

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «КУБАНСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**КЛАССИФИКАЦИИ И КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ
У ДЕТЕЙ**

Учебное пособие для студентов медицинских вузов

(2-ая часть)

Рекомендовано Учебно-методическим объединением
по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России

Краснодар, 2014 г.

УДК 616-053.2-07:168.5(075.8)

ББК 57.3

К47

Составители:

Сотрудники КубГМУ: кафедры госпитальной педиатрии – проф. Шадрин С.А., д.м.н. Бурлуцкая А.В., доц. Сутовская Д.В., доц. Привалова Т.Е., Полянский А.В., асс. Статова А.В.; кафедры факультетской педиатрии – проф. Шашель В.А., проф. Назаретян В.Г., доц. Шадрин Э.М., доц. Щеголева Н.Н., доц. Баум Т.Г., доц. Первишко О.В.; кафедры педиатрии с курсом неонатологии ППС и ФПК - д.м.н. Клещенко Е.И., доц. Каюмова, Д.А., доц. Кулагина М.Г.; кафедры хирургии детского возраста – проф. Тараканов В.А., доц. Старченко В.М., доц. Стрюковский А.Е., доц. Надгериев В.М.

Рецензенты:

Зав. кафедрой детских инфекционных болезней с пропедевтикой детских болезней «Северо-Осетинской государственной медицинской академии» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор В.В. Лазарев.

Зав. кафедрой детских болезней лечебного и стоматологического факультетов ГБОУ ВПО «Ставропольской государственной медицинской академии» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Н.А. Федько.

Классификации и критерии диагностики заболеваний у детей учебное пособие для студентов медицинских вузов. Краснодар. КубГМУ, 2014. – Часть 2 – 121с.

Методическое пособие представляет собой обобщение материала по современным классификациям и критериям диагностики основных заболеваний у детей. Пособие написано в соответствии с программой преподавания педиатрии в медицинских вузах и предназначается студентам старших курсов.

«Рекомендовано Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся по специальности 060103 65 - Педиатрия» №495/05.05-20 от 30.12.2013 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

	часть	стр.
ПРЕДИСЛОВИЕ	2	5
РАЗДЕЛ 9. Патология периода новорожденности	2	6
Асфиксия		6
Ишемия мозга		7
Внутрижелудочковое кровоизлияние		7
Респираторный дистресс-синдром новорожденного		7
Бронхолегочная дисплазия		8
Внутриутробные инфекции		9
Гемолитическая болезнь плода и новорожденного		9
Желтуха новорожденных		11
Сепсис		11
РАЗДЕЛ 10. Хирургическая патология	2	13
Атрезия пищевода		13
Врожденная диафрагмальная грыжа		13
Врожденная кишечная непроходимость		14
Аноректальные пороки развития		15
Грыжа пупочного канатика		15
Тупая травма живота		16
Кровотечения из желудочно-кишечного тракта		17
Синдром портальной гипертензии		18
Инвагинация кишечника		19
Спаечная кишечная непроходимость		20
Острый аппендицит		21
Аппендикулярный перитонит		21
Омфалит		22
Перитонит новорожденного		22
Остеомиелит		23
Острая деструктивная пневмония		25
Болезнь Гиршпрунга		26
Классификация пороков развития мочевыводящих путей		27
Гипоспадия		27
Эписпадия		28
Варикоцеле		28
Водянка оболочки яичка		29
Крипторхизм		29
Доброкачественные опухоли		29
Международная классификация рака у детей		30
РАЗДЕЛ 11. Инфекционная патология	2	32
Аденовирусная инфекция		32
Грипп		32
Парагрипп		33

Респираторно-синцитиальная инфекция	34
Дифтерия	35
Эпштейн-Барр вирусная инфекция (инфекционный мононуклеоз)	36
Коклюш	37
Менингококковая инфекция	38
Полиомиелит	39
Паротитная инфекция	40
Гемофилус-инфлюэнция инфекция	40
Ветряная оспа	41
Корь	42
Краснуха	43
Скарлатина	43
Сальмонеллез	44
Шигеллез	45
Холера	46
Брюшной тиф и паратифы	46
Ботулизм	47
Ротавирусная инфекция	48
Иерсиниозная инфекция	49
Кишечный иерсиниоз	49
Псевдотуберкулез	50
Вирусные гепатиты	51
Токсоплазмоз	53
Хламидиозы	54
Микоплазмозы	55
Лептоспироз (болезнь Вейля-Васильева)	55
Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом	56
ВИЧ-инфекция (СПИД)	57
Кандидозная инфекция	58
Тестовые задания	60
Эталонные ответы	120

ПРЕДИСЛОВИЕ

Нозологический развернутый диагноз является конечным этапом диагностического процесса. Четкая регламентация в понимании сущности заболевания позволяет определить целесообразную стратегию и тактику ведения больного. В последнее время, говоря о диагнозе, становится принятым и весьма перспективным формулировать определение, включающее этиологию, патогенез, морфологию, клинику и прогноз. Подобная идеология позволяет в одном предложении кратко и четко определять сущность болезни.

Современная литература содержит подробный алгоритм диагностики. Однако при всей детализации студенту и начинающему врачу бывает трудно выделить основные критерии постановки того или иного диагноза. В этом плане, представляется важным выделение ведущих критериев диагностики. Основная цель данного издания унифицировать постановку диагнозов при соматической, инфекционной и хирургической патологии детского возраста.

В данном пособии каждой нозологической форме дано современное определение, приведена наиболее употребляемая классификация и сформулированы ведущие критерии диагностики.

Пособие подготовлено сотрудниками четырех кафедр: госпитальной и факультетской педиатрии, педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС, хирургии детского возраста. Издание предназначено студентам старших курсов и начинающим врачам.

ПАТОЛОГИЯ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ

Асфиксия (Р 21.0Р 21.9)

Асфиксия новорожденного – клинический синдром, проявляющийся в первые минуты жизни затрудненным или отсутствием дыхания, острой сердечной недостаточностью, угнетением безусловной нервнорефлекторной деятельности.

Классификация по степени тяжести (шкала Апгар)

Признак	0 баллов	1 балл	2 балла
ЧСС	0	Меньше 100/мин.	Больше 100/мин
Дыхание	Отсутствует	Слабый крик (гиповентиляция)	Сильный крик (адекватное дыхание)
Мышечный тонус	Низкий (ребенок вялый)	Умеренно снижен (слабые движения)	Высокий (активные движения)
Рефлексы	Не определяются	Гримаса	Крик или активные движения
..	Синий или	-	- ..

- Средняя асфиксия при рождении (4-6 баллов по Апгар)
- Тяжелая асфиксия при рождении (1-3 баллов по Апгар)
- Неутонченная асфиксия при рождении

Критерии диагностики (Американская академия педиатрии)

1. Выраженный акроцианоз или синюшный цвет кожных покровов.
2. Концентрация O_2 менее 86%, периодическое дыхание или апноэ, ЧСС 60-100 в минуту и менее.
3. Метаболический или смешанный ацидоз ($pH < 7.00$) в крови из артерии пуповины.
4. Неизменный результат оценки по шкале Апгар 0-3 балла более 5 минут.
5. Неврологическая симптоматика сразу после родов и в раннем неонатальном периоде, включая эпилептиформные припадки, кому, гипотонию и гипоксически ишемическую энцефалопатию.
6. Нарушения функции систем многих органов сразу после родов и в раннем неонатальном периоде.

Ишемия мозга (Р 91.0)

Гипоксические поражения нервной системы – повреждения, возникающие в результате недостаточного поступления кислорода в ткани мозга, связано как со снижением содержания кислорода в артериальной крови, так и со снижением мозгового кровотока.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: в анамнезе внутриутробная гипоксия плода или интра/постнатальная асфиксия у новорожденного, низкая оценка по шкале Апгар, неврологическая симптоматика.
2. Инструментальные методы: НСГ, КТ, ДГ, ЭЭГ.

Внутрижелудочковое кровоизлияние (Р 52)

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: флюктуация, быстрое снижение АД (среднего АД <30 мм.рт.ст).
2. Лабораторно: быстрое падение гематокрита и уровня гемоглобина, гипоксемия, ацидоз, гипокальциемия, колебания уровня глюкозы в сыворотке крови.
3. Люмбальная пункция: повышенное давление, примесь крови, повышение белка, снижение глюкозы.
4. НСГ: в дебюте - гиперэхогенные зоны в области герминативного матрикса, затем венрикуломегалия, эхопозитивные образования, блокада ликворных путей с развитием острой гидроцефалии.
5. ДГ: флюктуация кровотока в главных артериях мозга до развития интравентрикулярного кровотечения, стабилизация кровотока после кровоизлияния, при прогрессировании венрикуломегалии нарастающая гипоперфузия.

Респираторный дистресс-синдром новорожденного (Р 22)

Респираторный дистресс-синдром новорожденного - симптомокомплекс тяжелой дыхательной недостаточности, возникающий в связи с дефицитом сурфактанта легких, вследствие его недостаточной продукции или избыточной инактивации.

Критерии диагностики

1. Анамнестически: развитие дыхательных расстройств у сибсов, сахарный диабет у матери, тяжелая форма гемолитической болезни плода, преждевременная отслойка плаценты и роды, кесарево сечение до начала родовой деятельности, асфиксия плода и новорожденного.

2. Клинически: цианоз и одышка (ЧДД более 60/мин), с первых минут жизни, экспираторные шумы («стонущее дыхание»), западение грудной клетки на вдохе с одновременным напряжением крыльев носа и ослабление дыхания при аускультации, крепитирующие хрипы.

6. Рентгенологически: диффузное снижение прозрачности легочных полей, ретикулогранулярный рисунок и полосы просветлений в области корня легкого (воздушная бронхограмма).

Бронхолегочная дисплазия (Р 27.0)

Бронхолегочная дисплазия – полиэтиологическое хроническое заболевание морфологически незрелых легких, развивающееся у глубоко недоношенных детей, в результате интенсивной терапии респираторного дистресс-синдрома и/или пневмонии, протекающее с преимущественным поражением бронхиол и паренхимы легких, эмфиземой, фиброзом, проявляющееся зависимостью от кислорода до 28 суток жизни и старше, симптомами дыхательной недостаточности, бронхообструкции, специфичными рентгенографическими изменениями в первые месяцы жизни и регрессом клинических проявлений по мере роста.

Классификация

По времени возникновения	По форме	По степени
Недоношенных Доношенных	Новая Классическая	Легкая Среднетяжелая Тяжелая

Классификация по степени тяжести течения

Тяжесть течения	Критерии тяжести		
	Анамнестические	Клинические	Рентгенологические
Легкое	Возможность дыхания комнатным воздухом	Бронхиальная обструкция отсутствует, но может появляться при ОРЗ	Вздутие гр. кл. отсутствует или выражено минимально.
Среднетяжелое	Потребность в кислороде менее 30%	Бронхиальная обструкция умеренная, возникает при ОРЗ, усиливается одышка при	Вздутие гр. кл. имеется, локально фокусы повышения прозрачности, участки пневмосклероза

		физической нагрузке	
Тяжелое	Потребность в кислороде более 30% и/или ИВЛ с постоянным положительным давлением через носовые катетеры	Бронхиальная обструкция выражена вне обострения, одышка в покое	Вздутие гр. кл. выражено (сумма счета по передним и задним отрезкам ребер 17 и более), буллы, множественные участки пневмосклероза

Критерии диагностики

1. Клинически: ИВЛ на первой неделе жизни и/или респираторная терапия с постоянным положительным давлением в дыхательных путях через носовые катетеры, терапия кислородом более 21% в возрасте 28 дней и старше, дыхательная недостаточность, бронхообструктивный синдром в возрасте 28 дней и старше, зависимость от кислорода, развивающаяся при проведении кислородотерапии (ИВЛ, НСРАР).

2. Рентгенологически: интерстициальный отек, чередующийся с участками повышенной прозрачности легочной ткани, фиброз, лентообразные уплотнения.

Внутриутробные инфекции

Внутриутробные инфекции - заболевания, при которых заражение плода или новорожденного происходит в пренатальном, антенальном и интранатальном периодах, а источником инфекции является мать.

Классификация

Вирусные	Бактериальные	Паразитарные	Грибковые
Краснуха Герпес ЦМВ Ветряная оспа Энтеровирусы	Сифилис Листериоз Туберкулез	Токсоплазмоз	Грибы рода Candida

Критерии диагностики

1. Анамнестически: Данные анамнеза матери с урогенитальными инфекциями.

2. Клинически: задержка внутриутробного развития, стигмы эмбриогенеза, гепатоспленомегалия, желтуха, экзантема, пневмония, менингоэнцефалит, кальцинаты, кисты в мозге, хориоретинит, катаракта, гидроцефалия, микроцефалия, судороги, анемия, тромбоцитопения. Минимальные проявления врожденной инфекции: наличие высыпаний на коже и слизистых,

кольцевидное шелушение кожи, затруднение носового дыхания, отделяемое из слизистых оболочек, вздутие живота, синдром дыхательных расстройств

Гемолитическая болезнь плода и новорожденного (Р 55-Р 57)

ГБН - изоиммунная гемолитическая анемия, возникающая в случаях несовместимости крови матери и плода по эритроцитарным антигенам, которые локализуются на эритроцитах плода, а антитела на них вырабатываются в организме матери.

Легкая желтуха – появляется на 12 день жизни ребенка, содержание билирубина в пуповинной крови не превышает 51 мкмоль/л, почасовой прирост билирубина до 45 мкмоль/л/ч, увеличение печени и селезенки умеренное.

Среднетяжелая желтуха – заметна при рождении или в первые часы жизни, содержание билирубина в пуповинной крови превышает 68 мкмоль/л, почасовой прирост билирубина до 61 мкмоль/л/ч, увеличение печени на 2-3 см и селезенки на 1-1,5 см.

Тяжелая желтуха – диагностируется внутриутробно по данным УЗИ, по показателям оптической плотности билирубина околоплодных вод, полученных при амниоцентезе, гематокриту и содержанию гемоглобина, полученным при кордоцентезе.

Классификация

По виду конфликта	По клиническим проявлениям	По степени тяжести	По наличию осложнений
Несовместимость эритроцитов матери и плода по резусфактору Несовместимость по системе АВО (групповая несовместимость) Несовместимость по редким факторам крови	Отёчная (гемолитическая анемия с водянкой) Желтушная (гемолитическая анемия с желтухой) Анемическая (гемолитическая анемия без желтухи и водянки)	Легкая Среднетяжелая Тяжелая	Неосложненная Осложненная

Критерии диагностики

1. Отечная форма: общий отечный синдром (анасарка, асцит, гидроперикард), выраженная бледность кожи и видимых слизистых, гепатомегалия и спленомегалия, желтуха отсутствует или слабо выражена, геморрагический синдром на коже, развитие ДВСсиндрома, гемодинамические нарушения.

2. Желтушная форма: желтушно прокрашены околоплодные воды, оболочки пуповины, первородная смазка, раннее развитие желтухи, преимущественно теплого желтого оттенка, бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек умеренная, увеличение печени и селезенки.

3. Анемическая форма: бледность кожных покровов, вялость, плохое сосание, тахикардия, приглушенность тонов сердца, систолический шум, увеличение печени и селезенки.

Желтуха новорожденных

Желтуха (гипербилирубинемия) – метаболическое расстройство, выявляемое в периоде новорожденности, характеризующееся повышением сывороточной концентрации билирубина, сопровождающееся желтухой.

Классификация

По типу	По характеру
Конъюгационные	Физиологическая
Гемолитические	Патологические
Печеночные	
Механические	

Критерии диагностики

1. Время появления желтухи – при рождении, в первые сутки, на второй неделе жизни.
2. Непрямой билирубин в сыворотке пуповинной крови у доношенных новорожденных более 51 мкмоль/л.
3. Высокие темпы прироста непрямого билирубина.
4. Затяжное течение желтухи.
5. Значение прямого билирубина 10-15 % и более от общего билирубина или выше 25 мкмоль/л.
6. Концентрация билирубина: у доношенных – 256 мкмоль/л, у недоношенных – 171 мкмоль/л.

Сепсис (Р 36)

Сепсис – генерализованная ациклическая гнойновоспалительная инфекция, вызванная условнопатогенной бактериальной микрофлорой, в основе которой лежит дисфункция иммунной системы организма с развитием неадекватного системного воспалительного ответа и синдрома полиорганной недостаточности.

Классификация (А.Д.Островский, А.С.Воробьёв, 1985)

1. Генез:
первичный, вторичный (при иммунодефицитном состоянии)
2. Период возникновения:
пренатальный (внутриутробный), постнатальный
3. Этиология:
стафилококк, стрептококк, кишечная палочка, синегнойная палочка, клебсиелла, смешанная инфекция, другие инфекционные факторы
4. «Входные ворота» инфекции:
пупочная ранка, кожа, лёгкие, пищеварительный тракт, среднее ухо, криптогенный сепсис
5. Форма болезни:
септицемическая, септикопиемическая (указываются все пиемические очаги)

6. Течение заболевания:
острое, подострое, затяжное, молниеносное
7. Клинико – патофизиологические синдромы:
диссеминированного внутрисосудистого свёртывания, тромбгеморрагический, септический шок, токсико-дистрофическое состояние.

Критерии диагностики

1. Анамнестически: хронические инфекционные заболевания у матери, длительный безводный период, «грязные» околоплодные воды.
2. Клинически: наличие нескольких очагов инфекции с однотипным возбудителем, последовательно возникающих и имеющих гематогенный генез, выраженная интоксикация (лихорадка, бледно-серый или желтоватый оттенок кожи, снижение массы тела, дисфункция желудочно-кишечного тракта и др.); признаки полиорганной недостаточности.
3. Лабораторно: анемия, лейкоцитоз и нейтрофилёз со сдвигом влево, токсическая зернистость нейтрофилов, выделение положительной гемокультуры однотипной флоры не менее 2 раз, повышение С-реактивного белка, прокальцитонина, ИЛ 8.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ

Атрезия пищевода (Q 39.)

Атрезия пищевода - порок развития, при котором верхний его отрезок заканчивается слепо, а нижний, в большинстве случаев, впадает в трахею, образуя соустье.

Классификация (Г.А. Баиров, 1968)

1. Формы атрезии пищевода: дистальный трахеопищеводный свищ, проксимальный трахеопищеводный свищ, бессвищевая форма, полное отсутствие пищевода.
2. Наличие диастаза между отрезками пищевода: значительный диастаз (более 1,5 – 2 см), средний (до 1,5 – 2 см), почти полное отсутствие.
3. Сочетание с другими пороками развития (сердца, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы и др.)

Критерии диагностики

1. Антенатальная диагностика (УЗИ) в первой половине беременности с наличием характерных признаков: дефектов пищевода.
2. Клинические симптомы в виде дыхательной недостаточности
3. Пеннистые выделения изо рта и носовых ходов
4. Положительная проба Элефанта
5. Данные зондирования желудка (препятствие прохождения зонда в желудок).

Врождённая диафрагмальная грыжа (Q 79.)

Врождённая диафрагмальная грыжа - перемещение органов брюшной полости в грудную полость через естественное или патологическое отверстие в грудобрюшной преграде.

Классификация (С.Я. Долецкий, 1960)

1. Выпячивание истончённой зоны диафрагмы (истинные грыжи):
 - выпячивание ограниченной части купола
 - выпячивание значительной части купола
 - полное выпячивание одного купола (релаксация)
2. Дефекты диафрагмы (ложные грыжи):
 - щелевидный задний дефект
 - значительный дефект
 - отсутствие одного купола (аплазия)

Критерии диагностики

1. Клинически: запавший живот, взбухание левой половины грудной клетки, кишечные шумы над лёгкими слева.
2. Инструментально: контрастное исследование желудочно-кишечного тракта: наличие контраста в проекции грудной клетки. Обзорная рентгенография органов грудной клетки в вертикальном положении: смещение средостения в здоровую сторону, ячеистая структура легкого, антенатальная УЗИ диагностика в первой половине беременности с характерными признаками: отсутствие петель кишок со смещением.

Врождённая кишечная непроходимость (Q 41-44)

Врождённая непроходимость кишечника – нарушение адекватной проходимости кишечника из-за пороков развития кишечной трубки, нарушения ротации кишечника, мекониевой болезни.

Классификация (Ю.Ф. Исаков, Э.А. Степанов, 1988)

Высокая кишечная непроходимость

1. Атрезия и стеноз 12-перстной кишки
2. Сдавление 12-перстной кишки спайками, сосудами, высоко расположенной слепой кишкой, кольцевидной поджелудочной железой
3. Заворот “средней кишки“
4. Синдром Ледда
5. Атрезия начального отдела тощей кишки

Низкая кишечная непроходимость

1. Атрезия тонкой кишки
2. Заворот вокруг фиксированного Меккелева дивертикула
3. Мекониальная непроходимость
4. Атрезия толстой кишки
5. Сдавление кишки кистой
6. Множественные атрезии

Критерии диагностики

1. Клинически: запавший живот при высокой непроходимости, вздутый – при низкой, рвота, отсутствие стула. Прогрессирование вздутия живота при низкой непроходимости.
2. Инструментально: обзорная рентгенография брюшной и грудной полости вертикально: симптом “2-х уровней“ при высокой непроходимости, наличие множественных асимметричных уровней при низкой непроходимости, Антенатальная диагностика (УЗИ) в первой половине беременности с

характерными признаками: отсутствие кишки на протяжении определенного участка.

Аноректальные пороки развития (Q 42.0-Q42.3)

Аноректальные пороки развития - отсутствие ануса и/или прямой кишки на должествующем месте, которые могут сопровождаться наличием свищей на промежность, в мочевую и (или) половую систему.

Классификация (А.И. Лёнюшкин, 1990)

- Атрезии:
 - А. Клоакальная форма: пузырьная, вагинальная.
 - Б. Со свищами: в мочевую систему (мочевой пузырь, уретру); в половую систему (матку, влагалище, преддверие влагалища); на промежность.
 - В. Без свищей: атрезия заднего прохода и прямой кишки, атрезия заднепроходного канала, прикрытое заднепроходное отверстие, атрезия прямой кишки при нормально сформированном анусе.
- Врождённые сужения: заднего прохода, прямой кишки, заднего прохода прямой кишки.
- Врождённые свищи при нормально функционирующем анусе: в половую систему (у девочек), в мочевую систему (у мальчиков), на промежность.
- Эктопия заднепроходного отверстия: промежностная, вестибулярная.
- Расщелины промежности

Критерии диагностики

1. Клинически: картина низкой кишечной непроходимости при бессвищевых формах атрезий, прогрессирующее вздутие живота. Отсутствие анального отверстия, наличие свища на промежности или в преддверии влагалища.
2. Инструментально: Зондирование per rectum – зонд не проходит в прямую кишку. Инвертограмма по Вангенстину для определения уровня атрезии. УЗИ брюшной полости и промежности с характерными признаками, Антенатальная диагностика (УЗИ) в первой половине беременности с характерными признаками: отсутствие ануса и прямой кишки.

Грыжа пупочного канатика (K 42.9)

Грыжа пупочного канатика - к моменту рождения ребёнка часть органов брюшной полости располагается внебрюшинно – в пуповинных оболочках.

Классификация

- А. По размерам: малые – до 5 см., средние – до 10 см., большие – более 10 см.
- Б. По состоянию грыжевых оболочек: неосложнённые (неизменённые грыжевые оболочки), осложнённые (разрыв оболочек, инфицирование оболочек).
- В. По форме: шаровидные, грибовидные.

Критерии диагностики

1. Антенатальная диагностика (УЗИ) в первой половине беременности с обнаружением характерных признаков: визуализация грыжевого мешка вне брюшной стенки.
2. Осмотр, позволяющий определить величину грыжи, наличие осложнений (разрыв или инфицирование оболочек грыжевого мешка)
3. УЗИ брюшной полости в вертикальном положении для исключения сочетанного порока развития (врождённая кишечная непроходимость)
4. УЗИ сердца, почек, нейросонография для определения сочетанных пороков, наличия родовой черепно-мозговой травмы с целью правильного выбора метода лечения.

Тупая травма живота (S 36.)

Травма – результат внезапного воздействия на организм, какого либо фактора внешней среды, нарушающий анатомическую целостность тканей и протекающих в ней физиологических процессов.

Классификация (Е. Романенко, 1978)

- А. По распространённости: изолированные, сочетанные, комбинированные повреждения.
- Б. По механизму травмы: открытые (проникающие, не проникающие), закрытые (повреждения брюшной стенки, повреждения внутренних органов).
- В. Повреждения брюшной стенки: ушибы, разрывы мышц, кровоизлияния.
- Г. Повреждения внутренних органов: повреждения селезёнки, повреждения печени, повреждения полых органов, множественные повреждения внутренних органов.

Изолированная травма – повреждения в пределах одного органа, одного анатомического сегмента конечности или функционального образования в пределах одной анатомической области.

Сочетанные повреждения – одновременное поражение двух и более органов одной или более топографо-анатомической области, но выполняющих различные функции.

Комбинированная травма – повреждения возникшие в результате одновременного воздействия не менее двух травмирующих факторов: термического, механического, радиационного и т.д.

Открытые травмы – повреждения с нарушением целостности кожных покровов: проникающие (раневого канала проникает в брюшную полость или грудную клетку); не проникающие (раневого дефекта ограничивается повреждением мягких тканей).

Закрытые травмы – повреждения органов или тканей организма, при которых сохранена целостность кожных покровов: повреждения органов брюшной стенки; повреждения внутренних органов.

Повреждения селезёнки (Е. Романенко, 1978)

1. По времени: одномоментные, двухмоментные.
2. По характеру повреждений: разрывы (одиночные, множественные); размозжения; отрывы органа.
3. По локализации: поверхностные, полюсов, области ворот.
4. По клинике кровотечения: медленные, быстрые, молниеносные.

Повреждения печени (Е. Романенко, 1978)

1. Субкапсулярные гематомы.
2. Глубинные или центральные гематомы.
3. Повреждения печени с нарушением целостности капсулы: одиночные или множественные печени; разрывы изолированные или сочетающиеся с трещинами; размозжение или расчленение трещины на отдельные фрагменты; разрывы и трещины печени, сопровождающиеся повреждением желчного пузыря и крупных желчных протоков.

Критерии диагностики

1. Клиника кровотечения или перитонита.
2. Инструментально: УЗИ органов брюшной полости, для определения целостности паренхиматозных органов. Обзорная рентгенография органов брюшной полости в прямой проекции, вертикальном положении или латеропозиции – для определения свободного газа в брюшной полости. Общий анализ крови – лейкоцитоз, анемия. Лапароскопия.

Кровотечения из желудочно-кишечного тракта (К 13.7, К 22.8, К 62.5, К 92.2, Р 54.3, I 85.0)

Кровотечение из ЖКТ - следствие осложненного течения различных заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Классификация

I. По уровню поражения

1. Из верхних отделов ЖКТ

А. Новорожденные: геморрагическая болезнь, эрозии пищевода и желудка (токсические, стрессовые, медикаментозные).

Б. Дети старшего возраста: острые и хронические язвы желудка и ДПК, геморрагический гастрит, варикозное расширение вен пищевода, синдром Меллори-Вейса.

