ребенка 10 лет жалобы на боль и отечность правого и левого коленных суставов, через два дня отмечены боль и отек голеностопных суставов, зудящая сыпь, повыщение температуры тела. Боль в суставах появилась сразу после ОРВИ. Температура тела - 38˚С. Оба коленных и голеностопных сустава отекли и гиперемированы. Границы сердца не расширены. Сердечный толчок локализован. Тоны сердца не изменены, определяется функционального характера систолический шум на верхушке сердца. Установите диагноз.**

Ревматизм, ревматический миокардит, полиартрит

Постинфекционная артропатия

Ювенильный ревматоидный артрит

Синдром Стилла

Системная красная волчанка

**#У ребенка 10 лет жалобы на отечность коленных, голеностопных суставов и наличие болей в шейном отделе позвоночника. Утренняя скованность. Рекомендованная противовоспалительная терапия дала позитивный эффект. О каком заболевании можно говорить?**

Ювенильный ревматоидный артрит

Остеохондроз

Ревматизм

Инфекционно-аллергический полиартрит

Системная красная волчанка

**# У 16-летней девочки, страдающей ювенильным ревматоидным артритом с 7-летнего возраста, болезнь протекает как олигоартрит I типа. При офтальмологическом обследовании у ребенка обнаружен иридоциклит, в связи с чем ей назначены местные стероидные препараты. Лечение ими в течение трех месяцев было неэффективным. На какой лечебной тактике Вы остановите свой выбор?**

Назначение препаратов золота

Продолжить местную стероидную терапию

Назначить аспирин в максимальной дозе

Назначение системных кортикостероидов

Назначение хлорохина

**# У мальчика 8 лет на протяжение трех недель наблюдается интермиттирующая лихорадка с ознобами; во время фебрильных периодов манифестируют проявления полиартрита, появляются пятнисто-папулезные сыпи на туловище и лице. Тахикардия, тоны звучные. Гепатолиенальный синдром. Антибактериальная терапия на протяжение двух недель не дала эффекта. Какая патология обусловливает описаную картину?**

Системная склеродермия

Ревматизм

Сепсис

Системная красная волчанка

Ювенильный ревматоидный артрит

**# Больной мальчик 13 лет жалуется на боли и отек голеностопных суставов, частые мочеиспускания, сопровождающиеся резями, покраснение конъюнктивы глаз. Ваш предварительный диагноз?**

Инфекционно-аллергический полиартрит

Ювенильный ревматоидный артрит

Болезнь Рейтера

Системная красная волчанка

Системная склеродермия

**# Ребенку 4 года. Болеет на протяжении трех дней. Заболел остро с подъема температуры до 39˚С. В течение суток температура изменялась на 2 – 2,5˚С, снижение температуры сопровождалось проливными потами. Периодически появляется розовая сыпь разной формы и локализации. Болели и отекали суставы (коленные, голеностопные, лучезапястные). Ребенок не может опираться на ноги, не может брать предметы. Объективно: температура - 39˚С, печень +3 см, селезенка +2 см, пальпируются все групы лимфоузлов. Голеностопные суставы отекшие, болезненные, контуры их сглажены. Анализ крови: Hb 112 г/л, Эр.- 3,9 Х 10¹²/л, Л-12,9 Х 10³/л, э-6%, п/я-1%, с/я-48%, л-35%, м-10%. СОЭ– 54 мм/час. Укажите наиболее вероятный диагноз?**

Системная красная волчанка

Ювенильный ревматоидный артрит

Реактивный артрит

Ревматизм

Сепсис

**#В приемное отделение обратились родители мальчика 7 лет. На протяжение трех месяцев их ребенка беспокоят боли в области правого коленного сустава. В последнее время мать заметила ограниченность в движениях правой ногой и утреннюю скованность ребенка, которая исчезает к вечеру. Каким заболеванием вероятнее всего страдает ребенок?**

Ревматизм

Остеомиелит коленного сустава

Реактивный артрит

Ювенильный ревматоидный артрит

Травматический артрит

**# У мальчика 4 лет в течение четырех месяцев наблюдается отек коленного сустава, утренняя скованность, повышение температуры тела. В синовиальной жидкости обнаружено значительное количество муцина и фагоциты. Наиболее вероятный диагноз?**

Реактивный артрит

Остеомиелит коленного сустава

Посттравматический синовиит

Ювенильный ревматоидный артрит

Ревматический артрит

**# У девочки 11-ти лет отмечается разрушение суставного хряща грануляционной тканью. Для которого из перечисленных заболеваний это характерно?**

Ревматизм

Системная красная волчанка

Системная склеродермия

Реактивный артрит

Ювенильный ревматоидный артрит

**# У мальчика 14-ти лет развилась амилоидная дистрофия паренхиматозных органов. Какому заболеванию это патогномонично?**

Ревматизм

Системная красная волчанка

Системная склеродермия

Реактивный артрит

Ювенильный ревматоидный артрит

**# У больного 9-ти лет выявлено поражение тазобедренных и височно-нижнечелюстных суставов. При какой болезни отражением тяжести процесса является такая патология?**

Ревматизм

Ювенильный ревматоидный артрит

Реактивный артрит

Системная склеродермия

Системная красная волчанка

**# Ребенку 3 лет выставлен диагноз ЮРА. При каком из клинических вариантов ювенильного ревматоидного артрита показано применение гормональных препаратов?**

Суставная форма II ст. активности

Суставная форма в сочетании с поражением глаз

Суставная форма III ст. активности

Аллерго-септический синдром

Суставная форма I ст. активности

**U2 Модуль Пульмонология Тема– «Интерстициальная болезнь легких»**

**# К интерстициальным болезням легких относят**

гетерогенную группу заболеваний, при которой первично поражаются интерстиций, альвеолы и периальвеолярные ткани.

