

## Неонатология

Влажная уборка в физиологическом отделении новорожденных с применением дезинфицирующих средств проводится не менее:

1. -1 раз в сутки
2. 2 раза в сутки
3. 3 раза в сутки
4. 5 раз в сутки

Детские палаты при раздельном пребывании матери и ребенка заполняются в течение:

1. 1 суток
2. 2 суток
3. -3 суток

При совместном пребывании матери и ребенка грудное вскармливание проводится:

1. 7 раз в сутки
2. 6 раз в сутки
3. -по требованию ребенка
4. 8 раз в сутки

При раздельном пребывании матери и ребенка грудное вскармливание проводится:

1. 7 раз в сутки
2. 6 раз в сутки
3. по требованию ребенка
4. -8 раз в сутки

Подлежит сбору молоко от матерей:

1. в наблюдательном отделении
2. -в физиологическом отделении
3. -с трещинами сосков
4. с маститом

Пастеризация грудного молока производится в течение:

1. 3-5 минут
2. -5-7 минут
3. 7-10 минут
4. 10-15 минут

Пастеризованное грудное молоко хранится в холодильнике не более:

1. 6 часов
2. 10 часов
3. -12 часов
4. 24 часов

У ВИЧ-инфицированных рожениц роды принимают в:

1. родзале наблюдательного отделения
2. родзале физиологического отделения
3. -выделенной палате наблюдательного отделения
4. выделенной палате физиологического отделения

В детской палате физиологического отделения у новорожденного выявлен конъюнктивит. Необходимо:

1. перевести ребенка в изолятор
2. перевести ребенка в наблюдательное отделение
3. перевести ребенка в детскую больницу

Длительность периода внутриутробного развития плода:

1. -37 недель
2. -38 недель
3. -40 недель
4. -42 недели

Период эмбриогенеза длится:

1. -с 1 недели по 12 неделю
2. с 3 недель по 12 неделю
3. с 3 недель по 20 неделю
4. с 3 недель по 28 неделю

Период фетального развития длится:

1. с 12 недель по 28 неделю
2. -с 4 месяцев до рождения
3. с 4 месяцев до 38 недель
4. с 1 месяца до 4 месяцев

Первый критический период внутриутробного развития плода отмечается при сроке беременности:

1. 1-2 дня
2. -7-8 дней
3. 10-12 дней
4. 28-30 дней

Второй критический период внутриутробного развития плода отмечается при сроке беременности:

1. 1-2 недели
2. -3-6 неделя
3. 7-8 неделя
4. 10-11 неделя

При употреблении беременной женщиной алкоголя наиболее вероятно рождение ребенка:

1. крупного к сроку гестации
2. без врожденных пороков развития
3. с задержкой интеллектуального развития
4. -с задержкой внутриутробного развития и с врожденными пороками развития

Средние показатели окружности головы у новорожденных:

1. 30-32 см
2. 33-34 см
3. -34-36 см
4. 35-36 см

Средние показатели окружности груди у новорожденных:

1. 30-32 см
2. -32-34 см
3. 34-35 см
4. 35-36 см

У новорожденных отмечается мышечный тонус конечностей:

1. сниженный
2. -повышенный сгибателей
3. повышенный разгибателей

Число дыханий у здорового новорожденного в 1 минуту:

1. -40-60
2. 20-40
3. 60-80
4. 20-30

Число сердечных сокращений у здоровых новорожденных в 1 минуту:

1. 80-100
2. 110-130
3. -120-160
4. 160-180

У новорожденного ребенка после рождения стул:

1. -мекониальный
2. переходной
3. оформленный

Токсическая эритема – это:

1. гиперемия кожи
2. -гиперемия кожи с высыпаниями в виде желтоватых точек
3. гиперемия и высыпания в виде пузырьков
4. гиперемия в области естественных складок

Физиологическая убыль массы тела у доношенных новорожденных составляет максимально:

1. 1-2%
2. 3-4%
3. -4-6%
4. 8-10%

Восстановление массы тела у доношенных новорожденных происходит к:

1. 2-му дню жизни
2. 4-му дню жизни
3. 5-му дню жизни
4. 6-му дню жизни
5. -7-му дню жизни