2. Из нижних отделов ЖКТ: дивертикул Меккеля, сосудистые дисплазии (ангиоматоз, болезнь Рондю-Ослера), странгуляционная кишечная непроходимость, инвагинация, удвоение тонкой и толстой кишки, полипы и опухоли кишечника, сосудистые мальформации, трещина ануса, геморрой, инфекционный энтероколит.

II. По этиологии: язвенные, неязвенные.

III. По клиническому течению: профузные, торпидные, продолжающиеся, остановившиеся.

IV. По степени тяжести кровопотери: легкие, среднетяжелые, тяжелые, геморрагический шок.

Критерии диагностики

1. Клинически: вялость, бледность кожи, тахикардия, гипотония, рвота кровью (гематином), мелена.

2. Лабораторно: анемия.

3. Инструментально: ЭФГДС: подслизистые кровоизлияния, эритема и эрозии слизистой желудка и ДПК, язвенный дефект с кровоточащим сосудом. Сцинтиграфия - выявление дивертикула Меккеля.

Синдром портальной гипертензии (К 76.6)

Синдром портальной гипертензии - нарушение кровообращения и повышение давления в системе воротной вены.

Классификация (Е.Д. Пациори, 1976)

I. Внутрпеченочная форма СПГ, как следствие:

1. Хронического гепатита В, С, Д и др.

2. Цирроза печени (у детей после хронического вирусного гепатита, первичного билиарного цирроза печени при врожденной атрезии желчных путей, как исход обменных заболеваний печени)

3. Опухоли печени
 - II. Подпеченочная форма, как следствие:
 1. Врожденных пороков развития воротной вены и ее ветвей (стеноз, облитерация, атрезия, кавернозная трансформация)
 2. Тромбоз воротной вены и ее ветвей после воспалительных процессов (катетеризация пупочной вены у новорожденных, пупочный сепсис, гнойные заболевания пупочной ямки, воспалительные заболевания органов брюшной полости)
 3. Сдавление воротной вены и ее ветвей рубцами, опухолями, инфильтратом
 - III. Надпеченочная форма:
 1. Синдром Бадда-Киари (облитерирующий эндофлебит печеночных вен).
 2. Сдавление печеночных вен опухолью или кистой
 3. Мембранная обструкция надпеченочного сегмента нижней полой вены
 - IV. Комбинированная форма (сочетание внутри- и подпеченочного блока)

Критерии диагностики

1. Клинически: в анамнезе – катетеризация и ведение в пупочную вену медикаментов в периоде новорожденности, перенесенный гематит; увеличение живота, поверхностная венозная сеть.
2. Лабораторно: анемия, тромбоцитопения, лейкопения.
3. Инструментально: УЗИ брюшной полости: кавернозная трансформация воротной вены, увеличение селезенки, печени, наличие асцита, фиброза печеночной ткани. Допплерография сосудов брюшной полости - нарушения кровотока в воротной вене. КТ брюшной полости - структура органов, архитектура сосудов до и после операции с наложением сосудистых анастомозов. Пункционная биопсия печени - выявление цирроза печени.

Инвагинация кишечника (К 56.1, Q 43.8)

Инвагинация кишечника - внедрение определенного отдела кишки в просвет ниже (или выше) расположенного участка, вследствие дискоординированной деятельности мышечного аппарата кишечной стенки.

Классификация (Л. М. Рошаль, 1964)

- Тонкокишечная инвагинация
- Подвздошно-ободочная инвагинация
- Слепоободочная инвагинация
- Толстокишечная инвагинация
- Инвагинация червеобразного отростка
- Ретроградная инвагинация

- Комбинированная инвагинация

Критерии диагностики

1. Клинически: вздутие, болевой абдоминальный синдром, рвота, стул типа «малиновое желе», пальпируемое образование в животе.
2. Инструментально: УЗИ брюшной полости: очаговые симптомы («мишени», «псевдопочки», «двузубца»), косвенные симптомы (маятникообразное движение химуса, расширение кишечных петель, секвестрация жидкости в просвете кишки). Рентгенологически: отсутствие газа в толстой кишке, гомогенная тень инвагината, расширение петель кишечника.

Спаечная кишечная непроходимость (К 56.5)

Спаечная кишечная непроходимость - патологическое спайкообразование в брюшной полости различной этиологии – воспалительного или инфекционного процесса, механического и термического повреждения брюшины, ишемии, пареза кишечника.

Классификация (Ю.Ф. Исаков, 1990)

Ранняя спаечная кишечная непроходимость

(в течение месяца после оперативного вмешательства)

По форме: спаечно-паретическая (первые 3-5 дней после операции), спаечно-инфильтративная (первые 10 – 14 дней после операции), простая (первые 10-14 дней после операции), отсроченная (2-4 нед. после операции).

Поздняя спаечная кишечная непроходимость

(в более поздние сроки после оперативного вмешательства)

По течению: подострая, острая, острейшая форма.

Критерии диагностики

1. Клинически: болевой абдоминальный, вздутие живота, рвота, отсутствие стула и газов.
2. Инструментально: Рентгенологически: расширение петель кишечника, тонкокишечные арки, толстокишечные чаши Клойбера. УЗИ брюшной полости: расширение петель кишечника, утолщение кишечной стенки, маятникообразная перистальтика.

Острый аппендицит (К 35.9)

Острый аппендицит - воспаление червеобразного отростка, требующее экстренной хирургической помощи.

Классификация

Недеструктивные формы: катаральный, хронический.

Деструктивные формы: флегмонозный, гангренозный, гангренозно-перфоративный.

Критерии диагностики

1. Клинически: осмотр детей раннего возраста в состоянии медикаментозного сна, локальная болезненность, пассивное мышечное напряжение, симптом Щеткина-Блюмберга, градиент ректальной и подмышечной температуры, пальцевое ректальное обследование.

2. Лабораторно: лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево, общий анализ мочи для диагностики с патологией мочевыделительной системы.

3. Инструментально: УЗИ брюшной полости с наличием характерных признаков: неравномерное газораспределение в кишке. Лапароскопия в неясных случаях.

Аппендикулярный перитонит (К 35.0)

Аппендикулярный перитонит – частое и наиболее тяжелое осложнение острого аппендицита, заключающееся в прогрессирующей интоксикации за счет воспалительного процесса в брюшной полости и приводящее к развитию полиорганной недостаточности.

Классификация

- Общий перитонит
- Диффузный перитонит
- Разлитой или распространенный перитонит
- Местный перитонит
- Отграниченный (инфильтрат, абсцесс)
- Не отграниченный (подвздошный, тазовый)

Стадии аппендикулярного перитонита

I ст. - экссудативная

II ст. - токсическая

III ст. - терминальная (фаза полиорганных нарушений)

Критерии диагностики

1. Клинически: срок с момента появления болей в животе, локальная болезненность, симптомы раздражения брюшины, пальпация инфильтрата, интоксикация.
2. Лабораторно: лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево.
3. Инструментально: Пальцевое ректальное обследование – инфильтрат. УЗИ: инфильтрат, абсцесса, выпот в брюшную полость. Лапароскопия - диагностика с первичным перитонитом.

Омфалит (Р 38, L 08.9)

Омфалит – воспалительный процесс, локализующийся в области пупочной ямки и окружающих тканях.

Классификация

- Простая (катаральная) форма
- Флегмонозная форма
- Некротическая форма

Критерии диагностики

1. Клинически: гиперемия кожи, инфильтрация мягких тканей в области пупка, серозные, серозные, гнойные выделения.
2. Инструментально: Зондирование дна пупочной ямки - отсутствие признаков свищей области пупка.
3. Лабораторно: Воспалительные изменения в общем анализе крови.

Перитонит новорождённого (Р 78.)

Перитонит - острый воспалительный процесс в брюшной полости на фоне развития различных инфекционно-воспалительных заболеваний её внутренних органов (аппендицит, дивертикулит, перфорация кишечника и др.).

Классификация (Т.В. Красовская, Н.В. Белобородова, 1993)

I. По этиологическим и патогенетическим признакам

A. Перфоративный перитонит при:

1. Некротическом энтероколите
 - а) постгипоксическом
 - б) септическом
2. Пороках развития желудочно-кишечного тракта

- а) сегментарных пороках стенки полого органа
- б) пороках развития, вызывающих механическую непроходимость желудочно-кишечного тракта
- 3. Остром аппендиците
- 4. Ятрогенных перфорациях желудочно-кишечного тракта.
- Б. Неперфоративный перитонит при:
 - 1. Гематогенном, лимфогенном инфицировании брюшины
 - 2. Контактном инфицировании брюшины
- II. По времени возникновения перитонита
 - 1. Пренатальный
 - 2. Постнатальный
- III. По степени распространения процесса в брюшной полости
 - 1. Разлитой
 - 2. Ограниченный
- IV. По характеру выпота в брюшной полости
 - 1. Фиброадгезивный
 - 2. Фибринозно-гнойный
 - 3. Фибринозно-гнойный, каловый

Критерии диагностики

1. Клинически: беспокойство, рвота, вздутие живота, отёк передней брюшной стенки, гиперемия кожи, расширенная подкожная венозная сеть, у мальчиков – отёк и гиперемия мошонки, напряжение мышц передней брюшной стенки.
2. Лабораторно: Воспалительные изменения в общем анализе крови
3. Инструментально: Рентгенологически: наличие свободного газа в брюшной полости при перфорации кишечника.

Остеомиелит (M86.)

Остеомиелит – воспаление костного мозга с вовлечением в процесс кости и надкостницы.

Классификация (Г.Н. Акжигитов, М.А. Галлеев, 1986)

- I. Этиология (грамположительная и грамотрицательная флора)
 1. Монокультура (стафилококк, стрептококк и др.)
 2. Смешанная, или ассоциированная, культура
 - а) двойная ассоциация
 - б) тройная ассоциация
 3. Возбудитель не выделен
- II. Клинические формы
 1. Острый гематогенный остеомиелит:

- А. Генерализованная форма:
 - токсикосептическая (адинамическая)
 - септикопиемическая
 - Б. Местная (очаговая)
2. Посттравматический остеомиелит:
- а) развившийся после перелома кости
 - б) огнестрельный
 - в) послеоперационный, включая «спицевой»
 - г) пострadiационный
3. Атипичные формы:
- а) Абсцесс Броди (вялотекущий внутрикостный абсцесс)
 - б) Альбуминозный (остеомиелит Оллье)
 - в) Антибиотический
 - г) Склерозирующий (остеомиелит Гарре)
- III. Стадии и фазы гематогенного остеомиелита
- 1. Острая стадия
 - а) интрамедуллярная фаза
 - б) экстрамедуллярная фаза
 - 2. Подострая стадия
 - а) фаза выздоровления
 - б) фаза продолжающегося процесса
 - 3. Хроническая стадия
 - а) фаза обострения
 - б) фаза ремиссии
 - в) фаза выздоровления
- IV. Локализация процесса и морфологические формы
- 1. Остеомиелит трубчатых костей (эпифизарный, метафизарный, диафизарный, тотальный)
 - 2. Остеомиелит плоских костей (тазовые кости, позвоночник, лопатки, череп)
 - 3. Морфологические формы:
 - а) диффузная
 - б) очаговая
 - в) диффузно-очаговая
- V. Осложнения
- 1. Местные:
 - а) патологический перелом
 - б) патологический вывих
 - в) ложный сустав
 - г) другие местные осложнения (анкилоз, контрактура, деформация конечности, нарушение роста кости, аррозивное кровотечение и др.)
 - 2. Общие (предамылоидоз, амилоидоз, деструктивная пневмония)

Критерии диагностики

1. Клинически: выраженная боль с нарушением функции в соответствующей конечности, вынужденное положение конечности (болевая контрактура), увеличение сегмента конечности в объёме с гиперемией кожи и инфильтрацией мягких тканей (параоссальная флегмона), гипертермия, выраженные признаки интоксикации, гепато-спленомегалия.
2. Лабораторно: воспалительные изменения в общем анализе крови.
3. Инструментально: рентгенологически: остеолитический с 14 дня заболевания. Повышение внутрикостного давления при остеотометрии.

Острая деструктивная пневмония (J 15.9)

Острая деструктивная пневмония – осложнение пневмонии различной этиологии (стафилококковой, синегнойной, протейной, стрептококковой и т.д.), протекающее с образованием внутрилёгочных полостей и склонное к присоединению плевральных осложнений.

Классификация (М.Р. Рокицкий, 1988)

- I. Этиология: стафилококковые, стрептококковые, синегнойные, протейные, смешанные.
- II. Тип поражения:
 1. Первичное поражение (аэрогенный путь инфицирования)
 - а) истинно первичное (осложнение бактериальной пневмонии)
 - б) условно первичное (наслоение на инфекцию, пороки развития лёгких)
 2. Вторичное поражение (гематогенный путь инфицирования)
- III. Формы поражения:
 1. Преддеструкции (острые массивные пневмонии, острые лобиты)
 2. Лёгочные формы бактериальных деструкций лёгких:
 - а) мелкоочаговая множественная деструкция
 - б) внутрилёгочная деструкция
 - г) гигантский кортикальный («провисающий») абсцесс
 - д) буллёзная форма деструкции
 3. Лёгочно-плевральные формы бактериальных деструкций:
 - а) пиоторакс (ограниченный, тотальный, «плащевидный»; «прободающая эмпиема»)
 - б) пиопневмоторакс (простой, напряжённый, ограниченный, тотальный)
 - в) пневмоторакс (простой, напряжённый, ограниченный, тотальный)
 4. Хронические формы и исходы бактериальных деструкций лёгких:
 - а) вторичные кисты лёгких (неосложнённые, осложнённые)
 - б) хронический абсцесс лёгкого
 - в) фиброторакс

г) хроническая эмпиема плевры (ограниченная, тотальная, без бронхоплеврального свища, с бронхоплевральным свищом, без плевро-кожного свища, с плевро-кожным свищом)

д) бронхоэктазии (ателектатические, без ателектаза)

IV. Фаза течения деструкции: преддеструкции, острого течения, подострого течения, хронического течения

V. Осложнения:

1. Сепсис

2. Перикардит (гнойный, гнойно-фибринозный, фибринозный)

3. Медиастинальная эмфизема (простая, прогрессирующая)

4. Кровотечение (легочное, лёгочно-плевральное, внутриплевральное)

Критерии диагностики

1. Клинически: одышка, кашель, гипертермия, интоксикация, бледность кожных покровов, цианоз, нарушение проводимости дыхания, хрипы, притупление перкуторного звука или тимпанит, смещение органов средостения.

2. Рентгенологически: обширное затенение легочного поля, легочные полости с признаками содержимого или без, деструктивные изменения легочной ткани, жидкость и свободный газ, смещение органов средостения.

3. Лабораторно: Воспалительные изменения со стороны общего анализа крови.

Болезнь Гиршпрунга (Q 43.1)

Порок развития толстой кишки, проявляющийся клиникой прогрессирующего запора, в основе которого лежит нарушение иннервации сегмента толстой кишки.

Классификация (Ю.Ф. Исаков, 1965)

1. Ректальная:

- С поражением промежностного отдела
- С поражением ампулярной части

2. Ректосигмоидная:

- С поражением части сигмовидной кишки
- С субтотальным или тотальным поражением сигмовидной кишки

3. Сегментарная:

- с одним сегментом
- с двумя сегментами

4. Субтотальная:

- С поражением поперечно-ободочной кишки
- С распространением на правую половину толстой кишки

5. Тотальная:

По стадиям:

1. Стадия компенсации
2. Стадия субкомпенсации
3. Стадия декомпенсации

Критерии диагностики

1. Клинически: в анамнезе запоры с первого года жизни или рождения, прогрессирующая низкая кишечная непроходимость.
2. Per rectum: ампула прямой кишки пустая.
3. Инструментально: УЗИ органов брюшной полости с характерными признаками: вздутие петель кишок, наличие аперистальтирующего участка. Ирригография - определение зоны аганглиоза и расширения над ней.
5. Лабораторно: положительный тест на ацетилхолинэстеразу.

Классификация пороков развития мочевыводящих путей (N 28.8, Q 63.)

1. Аномалии количества почек: агенезия, добавочная почка
2. Аномалии расположения почек: дистопия, нефроптоз
3. Аномалии взаимоотношения почек - различные виды сращений почек
4. Аномалии величины и структуры почек: гипоплазия, удвоение почек и мочеточников, кистозные аномалии

Критерии диагностики

1. Клинически: длительно могут отсутствовать, в дальнейшем присоединение инфекции мочевыводящей системы.
2. Лабораторно: при присоединении инфекции - лейкоцитурия, протеинурия, признаки обменной нефропатии.
3. Инструментально: УЗИ, КТ: признаки аномалии: изменения положения и формы почек, наличие расширенных мочеточников. Экскреторная урография: изменения морфологии и функций системы.

Гипоспадия (Q 54.)

Гипоспадия – порок развития, характеризующийся отсутствием нижней стенки уретры в дистальных отделах ЖВП.

Классификация

- Головчатая форма
- Венечная форма
- Стволовая форма
- Мошоночная форма
- Промежностная форма

- «Гипоспадия без гипоспадии», гипоспадия типа хорды

Критерии диагностики

1. Клинически: нарушения мочеиспускания от разбрызгивания мочи до ее полного недержания, отсутствие уздечки полового члена, деформация полового члена, нарушение эрекции, уровень расположения наружного отверстия уретры.

Эписпадия (Q 64.0)

Эписпадия – врожденное расщепление верхней (дорсальной) стенки уретры.

Классификация

1. У мальчиков: эписпадия головки, эписпадия полового члена, тотальная эписпадия
2. У девочек: клиторная эписпадия, субсимфизарная эписпадия, тотальная эписпадия

Критерии диагностики

1. Клинически: нарушения мочеиспускания от разбрызгивания мочи до ее полного недержания, деформация полового члена или клитора, нарушение эрекции у мальчиков, уровень расположения наружного отверстия уретры
2. Лабораторно: Определение полового хроматина

Варикоцеле (I 86.)

Варикоцеле - нарушение кровообращения яичка и проявляющееся расширением вен гроздьевидного сплетения.

Классификация

- 1 степень
- 2 степень
- 3 степень

Критерии диагностики

1. Клинически: наличие болей, увеличение чаще левой половины мошонки, при пальпации мошонки - гроздевидные венозные сплетения по ходу семенного канатика.
2. Лабораторно: спермограмма: резкое снижение активности сперматозоидов.

Водянка оболочек яичка (N 43.3)

Водянка оболочек яичка - незаращение вагинального отростка брюшины и скоплением в нём серозной жидкости.

Классификация

1. Сообщающаяся водянка оболочек яичка
2. Сообщающаяся водянка семенного канатика
3. Изолированная водянка оболочек яичка
4. Киста семенного канатика

Критерии диагностики

1. Клинически: увеличение объёма мошонки, сроки появления и темпы увеличения объёма мошонки, степень изменения её объёма в течение суток.
2. Диафаноскопия.

Крипторхизм (Q 53.)

Крипторхизм – анатомические варианты необычного расположения яичка, остановившегося на пути миграции или уклонившегося в продвижении к мошонке.

Классификация (С.А. Горелик, 1968)

1. Врождённый: ретенция (паховая, абдоминальная), эктопия (паховая, тазовая, промежностная, бедренная, лобковая, пениальная, перекрёстная)
2. Приобретённый: ложный, истинный

Критерии диагностики

1. Клинически: гипоплазия мошонки, отсутствие яичка в мошонке.
3. Инструментально: УЗИ: визуализация яичка в паховой области, брюшной полости, отсутствие яичек. Лапароскопия (при абдоминальной ретенции, отсутствии визуализации яичек или яичка).

Доброкачественные опухоли (D 16., 18., 24)

Доброкачественные опухоли - опухоли различных тканей не склонные к метастазированию, инфильтративному росту, прогрессирующему течению с явлениями интоксикации.

Классификация

А. Опухоли мягких тканей:

1. Гемангиома (капиллярная, кавернозная, смешанная, комбинированная)
2. Лимфангиома (простая, кавернозная, кистозная)
3. Невусы (пограничный, смешанный, внутридермальный, юношеская меланома, голубой невус, лентиго)
4. Фибромы
5. Дермоидные кисты
6. Тератома

Б. Опухоли костей

1. Остеома
2. Остеоид-остеома
3. Доброкачественная хондробластома

Международная классификация рака у детей (Kramarowa et al.,1998)

1. Опухоли ЦНС: эпендимома, астроцитомы, примитивные нейроэктодермальные, другие глиомы, другие специфические внутричерепные и внутриспинальные, неспецифические внутричерепные
2. Опухоли симпатической нервной системы: нейробластома и ганглионейробластома, опухоли других отделов симпатической нервной системы
3. Ретинобластома
4. Опухоли почки: опухоль Вильмса, рабдоидная и светлоклеточная саркома, карцинома, неспецифические злокачественные опухоли
5. Опухоли печени: гепатобластома, карцинома, неспецифические злокачественные опухоли.
6. Злокачественные опухоли костей: остеосаркома, хондросаркома, саркома Юинга, другие специфические злокачественные опухоли
7. Саркомы мягких тканей: рабдомиосаркома и эмбриональные саркомы, фибросаркома, нейрофибросаркома, саркома Капоши, другие специфические саркомы мягких тканей
8. Герминогенные, трофобластические и другие гонадные новообразования: внутричерепные и внутриспинальные герминогенные опухоли, герминогенные опухоли гонад, рак гонад.
9. Карциномы и другие злокачественные эпителиальные опухоли: адренокортикальная карцинома, рак щитовидной железы, назофарингеальный рак, злокачественная меланома, рак кожи.

Критерии диагностики

1. Клинически: анамнез, осмотр, пальпация. С рождением характерных признаков.
2. Инструментально: УЗИ: наличие тени образований, смещение рядом лежащих органов, КТ с характерными признаками. Сцинтиграфия с характерными признаками: наличие задержки РФП в кости. Определение опухолевых маркеров. Лапароскопия. Пункционная и открытая биопсия опухоли. Исследование костного мозга

ИНФЕКЦИОННАЯ ПАТОЛОГИЯ

Аденовирусная инфекция (В 30.1-34.0)

Аденовирусная инфекция - острое инфекционное заболевание, вызываемое разными серотипами аденовируса, передающееся воздушно-капельным путем, с преимущественным поражением носоглотки, конъюнктив, лимфоидной ткани, характеризующееся лихорадкой, умеренной интоксикацией, катаральным синдромом с выраженным экссудативным компонентом.

Классификация (Н.И. Нисевич, В.Ф.Учайкин, 1990)

По основному синдрому	Дополнительные синдромы	По тяжести течения
Катар верхних дыхательных путей Фаринго-конъюнктивальная лихорадка Конъюнктивит, кератоконъюнктивит Тонзиллофарингит Пневмония	Обструктивный Синдром крупа Пленчатый конъюнктивит Диареи РЭС-мононуклеоидный	Легкое Среднетяжелое Тяжелое

Критерии диагностики

1. Клинически: преобладание катарального синдрома над интоксикацией, экссудативный характер воспаления, катар верхних дыхательных путей с конъюнктивитом, полиаденит, гепатоспленомегалия, волнообразное течение.
2. Лабораторно: лейкопения (до 4,0 Г/л), лимфоцитоз (70-87%), атипичные мононуклеары (5-8%), выделение вируса из смывов со слизистой зева, носа, конъюнктивы и испражнений, нарастание титра антител в динамике в 4 и более раз в РА и РН.

Грипп (J 10.0-11.0)

Грипп - острое инфекционное заболевание, вызываемое разными серотипами вируса гриппа, передающееся воздушно-капельным путем, с преимущественным поражением респираторного тракта, выраженной интоксикацией, кратковременной лихорадкой, умеренным катаральным синдромом.

Классификация (Н.И. Нисевич, В.Ф.Учайкин, 1990)

По основному синдрому	Дополнительные синдромы	По тяжести течения	По течению
Нейротоксикоз Судорожный Менингеальный Энцефалитический Сегментарный отек легкого Геморрагический отек легкого Стенозирующий ларинго-трахеит	Обструктивный Синдром крупа Пленчатый конъюнктивит Диареи РЭС-моно нуклеоидный	Легкое Среднетяжелое Тяжелое Гипертоксическое Атипичное (безсимптомное, стертое)	Гладкое Негладкое: - с осложнениями - с присоединением вторичной инфекции - с обострением хронических заболеваний

Критерии диагностики

1. Клинически: выраженная интоксикация (максимально на 1-2 сутки), озноб, температура до 39,0°C, головная боль, мышечные и суставные боли.
2. Лабораторно: лейкопения (до 4,0 Г/л), лимфоцитоз (до 67-85%), обнаружение слущенных клеток и пластов цилиндрического эпителия в отпечатках слизистой оболочки (по Колядицкой), выделение РНК вируса, типирование методом заражения куриных эмбрионов, нарастанием титра антител РСК, РТГА в парных сыворотках с 4-кратным и более увеличением.

Парагрипп

Парагрипп – острое инфекционное заболевание, вызываемое разными серотипами вируса парагриппа, передающееся воздушно-капельным путем, характеризующееся поражением респираторного тракта (преимущественно гортани), с симптомами выраженной интоксикации, повышением температуры, катаральным синдромом.

Классификация (Н.И. Нисевич, В.Ф.Учайкин, 1990)

По типу	По тяжести течения	По течению
Типичный Атипичный (стертый, бессимптомный)	Легкая Среднетяжелая Тяжелая	Гладкое Негладкое: - с осложнениями - с присоединением вторичной инфекции - с обострением хронических заболеваний

--	--	--

Критерии диагностики

1. Клинически: встречается у детей 2-5 лет, одновременное начало катарального и интоксикационного синдромов, температура фебрильная, основной признак - стенозирующий ларинго-трахеит (ложный круп): шумное дыхание, сухой, мучительный кашель, осиплость голоса.
2. Лабораторно: лейкопения (до 4,0 Г/л), лимфоцитоз (до 67-85%), обнаружение слущенных клеток и пластов цилиндрического эпителия в отпечатках слизистой оболочки (по Колядицкой), выделение РНК вируса, типирование методом заражения куриных эмбрионов.

Респираторно-синцитиальная инфекция

Респираторно-синцитиальная инфекция – острое инфекционное заболевание, вызываемое респираторно-синцитиальным вирусом, передающееся воздушно-капельным путем, с преимущественным поражением нижних отделов дыхательных путей, проявляющееся повышением температуры, слабовыраженной интоксикацией, катаральным синдромом, дыхательной недостаточностью.

Классификация
(Н.И. Нисевич, В.Ф.Учайкин, 1990)

По типу	По тяжести течения	По течению
Типичная Атипичная (стертая, бессимптомная).	Легкая Среднетяжелая Тяжелая	Гладкое Негладкое с: - осложнениями - присоединением вторичной инфекции - обострением хронических заболеваний

Критерии диагностики

1. Клинически: болеют дети грудного возраста, слабо выраженные катаральный и интоксикационный синдромы, температура фебрильная, поражение нижних отделов респираторного тракта (бронхиолит,

обструктивный бронхит), дыхательная недостаточность с быстрым развитием обратной динамики.