группа заболеваний, в основе генеза которых лежит генетически детерминированное поражение легочной ткани

группа заболеваний, в основе которых лежит первичное поражение бронхиол, с последующим распространением на периальвеолярные ткани.

\* Основные признаки интерстициальных болезней легких

рестриктивный тип нарушений

обструктивный тип нарушений

односторонний процесс

двусторонний процесс

**\* Клинические проявления ИБЛ:**

ведущая жалоба - одышка

Ведущая жалоба – длительный сухой приступообразный кашель

Задержка физического развития, преимущественно за счет роста

Задержка физического развития, преимущественно за счет массы.

**#К информативному показателю альвеолярной вентиляции легких относится**

минутный объем дыхания

общая емкость легких

жизненная емкость легких

функциональная остаточная емкость

**#Гиперсенситивный пневмонит - это**

аллергическое воспаление легочного интерстиция

инфекционно-воспалительное заболевание легких

диффузный гранулематозный воспалительный процесс альвеол и интерстициальной ткани легких, развивающийся под влиянием интенсивной и продолжительной ингаляции преимущественно органических водонерастворимых АГ

хроническая обструктивная болезнь легких

**\* Хронический токсический фиброзирующий альвеолит встречается у:**

токсикоманов

лиц, проживающих рядом с нефтеперерабатывающим заводом

работников пищевой промышленности

медицинских работников

**#Острый токсический альвеолит может возникнуть при:**

пожаре

утоплении

передозировке β2-агонистов

**\* В лечении острого альвеолита применяют:**

кислородотерапию

инфузионную терапию

кинезитерапию

физиотерапию

**# К интерстициальным болезням легких относят:**

группа заболеваний, в основе которых лежит первичное поражение бронхиол, с последующим распространением на периальвеолярные ткани.

группа заболеваний, в основе генеза которых лежит генетически детерминированное поражение легочной ткани

гетерогенную группу заболеваний, с первичным поражением интерстиция, альвеол и периальвеолярных тканей.

**\* Основные признаки интерстициальных болезней легких**

высокая лихорадка на старте заболеваний

обструктивный тип нарушений

рестриктивные изменения

прогрессирующая ДН

**\* Для ИБЛ характерно**

различные костные деформации из-за дефицита кальция

различные костные деформации гипоксического генеза.

небольшая одышка, выраженный цианоз

небольшой цианоз, выраженная одышка

малая звучность аускультативной картины в легких

обилие разнокалиберных влажных хрипов и крепитации в легких

**# Острый токсический альвеолит**

аллергическое воспаление легочного интерстиция

инфекционно-воспалительное заболевание легких

заболевание возникающее при контакте с токсическими веществами в аэрозольной форме.

заболевание, причина заболевания не ясна

**# Для острого гиперсенситивногопневмонита характерно:**

одышка экспираторного характера

одышка инспираторного характера

одышка смешанного характера

боль в грудной клетке

**\* К антифиброзирующим препаратам относят:**

метотрексат

нинтеданиб

купренил

вильпрафен

**\* К клиническим симптомам острого гиперсенситивногопневмнита относятся:**

крепитация

бронхофония

влажные крупнопузырчатые хрипы

фронтальные головные боли

**\* Сотовое легкое формируется при:**

идиопатическом фиброзирующем альвеолите

остром гиперсенситивномпневмоните

хроническом гиперсенситивномпневмоните

хроническом токсическом альвеолите

**#Какой показатель внешнего дыхания измеряется при помощи пикфлоуметрии?**

Остаточный объем легких (ООЛ);

Пиковая скорость выдоха (ПСВ)

Объем форсированного выдоха за 1 сек. (ОФВ1);

Жизненнаяемкость легких (ЖЕЛ)

Резервный объем выдоха (РОвыд);

**# Какой инструментальный метод исследования наиболее важен для диагностики ХЛС?**

Рентгенография грудной клетки;

Компьютерная томография;

ЭКГ;

эхокардиография;

Спирография

**# Какой элемент бронхиальной обструкции относится к необратимым?**

спазм гладкой мускулатуры

отек стенки бронха

перибронхиальный склероз

метаплазия мерцательного эпителия

**# Дефицит альфа1-антитрипсина лежит в основе развития:**

эмфиземы легких;

Бронхиальной астмы;

бронхоэктазов;

Пневмонии

рака легкого

**# Рестриктивный тип нарушения вентиляции характеризуется:**

снижением жизненной ёмкости лёгких;

повышением минутной вентиляции лёгких;

повышением дыхательного объёма;

Снижением пиковой скорости выдоха;