Физиологическая желтуха у новорожденных чаще появляется на:

1. 1-й день жизни
2. 2-й день жизни
3. -3-й день жизни
4. 4-й день жизни
5. 5-й день жизни

Первое прикладывание к груди матери осуществляется в течение:

1. -30 минут после рождения
2. 60 минут после рождения
3. через 2 часа
4. через 6 часов

Недоношенный ребенок – родившийся при сроке гестации:

1. менее 41 недель
2. менее 40 недель
3. менее 39 недель
4. -менее 37 недель

Температура воздуха в палате роддома, где находится недоношенный ребенок, должна быть:

1. 20-22 градусов С
2. 22-23 градусов С
3. -24-26 градусов С
4. 26-27 градусов С

Одноразовый зонд лучше вводить через:

1. -рот
2. нос

Постоянный зонд лучше вводить через:

1. рот
2. -нос

Недоношенного ребенка прикладывают к груди матери при условии:

1. -удовлетворительного сосания
2. -выраженного сосательного рефлекса
3. -отсутствия срыгиваний

Асфиксия новорожденного – это состояние когда:

1. отсутствует дыхание
2. отсутствует сердцебиение
3. -отсутствует дыхание и сердцебиение
4. отсутствует пульсация пупочной вены

Шкалу Апгар используют для определения:

1. состояния ребенка
2. -степени тяжести асфиксии

По шкале Апгар ЧСС менее 100 ударов в минуту оценивается в:

1. 0 баллов

2. -1 балл
3. 2 балла

При проведении легочной реанимации частота дыхания в 1 минуту:

1. 20-30
2. 30-50
3. -40-60
4. 60-80

При проведении наружного массажа сердца новорожденному число надавливаний на грудную клетку:

1. 60-80
2. 80-100
3. 100-140
4. -140-160

Кефалогематома – это кровоизлияние:

1. подкожное
2. под апоневроз
3. -под наcostницу
4. внутричерепное

Токсическим действием на ЦНС обладает:

1. прямой билирубин
2. -непрямой билирубин

Темный цвет мочи появляется при высоком уровне в крови:

1. -прямого билирубина
2. непрямого билирубина

Темная моча и ахолический стул появляются при:

1. гемолитической болезни новорожденных, синдроме «сгущения желчи»
2. -гепатите
3. -атрезии желчевыводящих путей

Желтуха при ГБН чаще появляется на:

1. -1-2-е сутки
2. 2-3-е сутки
3. 3-4-е сутки
4. 4-5-е сутки

Самая частая форма ГБН:

1. анемическая
2. -желтушная
3. отечная

Желтуха от материнского молока появляется:

1. в 1-е сутки
2. на 2-3-е сутки
3. -в конце 1-й начале 2-й недели

4. через 2 недели

Фототерапию при желтухах у новорожденных применяют с целью:

1. улучшения микроциркуляции в коже
2. -распада билирубина в коже и подкожной клетчатке
3. иммуностимулирующей

Развитие геморрагической болезни новорожденного связано с дефицитом:

1. витамина Е
2. витамина А
3. витамина гр. В
4. -витамина К
5. витамина С

Витамин К синтезируется в:

1. печени
2. -кишечнике
3. лимфатической системе
4. желудке
5. селезенке

Развитие геморрагической болезни новорожденных связано с:

1. дефицитом 7 фактора свертывающей системы крови
2. -дефицитов К-витаминзависимых факторов свертывающей системы крови
3. гемолизом эритроцитов
4. низким уровнем тромбоцитов
5. несовместимостью крови матери и плода по Rh-фактору

У новорожденного на пеленке вокруг каловых масс обнаружен розовый ободок. Это может быть проявлением:

1. дисбактериоза кишечника
2. -мелены
3. физиологического явления
4. приема ребенком карболена
5. трещин сосков у матери

Мелена – это:

1. -кровь в кале
2. кровь в моче
3. носовое кровотечение

Проба Апта: розовый цвет раствора поменялся на коричневый. Это свидетельствует о наличии крови:

1. ребенка
2. -матери

При геморрагической болезни новорожденного вводят ребенку:

1. витамин Е
2. витамин В12
3. -витамин К

4. рибоксин
5. кокарбоксилазу

Анемия – это:

1. снижение содержания эритроцитов в крови
2. снижение содержания лейкоцитов в крови
3. снижение содержания гемоглобина в крови
4. -снижение содержания эритроцитов и гемоглобина в крови
5. снижение содержания эритроцитов, гемоглобина и лейкоцитов в крови

Для гемолитической анемии характерны лабораторные данные:

1. -снижение в крови гемоглобина, эритроцитов
2. -повышение в крови показателя ретикулоцитов
3. -повышение уровня билирубина
4. снижение показателя ретикулоцитов в крови

К наследственным гемолитическим анемиям относятся заболевания, связанные с:

1. -изменением формы эритроцита
2. -дефицитом ферментов эритроцита
3. -нарушением синтеза гемоглобина
4. дефицитом железа

У новорожденного выявлены телеангиоэктазии. Необходимо:

1. обработать 2% раствором бриллиантовой зелени
2. направить к хирургу
3. обработать стерилизованным растительным маслом
4. -лечения не требуется

У новорожденного обнаружена потница. Необходимо:

1. -искупать с отваром ромашки
2. не купать
3. направить к хирургу
4. направить к дерматологу

У новорожденного кожный пупок. Необходимо:

1. обработать 2% раствором бриллиантовой зелени
2. консультация хирурга
3. срочное оперативное лечение
4. -лечения не требуется

У новорожденного обнаружена мелкоточечная красная сыпь на шее, сгибательных поверхностях конечностях – это:

1. опрелости
2. -потница
3. везикулопустулез
4. пузырьчатка

У недоношенного отмечается иктеричность кожных покровов, кожа и подкожная клетчатка на конечностях, туловище, лице плотные, кожа не собирается в складку, при надавливании ямка не остается:

1. склередема
2. -склерема
3. обезвоживание
4. флегмона

У новорожденного отмечается бледность кожных покровов, отечность ног и нижней части живота, подкожно-жировой слой уплотнен, тестоватой консистенции, при надавливании остается углубление:

1. отеки
2. склерема
3. -склередема
4. флегмона

У новорожденного при крике появляется выпячивание округлой формы в области пупка:

1. эмбриональная грыжа
2. -пупочная грыжа
3. кожный пупок
4. амниотический пупок

У новорожденного смуглые кожные покровы, в области крестца отмечается синюшное пятно с неровными контурами:

1. родимое пятно
2. гемангиома
3. телеангиоэктазия
4. -монголоидное пятно

Синдром дыхательных расстройств развивается у новорожденных:

1. -недоношенных
2. незрелых
3. переносенных

Сурфактант созревает к:

1. 18-20 неделе
2. 28-30 неделе
3. 33-34 неделе
4. -35-36 неделе

Ателектазы – это:

1. разрастание соединительной ткани
2. наличие фибриновых пленок в альвеолах
3. наличие жидкости в альвеолах
4. -участки слипшихся альвеол

Анатомо-физиологические особенности желудка новорожденных детей, способствующие срыгиванию:

1. -слабость кардиального сфинктера
2. гипертонус кардиального сфинктера
3. слабость пилорического сфинктера
4. -гипертонус пилорического сфинктера
5. -горизонтальное расположение желудка



## 6. вертикальное расположение желудка

При срыгиваниях, связанных с перекормом, ребенок:

1. -прибавляет в массе тела
2. не прибавляет в массе тела
3. отмечается дефицит массы тела

При пилораспазме рвота у новорожденного:

1. неизменным молоком
2. -створоженным молоком
3. створоженным молоком со слизью
4. створоженным молоком с примесью желчи

Отеки у новорожденных могут появиться при:

1. -сердечно-сосудистой недостаточности
2. -почечной недостаточности
3. -склереме

У здоровых новорожденных почки пальпируются:

1. да
2. -нет

Отсутствие мочи у новорожденного с рождения возможно при:

1. -грубой врожденной аномалии развития мочевыделительной системы
2. -поражении нервной системы
3. -физиологическое явление

При диабетической фетопатии у новорожденного в первые часы после рождения отмечается:

1. гипергликемия
2. -гипогликемия
3. нормогликемия

Новорожденные с диабетической фетопатией рождаются от матерей:

1. здоровых
2. -с сахарным диабетом
3. с тиреотоксикозом
4. с инфекционной патологией мочеполовой сферы

Для диагностики атрезии пищевода у новорожденных детей проводятся следующие мероприятия:

1. -проба Элефанта
2. рентгеновское исследование
3. ультразвуковое исследование плода с определением пакета околоплодных вод
4. проба Апта
5. электрокардиография

Массивные кровоизлияния в надпочечники у новорожденных детей проявляются:

1. -снижением артериального давления
2. -мышечной гипотонией

3. -брадикардией
4. учащением стула

Верхний акушерский паралич Дюшена-Эрба диагностируется при наличии следующих симптомов:

1. -симптом «кукольной ручки»
2. симптом «когтистой лапки»
3. симптом «шарфа»
4. симптом «заходящего солнца»
5. симптом «тюленьей лапки»

Для субдуральных черепно-мозговых кровоизлияний у новорожденных детей характерно:

1. -анизокория
2. -наличие «светлого промежутка» в клинической картине
3. -срыгивания и рвота
4. «стволовая» симптоматика
5. -гидроцефальный синдром

Тремор у новорожденных детей отличается от судорожных подергиваний:

1. -отсутствие патологических глазных симптомов
2. наличие симптома «заходящего солнца»
3. -исчезает при фиксации конечности
4. сопровождается кратковременным апноэ
5. сопровождается произвольным мочеиспусканием и дефекацией

Для проведения пенного теста Клеменса требуется:

1. спинномозговая жидкость
2. кровь
3. моча
4. -околоплодная жидкость
5. меконий

Кальцификаты на рентгенограмме черепа вызваны:

1. врожденная цитомегалия
2. -врожденный токсоплазмоз
3. врожденный сифилис
4. туберкулезный менингит

У 7-дневного мальчика имеется рвота и обезвоживание. При осмотре выявлена легкая гиперпигментация сосков. Содержание натрия в сыворотке крови – 120 ммоль/л, калия – 9 ммоль/л. Наиболее вероятный диагноз:

1. пилоростеноз
2. -врожденная гиперплазия надпочечников
3. вторичный гипотиреоз
4. гиперальдостеронизм

Основной причиной гипогликемии у ребенка с диабетической фетопатией является:

1. недостаточное накопление питательных веществ во внутриутробном периоде
2. -избыток инсулина

3. дефицит глюкогона
4. незрелость гипофиза

Острая постгеморрагическая анемия в периоде новорожденности сопровождается всем, кроме:

1. тахипноэ
2. тахикардией
3. бледностью
4. наличием патологических безусловных рефлексов
5. -кардиомегалией

Раннее прикладывание к груди матери благотворно влияет на все, кроме:

1. заселения кишечника сапрофитной микрофлорой
2. становление и продолжительность лактации
3. иммунный статус новорожденного
4. -активность безусловных рефлексов
5. выраженность послеродовых кровотечений у матери

Желтуха в первые 24 часа может вызываться ниже перечисленными причинами, кроме:

1. гемолитическая болезнь по системе АВ0
2. резус-несовместимость
3. цитомегалия
4. бактериальный сепсис
5. -грудное вскармливание

Пуповинный остаток у доношенных новорожденных детей отпадает на:

1. 9-10 сутки
2. 12-15 сутки
3. -4-5 сутки
4. 2-3 сутки

Физиологическая желтуха у новорожденных детей обусловлена:

1. -гемолизом эритроцитов
2. -низкой активностью фермента глюкоронилтрансферазы
3. гипопротеинемией
4. гиперкортицизмом

Основной целью первичной реанимации новорожденного является:

1. -восстановление спонтанного дыхания
2. повышение ЧСС
3. реоксигенация ЦНС
4. нормализация цвета кожных покровов
5. спонтанный крик ребенка

Факторами риска перинатальной гипоксии являются следующие осложнения беременности:

1. -отслойка плаценты
2. повышенная тошнота беременной
3. -преждевременные роды
4. -преэклампсия

## 5. -окрашивание околоплодных вод меконием

Какое из утверждений, касающихся ретинопатии недоношенных, является ложным?