2. Лабораторно: лейкопения (до 4,0 Г/л), лимфоцитоз (до 67-85%), выделение и типирование вируса в первые 1-3 дня, нарастание титра антител в динамике в 4 и более раз в РСК и РН.

Дифтерия (А 36.0-36.9)

Дифтерия – острое инфекционное заболевание, вызываемое токсигенными коринобактериями дифтерии, характеризующееся воспалительными изменениями слизистых оболочек и кожи с образованием фибриновых пленок и специфическим повреждением ряда органов и тканей, преимущественно сердечно-сосудистой и нервной систем.

Классификация (Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкин, 1990)

I. Дифтерия ротоглотки

- Локализованная: катаральная, островчатая, пленчатая (налеты только на миндалинах)

- Распространенная: (налеты на миндалинах, дужках, маленьком язычке, стенках глотки и полости рта, т.е. выходят за пределы миндалин).

- Токсическая: субтоксическая - эдематозная (отек зева), отек клетчатки шеи и подчелюстной области (односторонний или двусторонний); токсическая 1 ст. – отек подкожной клетчатки шеи до второй шейной складки, токсическая 2 ст. – отек клетчатки шеи до ключицы, токсическая 3 ст. – отек клетчатки шеи ниже ключицы

- Гипертоксическая: молниеносная, геморрагическая (с ДВС-синдромом)

- Комбинированная (поражение нескольких систем: дифтерия глаза, носа, кожи, зева...)

II. Дифтерия носа

- Локализованная: пленчатая, эрозивная, катаральная

- Распространенная: с поражением придаточных полостей

- Токсическая: большие налеты в носу с отеком шейной клетчатки или лица, носовые кровотечения

III. Дифтерия глаз

- Локализованная: катаральная, пленчатая, (крупозная) - поражение только слизистых век

- Распространенная: с поражением глазного яблока (дифтерическая)

- Токсическая: с отеком вокруг глаз, пропитыванием кровью налетов (дифтерическая)

IV. Дифтерия гортани

- Локализованный круп (ларингит)

- Распространенный круп А (ларинготрахеит)
- Распространенный круп Б или нисходящий круп (ларинготрахеобронхит)

V. Дифтерия наружных половых органов

- Локализованная: типичная - пленчатая, атипичная – катаральная
- Распространенная: пленки распространяются на кожу вокруг наружных половых органов
- Токсическая: I ст. - выраженный отек половых органов, токсическая II ст.- отек половых органов и кожи

VI. Дифтерия кожи

- Локализованная: типичная (пленчатая) — без отека кожи
- Токсическая — с отеком кожи
- Гнойничковая — пустулезная, импетигоподобная, панариций, флегмона кожи

VII. Редкие локализации дифтерии: уха, пупочной ямки, ран, органов пищеварения (пищевода, желудка, кишечника)

Критерии диагностики

1. Клинически: наличие фибриновой пленки, распространение налетов и токсического отека за пределы миндалин, незначительная выраженность воспаления, сладко-приторный запах изо рта, развитие истинного крупа: осиплость голоса, «лающий» кашель, дисфония; развитие токсических осложнений: инфекционно-токсический шок, нефроз, миокардит, полинейропатия.

2. Лабораторно: лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево и значительно увеличенная СОЭ, умеренная протеинурия и лейкоцитурия, положительные диагностические посевы в течение 3-4 ч. (не позднее 12 ч) с момента обращения, наличие в начале болезни РПГА отрицательной или положительной в разведениях 1:40-1:160, с последующим нарастанием титра в 4 и более раз.

Эпштейн - Барр вирусная инфекция (инфекционный мононуклеоз) (А 27.)

Инфекционный мононуклеоз - острое инфекционное вирусное заболевание, вызываемое вирусом Эпштейн-Барр, характеризующееся лихорадкой, ангиной, генерализованной лимфаденопатией, увеличением печени и селезенки и появлением в крови атипичных мононуклеаров.

Классификация

Период возникновения	Формы заболевания	По форме тяжести	По течению
Врожденная Преобритенная	1. Типичная (ангина, увеличение)	Легкая Среднетяжелая	Гладкое Негладкое:

	лимфоузлов, печени и селезенки, атипичные мононуклеары) 2. Атипичная: стертая, субклиническая, висцеральная	Тяжелая	- с осложнениями - с присоединением вторичной инфекции - с обострением хронических заболеваний
--	--	---------	--

Критерии диагностики

1. Клинически: высокая длительная лихорадка, синдромы аденоидита и острого тонзиллита, гепатоспленомегалия, лимфаденопатия (увеличение передне-заднешейных лимфоузлов).

2. Лабораторно: высокий лейкоцитоз, абсолютный лимфоцитоз и моноцитоз, специфические клетки - атипичные мононуклеары, СОЭ умеренно увеличено, определение методом ИФА антител Ig M в остром периоде, метод ПЦР - диагностика в крови, слюне, моче.

Коклюш (А 37.)

Коклюш – острое инфекционное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем, вызываемое коклюшной палочкой, протекающее с преимущественным поражением дыхательных путей, сопровождающееся приступообразным спазматическим кашлем и характерными изменениями в крови (лейкоцитоз, лимфоцитоз).

Классификация (Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкин, 1990)

По типу	Периоды заболевания	По тяжести течения	По течению
Типичный Атипичный (стертый, бессимптомный)	Катаральный (1-2 недели) Спазматический (2-4 недели) Разрешения (2-3 недели)	Легкая Среднетяжелая Тяжелая	Гладкое. Негладкое: - с осложнениями - с присоединением вторичной инфекции -с обострением хронических заболеваний

Критерии диагностики

1. Клинически: предсудорожный период (катаральный) - нормальная температура, сухой, навязчивый, постепенно усиливающийся кашель, спазматический период - приступообразный кашель, нормальная температура, наличие «реприз», признаки дыхательной недостаточности, надрыв уздечки языка, наличие хрипов в легких.

2. Лабораторно: лейкоцитоз с выраженным лимфоцитозом при нормальной или сниженной СОЭ, наличие в мазках слизи из задней стенки глотки *Bordetella pertussis*, положительный метод "кашлевых пластинок", ПЦР – диагностика, нарастание титра в реакциях РА, РСК, РПГА и реакцию нейтрализации (РН) антигена.

Менингококковая инфекция (А39.0-А39.9)

Менингококковая инфекция – острое инфекционное заболевание, вызываемое менингококками, с вариательной клиникой от здорового носительства, локализованных форм (назофарингит) до генерализованных форм (менингоэнцефалит, менингококкемия) и редкой локализации (пневмония, артрит, иридоциклит, эндокардит).

Классификация

(В.И. Покровский, Л.А. Фаворова, Н.Н. Костюкова, 1976)

Формы заболевания	По форме тяжести	По течению
Локализованные: менингококконосительство, острый назофарингит Генерализованные: менингококкемия, менингит Смешанные: менингит + менингококкемия Редкие формы: менингококковая пневмония, менингит, артрит (синовит), полиартрит, иридоциклит	Легкая Среднетяжелая Тяжелая	Молниеносное Острое Подострое Хроническое

Критерии диагностики

1. Острый назофарингит: наиболее частая форма, острое начало, температура нормальная или до 38,0° С, головная боль, першение в горле, боль при глотании, заложенность носа, гиперемия и отечность задней стенки глотки, умеренный лейкоцитоз, мазок со слизистой носа на менингококк.

2. Менингококковый менингит: острое начало, температура до 40,0° С, головная боль, рвота не приносящая облегчения, судороги, менингеальные симптомы; лейкоцитоз до 20-40 Г/л, сдвиг формулы влево, анэозинофилия, увеличение СОЭ, исследование СМЖ - цитоз до нескольких тысяч в 1 мкл., нейтрофилы до 90%, белок до 0,66-1,0 г/л, положительные мазки слизи из носоглотки, люмбальной пункции и крови на "толстую каплю".

3. Менингококкемия: внезапное начало, температура более 40,0° С, геморрагическая сыпь («звездчатая», петехиальная) на нижней половине живота, инфекционно-токсический шок (снижение АД, синдром «белого пятна», олигоанурия), ДВС-синдром; гиперлейкоцитоз до 20-40 Г/л, с резким сдвигом влево до миелоцитов, анэозинофилией, увеличением СОЭ, олигоанурия, лейкоцитурия, протеинурия, положительный мазок слизи с задней стенки носоглотки на менингококк, нарастание титра в реакциях РА, РСК, РПГА и реакцию нейтрализации (РН) антигена.

Полиомиелит (А 80., В 91)

Полиомиелит - острое инфекционное заболевание, вызываемое одним из трех типов вируса полиомиелита и характеризующееся большим диапазоном клинических проявлений – от abortивных до паралитических форм.

Классификация (Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкин, Е.В.Лещинская, 1997)

Формы полиомиелита без поражения ЦНС	Формы полиомиелита с поражением ЦНС	Периоды заболевания при паралитической форме
I. Инаппарантная (вирусоносительство) II. Abortивная (малая болезнь)	I. Непаралитическая или менингеальная II. Паралитическая: спинальная (шейная, грудная, поясничная, ограниченная, распространенная); понтинная, бульбарная, понтоспинальная, бульбоспинальная, бульбопонтоспинальная	Препаралитический Паралитический Восстановительный (>1 года) Резидуальных проявлений

Критерии диагностики

1. Клинически: препаралитический период - контакт с больным или вирусоносителем, наибольшая восприимчивость детей раннего возраста, летне-осенняя сезонность, острое начало с двухволновой лихорадкой, слабо выраженные катаральные явления, диспепсические расстройства, болевой синдром (спонтанные мышечные боли в конечностях, спине);

паралитический период: острое развитие вялых парезов (параличей) с нарастанием в течение 1-2 дней, поражение проксимальных отделов конечностей с развитием гипо- или адинамии, арефлексии, атонии, атрофии, ассиметричный, мозаичный характер распределения парезов и параличей, отсутствие расстройства чувствительности и нарушений функций тазовых органов, выраженный болевой синдром, раннее развитие трофических нарушений в пораженных конечностях.

2. Лабораторно: умеренный лейкоцитоз, относительный нейтрофилез, в препаралитическом периоде в ликворе клеточно-белковая диссоциация, в

паралитическом – белково-клеточная диссоциация, обнаружение полиовируса в фекалиях и в ликворе, нарастание титра специфических антител в крови.

Паротитная инфекция (В 26.)

Паротитная инфекция – высококонтагиозная острая генерализованная вирусная инфекция, вызываемая *Pneumophilus parotitidis*, характеризующаяся поражением железистых органов (слюнных желез, поджелудочной железы, яичек, яичников), а также ЦНС (менингит, менингоэнцефалит).

Критерии диагностики

1. Клинически: длительная лихорадка, припухлость в области слюнных желез, боли при жевании, болевые точки Филатова (при надавливании на козелок, мочку уха, сосцевидный отросток, ретромандибулярную ямку), отек и гиперемия слизистой вокруг выводного протока околоушной слюнной железы (с-м Мурсона); полиорганность поражения - панкреатит, орхит, серозный менингит и т.д.
2. Лабораторно: лейкопения, лимфоцитоз, исследование СМЖ - прозрачная или слегка опалисцирующая, давление повышено до 250-300 мм водн.ст., плеоцитоз 300-700 клеток лимфоцитарного характера, белок 0,3-0,9 г/л; РТГА и РСК при исследовании парных сывороток с титром 1:80 и нарастание в динамике в 4 и более раз.

Классификация (Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкин, 1990)

Формы заболевания	По тяжести течения
Типичная железистая: паротит, субмаксилит, сублингвит, панкреатит, орхит, оофарит, бартолинит, мастит; нервная: серозный менингит, менингоэнцефалит, железисто-нервная (комбинированная) Атипичная: стертая, инаппарантная	Легкая Среднетяжелая Тяжелая

Гемофилюс-инфлюэнция инфекция (НВ-инфекция) (J 14, J 20.)

Гемофилюс-инфлюэнция инфекция - острое инфекционное заболевание, преимущественно детей раннего возраста, вызываемое микроорганизмами из рода гемофильных бактерий, проявляющееся гнойным менингитом, отитом, заболеваниями дыхательных путей, эндокардитом, остеомиелитом.

Классификация НВ-инфекции типа В
(В.В. Иванова, М.Н. Сорокина, Н.Я. Скрипченко, 1998)

Формы заболевания

Локализованные: острое респираторное заболевание, отит, остеомиелит, гнойный артрит, конъюнктивит, целлюлит, носительство

Генерализованные: пневмония, менингит, острый эпиглотит (воспаление надгортанника), перикардит, гипертоксическая форма с ИТШ

Редкие: перитонит, гепатит, вульвовагинит, уретрит

Критерии диагностики

1. Анамнестически: возраст ребенка до 3-х лет
2. Клинически: интоксикация, повышение температуры, возраст ребенка до 3-х лет, полиорганность поражения - гнойный менингит, отит, заболевания дыхательных путей (пневмония, эпиглотит, бронхит), эндокардит, остеомиелит.
3. Лабораторно: лейкоцитоз, нейтрофилез, СОЭ до 15-30 мм/час; при менингите - лейкоцитоз до 20-40 Г/л, сдвиг формулы до юных форм, анэозинофилия; исследование СМЖ - высокий цитоз, нейтрофилы до 90%, белок повышается до 0,66-1,0 г/л; диагностическим критерием НВ-менингита считается гипоглюкорагия (глюкоза менее 0,4 г/л); наличие возбудителя в мазках микроскопии (гной, аспират, мокрота, ликвор), возможен посев методом «кашлевых пластинок».

Ветряная оспа (В 01.)

Ветряная оспа – острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом из семейства Herpesviridae, характеризующееся умеренной лихорадкой и появлением на коже, слизистых оболочках мелких пузырьков с прозрачным содержимым.

Критерии диагностики

1. Анамнестически: контакт с больным ветряной оспой или опоясывающим герпесом.
2. Клинически: характерная сыпь (везикулезная, с захватом волосистой части головы и слизистых оболочек), «ложный» полиморфизм сыпи - элементы сыпи находятся на разной стадии развития, возможны бактериальные осложнения, развитие висцеральных, геморрагических и гангренозных форм.
3. Лабораторно: лейкопения, лимфоцитоз, нарастание титра антител в динамике.

Классификация (В.Ф.Учайкин, Н.И.Нисевич 1990)

По механизму возникновения	По форме	По тяжести течения	По течению
Врожденная Приобретенная	Типичная Атипичная: рудиментарная, гангренозная, геморрагическая, висцеральная (генерализованная)	Легкое Среднетяжелое Тяжелое	Гладкое (без осложнений) Негладкое: - с осложнениями - с микст- инфекцией

Корь (В 05.)

Корь – острое инфекционное заболевание, протекающее с лихорадкой, интоксикацией, катаром верхних дыхательных путей и слизистых оболочек глаз, а также пятнисто-папулезной сыпью.

Классификация (Н.И.Нисевич, В.Ф.Учайкин, 1990)

По типу	По тяжести течения	По течению
Типичная Атипичная: стертая, агравированная (гипертоксическая, геморрагическая), митигированная Корь у привитых	Легкая Среднетяжелая Тяжелая	Гладкое Осложненное

Критерии диагностики

1. Клинически: катаральный период - сочетание симптомов интоксикации и катаральных явлений, конъюнктивит, склерит, блефароспазм, ринит, фарингит, поражение слизистых оболочек полости рта – отек, гиперемия, появление специфической энантемы – пятен Бельского-Филатова-Коплика (в конце периода);

период высыпания - появление сыпи на 4-5-й день от начала заболевания, интоксикационный, катаральный синдром выражены максимально, этапное появление сыпи: в 1-е сутки – на лице, шее, верхней части груди и плеч; во 2-е сутки – сыпь полностью покрывает туловище и распространяется на проксимальные части рук, на 3-4-е сутки – дистальные части рук и нижние конечности, сыпь пятнисто-папулезная с тенденцией к слиянию, пятна Бельского-Филатова-Коплика (в начале периода);

период пигментации - переход сыпи в пигментацию на 4-5-й день от начала заболевания, возникновение пигментации после сыпи.

2. Лабораторно: лейкопения, лимфоцитоз, нарастание титра антител в 4 раза в динамике.

Краснуха (В 06.)

Краснуха – острое инфекционное заболевание, характеризующееся мелкой пятнисто-папулезной сыпью, генерализованной лимфоаденопатией, умеренно выраженной лихорадкой.

Классификация (Р.Е.Берман, В.К.Воган, 1992)

По механизму развития	По форме	По тяжести течения	По течению
Приобретенная Врожденная: с классической триадой симптомов (катаракта, пороки сердца, глухота); с расширенным синдромом - множественные пороки развития	Типичная Атипичная: стертая, субклиническая, гипертоксическая	Легкое Среднетяжелое Тяжелое	Гладкое (без осложнений) Негладкое: - с осложнениями - с наложением вторичной инфекции - с обострением хронических заболеваний

Критерии диагностики

1. Клинически: приобретенная краснуха - температура тела нормальная/субфебрильная в течение 1-3 дней, ранний признак - увеличение и болезненность заднешейных и затылочных лимфатических узлов, одномоментное появление сыпи на 1-2-й день от начала заболевания на различных участках тела, сыпь мелкая, пятнисто-папулезная, несливная, с преимущественной локализацией на разгибательных поверхностях конечностей, спине и ягодицах; врожденная краснуха - триада врожденных аномалий (Gregg, 1942) – катаракта, глухота, пороки сердца, другие пороки – микро- и гидроцефалия, незаращение мягкого и твердого неба, spina bifida,

крипторхизм гипоспадия, гидроцеле, пилоростеноз, врожденный гепатит и др.

2. Лабораторно: лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз, плазматические клетки (клетки Тюрка – более 3%), нарастание титра антител в динамике.

Скарлатина (А 38)

Скарлатина – острое инфекционное заболевание с симптомами общей интоксикации, ангиной и характерными высыпаниями на коже.

Классификация (Н.И.Нисевич, В.Ф.Учайкин, 1990)

По типу	По тяжести течения	По течению	Осложнения
Типичная Атипичная: стертая (скарлатина без сыпи), с агравированными симптомами (гипертоксическая, геморрагическая), экстрафарингеальная (экстрабукальная), abortивная	Легкое Среднетяжелое Тяжелое: токсическое, септическое, токсико-септическое.	Гладкое Негладкое	Аллергические (нефрит, миокардит, синовит, реактивный лимфаденит и др.) Гнойные Септикопиемия Микст-инфекция

Критерии диагностики

1. Анамнестически: контакт с больным, реконвалесцентом скарлатины также с больными ангиной, хроническим тонзиллитом и фарингитом, рожей или носителем стрептококка группы А, осенне-зимняя сезонность, преимущественная заболеваемость детей дошкольного и школьного возраста.

2. Клинически: острое начало, синдромы интоксикации и острого тонзиллита с регионарным лимфаденитом, «пылающий зев», бледный носогубный треугольник на фоне гиперемии кожи щек и яркости губ (симптом Филатова), мелкоточечная сыпь в 1-2-е сутки болезни, продолжительностью от нескольких часов до нескольких дней, с локализацией в естественных складках, разрешается шелушением от мелкого отрубевидного в области шеи, мочек ушей до крупнопластинчатого на ладонях, пальцах рук и ног, динамика изменений языка («малиновый язык»).

3. Лабораторно: лейкоцитоз, нейтрофилез, повышение СОЭ; выделения возбудителя из зева; повышение в крови анти-О-стрептолизина.

Сальмонеллез (А 02.)

Сальмонеллез - острое зоонозное инфекционное заболевание, вызываемое многочисленными сероварами сальмонелл и протекающее у детей чаще всего в гастроинтестинальных, реже в тифоподобных и септических формах.

Критерии диагностики

1. Клинически: ранний возраст, контакт с больными, страдающими диареей, бактерионосителями, употребление продуктов сомнительной свежести (яйца, мясо); острое начало с быстрым развитием интоксикации, длительная волнообразная лихорадка, развитие гастроинтестинальных форм, стул частый жидкий, пенистый, зловонный, буро-зеленого цвета в виде «болотной тины», характерно поражение других систем: ЦНС, легких, сердечно-сосудистой, печени, почек, развитие гнойных осложнений и анемии.
2. Лабораторно: лейкоцитоз, нейтрофилез, обнаружение в кале лейкоцитов и эритроцитов, посев испражнений трехкратно, нарастание титра антител в динамике заболевания.

Классификация (Н.И.Нисевич, В.Ф.Учайкин, 1990)

По типу	По тяжести течения	По течению
Типичные: желудочно-кишечные (гастрит, энтерит, гастроэнтероколит, колит) Атипичные: тифоподобная, менингоэнцефалитическая, септическая, стертая, субклиническая	Легкое Среднетяжелое Тяжелое	Острое (до 1мес) Затяжное (до 3мес) Хроническое (>3 мес)

Шигеллез (дизентерия) (А 03.)

Шигеллез – острое инфекционное заболевание человека с энтеральным механизмом заражения, вызываемое бактериями рода шигелл, проявляющееся синдромами общей интоксикации, колита, нередко с развитием первичного нейротоксикоза.

Классификация (Н.И.Нисевич, В.Ф.Учайкин, 1990)

По типу	По тяжести течения	По течению
Типичные Атипичные: стертая, диспепсическая,	Легкое Среднетяжелое Тяжелое: с преобладанием	Абортивное Острое (до 1мес)

субклиническая, гипертоксическая	местного процесса, с преобладанием токсических явлений, смешанные формы	Затяжное (до 3мес) Хроническое (более 3 мес)
----------------------------------	---	---

Критерии диагностики

1. Клинически: острое начало с сочетанным развитием общетоксического и диарейного синдромов, синдром дистального колита (спазм и болезненность сигмовидной кишки, тенезмы, податливость ануса, стул в виде «ректального» плевка (частый, скудный со слизью и прожилками крови)).
2. Лабораторно: лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, повышение СОЭ; бактериологическое подтверждение, нарастание титра антител в динамике заболевания, определение в крови специфических АТ разных классов (А,М,G).

Холера (А 00.)

Холера – острая кишечная инфекция, вызываемая холерными вибрионами, характеризующаяся гастроэнтеритическими проявлениями с быстрым обезвоживанием организма вследствие потери воды и электролитов с рвотными массами и жидким стулом.

Критерии диагностики

1. Клинически: преобладание гастроэнтеритного синдрома, испражнения вначале носят разжиженный каловый характер, быстро превращаются в водянистые, бесцветные с обильными хлопьями похожими на «рисовый» отвар, дефекация происходит самопроизвольно, рвота многократная, обильная, «фонтаном», неукротимая икота, неутолимая жажда, тонические судороги разных групп мышц, особенно икроножных, сопровождающиеся резкими болями и болезненностью при надавливании, быстро нарастают признаки эксикоза I-IV степени вплоть до гиповолемического шока.
2. Лабораторно: лейкоцитоз, нейтрофилез, моноцитопения, повышение СОЭ. бактериологическое подтверждение, нарастание титра антител в динамике заболевания.

Классификация (В.И.Покровский и соавт., 1978)

Типичная форма:	Атипичная форма	Носительство
Легкая (I ст. обезвоживания, потеря до 3% массы) Среднетяжелая (II ст. обезвоживания, потеря 4-6% массы) Тяжелая (III ст.	Субклиническая Стертая Сухая Молниеносная Геморрагическая	Здоровое Транзиторное Реконвалесцентное

обезвоживания, потеря 7-9% массы) Очень тяжелая (IV ст. обезвоживания, потеря 10 и более % массы)	Микст-инфекция	
--	----------------	--

Брюшной тиф и паратифы (А 01.)

Брюшной тиф (паратифы) - острое инфекционное заболевание (типичный антропоноз с энтеральным механизмом заражения), вызываемое брюшнотифозными палочками и характеризующееся преимущественным поражением лимфатического аппарата тонкого кишечника, высокой лихорадкой, выраженной интоксикацией и бактериемией, розеолезной сыпью, гепатоспленомегалией, нередко – волнообразным течением и длительным бактериовыделением.

Критерии диагностики

1. Клинически: летне-осенняя сезонность, контактный, алиментарный, реже – водный пути передачи; температура тела достигает максимальных цифр за 3-5 дней, головные боли, слабость; лицо одутловатое, кожа сухая на ощупь; скудная розеолезная сыпь на коже передней брюшной стенки и боковых поверхностях передней грудной клетки; язык сухой, отечный, с грязно-серым налетом у корня, отпечатками зубов на боковых поверхностях языка, вздутие живота, болезненность, укорочение перкуторного звука (симптом Падалки), увеличение печени и селезенки; относительная брадикардия.
2. Лабораторно: обнаружение возбудителя в биоматериале (крови, моче, желчи, гное, экссудате), реакция Видаля и РНГА.

Классификация (И.К.Мусабаев, 1983)

По типу	По тяжести течения	По характеру течения	Осложнения и последствия
Типичный Атипичный: стертый, субклинический, с преимущественным поражением отдельных органов (пневмотиф, нефротиф, колотиф, менинготиф, холанготиф)	Легкое форма Среднетяжелое форма Тяжелое	Гладкое Негладкое: обострение, рецидивы, осложнения, формирование хронического очага	- кишечное кровотечение; - перфорация язвы с перитонитом; - холецистит, холангит; - хронический гепатит; - носительство тифозной палочки; - поражение органов дыхания, мочеполовой, нервной, двигательной системы, ССС, опорной; - рецидивы

Ботулизм (А 05.)

Ботулизм – острое инфекционное заболевание, относящееся к группе токсикоинфекций, вызываемое *Clostridium botulinum*, характеризующееся тяжелым течением с преимущественным поражением центральной и вегетативной нервных систем.

Критерии диагностики

1. Клинически: признаки интоксикации при отсутствии лихорадки, гастроэнтеритный синдром (рвота, понос), офтальмоплегические нарушения - диплопия, «сетка перед глазами», нечеткость предметов, опущение верхнего века, расширение зрачков, нистагм, нарушение слезоотделения; назофарингеальные симптомы - сухость во рту, нарушение глотания, гнусавость голоса вследствие пареза мягкого неба, осиплость голоса, расстройства саливации; жажда, нарастающая и длительная миастения, адинамия, развитие парезов и параличей различных групп мышц - мимических, жевательных, шейных, верхних конечностей; развитие нейропаралитической дыхательной недостаточности - частое поверхностное дыхание, инспираторная одышка, серо-синий центральный цианоз, чувство распирания живота, метеоризм, запоры.
2. Лабораторно: обнаружение ботулинического токсина биологической пробой нейтрализации на белых мышцах (ответ через 4-6 часов, окончательный – на 6-8 день), выделение возбудителя из крови.

Классификация

(В.Н. Никифоров, В.В.Никифоров, 1985)

По типу	По тяжести	По характеру течения	Осложнения и последствия
1. Типичный гастроинтестинальный: ботулиновый гастроэнтерит, гастроинтестинально-паралитическая, офтальмо-паралитическая, асфиктическая, комбинированная 2. Атипичный: стертый	Легкая форма Среднетяжелая форма Тяжелая форма	Острое Подострое Рецидивирующее	- аспирационная пневмония; - миозиты; - миокардит; - микст-инфекция

Ротавирусная инфекция (А 08.)