повышением индекса Тиффно

**# Клиническими признаками бронхиальной обструкции являются :**

Бронхиальное дыхание

Крепитация

инспираторная одышка

свистящие хрипы

симптом Плеша

**# К побочным эффектам ингаляционных кортикостероидов относятся:**

остеопороз

артериальная гипертензия

ожирение

кандидоз ротовой полости

сахарный диабет

**# Характерным физикальным признаком эмфиземы легких является:**

укорочение перкуторного звука

бронхиальное дыхание

коробочный перкуторный звук

пульсция вен шеи

коническая форма грудной клетки

**# Критерием ВОЗ для хронического бронхита является длительность кашля**

не менее 6 месяцев в году в течение 2-х лет подряд

более 4 месяцев в данном году

не менее 3 месяцев в году в течение 2-х лет подряд

не менее 2 месяцев в году в течение 3-х лет подряд

кашельпосле острого бронхита более 1 месяца

**# Что является фактором риска гистиоцитоза Х**

Работа на деревообрабатывающих производствах

Курение

Аллергическая предрасположенность

Пожилой возраст

Сопутствующий сахарный диабет

**# Особенности локализации патологических изменений при гистиоцитозе**

Верхние и средние отделы легких

Прикорневые области легких

Асимметричное поражение

Нижние отделы легких

Мозаичные изменения по всем полям

**# Какое название гистиоцитоза Х применяется так же часто**

Эпителиоидно клеточный гистиоцитоз

Болезнь Бека-Шауманна

Гистиоцитоз Бирбека

Синдром Хамман-Рича

Лангергансоклеточный гистиоцитоз

**# Абсолютным показанием к кортикостероидной терапии при саркоидозе является**

Впервые выявленный саркоидоз

IIIстадия саркоидоза

Поражение околоушных желез

Прогрессирующее снижение функциональных дыхательных тестов

Гистологически подтвержденный диагноз

**# Тактика врача при впервые выявленномсаркоидозе легких безклинических признаков прогрессирования**

Назначение высоких доз глюкокортикостероидов с последующим подбором поддерживающих доз

Наблюдение в течение 6 мес

Назначение регулярного лечения бронхолитиками

Назначение низких доз глюкокортикостероидов

Ингаляционное лечение глюкокортикостероидами

**# Какой тип изменений паренхимы легкого при КТ является основным при саркоидозе**

Линейный

Кистозный

Консолидация

Ретикуло-нодулярный

Очаговый

**# Что включает в себя синдром Лефгрена**

Лихорадка, увеит, артралгия

Паралич лицевого нерва

Лихорадка, внутригрудная лимфоаденопатия, артралгия, узловатая эритема

Внутригрудная лимфоаденопатия, узловатая эритема

Внутригрудная лимфоаденопатия, паралич лицевого нерва

**# Для какого процесса наиболее характерен симптом «дерева в почках» при КТ**

Септической эмболической пневмонии

Бронхиолита

Саркоидоза

Альвеолярного отека легких

Идиопатического легочного фиброза

**# Морфологической основой патологических изменений в легком при саркоидозе является**

Множественные некротизирующиеся гранулемы

Множественные неказеозные эпителиоидноклеточные гранулемы

Отек межальвеолярных перегородок

Перилимфатические опухолевые узелки

Воспалительная альвеолярная экссудация

**# Что такое симптом «легочной консолидации»**

Незначительное повышение плотности легочной ткани при сохранении видимости сосудов

Значительное повышение плотности легочной ткани без визуализации сосудов. Равномерное утолщение аксиального интерстиция

Множественные хаотичные очаги

Четкообразное утолщение легочного интерстиция

**# Основнойкритерий синдрома легочной диссеминации**

Двусторонний патологический процесс в легкихпо данным лучевой диагностики

Влажные хрипы с обеих сторон при аускультации

Выраженная одышка

Рецидивирующее кровохарканье

Рестриктивный тип изменения функции внешнего дыхания

**#**  **Каков механизм формирования легочной консолидации при КТ**

Фиброз центрального интерстиция

Образование периваскулярных опухолевых узелков

Расширение и заполнение секретом внутридольковых бронхов

Отек межальвеолярных перегородок

Уплотнение легочной ткани за счет заполнения альвеол патологическим содержимым

**# Что такое симптом «матового стекла»**

Незначительное повышение плотности легочной ткани при сохранении видимости сосудов