1. ее развитие связано с незрелостью сосудов сетчатки и гипероксией
2. -у большинства детей ретинопатия проходит самопроизвольно
3. криотерапия – лечение выбора для всех стадий заболевания
4. определяет развитие слепоты
5. -способствует развитию катаракты

Наиболее характерным для физиологической желтухи доношенных новорожденных детей является:

1. появление желтухи к 12 часу после рождения
2. продолжительность желтухи не менее 1 недели
3. одинаковое увеличение прямого и непрямого билирубина в сыворотке крови
4. снижение уровня билирубина в сыворотке крови после прекращения кормления грудью
5. -появление желтухи к концу 2-х началу 3-х суток жизни

Какие из показателей газов капиллярной крови новорожденного ребенка отличаются от нормы?

1. pH – 7,35-7,45
2. -pCO<sub>2</sub> – 55-65 мм рт. ст.
3. pO<sub>2</sub> – 55-65 мм рт. ст.
4. -pH – 7,2-7,28
5. -pO<sub>2</sub> – 40-45 мм рт. ст.

Ретинопатия недоношенных новорожденных – это:

1. -сосудисто-пролиферативное поражение сетчатки
2. раннее начало формирования близорукости
3. поражение глаз при токсоплазмозе
4. раннее проявление галактоземии
5. поражение глаз вирусом краснухи

Лабораторные критерии для перевода ребенка на ИВЛ:

1. -pH – меньше 7,2
2. -PaCO<sub>2</sub> – больше 55-60 мм рт. ст.
3. PaO<sub>2</sub> – меньше 50 мм рт. ст.
4. -SaO<sub>2</sub> – больше 87%
5. гемоглобин – 120 г/л

Клинические критерии для перевода ребенка на ИВЛ:

1. -СДР 8-10 баллов по шкале Сильвермана
2. СДР 5-6 баллов по шкале Сильвермана
3. -апноэ продолжительностью 10-15 секунд с брадикардией
4. -некупируемый судорожный синдром
5. -тахипноэ более 80/мин

При проведении фототерапии необходимы дополнительные лечебные мероприятия:

1. -увеличение скорости инфузии на 1 мл/кг/час
2. -контроль уровня общего билирубина каждые 8 часов

3. отмена кормления ребенка
4. введение викасола
5. введение седативных препаратов

В кувезном выхаживании нуждаются дети:

1. -с массой тела при рождении 2000 г и менее
2. -родившиеся в асфиксии
3. большевесные новорожденные
4. с галактоземией
5. -с судорожным синдромом

Показаниями к зондовому кормлению у новорожденных детей являются:

1. -срок гестации менее 32-33 недели
2. -необходимость ИВЛ
3. частый стул с патологическими примесями
4. -дефекты твердого и мягкого неба
5. лактазная недостаточность

Особенностями ранней анемии недоношенных детей являются:

1. -максимальное падение гемоглобина к 4-6 неделе жизни
2. -низкое количество ретикулоцитов (менее 10 промилей)
3. гиперхромный характер анемии
4. высокое количество ретикулоцитов
5. -нормоцитарный нормохромный характер анемии

Основной причиной геморрагической болезни новорожденных является:

1. -дефицит витамин-К-зависимых факторов свертывания крови
2. прием матерью антикоагулянтов непрямого действия
3. отслойка плаценты
4. внутриутробное инфицирование
5. токсикоз беременности у матери

В объективном статусе при конъюгационной желтухе у новорожденного ребенка характерно наличие:

1. периодически обесцвеченного стула
2. -отсутствие гепатоспленомегалии
3. -нарастание после 3 суток жизни
4. темное окрашивание мочи
5. увеличение размеров печени и селезенки

Для TORCH-инфекции в периоде новорожденности характерны следующие общие черты:

1. -тропизм к определенным органам и системам
2. -преимущественное поражение ЦНС, сердца, органов зрения и мононуклеарной системы
3. -для их выявления требуются чувствительные серологические пробы
4. всегда сопровождаются гипогликемией
5. начинаются клинические проявления с СДР

Особенностями органов дыхания у новорожденных детей являются:

1. -легочная ткань обильно снабжена кровеносными и лимфатическими сосудами
2. -снижение кашлевого рефлекса и функции мерцательного эпителия
3. избыточная дыхательная экскурсия грудной клетки
4. -снижение дыхательной экскурсии грудной клетки
5. -относительно узкие носовые ходы, гортань и бронхи

Гемолитическая болезнь новорожденных может развиваться в случае:

1. -Rh-отрицательной крови матери и Rh-положительной крови ребенка
2. Rh-положительной крови матери и Rh-отрицательной крови ребенка
3. -0(I) группе крови матери и A(II) группе крови ребенка
4. A(II) группе крови матери и 0(I) группе крови ребенка
5. 0(I) группе крови матери и AB(IV) группе крови ребенка

Неврологический осмотр новорожденного ребенка включает в себя оценку:

1. -коммуникабельности
2. динамику весовой кривой
3. -мышечного тонуса
4. -безусловных рефлексов
5. -спонтанной двигательной активности

К повреждениям мягких тканей в родах у новорожденного ребенка относятся:

1. -кефалогематома
2. -подапоневротическое кровоизлияние
3. -адипонекроз
4. склерема
5. гемангиома

Оценка зрелости новорожденного ребенка включает:

1. -окраску кожных покровов
2. рефлекторную активность
3. -исчерченность стоп
4. -размер ареолы сосков
5. мышечный тонус

Синтез сурфактанта стимулируют:

1. -глюкокортикоиды
2. -тироидные гормоны
3. -адреналин и норадреналин
4. минералокортикоиды

Сурфактант выполняет следующие функции:

1. -препятствует спадению альвеол на выдохе
2. -защищает эпителий легких от повреждений
3. способствует развитию легочного фиброза
4. -обладает бактерицидной активностью против грамположительных бактерий
5. -участвует в регуляции микроциркуляции в легких

Синтез сурфактанта ингибируют:

1. -инфекция
2. -метаболический ацидоз

3. -гипергликемия
4. -гиперинсулинизм
5. глюкокортикоиды

Оценка по шкале Сильвермана включает следующие признаки:

1. -синхронность движения при дыхании грудной клетки и брюшной стенки
2. -втяжение межреберий на вдохе
3. частоту дыханий в 1 минуту
4. -втяжение мечевидного отростка грудины на вдохе
5. -экспираторные шумы
6. -опускание подбородка на вдохе

Оценка по шкале Даунаса включает следующие признаки:

1. -частоту дыханий в 1 минуту
2. -цианоз
3. -втяжение грудной клетки
4. частоту сердечных сокращений в 1 минуту
5. -экспираторные шумы
6. -характер дыхания при аускультации

Оценка по шкале Апгар включает следующие признаки:

1. -частоту сердечных сокращений в 1 минуту
2. -дыхание
3. -мышечный тонус
4. -рефлекторную возбудимость
5. -окраску кожи
6. синхронность движения при дыхании грудной клетки и передней брюшной стенки

Проба Клеменса используется для определения:

1. -степени зрелости сурфактантной системы
2. степени тяжести РДС
3. степени тяжести асфиксии
4. возможности пре и интранатального инфицирования

Каковы особенности течения рахита у недоношенных детей?

1. -начинается с появления «цветущего» краниотабеса (6-8 неделя жизни)
2. начинается с появления нервно-вегетативных симптомов (беспокойство, вздрагивания, потливость)
3. -потливость появляется поздно (на 3-4 месяце жизни)
4. -вторым по частоте симптомом заболевания являются рахитические четки (2 месяца)
5. -облысение затылка (4-5 месяцев)

Количество белка в зрелом женском молоке составляет:

1. 20 г/л
2. -15 г/л
3. 5 г/л
4. 10 г/л

Среднее содержание белков, жиров, углеводов в молозиве следующее:

1. -белки – 22 г/л

2. жиры – 34 г/л
3. -углеводы – 57 г/л
4. белки – 95 г/л
5. -жиры – 25 г/л
6. углеводы – 45 г/л

К факторам, определяющим полноценную лактацию, относятся:

1. -раннее прикладывание ребенка к груди
2. -режим свободного вскармливания
3. время нахождения у груди более 30 минут
4. обязательные ночные перерывы на 6-8 часов
5. интервал между кормлениями 3-4 часа