Ротавирусная инфекция - острое инфекционное заболевание, вызываемое ротавирусами, характеризуется общей интоксикацией, поражением слизистых оболочек ротоглотки и пищеварительного тракта с ведущим синдромом гастроэнтерита и дегидратацией организма.

Классификация

(А.Г.Букринская, Н.М. Грачева, В.И.Васильева, 1989; Л.В.Феклисова, 1997)

По форме	По тяжести	По характеру течения
Типичная: гастроэнтерит, гастрит, энтерит Атипичная: стертая, субклиническая, вирусоносительство	Легкая форма Среднетяжелая форма Тяжелая форма	Острое Затяжное С осложнениями Микст-инфекция

Критерии диагностики

1. Клинически: заболеваемость детей раннего возраста, острое начало, лихорадка, рвота, с последующим присоединением диареи «секреторного» характера, стул кашицеобразный или жидкий, водянистый, обильный, без патологических примесей, боли в животе, интенсивные, сочетание гастроэнтерита с признаками катара верхних дыхательных путей (ринит, фарингит, гиперемия и зернистость задней стенки глотки).
2. Лабораторно: отсутствие воспалительных сдвигов в крови, копрограмме; выделение вируса из смывов зева и фекалий; нарастание титра антител в динамике заболевания.

Иерсиниозная инфекция

Термин «иерсиниозная инфекция» объединяет два инфекционных заболевания, вызываемых бактериями из рода *Yersinia*: *псевдотуберкулез* (*Y. Pseudotuberculosis*) и *кишечный иерсиниоз* (*Y. Enterocolitica*).

Кишечный иерсиниоз (А04.)

Кишечный иерсиниоз – острое инфекционное заболевание, вызываемое *Yersinia enterocolitica*, с фекально-оральным механизмом передачи, характеризующееся, выраженным синдромом интоксикации, лихорадкой, преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта, других органов и систем с тенденцией к генерализации процесса.

Критерии диагностики

1. Анамнестически: употребление загрязненного испражнениями домашних животных и грызунов мяса, фруктов, овощей, непастеризованного молока, сырой воды, весенне-летняя сезонность, групповые заболевания
2. Клинически: длительная лихорадка, выраженная интоксикация, гастроэнтерит, энтероколит, абдоминальный синдром, поражение кожи с гиперемией и экзантемой, боли в суставах и мышцах, артриты, полилимфаденопатия.
3. Лабораторно: лейкоцитоз, эозинофилия, моноцитоз, выделение возбудителя из кала, крови, ликвора, мочи, гноя, мезентеральных лимфатических узлов, нарастание титра антител в динамике заболевания.

Классификация кишечного иерсиниоза (В.Н. Самарина, 2000)

По форме	По тяжести	По характеру течения	По продолжительности	Осложнения
Локализованная	Легкая форма	Гладкое (неосложненное)	Острое (до 3мес.)	Специфические: аппендицит, миокардит, острый интерстициальный нефрит, пиелонефрит, гломерулонефрит, менингоэнцефалит, полинейропатия Неспецифические: присоединение вирусной и бактериальной инфекций, обострение хр. соматических заболеваний
Генерализованная	Среднетяжелая форма	Осложненное	Затяжное	
	Тяжелая форма	Рецидивирующее	Хроническое	

Псевдотуберкулез (А 28.2)

Псевдотуберкулез - острое инфекционное заболевание, вызываемое *Yersinia pseudotuberculosis*, характеризуется полиморфизмом клинических симптомов с преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта, кожи, опорно-двигательного аппарата, лихорадкой и выраженной интоксикацией.

Классификация (Н.И.Нисевич, В.Ф.Учайкин 1990)

По распространности	По форме	По тяжести течения	По течению	Осложнения
Локализованный Генерализованный	Типичный: скарлатиноподобная, абдоминальная, артралгическая, желтушная, комбинированная Атипичная: стертая, субклиническая, катаральная	Легкое Среднетяжелое Тяжелое	Острое (до 3 мес.) Затяжное с обострениями и рецидивами	- пневмония; - отит; - перитонит; - остеомиелит; - миокардит; -микст-инфекция

Критерии диагностики

1. Анамнестически: употребление инфицированной пищи и воды,

1. Клинически: острое начало, полиорганность поражений, увеличение лимфатических узлов, печени, артриты, артралгии в сочетании с общей интоксикацией и длительной лихорадкой, боли в животе, обложенный, «малиновый» язык, скарлатиноподобная, полиморфная сыпь, симптом «капюшона», «перчаток» и «носков».

2. Лабораторно: лейкоцитоз, эозинофилия, моноцитоз, повышение СОЭ; выделение возбудителя из испражнений, крови, мокроты, носоглоточных смывов, ликвора, мочи, гноя, мезентеральных лимфатических узлов, нарастание титра антител в динамике заболевания.

Вирусные гепатиты (В 15-В19)

Вирусный гепатит А - острое циклическое инфекционное заболевание, вызываемое РНК-вирусом с фекально-оральным механизмом передачи, характеризующееся умеренно выраженным синдромом интоксикации, нарушением функции печени и доброкачественным течением.

Классификация (Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкин, 1990)

По типу	По тяжести течения	По течению
Типичный Атипичный: - безжелтушный - стертый - бессимптомный - субклинический	Легкое Среднетяжелое Тяжелое	По длительности: - острое (до 3-х мес.); - затяжное (до 6 мес.) По характеру: 1. Гладкое; 2. Негладкое: - с осложнениями - с обострениями - с присоединением

		вторичной инфекции - с обострением хронических заболеваний
--	--	--

Критерии диагностики

1. Клинически: преджелтушный период - контакт с больным, кратковременная интоксикация, субфебрильная температура, диспепсический синдром (тошнота, рвота, тяжесть в правом подреберье), астеновегетативный синдром, ахолия кала, темная моча; желтушный период - желтушное окрашивание склер, кожных покровов, слизистых оболочек, быстрое развитие желтухи, нормальная температура, увеличенная и болезненная печень, возможно увеличение селезенки, насыщенная моча, бесцветный стул.
2. Лабораторно: лейкоцитоз (10-12 Г/л), затем - лейкопения с относительным лимфоцитозом и моноцитозом, общий анализ мочи: уробилинурия (в конец периода); копрограмма: ахоличный стул; повышение АлАТ, АсАТ- минимальной степени активности до 100 Ед/л, умеренной - до 250 Ед/л, высокой - свыше 250Ед/л.; гипербилирубинемия за счет прямой фракции; увеличение уровня глобулинов в протеинограмме; определение в сыворотке специфических антител класса IgM (анти-HAV IgM) и IgG (анти-HAV IgG), анти-HAV IgM обнаруживают в крови с первого дня заболевания, в течение всего периода клинических проявлений до 3-6 месяцев от начала болезни, анти-HAV IgG появляются на высоте заболевания и выявляются пожизненно, ПЦР крови РНК HAV(+).

Вирусный гепатит E - острое инфекционное заболевание, вызываемое РНК-содержащим вирусом, с преимущественно водным путем передачи, характеризующееся синдромом интоксикации и нарушением функции печени.

Общепринятой классификации нет.

Критерии диагностики

1. Клинически: водный путь заражения, постепенное начало, интоксикация сохраняется при появлении желтухи, астеновегетативный синдром, диспептический синдром, длительное увеличение печени.
2. Лабораторно: умеренный лейкоцитоз, затем - лейкопения с относительным лимфоцитозом и моноцитозом, СОЭ – норма; билирубинемия; повышение АлАТ, АсАТ, гипербилирубинемия за счет прямой фракции, увеличение уровня глобулинов в протеинограмме, идентификация на основании отрицательных результатов исследования сыворотки крови на маркеры вирусных гепатитов А (анти-HAV IgM), В

(HBsAg, анти-HBc IgM), дельта (анти-HDV) и С (анти-HCV). ПЦР крови РНК HEV(+).

Вирусный гепатит В - острое или хроническое заболевание печени, вызываемое ДНК-содержащим вирусом, передающимся парентеральным путём, и характеризующееся медленным развитием болезни, длительным течением, возможностью формирования хронического гепатита, цирроза печени и гепатокарциномы.

Критерии диагностики

1. Клинически: преджелтушный период - эпиданамнез, постепенное начало, диспепсический синдром (тошнота, рвота, тяжесть в правом подреберье), астеновегетативный синдром, увеличение и уплотнение печени, ахолия кала, темная моча;

желтушный период - желтушное окрашивание склер, кожных покровов, слизистых оболочек, постепенное развитие желтухи, при появлении желтухи улучшение состояния не наступает, нормальная температура, кожный зуд, брадикардии, увеличенная и болезненная печень, возможно увеличение селезенки, насыщенная моча, бесцветный стул.

2. Лабораторно: повышение АлАТ, АсАТ, прямой фракции билирубина, уробилина, диагностика (ИФА, РНГА, реакция связывания комплемента /РСК/, метод встречного иммунного электрофореза /ВИЭФ/) основана на определении в сыворотке крови антигенов вируса гепатита В (HBsAg, HBeAg, HBcAg) и антител к ним анти-HBc, анти-HBe, анти-HBs IgM, ПЦР ДНК HBV.

Классификация (Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкин, 1990)

По типу	По форме тяжести	По длительности	По характеру
Типичная Атипичная (безжелтушная, стертая, бессимптомная, латентная)	Легкая Среднетяжелая Тяжелая Фульминантная (злокачественная)	Острое (до 3-х мес.) Затяжное (до 6 мес.) Хроническое (более 6 мес.)	Гладкое Негладкое: с осложнениями, с обострениями, с присоединением вторичной инфекции, с обострением хронических заболеваний

Вирусный гепатит С - острое или хроническое заболевание, вызываемое РНК-содержащим флавивирусом, парекеральным механизмом передачи, характеризующееся слабой иммунной реакцией, бессимптомным течением, возможностью формирования хронического гепатита, гепатокарциномы.

Общепринятой классификации нет.

Критерии диагностики

1. Клинически: эпиданамнез, преобладание безжелтушных форм, диспепсический синдром (тошнота, рвота, тяжесть в правом подреберье), астеновегетативный синдром, гепатоспленомегалия, внепеченочные знаки: пальмарная эритема, телеангиоэктазии, преобладание хронических форм.
2. Лабораторно: повышение АлАТ, АсАТ, повышение прямой фракции билирубин, определении в сыворотке крови антител HCV Ig M, IgG NS3,NS4,NS5 вируса гепатита С, в крови ПЦР - РНК HCV+.

Токсоплазмоз (В 58.)

Токсоплазмоз - врожденное или приобретенное паразитарное заболевание с длительным, нередко хроническим течением, характеризующееся поражением ЦНС, глаз, печени, селезенки, других органов и систем.

Критерии диагностики

1. Клинически: длительный субфебрилитет, лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, кистозные образования печени, селезенки, головного мозга.
2. Лабораторно: при врожденном токсоплазмозе - лейкоцитоз, нейтрофилез, эозинофилия, увеличение СОЭ, определение в микроскопии мазков из осадка спинномозговой жидкости и биопсийного материала, РСК, РПГА, ИФА для определения IgM, иммунофлюоресцентный метод - обнаружение токсоплазм.

Классификация

По типу	По тяжести течения	Характер течения
Инаппарантный Приобретенный Врожденный: неонатальный, клинически манифестный, манифестный в первые мес. жизни, резидуальные явления, бессимптомный, носительство	Легкое Среднетяжелое Тяжелое	Острое Подострое Хроническое Субклиническое

Хламидиозы (A55.0-56.8), (A70-A74)

Хламидиозы – группа инфекционных заболеваний человека, животных и птиц, вызываемых хламидиями с различными механизмами заражения (аэрогенный, контактный), характеризующихся интоксикацией, катаром дыхательных путей, поражением легких, нервной системы, мочеполовых

органов, глаз гепатолиенальным синдромом; к ним относят орнитоз (ornithosis), респираторный хламидиоз (pneumochlamidiosis) и урогенитальный хламидиоз.

Классификация

Зоонозные	Антропонозные	Атипичные
Орнитоз	Респираторный хламидиоз (пневмохламидиоз); хламидиоз новорожденных и детей раннего возраста; офтальмогенный (трахома, паратрахома, конъюнктивит); урогенитальный хламидиоз, паховый лимфогрануломатоз, болезнь Рейтера	Стертый Бессимптомный

Критерии диагностики

- Клинически:** хламидийная пневмония - умеренная интоксикация, длительный, приступообразный (коклюшеподобный) кашель без реприз, выраженная дыхательная недостаточность с относительно скудными физикальными данными, гепатоспленомегалия, лимфоаденопатия; хламидийная инфекция новорожденных - частые выкидыши, бесплодие, эндометрит, полиорганность поражения (вялотекущие конъюнктивиты, отиты, хориоменингиты, пневмонии с синдромом дыхательных расстройств, гепатоспленомегалия, лимфоаденопатия).
- Лабораторно:** при орнитозе - нормоцитоз или лейкопения, СОЭ до 20-40 мм/ч, а при пневмохламидиозе - выраженный лейкоцитоз нейтрофильного характера, сохраняющийся относительный нейтрофилез, увеличение на 1-2-й нед. жизни эозинофилов (более 7%) и моноцитов (более 10%), лейкоцитурия, протеинурия, обнаружение цитоплазматических включений (тельца Гальберштедтера-Провачека) хламидий в эпителиальных клетках препаратов, определение IgM в РСК, РПГА, ИФА, ПЦР - диагностика.

Микоплазмы (J 15.7, J 20.0, B 96.0)

Микоплазмы – группа инфекционных заболеваний, вызываемых микоплазмами и характеризующаяся преимущественным поражением легких, мочеполовой системы, а также различных органов плода.

Критерии диагностики

- Клинически:** микоплазменной пневмонии - высокая лихорадка с умеренной интоксикацией, катаральный синдром, рентгенологические признаки пневмонии, склонность к затяжному течению, гепатомегалия.

2. Лабораторно: умеренный нейтрофильный лейкоцитоз, анэозинофилия, СОЭ до 30-50 мм/ч, реакцию иммунофлюоресценции или световая фазо-контрастная микроскопия мазков отпечатков гноя, мокроты, крови, слизи, определение IgM в РСК, РПГА, ИФА, ПЦР-диагностика из гноя, мокроты, крови, слизи.

Классификация (А.П. Казанцев, 1997)

По типу:	По тяжести течения	По длительности	По характеру течения
Типичная: респираторная, урогенитальная (воспалительные заболевания малого таза у женщин, абактериальный уретрит), менингиальная, врожденная микоплазменная инфекция Атипичная: стертая, бессимптомная, транзиторное носительство	Легкое Среднетяжелое Тяжелое	Острая (до 1,5 мес) Затяжное (1,5 мес- 3 мес) Хроническое (более 3 мес.)	Гладкое Негладкое: с осложнениями, с присоединением вторичной инфекции, с обострением хронических заболеваний

Лептоспироз (болезнь Вейля-Васильева) (А 27.)

Лептоспироз - зоонозное инфекционное заболевание, обусловленное различными видами лептоспир, протекающее у человека в виде острого лихорадочного заболевания с выраженной интоксикацией с поражением почек, печени, ЦНС, развитием геморрагического синдрома.

Классификация (В.И. Покровский и соавт., 1979)

Тип заболевания	По течению	Исходы
Желтушный (гепаторенальный, геморрагический, менингеальный) Безжелтушный (ренальный, менингеаль- ный, геморрагический)	Острое без рецидивов Острое с рецидивами Острое и затяжное с осложнениями: специфическими - ОПН, острая почечно- печеночная недостаточность, уремическая кома, кровотечения, острая сердечно- сосудистая недостаточность, отек мозга, ириты, иридоциклиты, астеновегетативный синдром и	Выздоровление С обратимыми изменениями: длительная астения, некронефроз, гепатоз, парезы, ириты, иридоциклиты, и др. С необратимыми изменениями: параличи, потеря остроты зрения, ХПН и др. Летальный исход: ОПН, острая почечно-

	др.; неспецифическими (вторичными) - гнойные паротиты, отиты, гингивиты, менингиты, гипостатические пневмонии и др.	печеночная недостаточность, кровотечения, острая сердечно-сосудистая недостаточность, отек мозга
--	--	---

Критерии диагностики

1. Клинически: купание и использование воды из открытых водоемов; температура до 39-40 °С, гиперемия, одутловатость лица, боли в икроножных мышцах, увеличение печени, селезенки, полиморфная экзантема, боли в икроножных мышцах, неврологическая симптоматика (головные боли, нарушение сна, развитие серозного менингита).
2. Лабораторно: анемия, эритропения, снижается уровень гемоглобина, макроцитоз, ретикулоцитопения, лейкоцитоз, нейтрофилез с резким сдвигом влево до миелоцитов, анэозинофилия, лимфопения, лейкоцитурия, гематурия, протеинурия, гипербилирубинемия, увеличение АлАТ, наличие в крови лептоспир, положительный посев крови, мочи, СМЖ; реакция микроскопической микроагглютинации и лизиса с живыми культурами лептоспир, минимальный диагностический титр 1:80.

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (А98.5 -А99)

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом - группа природно-очаговых вирусных заболеваний с симптомами геморрагического диатеза, лихорадкой, интоксикацией и весьма частым поражением внутренних органов, особенно почек.

Критерии диагностики

1. Клинически: типичная зоонозная инфекция, резервуаром вируса являются грызуны, человек заражается воздушно-капельным путем, в течение заболевания отмечается четкая цикличность, лихорадка сочетается с общеинфекционным, почечным и геморрагическим синдромами, характерна длительность течения заболевания с медленным выздоровлением.
2. Лабораторно: кратковременная лейкопения, сменяющаяся лейкоцитозом, сдвиг формулы влево, анэозинофилия, тромбоцитопения, появление плазматических клеток, нормальная или увеличена СОЭ; в начале заболевания протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия, затем —

гипоизостенурия, уменьшение протеинурии; нарастание титра антител в сыворотке крови.

Классификация (З.В.Сиротина, В.Ф.Учайкин, 1998)

По типу	По тяжести течения	По течению	По характеру осложнений
Типичная Атипичная: стертая, субклиническая	Легкое Среднетяжелое Тяжелое	Острое Хроническое	- коллапс; - кровотечение; - надрыв или разрыв коркового вещества почки; - пневмония

ВИЧ-инфекция (СПИД) (В 20-В 24)

ВИЧ-инфекция - вирусное заболевание иммунной системы, приводящее к резкому снижению общей устойчивости организма к условно-патогенным микроорганизмам, а также вызывающее повышенную склонность к онкологическим заболеваниям, из-за чего болезнь имеет тяжелое течение с неизбежным летальным исходом.

Классификация (В.И.Покровский, 2001)

I. Стадия инкубации

II. Стадия первичных проявлений: А - острая лихорадочная фаза; Б - бессимптомная фаза; В - персистирующая генерализованная лимфоаденопатия

III. Латентная стадия

IV. Стадия вторичных заболеваний:

А - потеря массы тела менее 10% , поверхностные грибковые, бактериальные или вирусные поражения кожи и слизистых оболочек, опоясывающий лишай, повторные фарингиты, синуситы;

Б - прогрессирующая потеря массы тела более 10%, необъяснимая диарея или лихорадка более 1 месяца, "волосистая" лейкоплакия, туберкулез легких, повторные или стойкие бактериальные, грибковые, вирусные и протозойные поражения внутренних органов (без диссеминации) или глубокие поражения кожи и слизистых оболочек, повторный или диссеминированный опоясывающий лишай, локализованная саркома Капоши;

В - генерализованные бактериальные, вирусные или грибковые; протозойные, паразитарные заболевания, пневмоцистная пневмония, кандидоз пищевода, атипичный микобактериоз, внелегочный туберкулез,

кахексия, диссеминированная саркома Капоши, поражения центральной нервной системы различной этиологии.

V. Терминальная стадия

Критерии диагностики

1. Клинически: группы риска – дети ВИЧ-инфицированных женщин, наркоманок, проституток, гомосексуалисты, дети из нозокомиальных очагов заболевания, пациенты, получавшие переливание крови и ее препаратов, пересадку органов, парентеральные вмешательства; генерализованная лимфаденопатия, прогрессирующая потеря массы тела (> 10% от исходной), необъяснимая диарея > 1 мес, длительная лихорадка > 1 мес (постоянная или интермиттирующая), генерализованные бактериальные, вирусные, грибковые, протозойные, паразитарные заболевания, наличие СПИД-индикаторных болезней, наличие лимфоцитарной интерстициальной пневмонии, наличие ВИЧ-энцефалопатии, деменции, задержки психомоторного развития детей;

дети, инфицированные ВИЧ внутриутробно с признаками внутриутробной гипотрофии, с микроцефалией, дискранией, с черепно-лицевым дисморфизмом (широкий выступающий лоб, западающая спинка носа, гипертейлоризм), голубые склеры; первые признаки болезни – упорный кандидоз полости рта, задержка роста, нарушение прибавки массы тела, отставание в психомоторном развитии.

2. Лабораторно: лейкопения, лимфопения, эритропения, тромбоцитопения, эозинофилия; обнаружение антител к вирусу ВИЧ в крови; обнаружение ДНК, РНК ВИЧ в крови.

Кандидозная инфекция (В 37)

Кандидозная инфекция (кандидоз) – заболевание, вызываемое дрожжеподобными грибами рода *Candida*, характеризующиеся поражением кожи и слизистых оболочек, внутренних органов (желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, мочевыводящей, центральной нервной систем).

Классификация (В.Ф. Учайкин, 1999)

Форма	Течение	Тяжесть течения	Период заболевания	Осложнения
Кандидоинфекция	Острое	Легкое	Обострение	Перитонит
	Затяжное	Среднетяжелое	Ремиссия	Сепсис
Кандидоаллергия				

	Рецидивирующее Хроническое	Тяжелое		ДВС- синдром
--	-------------------------------	---------	--	-----------------

*Форма заболевания

I. Кандидозинфекция

а) Кандидоз кожи и слизистых: полости рта – хейлит, гингивит, стоматит; ротоглотки - тонзиллит, фарингит, ангины; кожи и ее придатков - дерматиты, онихии, паранихии; половых органов - вульвовагинит, баланопостит

б) Висцеральные кандидозы, в том же сочетании поражения отдельных органов и систем: желудочно-кишечного тракта - эзофагит, гастрит, энтероколит, гепатит и др.; дыхательной системы, носа и придаточных пазух - ларингит, трахеит, бронхит, пневмония, плевропневмония и другие инфильтративно- деструктивные поражения; мочевыделительной системы - цистит, уретрит, пиелонефрит и др.; сердечно-сосудистой системы - эндокардит, миокардит и др.; ЦНС - менингиты, энцефалиты и др.; костно-суставной системы – артрит, остеомиелит и др.

в) Диссеминированный кандидоз (кандидосепсис)

II. Кандидоаллергия (аллергия к грибам Candida)

а) Кандидоаллергия кожи и слизистых: конъюнктивит, блефарит, блефароконъюнктивит; ринит; назофарингит; синусит; дерматит, крапивница, отек Квинке

б) Кандидоаллергия желудочно-кишечного тракта: гастрит, энтероколит

в) Кандидоаллергия органов дыхания: ларингит, трахеобронхит, бронхит, бронхиальная астма, альвеолит

Критерии диагностики

1. Клинически: уточнение возможных причин кандидоза – длительная антибиотикотерапия, иммунодефицитные состояния, слабая выраженность общетоксического синдрома, температура нормальная, при тонзиллите, вызванном дрожжевыми грибами, миндалины покрыты «творожистым» налетом, большей частью легко снимаемы шпателем, с образованием «лакированной» слизистой оболочки.