Значительное повышение плотности легочной ткани без визуализации сосудов

Равномерное утолщение аксиального интерстиция

Множественные хаотичные очаги

Четкообразное утолщение легочного интерстиция

**# Множественные тонкостенные кисты являются основным паттерном при**

Туберкулезе

Бронхиолоальвеолярном раке

Лимфангиомиоматозе

Саркоидозе

Гематогенных метастазах

**# Четкообразное утолщение легочного интерстиция наиболее характерно для**

Пневмоцистной пневмонии

Гематогенных метастазов

Гранулематозов

Интерстициального отека легких

Фиброзирующих альвеолитов

**# Линейный паттерн на ВРКТ обусловлен**

Формированием крупных кист

Утолщением перибронхиального и периваскулярного интерстиция

Образованием перилимфатических гранулем

Образованием периваскулярных опухолевых узелков

Заполнение альвеол патологическим содержимым

**# В чем состоит механизм формирования симптома «дерева в почках» при КТ**

Расширение и заполнение секретом внутридольковых бронхов

Образование периваскулярных опухолевых узелков

Образование перилимфатических гранулем

Формирование мелких кист

Утолщение центрального интерстиция

**# Хаотичное распределение очагов в легких по данным КТ наиболее характерно для**

Саркоидоза

Гистиоцитоза

Лимфангиоматоза

Туберкулеза

Идиопатического легочного фиброза

**# Для какого процесса является наиболее типичным формирование «сотового легкого»**

Альвеолярного протеиноза

Амилоидоза легких

ГранулематозаВегенера

Туберкулеза

Идиопатического легочного фиброза

**# Каков механизм формирования тракционных бронхоэктазов**

Спазм гладкой мускулатуры мелких бронхов

Подтягивание стенок бронхов фиброзно-измененной окружающей тканью

Обструкция бронхов слизью

Врожденные расширения бронхов

Хронический инфекционный процесс с деструкцией стенки бронха

**# Равномерный тип ретикулярных изменений при ВРКТ наиболее характерен для**

Интерстициального отека легких

Саркоидоза

Идиопатического легочного фиброза

Силикоза

Гистиоцитоза

**# Для какой группы ИЗЛ наиболее характерен неравномерный тип ретикулярных изменений при ВРКТ**

Гранулематозы

Лимфогенныйкарциноматоз

Интерстициальный отек легких

Фиброзирующиеальвеолиты

Пневмомикозы

**# Какой показатель невозможно измерить при помощи спирометрии**

ПСВ

ЖЕЛ

Ровд

ООЛ

ДО

**# Какой метод позволяет оценить ООЛ**

Спирометрия

Пикфлоуметрия

Бодиплетизмография

Пневмотахометрия

Компьютерная томография

**# К какой группе ИЗЛ относится альвеолярный протеиноз**

Васкулиты

Альвеолиты

Болезни накопления

Гранулематозы

Опухоли

**# Какое ИЗЛ имеет известную этиологию**

Экзогенный аллергический альвеолит

Саркоидоз

Гистиоцитоз Х

Амилоидоз

Альвеолярный протеиноз

**# Какое ИЗЛ относится к группе альвеолитов**

Саркоидоз

Идиопатический легочный фиброз

Гистиоцитоз Х

Туберкулез

Силикоз

**# Какое ИЗЛ относится к васкулитам**

Саркоидоз

Гранулематоз Вегенера

Гистиоцитоз Х

Амилоидоз

Идиопатический легочный фиброз

**# Какой вид ИЗЛ относится к гранулематозным поражением интерстиция**

Идиопатический легочный фиброз

Экзогенный аллергический альвеолит

Бронхиоло-альвеолярный рак

Острая интерстициальная пневмония

Саркоидоз

**# Какой метод наиболее информативен в оценке функции альвеолярно-капиллярной мембраны**

Бодиплетизмография

Компьютерная томография

Определение диффузионной способности легких методом одиночного вдоха СО

Исследование газового состава крови

Спирометрия

**# Наиболее информативный метод лучевой диагностики ИЗЛ**

Компьютерная томография высокого разрешения

Рентгенография

Магнитно-резонансная томография

Бронхография

Сцинтиграфия

**U2 Модуль Пульмонология Тема– Бронхообструктивный синдром у детей.**

**# Выберите из нижеперечисленных патологические состояния респираторного тракта, сопровождающиеся бронхообструктивным синдромом у детей:**

Аллергические заболевания респираторного тракта (респираторные аллергозы)

Острые инфекционно-воспалительные заболевания органов дыхания

Наследственные заболевания с поражением бронхолегочного аппарата

Пороки развития бронхов и легких

Инородные тела бронхов

Бронхолегочная дисплазия.

Опухоли бронхов, легких и средостения.

все вышеперечисленное

**# Бронхиальная обструкция при бронхиальной астме обусловлена всем нижеперечисленным, кроме:**

бронхоконстрикции

гиперсекреции слизи

гипосекреции слизи

отека стенки бронхов

**# Наиболее частой причиной бронхо-обструктивного синдрома у детей до 1 года является:**

инфекция

перхоть животных

домашняя пыль

пищевые аллергены

диоксид серы

пыльцевые аллергены

**# Ведущим этиологическим фактором, вызывающим острый бронхиолит, является**

ротавирус

коронавирус

респираторно-синтициальный вирус

метапневмовирус

**# Экспираторная одышка возникает при**

бронхиальной обструкции

фарингите

остром ларингите

трахеите

**\* Пик заболеваемости бронхиолитом наблюдается у детей**

первого года жизни

в возрасте от 1 до 3 лет

дошкольного возраста

младшего школьного возраста

**# К основным физикальным признакам обструктивного бронхита относят \_\_\_\_\_\_ хрипы**

рассеянные сухие свистящие

рассеянные мелкопузырчатые

локальные мелкопузырчатые

локальные сухие

**# При бронхите выслушиваются \_\_\_\_\_\_\_ хрипы**

локальные мелкопузырчатые влажные

рассеянные сухие, крупно- и среднепузырчатые

рассеянные мелкопузырчатые

локальные сухие

**# К основным физикальным признакам бронхиолита относят \_\_\_\_\_\_ хрипы**

рассеянные мелкопузырчатые

рассеянные сухие

локальные мелкопузырчатые

локальные сухие

**# Для обструктивного бронхита характерен \_\_\_\_\_\_\_\_ перкуторный звук**

укороченный легочный

легочный

коробочный

притупленный

**# О развитии дыхательной недостаточности у ребенка с обструктивным бронхитом свидетельствует**

участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания

появление коробочного перкуторного звука

наличие свистящих хрипов при аускультации

наличие мелкопузырчатых влажных хрипов при аускультации

**# При обструктивном бронхите пациент жалуется в основном на**

затруднение вдоха

затруднение выдоха

головную боль

общую слабость

**# Тяжелая бронхообструкция у детей чаще осложняется развитием**

абсцесса легкого

напряженного пневмоторакса

ателектаза

пиоторакса

**# Острый обструктивный бронхит у детей характеризуется**

стридорозным дыханием

осиплостью голоса

грубым лающим кашлем

удлиненным выдохом

**# Детям с обструктивным бронхитом показано назначение**

базисной терапии глюкокортикостероидами

антибактериальной терапии

ингаляционной терапии с альфа-адреномиметиками

ингаляционной терапии бета2-агонистами

**# В лечении бронхообструктивного синдрома противопоказаны \_\_\_\_\_\_\_\_\_ лекарственные средства**

муколитические

отхаркивающие

противокашлевые

Мукорегуляторные

**\* Препаратом выбора для оказания неотложной помощи при бронхообструктивном синдроме является**

фиксированная комбинация фенотерола и ипратропиума бромида

теофиллин

будесонид

амброксол

**# Небулайзерная ингаляционная терапия амброксолом детям дошкольного возраста разрешена по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в день**