Лекарственные препараты, противопоказанные кормящим матерям:

1. -морфин
2. аевит
3. -циметидин
4. -триметоприм
5. кальцемин

Для вскармливания недоношенных детей используют:

1. цельное козье молоко
2. -продукт молочный «Беллакт-Пре»
3. -ПреНАН
4. продукт «Беллакт» сухой молочный с крупяной мукой
5. -донорское грудное молоко

Основные ошибки при организации грудного вскармливания:

1. совместное пребывание матери и ребенка в периоде новорожденности
2. -позднее прикладывание к груди
3. режим свободного вскармливания
4. -допаивание между кормлениями
5. -раннее введение докормов

В состав женского молока входит:

1. -таурин
2. -карнитин
3. альфа-лактоза
4. -галактоолигосахариды
5. -липаза

Основные симптомы гипогалактии:

1. метеоризм
2. -выраженное беспокойство ребенка
3. срыгивания после каждого кормления
4. -малая прибавка в массе тела
5. -при контрольном взвешивании высасывает по 20-30 мл за одно кормление

Противопоказанием для грудного вскармливания является:

1. лактостаз у матери



2. ОРВИ у матери
3. пневмония у ребенка
4. -галактоземия у ребенка
5. -хроническая почечная недостаточность у матери в стадии декомпенсации

Что необходимо рекомендовать кормящей женщине при снижении лактации?

1. более редкое прикладывание к груди
2. докорм ребенка молочной смесью
3. -прием препаратов, стимулирующих лактацию
4. -более частое прикладывание к груди
5. кормление сцеженным грудным молоком

При кипячении женского молока верно следующее:

1. увеличивается содержание в нем белка
2. -уменьшается содержание в нем иммуноглобулинов
3. -уменьшается усвояемость жира
4. -инактивируется липаза
5. -уменьшается содержание лизоцима

В грудном молоке содержатся следующие компоненты, способствующие становлению иммунитета:

1. иммуноглобулин Е
2. -иммуноглобулин А
3. -лактоферрин
4. гамма-интерферон
5. -лизоцим

Соотношение кальция и фосфора в грудном молоке составляет:

1. 1:1
2. 1:2
3. -2:1
4. 3:1
5. 2,5:1,5

В состав женского молока входят:

1. -омега-3 жирные кислоты
2. -омега-6 жирные кислоты
3. -триглицериды
4. альфа-пальмитиновая кислота
5. -холестерин

По составу молозиво отличается от зрелого молока следующими параметрами:

1. -выше плотность
2. -выше содержание белка
3. выше содержание лактозы
4. -содержит больше иммуноглобулина А
5. -выше калорийность

Преимущества грудного вскармливания – это:

1. -кормление грудью защищает здоровье матери

2. -грудное молоко обеспечивает преобладание в биоценозе кишечника бифидус-флоры
3. высокая осмолярность грудного молока
4. -естественное вскармливание дешевле искусственного
5. -наличие в грудном молоке биологически активных веществ и защитных факторов обеспечивает защиту ребенка от инфекций

Гипогалактия – это:

1. самопроизвольное истечение молока
2. -пониженная секреторная способность молочных желез
3. воспаление молочной железы
4. застой молока

Функции углеводов женского молока следующие:

1. -энергетическое обеспечение организма
2. -способствуют синтезу галактозо-цереброзидов мозга
3. -обеспечивают осмотическое равновесие
4. -способствуют росту бифидо-флоры
5. стимулируют выделение желчи в кишечник

В диету кормящей женщины рекомендуется дополнительно вводить:

1. сгущенное молоко
2. -около 1 литра жидкости
3. не менее 0,5 кг творога в день
4. -мясные продукты не менее 170 гр.
5. свежие фрукты

Укажите основные гистологические особенности кожи новорожденного ребенка:

1. толстый эпидермис
2. -тонкий эпидермис
3. -хорошо выражен базальный слой
4. -роговой слой состоит из 2-3 рядов ороговевших клеток
5. -извилистая граница между эпидермисом и дермой
6. четкая, прямая граница между эпидермисом и дермой

Характеристика большого родничка включает:

1. -размер
2. -уровень
3. -характер краев
4. волосяной покров
5. цвет кожных покровов над родничком

С какими морфологическими особенностями кожи связано своеобразное течение местной гнойной инфекции у новорожденных детей?