2. Лабораторно: нормальные показатели крови; обнаружение в мазке грибов.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ

ПАТОЛОГИЯ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ И РАННЕГО ВОЗРАСТА

1. ДЛЯ АСФИКСИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХАРАКТЕРНО

- 1) 4 – 6 балла по Апгар
- 2) 1 - 2 балла по Апгар
- 3) 8 – 10 баллов по Апгар

4) все перечисленное

2. ДЛЯ АСФИКСИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХАРАКТЕРНО

- 1) 4 – 6 балла по Апгар
- 2) 1 - 2 балла по Апгар
- 3) 8 – 10 баллов по Апгар
- 4) ничего из перечисленного

3. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АСФИКСИИ

- 1) глубокий метаболический ацидоз (рН менее 7.00) в образце крови из артерии пуповины
- 2) неизменный результат оценки по Апгар на 5-й мин
- 3) неврологическая симптоматика сразу после рождения или в неонатальном периоде, включая эпилептические припадки, кому, гипотонию, гипоксически-ишемическую энцефалопатию
- 4) данные, свидетельствующие о нарушении функции систем органов сразу после рождения или в раннем неонатальном периоде
- 5) все перечисленное

4. КАК НАЗЫВАЕТСЯ СОСТОЯНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕНИЕМ К ОПРЕДЕЛЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ИМЕЮЩИЙ СЕМЕЙНЫЙ ХАРАКТЕР И НАСЛЕДУЕТСЯ РИСК БОЛЕЗНИ, КОТОРАЯ ВОЗНИКАЕТ ТОЛЬКО ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ НА ПРЕДРАСПОЛОЖЕННЫЙ ОРГАНИЗМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

- 1) аномалия конституции
- 2) асфиксия
- 3) анемия
- 4) наследственность

5. ОСНОВНЫМИ ГРУППАМИ ДИАТЕЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) иммунопатологический
- 2) дисметаболический
- 3) органотопический
- 4) нейротопический
- 5) все перечисленное

6. К ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ГРУППЕ ДИАТЕЗОВ ОТНОСЯТ

- 1) атопический
- 2) кардиоишемический
- 3) вегето-дистонический
- 4) мочекислый

7. КАК РАЗЛИЧАЕТСЯ БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

- 1) легкая
- 2) средняя
- 3) тяжелая
- 4) все перечисленное

8. ОСНОВНЫМИ ФОРМАМИ БЛД ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) новая, классическая
- 2) традиционная, современная
- 3) латентная, прогрессирующая

4) все перечисленное

9. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ БЛД ОТНОСЯТ

- 1) фиброз
- 2) дыхательная недостаточность
- 3) обструкция
- 4) кислородозависимость

10. ПО ПЕРИОДАМ БОЛЕЗНИ БЛД РАЗЛИЧАЮТ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) рековалестценция
- 2) обострение
- 3) ремиссия
- 4) рецидив

11. ЧТО (КТО) ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) мать
- 2) факторы окружающей среды
- 3) наследственность
- 4) родственники

12. К РАННИМ ПРИЗНАКАМ ВУИ ОТНОСЯТ

- 1) кальцинаты мозга
- 2) катаракта
- 3) желтуха
- 4) анемия
- 5) все перечисленное

13. К МИНИМАЛЬНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ВУИ ОТНОСЯТ

- 1) свободное носовое дыхание
- 2) впалость живота
- 3) синдром дыхательных расстройств
- 4) чешуйчатое шелушение кожи

14. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОНФЛИКТА ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ БЫВАЕТ

- 1) отечная
- 2) желтушная
- 3) анемическая
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

15. ДЛЯ ОТЕЧНОЙ ФОРМЫ ГБН ХАРАКТЕРНО

- 1) выраженное покраснение кожи
- 2) ярко выраженная желтуха
- 3) гиподинамические нарушения
- 4) асцит

16. ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ГИПОТРОФИЯ

- 1) дефицит массы тела по отношению к росту
- 2) избыток массы тела по отношению к росту
- 3) дефицит роста по отношению к массе тела
- 4) избыток роста по отношению к массе тела

17. ПО ВРЕМЕНИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПОТРОФИЮ РАЗЛИЧАЮТ (ВЫБЕРИ 1 НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)

- 1) пренатальная
- 2) интранатальная
- 3) постнатальная
- 4) смешанная

18. СКОЛЬКО СУЩЕСТВУЕТ СТЕПЕНЕЙ ГИПОТРОФИИ ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 10

19. ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ГИПОТРОФИИ

- 1) анамнестические
- 2) клинические
- 3) параклинические
- 4) все перечисленное

20. К ПАРАКЛИНИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ ГИПОТРОФИИ НЕ ОТНОСЯТ

- 1) общий анализ крови
- 2) копрограмма
- 3) ЭКГ
- 4) биохимический анализ крови

21. КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ ЖЕЛТУХЕ

- 1) билирубин
- 2) мочевины
- 3) амилаза
- 4) креатинин

22. К ОСНОВНЫМ ВИДАМ ЖЕЛТУХ НЕ ОТНОСЯТ

- 1) постгеморрагическая
- 2) конъюгационная
- 3) гемолитическая
- 4) механическая

23. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛТУХИ

- 1) появление желтухи на 2 месяце жизни
- 2) непрямой билирубин в сыворотке пуповинной крови у доношенных новорожденных менее 23 мкмоль/л
- 3) быстрое течение желтухи
- 4) значение прямого билирубина составляет 3-5% от общего билирубина
- 5) ничего из перечисленного

24. ЗАДЕРЖКА ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ЭТО

- 1) недостаток массы тела при рождении по отношению к гестационному возрасту

- 2) недостаток массы тела при рождении по отношению к постконцептуальному возрасту
- 3) недостаток роста при рождении по отношению к гестационному возрасту
- 4) недостаток роста при рождении по отношению к постконцептуальному возрасту

25. ЧТО ВЫДЕЛЯЮТ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЗВУР

- 1) клинические варианты
- 2) степень тяжести
- 3) этиологические факторы
- 4) все перечисленное

26. АССИМЕТРИЧНАЯ ЗВУР ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- 1) окружность головы
- 2) отсутствие подкожно-жирового слоя
- 3) течение позднего неонатального периода
- 4) динамическое расстройство мышц

27. СКОЛЬКО СУЩЕСТВУЕТ СТЕПЕНЕЙ ИШЕМИИ МОЗГА

- 1) 2
- 2) 5
- 3) 6
- 4) 3

28. К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ НЕ ОТНОСЯТ

- 1) определение КОС
- 2) проведение НСГ
- 3) мониторинг ЧСС и АД
- 4) исследование крови

29. К ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫМ КРОВОТЕЧЕНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) кровоизлияние I степени
- 2) кровоизлияние II степени
- 3) кровоизлияние III степени
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

30. К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ ВЖК ОТНОСЯТ

- 1) физикальное обследование
- 2) инструментальное обследование
- 3) лабораторное обследование
- 4) все перечисленное

31. К КРИТЕРИЯМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВЖК ОТНОСЯТ

- 1) реактивный плеоцитоз в СМЖ
- 2) снижение уровня белка в СМЖ
- 3) флюктуация
- 4) снижение уровня гемоглобина

32. ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПНЕВМОНИЮДЕЛЯТ

- 1) легкая
- 2) средняя
- 3) тяжелая
- 4) все перечисленное

33. ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ

- 1) по длительности течения
- 2) по клинико-рентгенологическим данным
- 3) по времени возникновения
- 4) все перечисленное

34. К ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ (ВЫБЕРИ 1 НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)

- 1) очаговые тени на рентгенограмме
- 2) высев у матери и ребенка не идентичной флоры
- 3) бронхообструктивный синдром
- 4) все перечисленное

35. К ВСПОМОГАТЕЛЬНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ПНЕВМОНИИ

- 1) инфекционный анамнез матери
- 2) тромбоцитопения менее $70 \cdot 10^9/\text{л}$
- 3) отрицательная динамика ОАК на 2 сутки жизни
- 4) все перечисленное

36. ПО ДЛИТЕЛЬНОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ ВЫДЕЛЯЮТ (ВЫБЕРИ 1 НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)

- 1) острая
- 2) подострая
- 3) дефицитная

37. СКОЛЬКО РАЗЛИЧАЮТ СТЕПЕНЕЙ ТЯЖЕСТИ РАХИТА

- 1) 2
- 2) 4
- 3) 5
- 4) 3

38. НЕ СУЩЕСТВУЕТ СЛЕДУЮЩЕГО КРИТЕРИЯ ДИАГНОСТИКИ ПРИ РАХИТЕ

- 1) свободное движение
- 2) увеличение головы в размерах
- 3) расслабление мускулатуры
- 4) затрудненное дыхание

39. БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ РАХИТЕ

- 1) снижение уровня кальция
- 2) нормальное содержание фосфора
- 3) компенсаторный метаболический ацидоз
- 4) все перечисленное

40. К ОСНОВНЫМ ПЕРИОДАМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ РАХИТЕ ОТНОСЯТ

- 1) затухание
- 2) конечный
- 3) хронический

4) ничего из перечисленного

41. К ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ РДС, КОТОРЫЕ ВЫЯВЛЯЮТ ДО РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА, ОТНОСЯТ

- 1) сахарный диабет у матери
- 2) преждевременные роды
- 3) развитие дыхательных расстройств у сибсов
- 4) все перечисленное

42. К КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ РДС НЕ ОТНОСЯТ

- 1) свободное дыхание
- 2) одышка с первых минут жизни
- 3) западение грудной клетки при вдохе
- 4) цианоз при дыхании воздухом

43. РАННИЙ СЕПСИС ВЫЯВЛЯЮТ

- 1) в первые 3 суток жизни
- 2) в первую неделю жизни
- 3) не выявляют
- 4) с 4 дня жизни

44. ПОЗДНИЙ СЕПСИС ВЫЯВЛЯЮТ

- 1) с 4 суток жизни
- 2) в 1 месяц жизни
- 3) с 1 года жизни
- 4) с 1 дня жизни

45. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ СЕПСИСА

- 1) артериальная гипотензия
- 2) периоральный акроцианоз
- 3) развитие общего отеочного синдрома
- 4) гепатоспленомегалия
- 5) все перечисленное

46. СКОЛЬКО ЭТАПОВ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ДИАГНОСТИКА СЕПСИСА

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 5
- 4) 3

47. РВОТУ МОЖНО РАЗДЕЛИТЬ НА

- 1) первичную, вторичную
- 2) кратковременную, длительную
- 3) обильная, скудная

48. К ОРГАНИЧЕСКИМ ПРИЧИНАМ РВОТЫ ОТНОСЯТ

- 1) стеноз пищевода
- 2) диафрагмальная грыжа
- 3) кольцевидная поджелудочная железа
- 4) все перечисленное

49. К ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПРИЧИНАМ РВОТЫ ОТНОСЯТ

- 1) аэрофагия
- 2) кардиоспазм
- 3) пилороспазм
- 4) все перечисленное

50. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ РВОТЫ ОТНОСЯТ (ВЫБЕРИ 1 НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)

- 1) анамнез
- 2) клиническая картина
- 3) лабораторно-инструментальное обследование
- 4) факторы окружающей среды

51. К ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ ОТНОСЯТ

- 1) УЗИ сердца
- 2) консультация ортопеда
- 3) исследование кала на глюкозу
- 4) ничего из перечисленного

ПАТОЛОГИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

1. ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА – ЭТО (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ)

- 1) системное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе
- 2) заболевание сердца
- 3) системное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в суставах

2. ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ

- 1) вирусной инфекции
- 2) хламидийной инфекцией
- 3) острой А-стрептококковой инфекции

3. ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА РАЗВИВАЕТСЯ У

- 1) у всех детей, перенесших вирусное заболевание
- 2) у всех детей, перенесших стрептококковую инфекцию
- 3) у предрасположенных лиц, преимущественно в возрасте 7–15 лет

4. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ

- 1) нет специфических для ОРЛ критериев, используется синдромальный принцип
- 2) имеются специфические критерии диагностики ОРЛ

5. ВЫБЕРИТЕ БОЛЬШИЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОРЛ

- 1) кардит, полиартрит
- 2) артралгия, лихорадка
- 3) повышенные острофазовые реактанты: СОЭ, С-реактивный белок

6. ВЫБЕРИТЕ БОЛЬШИЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОРЛ

- 1) артралгия, лихорадка

- 2) повышенные острофазовые реактанты: СОЭ, С-реактивный белок
- 3) хорея

7. ВЫБЕРИТЕ БОЛЬШИЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОРЛ

- 1) удлинение интервала PR на ЭКГ
- 2) артралгия, лихорадка
- 3) кольцевидная эритема

8. ВЫБЕРИТЕ БОЛЬШИЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОРЛ

- 1) удлинение интервала PR на ЭКГ
- 2) подкожные ревматические узелки
- 3) артралгия, лихорадка

9. ВЫБЕРИТЕ МАЛЫЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОРЛ

- 1) артралгия, лихорадка
- 2) повышенные острофазовые реактанты: СОЭ, С-реактивный белок
- 3) хорея

10. ВЫБЕРИТЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОРЛ

- 1) повышенные острофазовые реактанты: СОЭ, С-реактивный белок
- 2) хорея
- 3) артралгия, лихорадка

11. ВЫБЕРИТЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОРЛ

- 1) подкожные ревматические узелки
- 2) артралгия, лихорадка
- 3) удлинение интервала PR на ЭКГ

12. ВЫБЕРИТЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОРЛ

- 1) позитивная А-стрептококковая культура, выделенная из зева
- 2) артралгия
- 3) лихорадка

13. ВЫБЕРИТЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОРЛ

- 1) артралгия
- 2) лихорадка
- 3) положительный тест быстрого определения А-стрептококкового антигена

14. ВЫБЕРИТЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОРЛ

- 1) подкожные ревматические узелки
- 2) повышенные титры противострептококковых антител
- 3) кардит

15. ДАННЫЕ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ПЕРЕНЕСЕННУЮ А-СТРЕПТОКОККОВУЮ ИНФЕКЦИЮ

- 1) большие диагностические критерии
- 2) позитивная А-стрептококковая культура, выделенная из зева
- 3) артралгия

16. ДАННЫЕ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ПЕРЕНЕСЕННУЮ А-СТРЕПТОКОККОВУЮ ИНФЕКЦИЮ

- 1) малые клинические критерии
- 2) повышенные титры противострептококковых антител
- 3) лихорадка

17. ДАННЫЕ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ПЕРЕНЕСЕННУЮ А-СТРЕПТОКОККОВУЮ ИНФЕКЦИЮ

- 1) большие диагностические и малые клинические критерии
- 2) лабораторные критерии
- 3) положительный тест быстрого определения А-стрептококкового антигена

18. О ВЫСОКОЙ ВЕРОЯТНОСТИ ОРЛ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) наличие двух больших критериев или одного большого и двух малых критериев
- 2) наличие одного большого критерия
- 3) наличие двух малых критериев

19. ПОВТОРНАЯ АТАКА ОРЛ МОЖЕТ БЫТЬ ДИАГНОСТИРОВАНА НА ОСНОВАНИИ

- 1) одного большого или только малых критериев в сочетании с повышенными титрами противострептококковых антител
- 2) наличие одного большого критерия
- 3) наличие двух малых критериев

20. О ВЫСОКОЙ ВЕРОЯТНОСТИ ОРЛ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) наличие одного большого критерия
- 2) наличие двух малых критериев
- 3) два больших критерия, в сочетании с данными, подтверждающими предшествующую инфекцию β -гемолитическими стрептококками группы А

21. МИОКАРДИТ – ЭТО (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ)

- 1) заболевание, характеризующееся поражением сердечной мышцы
- 2) поражением сердечной мышцы
- 3) заболевание, характеризующееся поражением сердечной мышцы воспалительного характера

22. ПО ЭТИОЛОГИИ НЕРЕВМАТИЧЕСКИЙ КАРДИТ БЫВАЕТ

- 1) вирусно-бактериальный, бактериальный, паразитарный
- 2) врождённый
- 3) хронический

23. ПО ЭТИОЛОГИИ НЕРЕВМАТИЧЕСКИЙ КАРДИТ БЫВАЕТ

- 1) врождённый
- 2) хронический
- 3) аллергический

24. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ИСХОДЫ НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА

- 1) кардиосклероз, гипертрофия миокарда

- 2) левожелудочковая недостаточность
- 3) хронический миокардит

25. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ИСХОДЫ НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА

- 1) нарушение ритма и проводимости
- 2) левожелудочковая недостаточность
- 3) хронический миокардит

26. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ИСХОДЫ НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА

- 1) поражение клапанов
- 2) левожелудочковая недостаточность
- 3) хронический миокардит

27. ПЕРЕЧИСЛИТЕ БОЛЬШИЕ ПРИЗНАКИ НУНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МИОКАРДИТА

- 1) бледность, акроцианоз, цианоз слизистых
- 2) нарушение реполяризации, ритма и проводимости на ЭКГ
- 3) лабораторное подтверждение перенесенного вирусного заболевания

28. ПЕРЕЧИСЛИТЕ БОЛЬШИЕ ПРИЗНАКИ НУНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МИОКАРДИТА

- 1) повышение концентрации в крови кардиоселективных ферментов, белков (КФК, изоэнзим КФК-МВ, ЛДГ фракции 1, тропонина Т)
- 2) бледность, акроцианоз, цианоз слизистых
- 3) лабораторное подтверждение перенесенного вирусного заболевания

29. ПЕРЕЧИСЛИТЕ БОЛЬШИЕ ПРИЗНАКИ НУНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МИОКАРДИТА

- 1) затруднение при вскармливании, повышенную потливость, нарастающее беспокойство, возбуждение
- 2) увеличение размеров сердца по данным рентгенографии органов грудной полости или ЭхоКГ
- 3) лабораторное подтверждение перенесенного вирусного заболевания

30. ПЕРЕЧИСЛИТЕ МАЛЫЕ ПРИЗНАКИ НУНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МИОКАРДИТА

- 1) затруднение при вскармливании, повышенную потливость, нарастающее беспокойство, возбуждение
- 2) увеличение размеров сердца по данным рентгенографии органов грудной полости или ЭхоКГ
- 3) лабораторное подтверждение перенесенного вирусного заболевания (выделение возбудителя)

31. ПЕРЕЧИСЛИТЕ МАЛЫЕ ПРИЗНАКИ НУНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МИОКАРДИТА

- 1) затруднение при вскармливании, повышенную потливость, нарастающее беспокойство, возбуждение
- 2) ослабление первого тона; «ритм галопа»
- 3) увеличение размеров сердца по данным рентгенографии органов грудной полости или ЭхоКГ

32. ПЕРЕЧИСЛИТЕ МАЛЫЕ ПРИЗНАКИ НУНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МИОКАРДИТА

- 1) тахикардия (иногда брадикардия); ослабление первого тона
- 2) затруднение при вскармливании, повышенную потливость, нарастающее беспокойство, возбуждение
- 3) увеличение размеров сердца по данным рентгенографии органов грудной полости или ЭхоКГ

33. ВЫБЕРИТЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ МИОКАРДИТА:

- 1) тахикардия (иногда брадикардия); ослабление первого тона
- 2) затруднение при вскармливании, повышенную потливость, нарастающее беспокойство, возбуждение
- 3) повышенной активности в плазме кардиоселективных ферментов и белков

34. К ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ МИОКАРДИТА ОТНОСЯТСЯ

- 1) слабость, адинамию, боли в животе
- 2) «ритм галопа», систолический шум на верхушке, увеличение печени
- 3) снижение вольтажа зубцов, нарушение ритма, неспецифические изменения сегмента ST и зубца T на ЭКГ

35. К ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ МИОКАРДИТА ОТНОСЯТСЯ

- 1) слабость, адинамию, боли в животе
- 2) признаки воспаления в миокарде по данным миокардиальной биопсии
- 3) «ритм галопа», систолический шум на верхушке, увеличение печени

36. КАРДИОМИОПАТИИ – ЭТО (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ)

- 1) неоднородная группа хронических, тяжело протекающих болезней миокарда, приводящих к развитию дисфункции миокарда
- 2) заболевание, характеризующееся поражением сердечной мышцы
- 3) заболевание, характеризующееся поражением клапанов

37. ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ – ЭТО (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ)

- 1) заболевание миокарда, характеризующееся резким расширением полостей сердца, снижением сократительной функции миокарда
- 2) заболевание, характеризующееся поражением сердечной мышцы
- 3) заболевание, характеризующееся поражением клапанов

38. К ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТНОСЯТ

- 1) повышение активности в плазме кардиоселективных ферментов и белков (КФК, изоэнзим КФК-МВ)
- 2) резкое расширение полостей сердца, особенно левого желудочка
- 3) жалобы на одышку при кормлении, повышенную потливость, беспокойство, боли в животе

39. К ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТНОСЯТ

- 1) повышение активности в плазме кардиоселективных ферментов и белков (КФК, изоэнзим КФК-МВ)
- 2) жалобы на одышку при кормлении, повышенную потливость, беспокойство, боли в животе
- 3) диффузное снижение сократимости миокарда, снижение фракции выброса желудочков по данным радионуклидного исследования

40. ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ – ЭТО (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ)

- 1) заболевание миокарда, характеризующееся очаговой или диффузной гипертрофией миокарда левого и/или правого желудочка, чаще асимметричной
- 2) заболевание миокарда, характеризующееся резким расширением полостей сердца, снижением сократительной функции миокарда
- 3) заболевание, характеризующееся поражением клапанов

41. К ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТНОСЯТ

- 1) повышение активности в плазме кардиоселективных ферментов и белков (КФК, изоэнзим КФК-МВ)
- 2) жалобы на одышку при кормлении, повышенную потливость, беспокойство, боли в животе
- 3) вольтажные признаки гипертрофии миокарда левого желудочка и левого предсердия

42. К ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТНОСЯТ

- 1) повышение активности в плазме кардиоселективных ферментов и белков (КФК, изоэнзим КФК-МВ)
- 2) гипертрофия миокарда левого желудочка, уменьшение полости левого желудочка, как в периоде систолы, так и в диастолу, дилатация полости левого предсердия
- 3) жалобы на одышку при кормлении, повышенную потливость, беспокойство, боли в животе

43. РЕСТРИКТИВНАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ – ЭТО (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ)

- 1) редкое заболевание миокарда, характеризующееся нарушением диастолической функции и повышением давления наполнения желудочков при нормальной систолической функции миокарда,
- 2) заболевание миокарда, характеризующееся резким расширением полостей сердца, снижением сократительной функции миокарда
- 3) заболевание, характеризующееся поражением клапанов

44. АРИТМОГЕННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА - ЭТО (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ)

- 1) редкое заболевание неясной этиологии, характеризующееся прогрессирующим замещением миоцитов правого желудочка

- жировой или фиброзножировой тканью, приводящим к атрофии и истончению стенки желудочков
- 2) заболевание миокарда, характеризующееся резким расширением полостей сердца, снижением сократительной функции миокарда
 - 3) заболевание, характеризующееся поражением клапанов

45. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ - ЭТО (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ)

- 1) состояние, при котором среднее значение систолического артериального давления и/или диастолического артериального давления, рассчитанное на основании трех измерений, равно или превышает 95-й перцентиль кривой распределения АД в популяции для соответствующего возраста, пола, роста.
- 2) хроническое заболевание, проявляющееся синдромом артериальной гипертензии, причины которой не связаны с конкретными патологическими процессами.
- 3) заболевание, проявляющееся синдромом артериальной гипертензии

46. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ - ЭТО (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ)

- 1) состояние, при котором среднее значение систолического артериального давления и/или диастолического артериального давления, рассчитанное на основании трех измерений, равно или превышает 95-й перцентиль кривой распределения АД в популяции для соответствующего возраста, пола, роста.
- 2) хроническое заболевание, проявляющееся синдромом артериальной гипертензии, причины которой не связаны с конкретными патологическими процессами.
- 3) заболевание, проявляющееся синдромом артериальной гипертензии

47. К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ АГ ОТНОСЯТ

- 1) наследственная отягощенность по СС заболеваниям, наличие экзогенных и эндогенных факторов, влияющих на повышение уровня АД
- 2) снижение значений холестерина липопротеидов низкой плотности
- 3) отсутствие микроальбуминурии при диабете

48. К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ АГ ОТНОСЯТ

- 1) снижение значений холестерина липопротеидов низкой плотности
- 2) отсутствие микроальбуминурии при диабете
- 3) нарушение вегетативного тонуса (данные кардиоинтервалографии), вегетативного обеспечения (клиноортостатическая проба)

49. К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ АГ ОТНОСЯТ

- 1) снижение значений холестерина липопротеидов низкой плотности

- 2) повышение значений холестерина липопротеидов низкой плотности
- 3) отсутствие микроальбуминурии при диабете

50. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ - ЭТО (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ)

- 1) состояние, при котором среднее значение систолического артериального давления и/или диастолического артериального давления, рассчитанное на основании трех измерений, равно или превышает 95-й перцентиль кривой распределения АД в популяции для соответствующего возраста, пола, роста
- 2) хроническое заболевание, проявляющееся синдромом артериальной гипотензии, причины которой не связаны с конкретными патологическими процессами
- 3) симптом, отражающий различные степени снижения АД

51. ГИПОТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ – ЭТО (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ)

- 1) симптом, отражающий различные степени снижения АД
- 2) стойкое снижение АД, сопровождающееся выраженной симптоматикой: головными болями, головокружением, ортостатической дисрегуляцией
- 3) состояние, при котором среднее значение систолического артериального давления и/или диастолического артериального давления, рассчитанное на основании трех измерений, равно или превышает 95-й перцентиль кривой распределения АД в популяции для соответствующего возраста, пола, роста

52. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА БЛЕДНОГО ТИПА ОТНОСЯТСЯ

- 1) дефект межпредсердной перегородки
- 2) полная транспозиция магистральных сосудов
- 3) тетрада Фалло

53. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА БЛЕДНОГО ТИПА ОТНОСЯТСЯ

- 1) полная транспозиция магистральных сосудов
- 2) тетрада Фалло
- 3) открытый артериальный (Боталлов) проток

54. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА БЛЕДНОГО ТИПА ОТНОСЯТСЯ

- 1) полная транспозиция магистральных сосудов
- 2) тетрада Фалло
- 3) дефект МЖП

55. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА СИНЕГО ТИПА ОТНОСЯТСЯ

- 1) дефект межпредсердной перегородки
- 2) тетрада Фалло
- 3) дефект МЖП

56. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА СИНЕГО ТИПА ОТНОСЯТСЯ

- 1) дефект межпредсердной перегородки
- 2) дефект МЖП
- 3) полная транспозиция магистральных сосудов

57. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА С ПРЕПЯТСТВИЕМ К ВЫБРОСУ КРОВИ ИЗ ЖЕЛУДОЧКОВ ОТНОСЯТСЯ

- 1) дефект межпредсердной перегородки
- 2) дефект МЖП
- 3) стеноз легочной артерии

58. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА С ПРЕПЯТСТВИЕМ К ВЫБРОСУ КРОВИ ИЗ ЖЕЛУДОЧКОВ ОТНОСЯТСЯ

- 1) дефект межпредсердной перегородки
- 2) стеноз аорты
- 3) дефект МЖП

59. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА С ПРЕПЯТСТВИЕМ К ВЫБРОСУ КРОВИ ИЗ ЖЕЛУДОЧКОВ ОТНОСЯТСЯ

- 1) коарктация аорты
- 2) дефект межпредсердной перегородки
- 3) дефект МЖП

60. К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ ЮРА ОТНОСЯТ (АМЕРИКАНСКАЯ КОЛЛЕГИЯ РЕВМАТОЛОГОВ)

- 1) длительность суставных изменений от 6 недель до 3 месяцев
- 2) поражение межпредсердной перегородки
- 3) наличие других ревматических заболеваний

61. К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ ЮРА ОТНОСЯТ (АМЕРИКАНСКАЯ КОЛЛЕГИЯ РЕВМАТОЛОГОВ)

- 1) поражение межпредсердной перегородки
- 2) поражение одного или более суставов, характеризующееся признаками воспаления
- 3) наличие других ревматических заболеваний

62. К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ ЮРА ОТНОСЯТ (АМЕРИКАНСКАЯ КОЛЛЕГИЯ РЕВМАТОЛОГОВ)

- 1) поражение межпредсердной перегородки
- 2) наличие других ревматических заболеваний
- 3) исключение всех других ревматических заболеваний

ПАТОЛОГИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ

1. В ПАТОГЕНЕЗЕ СУЖЕНИЯ ПРОСВЕТА БРОНХОВ ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ОСНОВНУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ

- 1) бронхоспазм, отек слизистой оболочки бронхов
- 2) отек слизистой оболочки бронхов, гиперсекреция слизи
- 3) правильно все

2. ВЫБЕРИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ БРОНХИОЛИТА

- 1) выраженная дыхательная недостаточность
- 2) коробочный оттенок перкуторного звука
- 3) мелкопузырчатые хрипы
- 4) верно всё

3. ВЫБЕРИТЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА

- 1) хронические неспецифические заболевания легких у кровных родственников
- 2) перенесенная тяжелая форма ОРИ или повторные ОРИ на первом году жизни
- 3) перинатальная патология в анамнезе
- 4) верно всё
- 5) нет правильных ответов

4. К МУКОЛИТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ

- 1) тусупрекс
- 2) либексин
- 3) ацетилцистеин
- 4) амброксол
- 5) верно 1,2
- 6) верно 3,4

5. БРОНХИОЛИТОМ БОЛЕЮТ ДЕТИ В ВОЗРАСТЕ

- 1) 0-2 года
- 2) 5-6 лет
- 3) 3-4 года

6. В РАЗВИТИИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ БОЛЬШУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ

- 1) нарушение проходимости бронхов
- 2) ателектаз
- 3) снижение иммунологических реакций организма
- 4) спазм сосудов
- 5) гипертензия в малом круге кровообращения
- 6) верно всё
- 7) верно всё, кроме 4, 5

7. ВИРУСНАЯ ПНЕВМОНИЯ ПО ФОРМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) интерстициальной
- 2) крупозной
- 3) деструктивной

8. ОСТРАЯ ПНЕВМОНИЯ КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ НА

- 1) крупозную
- 2) интерстициальную
- 3) сегментарную
- 4) очаговую
- 5) правильно всё
- 6) правильно всё, кроме 3

9. ТОКСИКОЗ ПРИ ПНЕВМОНИИ

- 1) метаболический
- 2) метаболический и бактериальный
- 3) бактериальный
- 4) верно всё

10. СУТОЧНАЯ ДОЗА АМОКСИЦИЛЛИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