2 мл препарата 2 раза

3 мл препарата 3 раза

1 мл препарата 2 раза

5 мл препарата 2 раза

**# К быстрому и пролонгированному бронходилатирующему эффекту приводит сочетанное применение ипратропиум-бромида и**

β2-агонистов

кромогликата натрия

М-холинолитиков

адреналина

**# Для лечения обструктивного бронхита в период обострения показаны**

муколитики

отхаркивающие

антибактериальные препараты

**Тема – Неотложные состояния в педиатрии. Лихорадка, судороги.**

**# К симптому, не характерному для гипертермии, относят**

полиурию

озноб

потливость

тахикардию

**# К наиболее частому осложнению гипертермии у детей относят**

судороги

рвоту

диарею

приступ кашля

**# Наиболее частой причиной гипертермии у детей является**

развитие инфекционных заболеваний

нервный стресс

перегрев ребенка

прекращение грудного вскармливания

**# Препаратом, не предназначенным для оказания экстренной помощи в условиях ДДУ, является**

хлоралгидрат

преднизолон

адреналина гидрохлорид

нашатырный спирт

**# Какое положение пациента с инородным телом верхних дыхательных путей в стабильном состоянии должно быть при транспортировке**

строго сидя

вполоборота

лежа на спине

полулежа

**# Проведение жаропонижающей терапии ребенку необходимо начинать при температуре тела \_\_\_\_\_ °С**

38,5

39

37,5

38

**# У детей с жаропонижающей целью при орви нельзя использовать**

нимесулид

парацетамол

ибупрофен

комбинированные препараты парацетамол + ибупрофен

**# Разовая доза парацетамола ребенку 5 лет составляет \_\_\_\_\_\_\_ мг/кг**

10-15

1-2

3-5

5-7

**# Какое неотложное состояние может возникать при ОРВИ**

фебрильные судороги

приступообразный кашель

синдром гиперреактивности бронхов

анорексия

**# При гипертермическом сидроме у детей следует начинать синдромную терапию с применения**

раствор парацетамола для внутривенного введения

метамизола натрия

хлопромазин

прометазина гидрохлорид

**# У детей грудного возраста противопоказано использование в качестве жаропонижающего препарата**

ацетилсалициловой кислоты

парацетамола в свечах

ибупрофена

парацетамола в сиропе

**# Какова наиболее частая причина генерализованных судорог у детей раннего возраста**

эпилепсия

гнойный менингит

острое отравление

энцефалические реакции при вирусных инфекциях

**# К первоочередным мероприятиям при судорожном синдроме относится введение**

диазепама

фуросемида

преднизолона

метамизола натрия

**# Препаратом выбора при необходимости снижения температуры тела у ребенка является**

парацетамол

метамизол натрия

нимесулид

прометазин

**# Наиболее частая причина генерализованных судорог у детей раннего возраста**

фебрильные судороги при вирусных инфекциях

эпилепсия

травма головного мозга

острое отравление

**# Наиболее частая причина генерализованных судорог у детей раннего возраста**

фебрильные судороги при вирусных инфекциях

эпилепсия

травма головного мозга

острое отравление

**# При судорожном синдроме применяют**

диазепам

преднизолон

фуросемид

магния сульфат

**# Физические методы охлаждения при лихорадке у детей противопоказаны**

при признаках бледной лихорадки

при сопутствующих заболеваниях сердца

при наличии в анамнезе судорог на повышение температуры тела

всегда

**# С жаропонижающей целью у детей не рекомендуется применение**

ацетилсалициловой кислоты

парацетамола

ибупрофена

комбинированных препаратов, содержащих парацетамол и ибупрофен

**# Для купирования судорожного приступа используют**

диазепам

атропин

гидрокортизон

хлористый кальций

**# Пациента с инородным телом верхних дыхательных путей в стабильном состоянии необходимо** **транспортировать в положении**

строго сидя

полулежа

вполоборота

лежа на спине

**# При наличии у ребенка «белой» гипертермии назначают**

обильное горячее питье, сосудорасширяющие препараты (но-шпа, папаверин)