- 1) 50-100 мг/кг

- 2) 100-150 мг/кг
- 3) 40-50 мг/кг

11. СИНДРОМ КАРТАГЕНЕРА - ЭТО КОМБИНИРОВАННЫЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ, ПРОЯВЛЯЮЩИЙСЯ

- 1) врожденной аномалией развития бронхов
- 2) расщелиной твердого неба
- 3) инверсия внутренних органов, синусоринопатией

12. ПРИ СИНДРОМЕ КАРТАГЕНЕРА ПОКАЗАНЫ

- 1) антибиотикотерапия
- 2) постуральный дренаж
- 3) лечебная бронхоскопия
- 4) оперативное лечение
- 5) верно всё
- 6) верно всё, кроме 4

13. ГЕМОСИДЕРОЗ ЛЕГКИХ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1) синдромом Аэрса
- 2) синдромом Картагенера
- 3) синдромом Мунье-Куна
- 4) синдромом Гудпасчера
- 5) верно всё

14. СИНДРОМ МУНЬЕ-КУНА КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) как рецидивирующий бронхит
- 2) как гемосидероз легких
- 3) с болевым синдромом в груди
- 4) с желтухой

15. ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СИНДРОМА ГУДПАСЧЕРА

- 1) гематурия
- 2) протеинурия
- 3) кальций выше нормы, фосфор ниже нормы
- 4) анемия
- 5) верно все
- 6) верно 1, 3, 4
- 7) верно 1, 2, 4

16. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ В ЛЕГКИХ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ НАХОДЯТ

- 1) усиление бронхосудистого рисунка
- 2) участки эмфиземы
- 3) ателектазы
- 4) двусторонний пневмосклероз
- 5) нарушение структуры и уплотнение корней легких
- 6) верно всё
- 7) верно 1, 4, 5

17. МУКОВИСЦИДОЗ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пониженным аппетитом и плохой прибавкой веса
- 2) повышенным аппетитом и плохой прибавкой веса
- 3) пониженным аппетитом и хорошей прибавкой веса

- 4) повышенным аппетитом и хорошей прибавкой веса

18. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ «ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА» ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хроническая гипоксия
- 2) алкалоз
- 3) диффузный пневмосклероз
- 4) рефлекторное расширение артериол
- 5) спазм артериол
- 6) верно 1, 3, 5
- 7) верно 2, 4

19. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ВЯЗКОСТИ МОКРОТЫ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) альфадорназу
- 2) боромицин
- 3) ацетилцистеин
- 4) тусупрекс
- 5) амброксол
- 6) верно всё
- 7) верно всё, кроме 2, 4

20. МУКОВИСЦИДОЗ – ЭТО

- 1) наследственное заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования
- 2) наследственное заболевание с аутосомно-доминантным типом наследования
- 3) наследственное заболевание, сцепленное с X-хромосомой
- 4) мультифакториальное заболевание с наследственной предрасположенностью
- 5) врожденное заболевание, обусловленное дизэмбриогенезом

21. КЛИНИЧЕСКИ ПРИ МЕТАПНЕВМОНИЧЕСКОМ ПЛЕВРИТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) боли в животе
- 2) боли в груди при дыхании
- 3) хороший аппетит
- 4) высокая лихорадка
- 5) субфебрилитет
- 6) верно всё
- 7) верно всё, кроме 3, 5

22. СТАФИЛОКОККОВЫЕ ПЛЕВРИТЫ ЧАЩЕ БЫВАЮТ

- 1) серозные
- 2) геморрагические
- 3) гнойные
- 4) сухие

23. ПЛЕВРИТЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ОДНОВРЕМЕННО С ПНЕВМОНИЕЙ, НАЗЫВАЮТСЯ

- 1) синпневмоническими
- 2) метапневмоническими

24. КЛИНИЧЕСКИ ПРИ СИНПНЕВМОНИЧЕСКИХ ПЛЕВРИТАХ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) отсутствие кашля
- 2) диспноэ
- 3) боли при дыхании в груди
- 4) ослабленное дыхание при аускультации
- 5) острое начало
- 6) верно всё, кроме 1
- 7) верно всё

25. КЛАССИФИКАЦИЯ ПЛЕВРИТОВ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) этиология
- 2) фаза
- 3) осложнения
- 4) степень активности
- 5) локализация
- 6) 4, 5

26. ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА В I СТАДИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА

- 1) преднизолон внутривенно струйно
- 2) эуфиллин внутривенно капельно
- 3) оксигенотерапия
- 4) повторное введение сальбутамола до восстановления проходимости
- 5) сердечные гликозиды
- 6) верно всё
- 7) верно всё, кроме 4, 5

27. ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА ВО II СТАДИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА

- 1) оксигенотерапия
- 2) лаваж бронхов
- 3) эуфиллин внутривенно капельно
- 4) сердечные гликозиды
- 5) преднизолон внутривенно струйно
- 6) верно всё
- 7) верно всё, кроме 4

28. ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА В III СТАДИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА

- 1) ИВЛ
- 2) лаваж бронхов
- 3) эуфиллин внутривенно капельно
- 4) сердечные гликозиды
- 5) преднизолон внутривенно струйно
- 6) верно всё
- 7) верно всё, кроме 1

29. ДЕТИ С "АСПИРИНОВОЙ" АСТМОЙ НЕ ПЕРЕНОСЯТ

- 1) смородину
- 2) вишню
- 3) citrusовые
- 4) помидоры
- 5) молодой картофель
- 6) верно всё

7) верно всё, кроме д

30. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ГИПОСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ - ЭТО ЛЕЧЕНИЕ

- 1) супрастином
- 2) аллергенами
- 3) гистаглобулином
- 4) глюконатом кальция
- 5) аллергоглобулином

31. ВИДЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ

- 1) нарушение альвеолярной вентиляции
- 2) нарушение диффузии газов из альвеол в капилляры легких
- 3) нарушение перфузии кровью сосудов легких
- 4) неравномерность отношения вентиляции и перфузии
- 5) нет правильных ответов
- 6) верно всё

32. К ОБСТРУКТИВНЫМ НАРУШЕНИЯМ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ

- 1) повышение тонуса гладкой мускулатуры бронхов
- 2) отек слизистой оболочки бронхов
- 3) гиперсекреция слизи бронхиальными железами
- 4) рубцовая деформация бронхов при хронических воспалительных процессах
- 5) нет правильных ответов
- 6) верно всё

33. ПАТОГЕНЕЗ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПНЕВМОНИИ

- 1) нарушение диффузии газов
- 2) дыхательный ацидоз
- 3) гипоксия
- 4) гипоксемия
- 5) нет правильных ответов
- 6) верно всё

34. ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ ПО

- 1) фазе
- 2) течению
- 4) степени тяжести
- 5) этиологии
- 6) патогенезу
- 7) верно всё
- 8) верно всё, кроме 1

35. К ЛЁГОЧНЫМ МИКОЗАМ НЕ ОТНОСЯТ

- 1) парагонимоз
- 2) кандидомикоз
- 3) аспергиллез
- 4) криптококкоз
- 5) гистоплазмоз
- 6) нокардиоз

ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

1. ВЫБЕРИТЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЭЗОФАГИТА

- 1) желудочная гиперсекреция
- 2) злоупотребление острой пищи
- 3) отягощенная наследственность
- 4) эмоциональный стресс
- 5) гастроэзофагальный рефлюкс

2. ЧТО ЗАПРЕЩЕНО ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ РЕЖИМА БОЛЬНЫМ С РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТОМ

- 1) подъем тяжестей
- 2) упражнения с наклоном туловища
- 3) ношение тугих поясов
- 4) прием пищи непосредственно перед сном
- 5) утренняя гигиеническая гимнастика

3. ВЫБЕРИТЕ ИЗ ЧИСЛА ПРЕДЛАГАЕМЫХ ПРЕПАРАТ, ОСЛАБЛЯЮЩИЙ ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС

- 1) но-шпа
- 2) атропин
- 3) папаверин
- 4) церукал
- 5) анестезин

4. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭЗОФАГИТА НЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) диетическое питание
- 2) предупреждение состояний, усиливающих напряжение мышц брюшного пресса
- 3) антацидные препараты
- 4) холинолитики и спазмолитики
- 5) церукал

5. КАКОВА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА С РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТОМ

- 1) 6 мес
- 2) 1 год
- 3) 2 года
- 4) 5 лет
- 5) с учета не снимается

6. ПОНЯТИЕ "ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ЖЕЛУДКА" НЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) гиперсекрецию желудка
- 2) гастро-дуоденальный рефлюкс
- 3) гастроптоз
- 4) пилороспазм
- 5) кардиоспазм.

7. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ НЕ СПОСОБСТВУЕТ ФОРМИРОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ЖЕЛУДКА, КРОМЕ

- 1) анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта ребенка
- 2) невроты
- 3) наследственность
- 4) воспалительное поражение слизистой оболочки пищевода.
- 5) употребление острой и жирной пищи

8. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА ЖЕЛУДКА

- 1) периодические боли в эпигастрии после еды
- 2) болезненность при пальпации в эпигастрии
- 3) тошнота
- 4) отрыжка кислым
- 5) изжога

9. КАКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ НЕ ЗАПРЕЩЕНЫ ДЕТЯМ С ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ РЕЖИМА

- 1) подъем тяжестей
- 2) упражнения с наклоном туловища
- 3) ношение тугих поясов
- 4) прием пищи непосредственно перед сном
- 5) утренняя гигиеническая гимнастика

10. ВЫБЕРИТЕ ИЗ ЧИСЛА ПРЕДЛАГАЕМЫХ ПРЕПАРАТ, ОСЛАБЛЯЮЩИЙ ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС

- 1) но-шпа
- 2) атропин
- 3) папаверин
- 4) церукал
- 5) анестезин

11. БОЛЬ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ КАКИХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕ БЫВАЕТ

- 1) хронический гастрит
- 2) хронический гастродуоденит, язвенная болезнь желудка
- 3) дискинезия желчных путей
- 4) панкреатит.
- 5) хронический колит

12. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ОКАЗЫВАЕТ АНТАЦИДНОЕ ДЕЙСТВИЕ

- 1) викалин
- 2) де-нол
- 3) гастрофарм
- 4) альмагель.
- 5) фосфалюгель

13. КАКОВА КРАТНОСТЬ ОСМОТРА РЕБЕНКА С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА

- 1) ежемесячно
- 2) 1 раз в 3 месяца
- 3) 1 раз в 6 месяцев

- 4) 1 раз в год
- 5) ежемесячно

14. ЧТО НЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ПРИ НАЗНАЧЕНИЕ ПИТАНИЯ БОЛЬНЫМ С РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТОМ

- 1) питание дробное, до 7 раз в сутки
- 2) малые разовые порции пищи
- 3) употребление молочно-растительных продуктов
- 4) исключение молока и молочных продуктов
- 5) исключение горячей, острой и кислой пищи

15. ДЛЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГАСТРИТА С ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕЦИЕЙ ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНО

- 1) преобладание болевого синдрома над диспепсическим
- 2) превалирование диспепсических явлений
- 3) склонность к поносам
- 4) нестойкая болезненность в эпигастральной области
- 5) склонность к запорам

16. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНИТЕ

- 1) эпигастрий
- 2) правое подреберье
- 3) левое подреберье
- 4) около пупка
- 5) пилородуоденальная зона

17. КАКОЙ ПРЕПАРАТ НЕ ВЛИЯЕТ НА РЕПАРАТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНИТЕ В СОЧЕТАНИИ С ЭЗОФАГИТОМ

- 1) викалин
- 2) экстракт алоэ
- 3) карсил
- 4) солкосерил
- 5) облепиховое масло

18. ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ СРЕДСТВ ФИЗИОТЕРАПИИ ГАСТРОДУОДЕНИТА ПРИ УПОРНОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН

- 1) электросон
- 2) электрофорез с бромом на воротниковую зону
- 3) диатермия верхней части живота
- 4) УВЧ-терапия
- 5) электрофорез с новокаином на пилородуоденальную зону

19. КАКОВ МИНИМАЛЬНЫЙ СРОК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ТРЕТЬЕЙ ГРУППЕ ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА

- 1) 6 месяцев
- 2) 1 год
- 3) 2 года
- 4) 3 года

5) 4 года

20. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ХАРАКТЕРА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ЖЕЛУДКЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) фракционное желудочное
- 2) ультразвуковое исследование
- 3) рентгеноскопия с контрастной массой
- 4) эндоскопия желудка
- 5) внутри желудочковая рН – метрия

21. ПРИЧИННО-ЗНАЧИМЫМИ ФАКТОРОМ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) психоэмоциональный стресс
- 2) повышение агрессивности кислотно-пептического фактора
- 3) снижение естественной резистентности слизистой оболочки
- 4) геликобактериоз
- 5) непереносимость белков коровьего молока

22. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ В МЕЖПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ ФАЗЕ СЕКРЕЦИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) язвенной болезни
- 2) гастроэзофагального рефлюкса
- 3) дуоденогастрального рефлюкса
- 4) хронического гастрита
- 5) дуоденита

23. ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ЗВЕНОМ В РАЗВИТИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) психоэмоциональное напряжение
- 2) нарушение режима питания
- 3) дисбактериоз кишечника
- 4) аллергическая настроенность организма
- 5) снижение резистентности слизистой оболочки

24. ЯЗВЕННЫЙ ДЕФЕКТ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- 1) на большой кривизне желудка
- 2) на малой кривизне желудка
- 3) в антральном отделе желудка
- 4) в луковице 12-перстной кишки
- 5) в постбульбарном отделе

25. ПРЯМЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) усиленная моторика 12-перстной кишки
- 2) гиперсекреция
- 3) ускоренная эвакуация бариевой массы из желудка
- 4) язвенная "ниша"
- 5) бульбостаз

26. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) резко возникающие боли слева выше пупка

- 2) болезненность при пальпации по ходу кишечных петель
- 3) многократная рвота
- 4) мучительная тошнота
- 5) гиперферментемия и ферментурия

27. ГЛАВНЫМ ПАРАКЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лейкоцитоз с нейтропенией
- 2) снижение гемоглобина и эритроцитов
- 3) амилаземия
- 4) ацетон в моче
- 5) уксус в моче

28. УМЕНЬШЕНИЕ АГРЕССИВНОСТИ ДЕЙСТВИЯ ФЕРМЕНТОВ, ИХ НЕЙТРАЛИЗАЦИЯ И ВЫВЕДЕНИЕ ДОСТИГАЮТСЯ

- 1) назначением голода
- 2) наложением холода на живот
- 3) введением антиферментных препаратов
- 4) капельным внутривенным введением гемодеза, электролитов, лазикса
- 5) всего перечисленного

29. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ ГОЛОДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) давностью заболевания
- 2) состоянием больного
- 3) уровнем амилазы в крови
- 4) выраженностью температуры
- 5) уровнем глюкозы

30. В КАКОЙ СРОК ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА МОЖНО СДЕЛАТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПРИВИВКУ

- 1) через 1,5 месяца
- 2) через 1 год
- 3) через 6 месяцев
- 4) сразу после стационара
- 5) постоянный

31. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА У ДЕТЕЙ НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) диарея
- 2) чередование запоров с неустойчивым стулом
- 3) признаки полигиповитаминоза
- 4) похудание
- 5) отрыжка

32. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) живот недоступен пальпации
- 2) болезненность в зоне проекции поджелудочной железы
- 3) болезненность около пупка
- 4) болезненность в правом подреберье
- 5) болезненность в точке Кера

33. ОСНОВНЫМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) для уменьшения внешнесекреторной недостаточности локализация боли слева
- 2) синдром внешнесекреторной и недостаточности поджелудочной железы
- 3) повышение активности панкреатических ферментов в крови и моче
- 4) изменение плотности железы при УЗИ
- 5) все перечисленное

34. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1) холинолитики
- 2) панкреатические ферменты
- 3) барбитураты
- 4) ганглиоблокаторы
- 5) сульфаниламиды

35. В ДУОДЕНАЛЬНОМ СОДЕРЖИМОМ ПОСЛЕ СТИМУЛЯЦИИ ПАНКРЕОЗИМИНОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) уменьшение ферментативной активности амилазы
- 2) уменьшение ферментативной активности липазы
- 3) снижение выделения бикарбонатов
- 4) все перечисленное
- 5) уменьшение ферментативной активности липазы

36. ПО КАКОМУ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

- 1) боли в животе
- 2) нарушение общего состояния
- 3) повышение температуры
- 4) примесь крови к каловым массам
- 5) примесь слизи в кале

37. ПРИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОМ ПОРАЖЕНИИ ТОНКОЙ КИШКИ В КОПРОГРАММЕ НЕ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ВСЕ

- 1) большое количество жирных кислот
- 2) мыла жирных кислот
- 3) нейтральный жир
- 4) мышечные волокна
- 5) большое количество эритроцитов и лейкоцитов

38. ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА РЕБЕНОК С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ

- 1) ежемесячно
- 2) 1 раз в 3 месяца
- 3) 1 раз в 6 месяцев
- 4) 1 раз в год
- 5) 1 раз в 1 месяц

39. ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА БОЛЬНОМУ С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ ПРОВОДЯТ

- 1) через 3 недели
- 2) через 3 месяца
- 3) через 6 месяцев
- 4) через 1 год
- 5) через 1 месяц

40. ИЗ РАЦИОНА БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ НЕ ИСКЛЮЧАЮТ

- 1) острые, соленые, копченые блюда
- 2) жирные сорта мяса, рыбы
- 3) молоко
- 4) сдобное тесто, пироги
- 5) яблоки

41. ВТОРИЧНАЯ ДИСКИНЕЗИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НЕ ОБУСЛОВЛЕНА СЛЕДУЮЩИМ ФАКТОРОМ

- 1) хронические заболевания желудка и 12-перстной кишки
- 2) нарушение биоценоза кишечника
- 3) пищевая аллергия
- 4) глистная инвазия
- 5) энцефалопатия

42. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ВЫ НАЗНАЧИТЕ РЕБЕНКУ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ ТИПОМ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

- 1) аллохол
- 2) фламин
- 3) экстракт алоэ
- 4) но-шпа
- 5) витамин В1

43. УМЕНЬШЕНИЕ ПОПЕРЕЧНИКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В 2 РАЗА ПОСЛЕ ПРИЕМА ЖЕЛЧЕГОННОГО ЗАВТРАКА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) об ускоренном опорожнении
- 2) о замедленном опорожнении
- 3) о нормальном опорожнении
- 4) об "отключенном желчном пузыре"
- 5) об повышении рН

44. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ БОЛЬНЫМ С ДИСКИНЕЗИЯМИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ РАЗРЕШАЮТСЯ

- 1) через 6 месяцев после выписки из стационара
- 2) через 1 год после выписки из стационара
- 3) по показаниям
- 4) в соответствии с календарем прививок
- 5) сразу после выписки из стационара

45. КАКУЮ ТАКТИКУ ВЫ ВЫБЕРЕТЕ ДЛЯ РЕБЕНКА С АНОМАЛИЕЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, УСТАНОВЛЕННОЙ 3 ГОДА НАЗАД

- 1) направите на повторное обследование

- 2) снимите с учета
- 3) будете наблюдать еще 2 года
- 4) будете наблюдать до 14 лет
- 5) будете наблюдать до 1 год

46. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

- 1) периодические тупые боли в правом подреберье
- 2) периодические подъемы температуры без катаральных явлений
- 3) обнаружение камней в желчном пузыре при УЗИ
- 4) ускоренная реакция оседания эритроцитов
- 5) уменьшение щелочной фосфатазы в крови

47. ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА ДОСТОВЕРЕН ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ

- 1) признаков интоксикации
- 2) болей в правом подреберье
- 3) воспалительной реакции крови
- 4) утолщения стенки желчного пузыря при УЗИ
- 5) всего перечисленного

48. В ДИЕТЕ № 5 ПРЕДУСМАТРИВАЕТСЯ

- 1) ограничение белка
- 2) ограничение соли
- 3) ограничение продуктов, богатых холестерином
- 4) ограничение углеводов
- 5) все перечисленное

49. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ БОЛЬНОМУ ХРОНИЧЕСКИМ
ХОЛЕЦИСТИТОМ МОЖНО ДЕЛАТЬ

- 1) через 1 год после обострения
- 2) через 6 месяцев после обострения
- 3) через 3 месяца после обострения
- 4) через 1,5 месяца после обострения
- 5) постоянный медотвод

50. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ХОЛЕСТАЗА

- 1) субиктеричность склер и кожи
- 2) субфебрильная температура
- 3) увеличение печени
- 4) увеличение щелочной фосфатазы
- 5) зуд кожи

51. ПРИ МИНИМАЛЬНОЙ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА
ОТСУТСТВУЕТ

- 1) желтушный синдром
- 2) астено-вегетативный синдром
- 3) синдром диспептических расстройств
- 4) геморрагический синдром
- 5) гепатомегалия

52. ДЛЯ УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА НЕ
ХАРАКТЕРНО

- 1) гепатоспленомегалия
- 2) утомляемость
- 3) тошнота
- 4) сниженный аппетит
- 5) неровность края печени

53. В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) повышение активности АЛТ
- 2) повышение активности АСТ
- 3) повышение тимоловой пробы
- 4) увеличение гаммаглобулинов
- 5) снижение сахара в крови

54. ДЛЯ ОСТАТОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) увеличение печени
- 2) субиктеричность склер
- 3) гипербилирубинемия
- 4) гипертрансфераземия
- 5) телеангиэктазии

55. ПРИ АУТОИММУННОМ ВАРИАНТЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ЛЕЧЕНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ

- 1) с липотропной терапии
- 2) с интерферонотерапии
- 3) с глюкокортикоидной терапии
- 4) с желчегонной терапии
- 5) с введения гепатопротекторных препаратов

ПАТОЛОГИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

1. ПРИ ПИЛОНЕФРИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ

- 1) клубочек
- 2) канальцы, интерстициум, чашечно-лоханочная система
- 3) кровеносная и лимфатическая системы почек

2. ПРИЁМ ЖИДКОСТИ ПРИ ПИЛОНЕФРИТЕ

- 1) ограничивается
- 2) увеличивается

3. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПИЛОНЕФРИТЕ

- 1) бактериурия, лейкоцитурия
- 2) цилиндрурия
- 3) гематурия
- 4) протеинурия

4. ПРИ НАРУШЕНИИ ПАССАЖА МОЧИ ПИЛОНЕФРИИ СЧИТАЕТСЯ

- 1) обструктивным
- 2) необструктивным
- 3) дизметаболическим

5. В ЛЕЧЕНИИ ПИЛОНЕФРИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) антибиотики
- 2) мочегонные средства
- 3) гипотензивные средства

6. ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ

- 1) интерстициальная ткань почек
- 2) клубочек
- 3) корковое вещество почек
- 4) канальцы

7. В ТЕРАПИИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) гормоны
- 2) Делагия
- 3) фитотерапия

8. ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА С НЕФРИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЯ В МОЧЕ

- 1) протенурия
- 2) лейкоцитурия
- 3) гематурия

9. ДЛЯ НЕФРИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) выраженные отёки
- 2) умеренные отёки

10. ОЛИГУРИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ДИУРЕЗА ОТ СУТОЧНЫХ ВЕЛИЧИН НА

- 1) 1/3
- 2) 2/3

11. ДИЕТА ПРИ ГИПЕРУРИТУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) картофельно-капустная
- 2) молочно-фруктово-ягодная
- 3) бессолевая

12. МОЧЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) гематурия
- 2) протеинурия

13. ПОЧЕЧНЫЙ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ Понижения чувствительных клеток эпителия собирательных трубок

- 1) к альдостерону
- 2) к вазопрессину

14. УДЕЛЬНЫЙ ВЕС МОЧИ ПРИ ПОЧЕЧНОМ НЕСАХАРНОМ ДИАБЕТЕ

- 1) высокий
- 2) низкий

15. УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗУРИИ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ ГЛЮКОЗУРИИ ОТ ДИЕТЫ

- 1) зависит
- 2) не зависит

16. ОСНОВОЙ ЛЕЧЕНИЯ ПОЧЕЧНОГО НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) преднизолон
- 2) вазопресин
- 3) гипотиазид

17. ВИТАМИН Д-ЗАВИСИМЫЙ РАХИТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наследственным заболеванием
- 2) приобретённым заболеванием

18. ДЛЯ ЦИСТИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

- 1) гипертермия
- 2) боли при мочеиспускании
- 3) боли в пояснице

19. НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) гематурией, умеренным отёком
- 2) выраженной протеинурией, выраженным отёком
- 3) бактериурией, лейкоцитурией

20. ПРЕДНИЗОЛОН ПРИМЕНЯЕТСЯ В ЛЕЧЕНИИ

- 1) нефритического синдрома
- 2) нефротического синдрома

21. ВЕДУЩИМИ БИОХИМИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ХПН ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) высокий уровень креатинина, мочевины
- 2) повышенный уровень холестерина

22. ПОКАЗАТЕЛИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХПН

- 1) ниже 80 мл/мин
- 2) ниже 50 мл/ мин
- 3) ниже 20 мл/мин

23. ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ

- 1) вирусной инфекцией
- 2) кишечной инфекцией
- 3) пневмонией

24. ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) лейкоцитурией, бактериурией
- 2) гематурией, протеинурией

25. ПРИ ХПН НАРУШАЕТСЯ ФУНКЦИЯ СЛЕДУЮЩИХ ОТДЕЛОВ

- 1) клубочков
- 2) канальцев
- 3) одновременно клубочков и канальцев

26. ПРИНЦИПЫ ДИЕТОТЕРАПИИ ПРИ ХПН

- 1) ограничение белка
- 2) ограничение растительных жиров
- 3) ограничение углеводов

27. ДИЕТА ПРИ ГИПЕРОКСАЛУРИИ

- 1) картофельно-капустная
- 2) молочная
- 3) бессолевая

28. ПИТЬЕВОЙ РЕЖИМ ПРИ ОБМЕННЫХ НЕФРОПАТИЯХ

- 1) ограничивается
- 2) увеличивается

ПАТОЛОГИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ

1. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) микроцитарные эритроциты
- 2) мегалобластный костный мозг
- 3) низкое содержание фолатов
- 4) положительная проба Кумбса

2. ЧТО ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕХАРАКТЕРНО ДЛЯ ФОЛИЕВОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

- 1) микроцитарные эритроциты
- 2) мегалобластный костный мозг
- 3) низкое содержание фолатов
- 4) макроцитарные эритроциты

3. КРИТЕРИЕМ ТЯЖЕЛОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) уровень гемоглобина менее 70 г/л

- 2) снижение эритроцитов менее 2,5 Т/л
- 3) сывороточное железо менее 12 мкмоль/л
- 4) ОЖСС более 80 мкмоль/л

4. К КАКОЙ ГРУППЕ БОЛЕЗНЕЙ ОТНОСИТСЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ

- 1) тромбоцитопатии
- 2) анемии
- 3) вазопатии
- 4) наследственные коагулопатии

5. КАКОЙ ХАРАКТЕР СЫПИ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ

- 1) симметричный
- 2) вокруг суставов, на ягодицах, разгибательных поверхностях конечностей
- 3) волнообразный характер высыпаний
- 4) верно все