горячую ножную ванну

физические методы охлаждения

парацетамол или ибупрофен в возрастной дозировке

**# С жаропонижающей целью у детей может применяться**

парацетамол

ацетилсалициловая кислота

индометацин

диклофенак натрия

**# В случае отсутствия эффекта от парацетамола детям в качестве жаропонижающего средства рационально назначать**

ибупрофен

ацетилсалициловую кислоту

метамизол

диклофенак

**# Судороги у детей может спровоцировать:**

гипокальциемия

спазмофилия

оба варианта верны

нет верного ответа

**# Причиной судорог у новорожденных не является:**

гипоксически-травматическое повреждение мозга

первичные и вторичные менингиты

перекорм

**# Первоочередное мероприятие для купирования судорожного синдрома при спазмофилии у детей:**

внутривенное введение глюкозы

использование седативных препаратов +

применение физических методов охлаждения

**# Причиной гипертермии у новорожденного может быть:**

перегревание

внутричерепное кровоизлияние

оба варианта верны

нет верного ответа

**# Для бледной гипертермии характерны все признаки, исключая:**

изменение поведения, бред, галлюцинации

теплые и влажные кожные покровы

холодный пот

**# Неотложная помощь при гипертермии у новорожденного включает:**

сбор анамнеза и выяснение причин гипертермии

применение жаропонижающих препаратов

оба варианта верны

нет верного ответа

**# Препарат выбора при лихорадке 38,0-38,8 градусах Цельсия у детей:**

аминазин

парацетамол

димедрол

**# При лихорадке свыше 38,8 градусах Цельсия у детей малоэффективен:**

парацетамол

ибупрофен

анальгин

**# Для отравления салицилатами не характерно:**

гиперволемия

упорная рвота

бред, судороги

**# Для клиники синдрома Рея характерны все признаки, кроме:**

неукротимой рвоты

шумного дыхания Куссмауля

атаксии

**# Разовая доза раствора преднизолона у детей при внутривенном введении составляет:**

0,1-0,3 мг/кг веса

0,5-0,7 мг/кг веса

3. 3-5 мг/кг веса

8 мг/кг веса

**# Разовая доза раствора дексаметазона у детей при внутривенном введении составляет**

0,01-0,05 мг/кг веса

0,06-0,1 мг/кг веса

0,2-0,5 мг/кг веса

1,5-2 мг/кг веса

**# Разовая доза 2,4% раствора эуфиллина у детей при внутривенном введении составляет:**

0,5-1 мг/кг веса

2-2,5 мг/кг веса

4-5 мг/кг веса

8-12 мг/кг веса

**# Разовая доза 2% раствора супрастина у детей при внутримышечном или внутривенном введении составляет**

0,01 мл/год жизни

0,05 мл/год жизни

0,1 мл/год жизни

0,5 мл/год жизни

**# Разовая доза раствора диазепама седуксена, реланиума у детей при внутримышечном или внутривенном введении составляет:**

0,01 мг/кг веса

0,05-0,1 мг/кг веса

0,3-0,5 мг/кг веса

0,8-1 мг/кг веса

**# При судорожном синдроме у детей со спазмофилии показано введение:**

прозерина

кальция глюконата

лидокаина

анальгина

**# Разовая доза 50% раствора анальгина у детей при внутримышечном или внутривенном введении составляет:**

0,05 мл/год жизни

0,1 мл/год жизни

0,2 мл/год жизни

0,5 мл/год жизни

**# Разовый объем жидкости для промывания желудка через зонд у новорожденного 1 недели жизни составляет:**

5 мл/кг веса

10 мл/кг веса

20 мл/кг веса

40 мл/кг веса

**# Разовый объем жидкости для промывания желудка через зонд у ребенка старше 1 месяца составляет**

10 мл/кг веса

20 мл/кг веса

40 мл/кг веса

50 мл/кг веса

**# Бледная лихорадка у детей проявляется (найдите ошибочный ответ)**

теплыми и влажными кожными покровами

мраморной окраской кожи

ознобом

спутанным сознанием, бредом

**# Жаропонижающие препараты у детей с лихорадкой свыше 38°С показаны на догоспитальном этапе найдите ошибочный ответ:**

всегда

при признаках бледной лихорадки

при наличии в анамнезе судорог на повышение температуры тела

при сопутствующих заболеваниях сердца

**# При лихорадке свыше 39°С у детей противопоказано применение:**

анальгина

ацетилсалициловой кислоты

ибупрофена

парацетамола

**# Физические методы охлаждения при лихорадке у детей на догоспитальном этапе противопоказаны:**

всегда

при наличии в анамнезе судорог на повышение температуры тела

при признаках бледной лихорадки

при сопутствующих заболеваниях сердца

**# Госпитализация детей при лихорадке свыше 39°С показана (найдите ошибочный ответ)**

всегда

+в возрасте до 1 месяца

при отсутствии эффекта от жаропонижающей терапии

при сопутствующей соматической патологии

**# Внезапное появление ночью у ребенка 2-х лет лающего кашля, охриплости голоса и стридорозного дыхания характерно для развития:**

острого бронхита

приступа бронхиальной астмы

острого стенозирующего ларинготрахеита

острого тонзиллита

**# В отличие от острого стенозирующего ларинготрахеита при бронхообструктивных заболеваниях у детей выявляется**

цианоз кожных покровов и слизистых

осиплость голоса

экспираторная одышка

отсутствие хрипов в легких при аускультации

**# При бронхообструктивных заболеваниях у детей на догоспитальном этапе противопоказано**

проведение паровых ингаляций

введение беродуала через небулайзер

введение глюкокортикоидных препаратов через небулайзер или внутривенно

внутривенное введение эуфиллина

**Тема «Первичные иммунодефицитные состояния у детей»**

**# Особенности врожденной агаммаглобулинемии следующие, кроме:**

Дети всегда погибают на 1 году жизни.

Общее содержание гамма-глобулина в крови – менее 1 г/л.

Тип наследования – рецессивный, сцепленный с полом

**# Отметьте неправильное высказывание о синдроме Незелофа:**

В основе – гипоплазия или атрофия вилочковой железы и лимфоузлов.

Страдает функция паращитовидных желез и щитовидной железы.

Количество лимфоцитов в крови снижено.

Количество иммуноглобулинов в крови нормальное.

**# Какой из перечисленных патологических состояний не относится к комбинированным иммунодефицитам?**

Синдром атаксии – телеангиэктазии.

Синдром Вискотта-Олдрича.

Синдром Гуда.

Хронический кандидоз кожи и слизистых.

**# Какой из перечисленных признаков не характерен для синдрома ЛУИ-БАР?**

Развитие хронических бронхолегочных заболеваний и синусопатий.

Телеангиэктазии склер и кожи лица.

Гиперплазия лимфоидных органов.

Мозжечковая атаксия.

Частое снижение и клеточного и гуморального иммунитета.

**#Отметьте неправильное высказывание о синдроме Вискотта-Олдрича:**

Очень характерны гнойничковые поражения кожи и экзема.

Имеет место спленомегалия, кровотечения, геморрагическая сыпь.

Характерен гипертромбоцитоз.

Чаще отмечается лимфопения, снижение Ig М в крови.

**#Дефекты какой системы лежат в основе наследственного ангионевротического отека:**

Система фагоцитоза.

Система В-лимфоцитов.

Система Т-лимфоцитов.

Система комплемента.

Калликреин – кининовая система.

**# Какие препараты из числа ниже перечисленных, применяют при тимусзависимом иммунодефиците с целью иммунокоррекции?**

Т – активин

Иммуноглобулины для внутривенного введения;

Гидрокортизон

Циклоспорин А

**\*Какие из перечисленных синдромов относятся к иммунодефицитным состояниям связанным с патологией гуморального звена иммунитета?**

Болезнь Брутона.

Синдром Вискотта-Олдрича

Дисгаммаглобулинемия

Синдром Луи-Бар.

**# Какой из перечисленных синдромов относятся к иммунодефицитным состояниям связанным с патологией клеточного звена иммунитета?**

Синдром Незелофа

Дисгаммаглобулинемия

Болезнь Брутона

**\*Какие из перечисленных синдромов относятся к комбинированным формам иммунодефицитных состояний**

Синдром Вискотта-Олдрича

Синдром Луи-Бар

Синдром Ди-Джорджа

Дисгаммаглобулинемия

**# Отметьте правильные высказывания:**

IgG самый мелкий из всех иммуноглобулинов

IgM самый крупный

все, Ig, кроме IgG, не проходят через плаценту

IgA фиксирует комплемент

**# Функции лизоцима следующие:**

Стимуляция фагоцитоза и синтеза антител

Бактерицидное действие в отношении грамотрицательных бактерий.

Бактерицидное действие в отношении грамположительных бактерий

**#Ребенку с диагнозом болезнь Вискотта – Олдрича при кровотечении необходимо назначить:**

клинический анализ крови

биохимический анализ крови

консультацию иммунолога

определить количество тромбоцитов в крови

**# Ребенку с предварительным диагнозом «агаммаглобулинемия» необходимо назначить дозу в/в иммуноглобулина:**

1,0 г/кг/месяц

1,2 г/кг/месяц

1,5 г/кг/месяц

2,0 г/кг/месяц

**# Характерные черты гуморального иммунодефицита следующие:**

рецидивирующие грибковые поражения кожи и слизистых

воспалительные процессы, обусловленные грамположительными микробами

рецидивирующие кишечные инфекции, вызванные грамотрицательными бактериями

**# В каком возрасте синтез секреторного IgA достигает уровня у взрослого человека?**

к 1 году жизни

к 7 годам жизни.

к 10 годам жизни.

к 15 годам жизни

**\* Характерные черты синдрома Ди-Джорджа:**

врожденные пороки сердца и крупных сосудов

врожденные аномалии развития лица

Гипокальциемические судороги

Глосоптоз

Лимфопения, нормальная концентрация иммуноглобулинов

**# Какой из перечисленных признаков не характерен для синдрома Луи- Бар?**

Развитие хронических бронхолегочных заболеваний и синусопатий

Телеангиэктазии склер и кожи лица

Гиперплазия лимфоидных органов

Мозжечковая атаксия

Частое снижение и клеточного и гуморального иммунитета

**# Наиболее частым клиническим проявлением недостаточности иммунного ответа является:**

инфекционный синдром

аллергический синдром

аутоиммунный синдром

пролиферативный синдром

**# Предшественником макрофага является:**

моноцит

эритроцит

эозинофил

нейтрофил

**# Если иммунодефицит проявляется повышенной чувствительностью к вирусным инфекциям и микозам, следует искать дефект:**

В-лимфоцитов

Т-лимфоцитов

фагоцитов

системы комплемента

продукции Ig

**U2 Тесты к теме «Пороки развития бронхолегочной системы»**

\*Основанием для хирургического вмешательства при хроническом бронхолегочном заболевании является:

ограниченный гнойно-воспалительный процесс, не поддающийся консервативному лечению

долевое поражение, не поддающееся консервативному лечению

распространенные пороки развития легких

наследственные заболевания

#При муковисцидозе наиболее часто отмечаются:

водянистый стул + судороги

судороги + кашель

кашель + стеаторея

стеаторея + водянистый стул

#Для новорожденных характерна форма муковисцидоза:

Легочная

Кишечная

Мекониальный илеус

Легочно – кишечная

#При муковисцидозе нарушается транспорт:

хлора и натрия

брома и натрия

железа и натрия

#Течение и прогноз муковисцидоза определяют в основном изменения:

бронхолегочные

кишечные

урогенитальные

поджелудочной железы

\*Обязательным при обострении бронхолегочного процесса у больных с муковисцидом является назначение:

антибиотиков

антигеликобактерных препаратов

муколитиков

ферментов поджелудочной железы

Витаминов

\*Синдром Картагенера - это комбинированный порок развития, проявляющийся:

обратным расположением внутренних органов

хроническим бронхо-легочным процессом

синусоринопатией

Нейтропенией

#Для подтверждения врожденного порока бронхов показана

бронхография

томография

пневмотахометрия

бронхоскопия

#Для бронхоэктатической болезни характерны

непостоянные влажные хрипы

влажные хрипы постоянной локализации

проводные хрипы

крепитация

#Для выявления бронхоэктазовпоказана

бронхография

пневмотахометрия

обзорный снимок

томография

\*К порокам развития бронхолегочной системы не относится:

гипоплазия легкого

саркоидоз Бэка

синдром Вильямса-Кэмпбэлла

трахеопищеводный свищ

синдром Картагенера

#Для синдрома Вильямса-Кэмпбелла не характерно:

хронический бронхит

постоянный влажный кашель

развитие пневмосклероза

развитие трахеопищеводного свища и диафрагмальной грыжи

#Какие признаки не характерны для синдрома Картагенера:

бронхоэктазы

незаращение мягкого неба

полипоз носа

обратное расположение внутренних органов

риносинусопатия

#Один из перечисленных признаков не соответствует синдрому Вильсона-Микити:

врожденная незрелость легочной ткани

врожденная легочная гипертензия

заболевание дебютирует на 1-5 неделе жизни и развивается постепенно с формированием сердечно-легочной недостаточности через 6-12 месяцев

для синдрома характерна стадийность морфологических изменений легких

характеризуется легким течением и отсутствием летальных исходов

#К врожденным порокам развития трахеи и бронхов относится:

трахеобронхомаляция

синдром Мунье-Куна

синдром Вильямса-Кэмпбэла

бронхиолоэктатическая эмфизема

все перечисленные заболевания

#Какие признаки не характерны для синдрома Маклеода:

в анамнезе имеются указания на перенесенное тяжелое бронхо-легочной заболевание (пневмония,бронхиолит)

рентгенологически выявляются признаки повышенной прозрачности легочной ткани

наличие дыхательной недостаточности

чаще встречаются односторонние поражения

наличие бронхоэктазов

#На обзорной рентгенограмме грудной клетки определяется ячеистость легочной ткани, на бронхограмме – множество округлых образований по всему полю правого легкого.при бронхоскопии – справа обильное гнойное отделяемое. наиболее вероятный диагноз:

бронхоэктазия

агенезия легкого

кистозная гипоплазия легкого

гипоплазия легкого

аплазия легкого

# При лобарной эмфиземе показано выполнение

лобэктомии

дренирования плевральной полости

искусственной вентиляции лѐгких

билобэктомии

#Наиболее вероятным диагнозом в случае тотального затемнения плевральной полости со смещением средостения в пораженную сторону является

ателектаз лѐгкого

тотальная эмпиема плевры

плащевидный плеврит

абсцесс лѐгкого

СД

# Агенезией лёгкого называют

отсутствие всех элементов лѐгкого

недоразвитый главный бронх при отсутствии лѐгочной ткани

отсутствие мелких бронхов в доле или всем лѐгком

недоразвитие бронхиального дерева из-за дефектов эластической и мышечной ткани

# К визуальным изменениям грудной клетки у больного с односторонней агенезией лёгкого относят

сужение и уплощение грудной клетки на стороне поражения

утолщение грудной клетки на пораженной стороне

сглаженность межреберных промежутков на стороне поражения

западение межреберных промежутков и атрофию грудных мышц

#У больных с односторонней агенезией лёгкого отмечается смещение органов средостения

в пораженную сторону

в здоровую сторону

кпереди

кзади

#Изменения функции внешнего дыхания при идиопатическом диффузном фиброзе легких:

рестриктивные

обструктивные

смешанные

#Тип наследования при муковисцидозе:

аутосомно-рецессивный

аутосомно-доминантный

Х-сцепленный рецессивный

#Тип вентиляционной недостаточности при муковисцидозе:

обструктивный

рестриктивный

смешанный

Констриктивный

**Тема- неотложные состояния в педиатрии. Сердечная недостаточность**

\* Препараты гликозидов наперстянки:

дигоксин

милринон

целанид

дигитоксин

коргликон

строфантин

\* Кардиотонические средства негликозидной структуры:

коргликон

дигоксин

добутамин

дофамин

строфантин

милринон

# Сокращения миокарда сердечные гликозиды усиливают потому, что:

стимулируют аденилатциклазу

ингибируют аденилатциклазу

ингибируют Nа+,K+-АТФазу

ингибируют фосфодиэстеразу III.

\* Сердечные гликозиды повышают в кардиомиоцитах концентрацию ионов:

натрия

калия

кальция

магния

# Сердечные гликозиды снижают в кардиомиоцитах концентрацию ионов:

натрия

калия

кальция

\* В терапевтических дозах сердечные гликозиды:

урежают сокращения сердца

усиливают сокращения сердца

затрудняют атриовентрикулярную проводимость

повышают потребление миокардом кислорода в расчете на единицу работы

увеличивают ЧСС

\* Сердечные гликозиды оказывают:

положительное инотропное действие

отрицательное дромотропное действие

положительное хронотропное действие

отрицательное батмотропное действие

\* При регистрации ЭКГ сердечные гликозиды вызывают:

удлинение интервала P-P

укорочение интервала Q-T

укорочение интервала P-Q.

удлинение интервала R-R

\* Сердечные гликозиды применяются при:

сердечной недостаточности

атриовентрикулярном блоке

тахиаритмической форме мерцательной аритмии

фибрилляции желудочков

экстрасистолии

\* Интоксикация сердечными гликозидами характеризуется такими проявлениями, как:

тошнота и рвота

брадикардия

артериальная гипотензия

затруднение атриовентрикулярной проводимости

экстрасистолия

нарушения зрения

\* Противопоказания к назначению сердечных гликозидов:

тахиаритмическая форма мерцательной аритмии предсердий

атриовентрикулярный блок

желудочковая экстрасистолия

брадикардия

\* Опасность интоксикации сердечными гликозидами возрастает при:

гипокалиемии

гиперкалиемии

гиперкальциемии

гипомагниемии