6. КАКИЕ ОРГАНЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ

- 1) сердце, легкие
- 2) селезенка, лимфатические узлы
- 3) кожа, почки, суставы
- 4) нервная система

7. КРИТЕРИЕМ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) уровень тромбоцитов менее 150 Г/л
- 2) удлинение время длительности кровотечения
- 3) наличие геморрагического синдрома
- 4) снижение уровня гемоглобина менее 110 г/л

8. ДЛЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ НЕХАРАКТЕРНЫ

- 1) носовые кровотечения
- 2) гемартрозы
- 3) маточные кровотечения
- 4) желудочно-кишечные

9. ПРИ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) увеличение время кровотечения
- 2) увеличение времени свертывания по Ли-Уайту
- 3) уменьшение времени свертывания по Ли-Уайту
- 4) гиперфибриногенемия

10. ГЕМОФИЛИЯ А НАСЛЕДУЕТСЯ ПО

- 1) аутосомно-рецессивно
- 2) аутосомно-доминантно
- 3) рецессивно, сцеплено с X-хромосомой
- 4) полигенно –аддитивно

11. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ГЕМОФИЛИИ КОНЦЕНТРАЦИЯ VIII И IX ФАКТОРОВ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1-2%
- 2) 0-1%

- 3) 2-5%
- 4) 5-25%

12. ДЛЯ ГЕМОФИЛИИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) петехии
- 2) гемартрозы
- 3) розеолы
- 4) ангиоэктазии

13. ОСТРЫЙ ЛИМФОБЛАСТНЫЙ ЛЕНЙКОЗ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ

- 1) 5% бластных клеток в мазке костного мозга
- 2) 15% бластных клеток в мазке костного мозга
- 3) 20% бластных клеток в мазке костного мозга
- 4) 25% бластных клеток в мазке костного мозга

14. СИНДРОМ БЕРНАРА-СУЛЬЕ ОТНОСИТСЯ К

- 1) тромбоцитопении
- 2) тромбоцитопатии
- 3) вазопатии
- 4) коагулопатии

15. СЕРПОВИДОКЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ ОТНОСИТСЯ К

- 1) тромбоцитопатии
- 2) гемоглобинопатии
- 3) геморрагическим васкулитам
- 4) геморрагическим диатезам

16. ДЛЯ АНЕМИИ ФАНКОНИ ХАРАКТЕРНО

- 1) низкий рост, микроцефалия, смуглый оттенок кожи, порки развития кистей
- 2) диагностика в периоде новорожденности
- 3) аутосомно-доминантный тип наследования

17. ХРОНИЧЕСКИЙ МИЕЛОЛЕЙКОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) более низкой степенью дифференцировки клеток, чем острый лимфолейкоз (ОЛЛ)
- 2) более высокой степенью дифференцировки клеток, чем ОЛЛ
- 3) тем же уровнем дифференцировки клеток, что и ОЛЛ

18. ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗ ОТНОСИТСЯ К

- 1) злокачественным лимфомам
- 2) гистиоцитозам
- 3) неходжкинским лимфомам
- 4) нейробластомам

19. ДЛЯ ПЕРВОЙ СТАДИИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА ХАРАКТЕРНО

- 1) вовлечение двух или более областей лимфоузлов по одну сторону диафрагмы
- 2) вовлечение экстранодальных участков
- 3) вовлечение одной области лимфоузлов или одной лимфоидной структуры

- 4) вовлечение лимфоузлов или лимфоидных структур по обе стороны диафрагмы

20. ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ ХАРАКТЕРНО

- 1) желтуха
- 2) непрямая гипербилирубинемия
- 3) спленомегалия
- 4) верно все

ПАТОЛОГИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

1. ПРИ СД 1 ТИПА НАСЛЕДОВАНИЕ

- 1) полигенно-аддитивное
- 2) доминантное
- 3) рецессивное

2. УРОВНЕМ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА HVA1C, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ КОМПЕНСАЦИИ СД ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) 30%
- 2) 20%
- 3) 7%

3. МАНИФЕСТНЫЙ СД ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ГИПЕРГЛИКЕМИИ

- 1) более 5,6 ммоль/л
- 2) более 6,7 ммоль/л
- 3) более 11,1 ммоль/л

4. НАРУШЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ, ЕСЛИ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ ЧЕРЕЗ 120 МИН ПОСЛЕ ПРИЕМА ГЛЮКОЗЫ

- 1) менее 7,8 ммоль/л
- 2) более 11,1 ммоль/л
- 3) > 7,8, но < 11,1 ммоль/л

5. У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ КОМА

- 1) лактатацидотическая
- 2) кетоацидотическая
- 3) гиперосмолярная

6. СКРИНИНГ НА ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ ПРОВОДЯТСЯ

- 1) детям, рожденным от матерей с заболеваниями щитовидной железы
- 2) всем детям
- 3) детям с неврологическими расстройствами

7. ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) аутоиммунном поражении щитовидной железы
- 2) недостаточном поступлении йода с пищей
- 3) опухолях щитовидной железы

8. ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) тахикардией в покое
- 2) повышенной работоспособностью

3) всем перечисленным

9. ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗМОЖНЫЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕРКАЗОЛИЛОМ

- 1) лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- 2) лейкопения, агранулоцитоз
- 3) лейкоцитоз, эритроцитоз

10. АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ ЧАЩЕ ПРИВОДИТ К

- 1) гипотиреозу
- 2) гипертиреозу
- 3) эутиреозу

11. УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ В КРОВИ В НОРМЕ

- 1) 1,25-2,25 ммоль/л
- 2) 2,25-2,75 ммоль/л
- 3) 2,27-3,25 ммоль/л

12. ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) гипокальциемия, гиперфосфатемия
- 2) гипокальциемия, гипофосфатемия
- 3) гиперкальциемия, гиперфосфатемия

13. ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ВСАСЫВАНИЯ КАЛЬЦИЯ ИЗ КИШЕЧНИКА ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ ОДНОВРЕМЕННО С ГЛЮКОНАТОМ КАЛЬЦИЯ ВВОДЯТ

- 1) кальцитриол
- 2) гормоны околощитовидной железы
- 3) витамин Д

14. У МАЛЕНЬКИХ ДЕТЕЙ ГИПОПАРАТИРЕОЗ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ

- 1) диспептическими явлениями
- 2) ларингоспазмом, спазмом мышц диафрагмы
- 3) поражением волос, ногтей, зубов

15. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ГИПОПАРАТИРЕОЗА ПРОВОДЯТ С

- 1) гипотиреозом
- 2) псевдопаратиреозом, спазмофилией, эпилепсией
- 3) бронхиальной астмой

16. ПРИЧИНОЙ ПЕРВИЧНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) опухоль гипофиза
- 2) аутоиммунное поражение надпочечников
- 3) инфекции ЦНС с поражением гипоталамуса
- 4) кровоизлияние в надпочечники при родовой травме

17. ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВНЕ КРИЗА

- 1) отставание в физическом и половом развитии
- 2) гиперпигментация кожных покровов, мышечная слабость
- 3) схваткообразные боли в животе, сопровождающиеся рвотой, диареей
- 4) правильно а, б

5) правильно все

18. АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ НАСЛЕДУЕТСЯ ПО ТИПУ

- 1) аутосомно-рецессивному
- 2) аутосомно-доминантному
- 3) сцеплено с X-хромосомой
- 4) сцеплено с Y-хромосомой

19. ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С СОЛТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМОЙ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО

- 1) запоры
- 2) позднее отхождение мекония
- 3) жидкий стул

20. ДЛЯ ПРОСТОЙ ФОРМЫ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО

- 1) преждевременное половое развитие
- 2) артериальная гипертензия
- 3) гиперпигментация кожных складок, белой линии живота
- 4) правильно а, в
- 5) правильно все

21. ОЖИРЕНИЕМ СЧИТАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА ОТ МАКСИМАЛЬНОГО ПО РОСТУ И ПОЛУ НА

- 1) 20%
- 2) 5%
- 3) 10%
- 4) 30%

22. ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) вторичным
- 2) первичным

23. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нефрит
- 2) артериальная гипертензия
- 3) кардит

24. ПРОФИЛАКТИКА ОЖИРЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) постоянный контроль веса
- 2) адекватный двигательный режим
- 3) рациональное питание
- 4) все перечисленное

25. УРОВЕНЬ ИНСУЛИНА У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

- 1) повышен
- 2) снижен
- 3) не изменен

26. ДЛЯ ГИПОГОНАДИЗМА ИЗБЫТОЧНОЕ ОТЛОЖЕНИЕ ЖИРА

- 1) характерно
- 2) не характерно

27. РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ ПРИ ИСТИННОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ПОЛОВОМ СОЗРЕВАНИИ ПРОТЕКАЕТ ПО

- 1) изосексуальному типу
- 2) гетеросексуальному

28. ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ - ЭТО ПОЯВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ У ДЕВОЧЕК И МАЛЬЧИКОВ

- 1) до 7 - 8 лет
- 2) до 9- 10 лет
- 3) до 12 - 13 лет

29. ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ПОЛОВОМ СОЗРЕВАНИИ КОСТНЫЙ ВОЗРАСТ

- 1) соответствует паспортному возрасту
- 2) опережает паспортный возраст
- 3) отстает от паспортного возраста

30. ДЛЯ КАКИХ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ХАРАКТЕРНА ЗАДЕРЖКА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ

- 1) Болезнь Грейвса
- 2) Тиреодит Хашимото
- 3) Синдром Шерешевского - Тернера

31. ДЛЯ ГИПОФИЗАРНОГО НАНИЗМА ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

- 1) характерна
- 2) не характерна

32. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОПИТУИТАРИЗМА ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ

- 1) адреномиметики
- 2) глюкокортикоиды
- 3) антагонисты допамина
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

33. ДИАГНОСТИКА ВЫСОКОРОСЛОСТИ ОСНОВАНА НА

- 1) данных анамнеза и физикальном исследовании
- 2) оценке костного возраста
- 3) лабораторном определении уровня СТГ в крови
- 4) всем перечисленном

34. ГИПОФИЗАРНЫЙ НАНИЗМ ОБЫЧНО ДИАГНОСТИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1) до года
- 2) после 3 лет
- 3) преимущественно в пубертатном периоде

35. ДЛЯ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ХАРАКТЕРНО

- а) рост родителей средний, в детстве замедленный
- б) костный возраст опережает паспортный
- в) выраженная задержка психомоторного развития

ИНФЕКЦИОННАЯ ПАТОЛОГИЯ

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БРЮШНОГО ТИФА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

- 1) кишечное кровотечение
- 2) перфорация кишечника
- 3) пневмония
- 4) бронхит
- 5) миокардит

2. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ БРЮШНОГО ТИФА НА 1-Й НЕДЕЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1) бактериологическое исследование кала на тифо-паратифозную группу
- 2) гемокультура
- 3) реакция Видаля (с О- и Н- диагностикумами)
- 4) реакция Vi-гемагглютинации
- 5) уринокультура

3. ДЛЯ БРЮШНОГО ТИФА ХАРАКТЕРНА СЫПЬ

- 1) уртикарная
- 2) розеолезная
- 3) петехиальная
- 4) везикулярная
- 5) папулезная

4. АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ПРИМЕНЯЮТ КУРСОМ

- 1) на 7-10 дней (при отсутствии осложнений)
- 2) до нормализации температуры тела
- 3) только при тяжелых формах болезни
- 4) в течение всего лихорадочного периода болезни и еще 7-10 дней нормальной температуры тела
- 5) до исчезновения розеолезной сыпи

5. КАКОЙ СИМПТОМ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БРЮШНОГО ТИФА

- 1) адинамия
- 2) дикротия пульса
- 3) эйфория
- 4) розеолезная сыпь
- 5) гепатоспленомегалия

6. БОТУЛИНИЧЕСКИЙ ТОКСИН МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ В

- рвотных массах, промывных водах
- пищевых продуктах
- крови
- кале
- во всех материалах

7. ПЕРВЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ БОТУЛИЗМА ЧАЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) диспепсический синдром
- 2) нарушение зрения

- 3) нарушение глотания
- 4) нарушение дыхания
- 5) высокая лихорадка

8. ДЛЯ БОЛЬНЫХ БОТУЛИЗМОМ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЖАЛОБЫ, КРОМЕ

- 1) головной боли
- 2) слабости
- 3) нарушения зрения
- 4) сухости во рту
- 5) нарушения глотания

9. ПРИ БОТУЛИЗМЕ ОТМЕЧАЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ГЛАЗНЫЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ

- 1) птоза
- 2) мидриаза, нистагма
- 3) вялой реакции зрачков на свет
- 4) повышения корнеального рефлекса
- 5) ограничения движения глазных яблок, экзофтальма

10. ПРИЗНАКАМИ ГЛОССОФАРИНГОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БОТУЛИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) затруднений при открывании рта, боли при жевании
- 2) нарушения глотания, вытекание жидкости через нос
- 3) речи с носовым оттенком, дизартрии
- 4) осиплости голоса, афонии
- 5) сухости во рту

11. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) только человек (больной или вирусоноситель)
- 2) только крупный рогатый скот
- 3) птицы (утки, куры)
- 4) человек и животные
- 5) мышевидные грызуны

12. ХАРАКТЕР СТУЛА ПРИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) жидкий, не переваренный, зловонный с примесью слизи
- 2) жидкий, водянистый, желтого цвета
- 3) жидкий, обильный, типа «болотной тины»
- 4) скудный, в виде «ректального плевка»
- 5) жидкий, пенистый, с примесью слизи и зелени, крови

13. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) рвота присоединяется только при развитии эксикоза 2-3 степени
- 2) отсутствие рвоты
- 3) отсутствие сезонности
- 4) увеличение печени, селезенки
- 5) жидкий, обильный стул без патологических примесей

14. ТОПИЧЕСКИМ ДИАГНОЗОМ ПРИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гастрит
- 2) энтерит

- 3) колит
- 4) гастроэнтерит
- 5) псевдомембранозный колит

15. РАЗМНОЖЕНИЕ РОТАВИРУСОВ ПРОИСХОДИТ В ОСНОВНОМ В КЛЕТКАХ ЭПИТЕЛИЯ

- 1) желудка
- 2) тонкой кишки
- 3) толстой кишки
- 4) верхних дыхательных путей
- 5) мочевых путей

16. БОЛИ В ЖИВОТЕ ПРИ ИЕРСИНИОЗЕ У ДЕТЕЙ МОГУТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕННЫ СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЧИНАМИ, КРОМЕ

- 1) илеита
- 2) мезаденита
- 3) проктосигмоидита
- 4) аппендицита
- 5) панкреатита

17. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ИЕРСИНИОЗА НАБЛЮДАЮТ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) ухудшение общего состояния
- 2) повышение температуры тела
- 3) появление новых органических поражений
- 4) усиление угасающих симптомов
- 5) температура тела становится субнормальной

18. СИМПТОМАМИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) боли в правом подреберье
- 2) гепатомегалия
- 3) желтуха
- 4) повышенная активность аминотрансфераз
- 5) лейкоцитоз и повышенная СОЭ

19. ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИЕРСИНИОЗА ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) посева кал, мочи и смывов из зева
- 2) посева крови
- 3) реакции агглютинации
- 4) реакции непрямой гемагглютинации
- 5) обнаружение иерсиний в моче при микроскопии

20. ВОЗБУДИТЕЛЬ ИЕРСИНИОЗА ЧУВСТВИТЕЛЕН КО ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ АНТИБИОТИКАМ, КРОМЕ

- 1) левомицетина
- 2) цефамезина
- 3) ципрофлоксацина
- 4) гентамицина
- 5) пенициллина

21. ФАКТОРАМИ ПЕРЕДАЧИ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) овощи
- 2) молочные продукты
- 3) мясные продукты
- 4) сухофрукты
- 5) рыбные продукты

22. ОСНОВНОЙ РЕЗЕРВУАР И ИСТОЧНИК ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА

- 1) свиньи
- 2) собаки
- 3) кошки
- 4) мышевидные грызуны
- 5) коровы

23. ВЕДУЩИЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА

- 1) контактный
- 2) пищевой
- 3) воздушно-капельный
- 4) трансмиссивный
- 5) парентеральный

24. ДЛЯ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) острого начала
- 2) частого, жидкого, водянистого стула
- 3) выраженной интоксикации, высокой лихорадки
- 4) тошноты, рвоты, болей в животе
- 5) озноба, головной боли

25. ПРИ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ СТУЛ

- 1) обильный, водянистый
- 2) темный, с зеленоватым оттенком и зловонным запахом
- 3) жидкий, скудный, со слизью и прожилками крови
- 4) жидкий, зловонный с большим количеством мутной слизи
- 5) каловый оформленный с алой кровью

26. МЕСТНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) преимущественно в тонкой кишке
- 2) преимущественно в толстой кишке
- 3) преимущественно в желудке
- 4) на всем протяжении желудочно-кишечного тракта
- 5) преимущественно в тонком и толстом кишечнике

27. С ЦЕЛЬЮ ЭНТЕРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) неогемодез
- 2) растворы аминокислот (альвезин, полиамин и др.)
- 3) энтеросорбенты (смекта, полифепан и др.)
- 4) реополиглюкин
- 5) белковые гидролизаты (аминин, гидролизин и др.)

28. ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ, КРОМЕ

- 1) инфекционно-токсического шока

- 2) кишечного кровотечения
- 3) выпадения прямой кишки
- 4) острой печеночной недостаточности
- 5) гемолитико-уремического синдрома

29. ПРИ КАКОМ ЭШЕРИХИОЗЕ ВОЗМОЖНА ГЕНЕРАЛИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА С РАЗВИТИЕМ СЕПСИСА

- 1) энтеротоксигенном
- 2) энтеропатогенном
- 3) энтерогеморрагическом
- 4) энтероинвазивном
- 5) энтероадгезивном

30. ОСНОВНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЭНТЕРОИНВАЗИВНОМ ЭШЕРИХИОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пищевод и желудок
- 2) желудок
- 3) тонкая кишка
- 4) толстая кишка
- 5) любой отдел желудочно-кишечного тракта

31. ДЛЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ

- 1) папула, макула, везикула
- 2) везикула, корочка, белый рубчик
- 3) петехии, некроз, рубчик
- 4) розеола, уртикария, пустула
- 5) папула, розеола, макула

32. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) острого начала
- 2) лихорадки
- 3) полиморфных пятнисто-папулезных высыпаний на коже и слизистых
- 4) увеличения печени и селезенки
- 5) интоксикации

33. В ПРОДРОМАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ КОРИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) лихорадка
- 2) ринит, конъюнктивит
- 3) трахеит, бронхит
- 4) пятна Бельского-Филатова-Коплика на слизистой оболочке щек, десен, губ
- 5) увеличение шейных лимфоузлов

34. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНУЮ ОСОБЕННОСТЬ КОРЕВОЙ ЭКЗАНТЕМЫ

- 1) локализация на коже лица, кистей и стоп
- 2) появление на гиперемированном фоне
- 3) этапность высыпания
- 4) наличие геморрагического компонента
- 5) наличие ложного полиморфизма

35. СЫПЬ ПРИ КРАСНУХЕ

- 1) пятнистая, иногда папулезная, розового цвета на неизменном фоне кожи
- 2) уртикарная, неправильной формы, иногда сливная
- 3) папулезно-везикулезная
- 4) геморрагическая
- 5) везикулезная

36. СИНДРОМ ВРОЖДЕННОЙ КРАСНУХИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) желтуху
- 2) катаракту
- 3) микроцефалию
- 4) порок сердца
- 5) глухоту

37. ЗАРАЖЕНИЕ СКАРЛАТИНОЙ ПРОИСХОДИТ

- 1) воздушно-капельным путем
- 2) алиментарным путем
- 3) контактно-бытовым путем
- 4) трансплацентарно
- 5) парентерально

38. К НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ПОСТСТРЕПТОКОККОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ (ВТОРИЧНЫМ ФОРМАМ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ) ОТНОСЯТСЯ

- 1) гломерулонефрит
- 2) неврологические расстройства
- 3) поражение гепатобилиарного тракта
- 4) абсцессы и флегмоны
- 5) пневмонии

39. КАКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛИМФОУЗЛОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ТОКСИЧЕСКОЙ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ

- 1) полиадения
- 2) увеличение преимущественно переднешейных лимфоузлов
- 3) увеличение шейных лимфоузлов с отеком подкожной клетчатки
- 4) лимфаденит
- 5) увеличение затылочных лимфатических узлов

40. ЧТО ОПРЕДЕЛЯЕТ ТЯЖЕСТЬ ТОКСИЧЕСКИХ ФОРМ ДИФТЕРИИ

- 1) характер наложений в ротоглотке
- 2) длительность лихорадки
- 3) время нарастания интоксикации
- 4) сроки появления и распространенность отека шейной клетчатки
- 5) все перечисленное

41. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА

- 1) нейтрофильный лейкоцитоз
- 2) лейкопения с относительным лимфоцитозом
- 3) лейкоцитоз, лимфоцитоз, моноцитоз, атипичные мононуклеары

- 4) лейкопения, лимфоцитоз, моноцитоз
- 5) анемия, моноцитоз

42. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ВОЗНИКАЕТ ЗАЛОЖЕННОСТЬ НОСА В СВЯЗИ С

- 1) катарально-экссудативным ринитом
- 2) наличием фибринозной пленки
- 3) грибковыми наложениями
- 4) увеличением носоглоточной миндалины
- 5) аллергическим ринитом

43. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

- 1) половой, контактный, от матери к плоду
- 2) парентеральный, контактный, от матери к плоду
- 3) половой, парентеральный, трансмиссивный
- 4) парентеральный, половой, от матери к плоду
- 5) половой, от матери к плоду, трансмиссивный

44. УКАЖИТЕ ЭТИОЛОГИЮ ПНЕВМОНИИ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНУЮ ДЛЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

- 1) стафилококковая
- 2) пневмококковая
- 3) пневмоцистная
- 4) вирусная
- 5) грибковая

45. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ПОЛИОМИЕЛИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) только больной
- 2) больной или вирусоноситель
- 3) мелкие грызуны, заражающие продукты питания
- 4) коровы, овцы
- 5) домашние животные

46. ПРИ ПОЛИОМИЕЛИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ

- 1) центральные и периферические двигательные нейроны
- 2) периферические двигательные и чувствительные нейроны
- 3) сегментарный аппарат спинного мозга
- 4) передние рога спинного мозга и его двигательные проводники
- 5) периферические двигательные нейроны

47. ДЛЯ ТОКСИКОЗА С ЭКСИКОЗОМ II-III СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНЫ(ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) головная боль
- 2) сухость кожи и слизистых
- 3) микроциркуляторные нарушения
- 4) полиурия
- 5) синдром гипокалиемии
- 6) частый стул в виде «ректального плевка»

48. ТОКСИКОЗ С ЭКСИКОЗОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) шигеллезе Флекснера
- 2) холере
- 3) ротавирусной инфекции
- 4) энтеротоксигенном эшерихиозе
- 5) желудочно-кишечной форме сальмонеллеза
- 6) энтероинвазивном эшерихиозе

49. СИНДРОМ НЕЙРОТОКСИКОЗА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) ротавирусной инфекции
- 2) ботулизме
- 3) шигеллезах
- 4) холере
- 5) желудочно-кишечной форме сальмонеллеза
- 6) энтероинвазивном эшерихиозе

50. ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

- 1) абсцессе легкого
- 2) синдроме крупа
- 3) бронхиолите

ПАТОЛОГИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ

1. ДЛЯ ДЕФИЦИТА КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) частые вирусные инфекции
- 2) грибковые заболевания
- 3) частые бактериальные инфекции
- 4) прогностически неблагоприятные заболевания
- 5) отсутствие реакции на вакцинацию БЦЖ

2. ДЕФИЦИТ ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА ЧАЩЕ ВСЕГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) грибковыми заболеваниями
- 2) частыми заболеваниями микробной этиологии
- 3) частыми вирусными заболеваниями
- 4) отрицательной реакцией бласттрансформации
- 5) снижением уровня Т-супрессоров

3. К ФАКТОРАМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ НЕ ОТНОСЯТСЯ

- 1) фагоцитоз
- 2) лизоцим
- 3) интерферон
- 4) лимфоциты
- 5) комплемент

4. К ФАКТОРАМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ОТНОСЯТСЯ

- 1) система комплемента
- 2) простагландины
- 3) антитела
- 4) С-реактивный белок
- 5) фактор некроза опухолей

5. К ИММУНОДЕФИЦИТНЫМ СОСТОЯНИЯМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) синдром Альпорта
- 2) синдром Луи-Бар (атаксия - телеангиоэктазия)
- 3) синдром Марфана
- 4) синдром де Тони – Дебре - Фанкони
- 5) синдром Элерса - Данлоса,

6. ВТОРИЧНАЯ ИММУННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) пиелонефрите
- 2) нефротическом синдроме
- 3) ОРЛ
- 4) остром нефрите
- 5) геморрагическом васкулите

7. СИНДРОМ ВИСКОТТА - ОЛДРИЧА ЭТО

- 1) инфекционное заболевание
- 2) коагулопатия
- 3) первичный иммунодефицит т- и в- лимфоцитов и тромбоцитов
- 4) аутоиммунное заболевание
- 5) дерматит

8. СИНДРОМ ДИ ДЖОРДЖИ ЭТО

- 1) первичный изолированный т- клеточный иммунодефицит в следствии врожденной дисплазия тимуса
- 2) вторичный иммунодефицит
- 3) атопический дерматит
- 4) онкологическое заболевание крови
- 5) геморрагический диатез

9. ДЛЯ СИНДРОМА БЛЮМА ХАРАКТЕРЕН

- 1) нейтропения
- 2) первичный т- и в- клеточный иммунодефицит
- 3) все перечисленное
- 4) эозинофилия
- 5) гипергидроз

10. ДЛЯ СИНДРОМА ЛУИ-БАРР ХАРАКТЕРНО

- 1) аплазия тимуса
- 2) гипоплазия периферических лимфоузлов
- 3) гипоплазия селезенки
- 4) гипоплазия групповых лимфатических фолликулов тонкой

кишки и

- миндалин
- 5) верно все вышеперечисленное

11. БОЛЕЗНЬ БРУТОНА ЭТО

- 1) гельминтоз
- 2) вариант атипичной пневмонии
- 3) первичный иммунодефицит гуморального звена (агаммаглобулинемия)
- 4) системный коллагеноз
- 5) все перечисленное верно

12. КОНЦЕНТРАЦИЯ КАКОГО КЛАССА ИММУНОГЛОБУЛИНОВ В КРОВИ НАИБОЛЬШАЯ

- 1) Ig A

- 2) Ig M
- 3) Ig G
- 4) Ig E
- 5) Ig D

13. КАКОЙ ИММУНОГЛОБУЛИН ОБЕСПЕЧИВАЕТ МЕСТНУЮ ЗАЩИТУ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК

- 1) Ig A
- 2) Ig M
- 3) Ig G
- 4) Ig E
- 5) Ig D

14. СОДЕРЖАНИЕ КАКОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА В МОЛОЗИВЕ И МАТЕРИНСКОМ МОЛОКЕ ЗАЩИЩАЕТ ЖКТ РЕБЕНКА ОТ ИНФЕКЦИОННЫХ АГЕНТОВ

- 1) IG A
- 2) Ig M
- 3) Ig G
- 4) Ig E
- 5) Ig D

15. ДЛЯ АТОПИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ УРОВНЯ ИММУНОГЛОБУЛИНА

- 1) A
- 2) G
- 3) M
- 4) E
- 5) D

16. АНТИТЕЛА НА ПЕРВОЕ ВВЕДЕНИЕ АНТИГЕНА НАЧИНАЮТ ПРОДУЦИРОВАТЬСЯ

- 1) через 49-96 часов
- 2) через 2 суток
- 3) на 5-7 день
- 4) через 14 дней
- 5) через 24 часа

17. МЕХАНИЗМ ИСТИННОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) увеличение содержания циркулирующих иммунных комплексов
- в
- крови
 - 2) повышенную выработку иммуноглобулина E
 - 3) сенсibilизацию лимфоцитов
 - 4) увеличенное выделение гистамина без участия антител
 - 5) киллерный эффект

18. ПСЕВДОАЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ РЕАЛИЗУЕТСЯ ЗА СЧЕТ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ, КРОМЕ ОДНОГО

- 1) атопических антител
- 2) субстанции P
- 3) анафилатоксинов C5a, C3a

- 4) лекарственных препаратов
- 5) физических факторов

19. ДЛЯ ДИАГНОЗА АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ 1-ГО ТИПА НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ ПОКАЗАТЕЛИ

- 1) эозинофилия крови
- 2) повышенный уровень циркулирующих иммунных комплексов
- 3) повышенное количество гистамина в моче
- 4) высокий уровень иммуноглобулина Е в сыворотке крови
- 5) высокий уровень Т-супрессоров

20. ДЛЯ ПСЕВДОАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ПОКАЗАТЕЛИ

- 1) высокий уровень Ig E
- 2) местная эозинофилия
- 3) положительная кожная проба с "виновным" антигеном
- 4) прямо пропорциональная зависимость реакции от количества введенного в организм вещества
- 5) усиление реакции при повторных контактах с антигеном

21. О НАЧАЛЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ОТЕКА ГОРТАНИ МОГУТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ

- 1) охриплость голоса
- 2) «лающий» кашель
- 3) стридорозное дыхание
- 4) инспираторная одышка
- 5) экспираторная одышка

22. УКАЖИТЕ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

- 1) аллергические заболевания у родственников
- 2) низкий уровень Ig E
- 3) высокий уровень Ig G
- 4) естественное вскармливание
- 5) высокий уровень Ig D

23. УПОТРЕБЛЕНИЕ ВМЕСТЕ С АЛЛЕРГЕННЫМ ПРОДУКТОМ АЛКОГОЛЯ

- 1) ускоряет проявление аллергических реакций
- 2) замедляет проявление аллергических реакций
- 3) не оказывает влияния на время появления реакций
- 4) производит все из вышесказанного
- 5) не производит ничего из вышесказанного

24. У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ РЕГУЛЯРНО ВОЗНИКАЮТ ДИСПЕПСИЧЕСКИЕ ЯВЛЕНИЯ И ДИАРЕЯ ПОСЛЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ СЫРОГО КОРОВЬЕГО МОЛОКА. КАКОЙ ДИАГНОЗ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН

- 1) псевдоаллергия
- 2) пищевая аллергия к белкам коровьего молока
- 3) непереносимость лактозы
- 4) хронический гастрит с пониженной секреторной функцией желудка
- 5) ни один из перечисленных

25. КАКИЕ НЕОТЛОЖНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ОТЕКЕ ГОРТАНИ
- 1) внутривенное введение глюкокортикоидов
 - 2) парентеральное введение адреналина
 - 3) ингаляция эуспирана (изадрина, новодрина)
 - 4) парентеральное введение лазикса
 - 5) все вышеперечисленное
26. ОТЕК КВИНКЕ У БОЛЬНОГО ВОЗНИК ПРИ КОНТАКТЕ С СУХИМ КОРМОМ ДЛЯ РЫБОК (ДАФНИЕЙ). КАКОЙ ВАРИАНТ ПЕРЕКРЕСТНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ МОЖНО ОЖИДАТЬ У ДАННОГО БОЛЬНОГО
- 1) на мясо
 - 2) на вареную рыбу
 - 3) на сушеную рыбу
 - 4) на раков и крабов
 - 5) на препараты йода
27. КАКИЕ СМЕСИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ БЕЛКОВ КОРОВЬЕГО МОЛОКА У ДЕТЕЙ
- 1) Фитолакт
 - 2) Детолакт
 - 3) Биолакт
 - 4) Семилак
 - 5) Малютка
28. ПРОДУКЦИЯ КАКИХ АНТИТЕЛ НАБЛЮДАЕТСЯ ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
- 1) Ig A
 - 2) Ig M
 - 3) Ig G
 - 4) Ig D
 - 5) Ig E
29. ВЕДУЩИМ В ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) лекарственная терапия
 - 2) фитотерапия
 - 3) диета
 - 4) иглорефлексотерапия
 - 5) психотерапия
30. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К РАЗВИТИЮ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) сниженный уровень S Ig A
 - 2) заболевание органов желудочно-кишечного тракта
 - 3) искусственное вскармливание
 - 4) атопические заболевания у матери и отца
 - 5) все вышеперечисленное
31. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) атопический дерматит

- 2) бронхообструктивный синдром
- 3) нефротический синдром
- 4) гастроинтестинальный синдром
- 5) крапивница и отек Квинке

32. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮЩУЮ ПИЩЕВУЮ АЛЛЕРГИЮ

- 1) черника
- 2) клубника
- 3) смородина
- 4) крыжовник
- 5) ежевика

33. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮТ ПИЩЕВУЮ АЛЛЕРГИЮ ОВОЩИ

- 1) кабачки
- 2) огурцы
- 3) капуста цветная
- 4) морковь
- 5) томаты

34. ФРУКТЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮЩИЕ ПИЩЕВУЮ АЛЛЕРГИЮ

- 1) яблоки зеленого цвета
- 2) груши зеленого цвета
- 3) чернослив
- 4) персики
- 5) апельсины

35. РЕДКО ВЫЗЫВАЕТ ПИЩЕВУЮ АЛЛЕРГИЮ МУКА

- 1) гречневая
- 2) рисовая
- 3) овсяная
- 4) манная
- 5) соевая

36. БАЗИСНЫМ В ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ МОЖНО СЧИТАТЬ

- 1) эуфиллин
- 2) налкрон
- 3) стугерон
- 4) супрастин
- 5) тавегил

37. ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМА РЕБЕНКУ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1) 10 месяцев
- 2) 6 месяцев
- 3) 2-х месяцев
- 4) 4-х месяцев.
- 5) 18 месяцев

38. НАИБОЛЕЕ ДЛИТЕЛЬНЫЙ И СТАБИЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ПОЛУЧЕН ОТ ПРИМЕНЕНИЯ

- 1) мембраностабилизирующих препаратов

- 2) элиминационной диеты
- 3) специфической гипосенсибилизации
- 4) энтеросорбентов
- 5) антигистаминных препаратов 2 поколения

39. ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ

- 1) адаптированными смесями на основе коровьего молока
- 2) соевыми смесями
- 3) смесями на основе частично гидролизованного белка сыворотки
- 4) кисломолочными смесями
- 5) высоко гидролизованными смесями

40. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН МЕТОД

- 1) определение уровня специфических антител в Ig E
- 2) кожных проб с подозреваемым аллергеном
- 3) оценки пищевого дневника
- 4) оценки результатов провокационной пробы
- 5) реакции бласттрансформации

41. СЛЕДСТВИЕМ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕ

- 1) себорейный дерматит
- 2) крапивница
- 3) атопический дерматит
- 4) отек Квинке
- 5) ринит

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ

Правильных ответов может быть несколько

1. АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА СО СВИЦОМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) одышкой
- 2) пенистыми выделениями изо рта
- 3) срыгиванием створоженным молоком
- 4) смещением средостения

2. ВРОЖДЕННАЯ ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) живот ладьевидной формы
- 2) вздутие в эпигастрии
- 3) сердечные тоны смещены в здоровую сторону
- 4) на стороне патологии дыхание не проводится
- 5) средостение смещено в больную сторону

3. КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СРОЧНО ПОКАЗАНО РЕБЕНКУ С АТЕЛЕКТАЗОМ ЛЕГКОГО

- 1) бронхоскопия
- 2) торакоскопия
- 3) бронхография

4) искусственный пневмоторакс

4. БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ ДЕФИЦИТ ВЕСА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) пилороспазм
- 2) высокая врожденная кишечная непроходимость
- 3) болезнь Гиршпрунга
- 4) ректостевибулярный свищ

5. МНОЖЕСТВЕННЫЕ УРОВНИ ЖИДКОСТИ ПРИ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ПРИ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) атрезии 12-перстной кишки
- 2) кишечной инфекции
- 3) парезе кишечника
- 4) атрезии подвздошной кишки
- 5) острой форме врожденного пилоростеноза

6. ОТСУТСТВИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ УРОВНЕЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) атрезии подвздошной кишки
- 2) острой форме болезни Гиршпрунга
- 3) атрезии 12-перстной кишки

7. АНАТОМИЧЕСКИМ УРОВНЕМ МЕЖДУ НИЗКОЙ И ВЫСОКОЙ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- 1) илеоцекальный угол
- 2) желудок
- 3) 12-перстную кишку
- 4) начальный отдел тощей кишки
- 5) подвздошную кишку

8. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВРОЖДЕННУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ ОБЗОРНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ

- 1) горизонтальном
- 2) вертикальном
- 3) на боку
- 4) с приподнятым ножным концом
- 5) вниз головой

9. НАЛИЧИЕ 2-Х ГАЗОВЫХ ПУЗЫРЕЙ НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У 2-Х ДНЕВНОГО НОВОРОЖДЕННОГО УКАЗЫВАЕТ НА

- 1) атрезию подвздошной кишки
- 2) врожденный пилоростеноз
- 3) мегаколон
- 4) атрезию 12-перстной кишки

10. ПРИ СИНДРОМЕ ЛЕДДА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1) ирригография
- 2) обзорная рентгенография
- 3) инвертограмма по Вангенстину

4) рентгенологическое обследование не показано

11. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1) обзорная рентгенография брюшной полости
- 2) инвертограмма по Вангенстину
- 3) ирригография с барием
- 4) нисходящая ирригография

12. ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА НЕВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ МЕРОПРИЯТИЕ

- 1) проба Элефанта
- 2) рентгенография пищевода с бариевой взвесью
- 3) обзорная рентгенография грудной и брюшной полости

13. ВОЗМОЖНА ЛИ ДИАГНОСТИКА АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА БЕЗ РЕНТГЕНКОНТРАСТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) да, возможна
- 2) невозможна
- 3) возможна только в ранние сроки заболевания

14. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ

- 1) изолированный трахеопищеводный свищ
- 2) атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищем
- 3) атрезия пищевода с верхним трахеопищеводным свищем
- 4) атрезия пищевода без свищей

15. НАЗОВИТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ НОВОРОЖДЕННОМУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ВРОЖДЕННУЮ ДИАФРАГМАЛЬНУЮ ГРЫЖУ

- 1) УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
- 2) обзорная рентгенография органов грудной клетки
- 3) инвертограмма по Вангенстину
- 4) ирригография

16. НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НА СТАДИИ ПЕРФОРАЦИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) мягкий живот
- 2) "каловая рвота"
- 3) частый стул с патологическими примесями, стул с алой кровью
- 4) вздутие, напряжение мышц
- 5) отсутствие перистальтики
- 6) запавший живот

17. НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НА СТАДИИ ПЕРФОРАЦИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ

- 1) неравномерное газонаполнение кишечника
- 2) отсутствие свободного газа в брюшной полости
- 3) резкое снижение газонаполнения кишечника
- 4) свободный газ в брюшной полости

18. КАКАЯ ПРИЧИНА НЕПРОХОДИМОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

- 1) аганглиоз кишки
- 2) мальабсорбция
- 3) сдавление опухолью
- 4) спазм кишки

19. КАКОЙ ВИД НЕПРОХОДИМОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ ПЕРИТОНИТУ

- 1) внедрение отдела кишки
- 2) паретический илеус
- 3) заворот
- 4) аганглиоз кишки

20. ПРИ ПИЛОРОСТЕНОЗЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) УЗИ внутренних органов
- 2) фиброгастроскопия
- 3) ирригография
- 4) ангиография
- 5) компьютерная томография

21. ВРОЖДЕННАЯ ВЫСОКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) рвота желчью
- 2) рвота "каловая", вздутый живот
- 3) запавший живот
- 4) асимметрия живота, болезненный живот
- 5) схваткообразные боли, скудный стул с кровью

22. У НОВОРОЖДЕННОГО С СИНДРОМОМ ПАЛЬПИРУЕМОЙ ОПУХОЛИ В ЖИВОТЕ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА ВЫПОЛНЯЮТ

- 1) контрастное исследование желудочно-кишечного тракта
- 2) УЗИ
- 3) ирригография
- 4) гастроскопия

23. ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) смещение средостения в сторону поражения
- 2) расширение межреберных промежутков на стороне поражения
- 3) смещение средостения в сторону, противоположную патологии
- 4) смещение сердечной тупости в сторону поражения

24. ВНУТРИГРУДНЫМ НАПРЯЖЕНИЕМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) респираторный дистресс синдром
- 2) ложная диафрагмальная грыжа
- 3) трахеопищеводный свищ
- 4) напряженная киста легкого
- 5) атрезия хоан, агенезия легкого, ателектаз легкого

25. ОТСУТСТВИЕМ ЧЕГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ГИПОСПАДИЯ

- 1) нижней стенки уретры
- 2) верхней стенки уретры
- 3) правой латеральной стенки уретры
- 4) левой латеральной стенки уретры

26. КАКОВА ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЯИЧКА ПРИ ИСТИННОМ КРИПТОРХИЗМЕ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) паховая
- 2) лобковая
- 3) бедренная
- 4) перекрестная
- 5) брюшная

27. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОБСТРУКТИВНОГО ГИДРОНЕФРОЗА (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) боль
- 2) изменения в анализах мочи
- 3) симптом пальпируемой опухоли
- 4) повышенное артериальное давление

28. КАКОВЫ ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГИДРОНЕФРОЗА (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) ультразвуковое сканирование
- 2) экскреторная урография
- 3) цистография
- 4) радионуклидное исследование
- 5) ретропневмоперитонеум

29. ПРИ КАКОЙ ФОРМЕ КРИПТОРХИЗМА ПОКАЗАНО УЗИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

- 1) паховая эктопия
- 2) паховая ретенция
- 3) абдоминальная ретенция
- 4) промежностная эктопия

30. КАКОЙ СИМПТОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

- 1) гематурия
- 2) расширение вен гроздевидного сплетения в мошонке
- 3) упорные боли в мошонке
- 4) гипоплазия мошонки

31. КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ОПТИМАЛЕН ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПМР

- 1) выделительная урография
- 2) УЗИ почек
- 3) почечная ангиография
- 4) ретроградная пиелография
- 5) микционная цистография

32. ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК ДВУСТОРОННИМ ПОРОКОМ РАЗВИТИЯ

- 1) да
- 2) в редких случаях
- 3) только при сочетании с поликистозом легких

- 4) зависит от сопутствующих пороков почки
- 5) нет

33. КАКОЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ ПОЛОЖЕНИЯ ПОЧЕК

- 1) подвздошная дистопия почки
- 2) удвоение почек
- 3) гипоплазия почек
- 4) агенезия

34. ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЮТСЯ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) понос
- 2) локальная болезненность в правой подвздошной области
- 3) активная мышечная защита брюшной стенки
- 4) локальная пассивная мышечная защита
- 5) положительный симптом Щеткина-Блюмберга

35. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) пневмоирриграфию
- 2) электромиографию передней брюшной стенки
- 3) пальцевое ректальное исследование
- 4) рентгенографию по Вангестину
- 5) ультразвуковое исследование брюшной полости

36. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1) обзорную рентгенографию лежа
- 2) обзорную рентгенографию стоя
- 3) ирриграфию с барием
- 4) пневмоирриграфию

37. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ДО 3-Х ЛЕТ ИСПОЛЬЗУЮТ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) осмотр во время медикаментозного сна после введения реланиума
- 2) масочный наркоз
- 3) осмотр во время естественного сна
- 4) медикаментозный сон с хлоралгидратом

38. КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ТРЕБУЕТ ОБСЛЕДОВАНИЯ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) фиброзофагогастроуденоскопия
- 2) зондирование желудка
- 3) ангиография
- 4) радиоизотопное исследование
- 5) УЗИ и доплерографию системы воротной вены

39. УКАЖИТЕ РАННИЙ СИМПТОМ НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ НОВОРОЖДЕННОГО

- 1) кровоизлияния
- 2) лимфостаз

- 3) гиперемия кожи
- 4) папулезная сыпь

40. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЭПИФИЗАРНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ

- 1) 12-14 лет
- 2) 3-7 лет
- 3) 1-3 года
- 4) 3-6 месяцев
- 5) 1-3 месяца

41. УКАЖИТЕ ФОРМЫ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) абсцедирующая
- 2) кожная
- 3) септико-пиемическая
- 4) местная
- 5) буллезная
- 6) токсическая

42. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА В РАННИЕ СРОКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1) диагностическая пункции мягких тканей
- 2) флебография
- 3) электрорентгенография
- 4) измерение внутрикостного давления
- 5) обзорная рентгенография

43. НАЗОВИТЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) ирригография
- 2) обзорная рентгенография брюшной полости
- 3) рентгенография ЖКТ с барием
- 4) пневмоперитонеум

44. ОБЗОРНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ

- 1) селезенки
- 2) печени
- 3) полого органа
- 4) поджелудочной железы

45. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПОДКАПСУЛЬНОГО РАЗРЫВА ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ОРГАНА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) УЗИ органов брюшной полости
- 2) обзорная рентгенография
- 3) компьютерная томография
- 4) ректальное обследование

46. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПЕРИТОНИТА НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) некротический энтероколит
- 2) дивертикул Меккеля
- 3) дисбактериоз кишечника
- 4) острый аппендицит

47. В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОНИЙ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НАИБОЛЕЕ ЦЕННОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1) тщательно собранный анамнез
- 2) физикальные данные
- 3) общеклинические и биохимические лабораторные показатели
- 4) рентгенологическое обследование

48. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) увеличение количества отделяемой мокроты
- 2) резкое нарастание дыхательных расстройств
- 3) значительное нарастание интоксикации в динамике
- 4) появление упорного кашля
- 5) легочное кровотечение

49. ФАКТОРАМИ, ВЫЗЫВАЮЩИМИ РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) продолжительная экспираторная одышка
- 2) сброс воздуха по легочно-плевральному свищу
- 3) скопление жидкости в плевральной полости
- 4) парез диафрагмы
- 5) обтурация бронха инородным телом

50. СРЕДИ СОЛИДНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1) саркома
- 2) рак
- 3) нет чёткого различия

51. ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) рак желудка, рак шейки матки
- 2) нейробластома
- 3) рак молочной железы
- 4) рак прямой кишки
- 5) нефробластома

52. ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ГЕАНГИОМ ПРОЯВЛЯЮТСЯ В ВИДЕ

- 1) коричневых пятен
- 2) небольшого красного пятна на коже
- 3) проявлений дерматита

53. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ЛИМФАНГИОМ

- 1) шея
- 2) забрюшинное пространство
- 3) конечности
- 4) паренхиматозные органы

5) ладони и подошвы

54. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОПУХОЛИ ВИЛЬМСА

- 1) волнообразная лихорадка
- 2) снижение артериального давления
- 3) пальпируемое образование в брюшной полости
- 4) абдоминальный болевой синдром

55. ВЫБЕРИТЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) гемангиома
- 2) лимфангиома
- 3) саркома
- 4) пигментный невус
- 5) тератобластома

56. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ОТНОСЯТСЯ

- 1) гистерография
- 2) выделительная урография
- 3) бронхография
- 4) пневмоирригография

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. – 1	18. – 3	35. – 4
2. – 2	19. – 4	36. – 3
3. – 5	20. – 3	37. – 4
4. – 1	21. – 1	38. – 1
5. – 5	22. – 1	39. – 4
6. – 4	23. – 5	40. – 4
7. – 4	24. – 1	41. – 4
8. – 1	25. – 4	42. – 1
9. – 1	26. – 1	43. – 1
10. – 1,2	27. – 4	44. – 1
11. – 1	28. – 2	45. – 5
12. – 5	29. – 4	46. – 4
13. – 3	30. – 4	47. – 1
14. – 4	31. – 1	48. – 4
15. – 4	32. – 4	49. – 4
16. – 1	33. – 4	50. – 4
17. – 2	34. – 3	51. – 4

ПАТОЛОГИЯ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ И РАННЕГО ВОЗРАСТА

1. – 1	22. – 1	43. – 1
2. – 3	23. – 3	44. – 1
3. – 3	24. – 1	45. – 1
4. – 1	25. – 1	46. – 2
5. – 1	26. – 1	47. – 1
6. – 3	27. – 2	48. – 3
7. – 3	28. – 1	49. – 2
8. – 2	29. – 2	50. – 3
9. – 1	30. – 3	51. – 2
10. – 1	31. – 2	52. – 1
11. – 3	32. – 1	53. – 3
12. – 1	33. – 3	54. – 3
13. – 3	34. – 3	55. – 2
14. – 2	35. – 2	56. – 3
15. – 2	36. – 1	57. – 3
16. – 2	37. – 1	58. – 2
17. – 3	38. – 2	59. – 1
18. – 1	39. – 3	60. – 1
19. – 1	40. – 1	61. – 2
20. – 3	41. – 3	62. – 3
21. – 3	42. – 2	

ПАТОЛОГИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

ПАТОЛОГИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ

1. – 1	13. – 4	25. – 4
2. – 4	14. – 1	26. – 7
3. – 4	15. – 7	27. – 6
4. – 6	16. – 6	28. – 6
5. – 1	17. – 2	29. – 6
6. – 7	18. – 7	30. – 2
7. – 1	19. – 6	31. – 6
8. – 5	20. – 1	32. – 6
9. – 2	21. – 7	33. – 6
10. – 3	22. – 3	34. – 7
11. – 3	23. – 1	35. – 1
12. – 6	24. – 6	

ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

1. – 5	20. – 5	39. – 3
2. – 5	21. – 5	40. – 5
3. – 4	22. – 1	41. – 5
4. – 4	23. – 5	42. – 4
5. – 5	24. – 4	43. – 3
6. – 3	25. – 4	44. – 4
7. – 5	26. – 4	45. – 3
8. – 2	27. – 3	46. – 5
9. – 5	28. – 5	47. – 5
10. – 4	29. – 4	48. – 5
11. – 5	30. – 1	49. – 4
12. – 3	31. – 1	50. – 2
13. – 2	32. – 2	51. – 4
14. – 3	33. – 3	52. – 5
15. – 1	34. – 3	53. – 5
16. – 5	35. – 4	54. – 5
17. – 3	36. – 4	55. – 3
18. – 5	37. – 5	
19. – 2	38. – 2	

ПАТОЛОГИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

1. – 2	11. – 1	21. – 1
2. – 2	12. – 1	22. – 3
3. – 1	13. – 2	23. – 2
4. – 1	14. – 2	24. – 2
5. – 1	15. – 2	25. – 3
6. – 2	16. – 3	26. – 1
7. – 1	17. – 1	27. – 1
8. – 3	18. – 2	28. – 2
9. – 2	19. – 2	
10. – 2	20. – 2	

ПАТОЛОГИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ

1. – 1	8. – 2	15. – 2
2. – 1	9. – 1	16. – 1
3. – 1	10. – 3	17. – 2
4. – 3	11. – 2	18. – 1
5. – 4	12. – 2	19. – 3
6. – 3	13. – 4	20. – 4
7. – 1	14. – 2	

ПАТОЛОГИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

1. – 1	13. – 3	25. – 1
2. – 3	14. – 2	26. – 1
3. – 3	15. – 2	27. – 1
4. – 3	16. – 2	28. – 1
5. – 2	17. – 4	29. – 2
6. – 2	18. – 1	30. – 3
7. – 2	19. – 3	31. – 2
8. – 3	20. – 4	32. – 5
9. – 2	21. – 3	33. – 4
10. – 1	22. – 2	34. – 2
11. – 2	23. – 2	35. – 1
12. – 1	24. – 4	

ИНФЕКЦИОННАЯ ПАТОЛОГИЯ

1. – 1	18. – 5	35. – 1
2. – 2	19. – 5	36. – 1
3. – 2	20. – 5	37. – 1
4. – 4	21. – 1	38. – 1
5. – 3	22. – 4	39. – 3
6. – 5	23. – 2	40. – 1
7. – 1	24. – 2	41. – 3
8. – 1	25. – 3	42. – 4
9. – 4	26. – 2	43. – 4
10. – 1	27. – 3	44. – 3
11. – 1	28. – 4	45. – 2
12. – 2	29. – 2	46. – 5
13. – 5	30. – 4	47. – 2,3,5
14. – 4	31. – 1	48. – 2,3,4,5
15. – 4	32. – 4	49. – 3,5
16. – 3	33. – 4	50. – 3
17. – 5	34. – 3	

ПАТОЛОГИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ

1. – 3	15. – 4	29. – 3
2. – 2	16. – 3	30. – 4
3. – 4	17. – 4	31. – 1
4. – 3	18. – 1	32. – 2
5. – 2	19. – 4	33. – 4
6. – 2	20. – 4	34. – 4
7. – 5	21. – 5	35. – 4
8. – 3	22. – 1	36. – 2
9. – 2	23. – 2	37. – 2
10. – 3	24. – 2	38. – 3
11. – 1	25. – 5	39. – 4
12. – 3	26. – 4	40. – 2
13. – 1	27. – 4	41. – 2
14. – 2	28. – 5	

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ

1. – 1,2	20. – 1, 2	39. – 3
2. – 1, 2, 4	21. – 1, 3	40. – 3
3. – 1	22. – 2	41. – 3, 4, 6
4. – 2	23. – 2, 3	42. – 4
5. – 3,4	24. – 2, 4	43. – 2, 3
6. – 3	25. – 1	44. – 3
7. – 4	26. – 1, 5	45. – 1, 3
8. – 2	27. – 1, 3	46. – 1
9. – 4	28. – 1, 2	47. – 4
10. – 1	29. – 3	48. – 2
11. – 2	30. – 2	49. – 2
12. – 2	31. – 5	50. – 1
13. – 1	32. – 1	51. – 2, 5
14. – 2	33. – 1	52. – 2
15. – 2	34. – 2, 4, 5	53. – 1
16. – 2, 4, 5	35. – 1, 3, 5	54. – 3
17. – 4	36. – 3	55. – 1, 2, 4
18. – 1	37. – 1, 3, 5	56. – 2
19. – 2	38. – 1, 5	