1. -слабое развитие базальной мембраны
2. -особенности эпидермиса
3. -слабая связь эпидермиса с дермой
4. -существенные отличия в строении дермы
5. наличие сальных желез

Какие особенности кожи доношенных детей Вы знаете?

1. -наличие сыровидной смазки
2. волосы в виде зародышевого пушка
3. -сальные железы хорошо функционируют
4. потовые железы хорошо функционируют
5. -красный цвет кожных покровов

Предрасполагающими факторами к формированию «синдрома нестабильности мембран» у плода и ребенка первых месяцев жизни являются:

1. -питание беременной, дефицитное по ПНЖК
2. избыточное употребление цинка
3. -дефицит в диете беременной женщины микроэлементов (цинк, медь, сера, железо)
4. -наличие у беременной дисбактериоза
5. -наличие у беременной хронических заболеваний ЖКТ

В общем анализе крови для пневмонии наиболее характерно:

1. -лейкоцитоз
2. -сдвиг лейкоцитарной формулы влево
3. моноцитоз
4. -ускоренная СОЭ
5. эозинофилия

Гипертонус мышц-сгибателей конечностей у детей сохраняется:

1. -верхних конечностей до 2,5-3 месяцев
2. нижних конечностей до 6 месяцев
3. -нижних конечностей до 3-4 месяцев
4. верхних конечностей до 4 месяцев
5. верхних и нижних конечностей до 5 месяцев

Укажите сроки беременности, в которые проводится амниоцентез с целью диагностики наследственной патологии у плода:

1. 7-8 недель
2. 11-12 недель
3. -16-18 недель
4. 24-26 недель
5. 20-22 недели

Сибсы – это:

1. все родственники пробанда
2. дяди пробанда
3. родители пробанда
4. -братья и сестры пробанда

Фенилкетонурия (ФКУ) – наследственное нарушение обмена аминокислот. Какое из нижеследующих утверждений справедливо для данного заболевания?

1. ФКУ – аутосомно-доминантное заболевание
2. одним из распространенных признаков ФКУ является гиперпигментация
3. -раннее назначение диеты, не содержащей фенилаланин, позволяет избежать задержки умственного развития
4. у больных с ФКУ часто обнаруживается ВПС

Отметьте признаки, характерные для синдрома Шерешевского-Тернера:

1. -низкорослость
2. -половой инфантилизм
3. -крыловидная складка кожи на шее
4. гинекомастия
5. -45 XO
6. 47 XXУ

Синдром «кошачьего крика» связан с:

1. трисомией по 13 хромосоме
2. -делецией короткого плеча 5-ой хромосомы
3. трисомией по 18 хромосоме

Какая часть детей появляется на свет с наследственной патологией?

1. менее 1%
2. 1-2%
3. 3-4%
4. -5-6%

Для диабетической фетопатии характерно:

1. -крупный плод
2. гипотрофия
3. микроцефалия
4. -гипогликемия
5. -кушингоид

Укажите заболевания с аутосомно-рецессивным типом наследования:

1. анемия Минковского-Шоффара
2. -гликогенозы
3. -фенилкетонурия
4. гемофилия
5. -галактоземия

Для галактоземии характерно:

1. -начало заболевания в периоде новорожденности
2. -желтуха
3. -увеличение печени
4. -задержка психомоторного развития
5. -катаракта

Основными клиническими проявлениями врожденной гиперплазии коры надпочечников являются:

1. -гипертрофия клитора и больших половых губ
2. позднее половое созревание
3. -увеличение полового члена
4. -эксикоз в результате рвоты, поноса

Основная причина множественных врожденных пороков развития (МВПР):

1. -хромосомный дисбаланс
2. влияние повышенных уровней радиации на эмбрион

### 3. воздействие химических тератогенов на эмбрион

Основная причина синдрома Дауна:

1. доминантное наследование
2. рецессивное наследование
3. -спорадическая мутация

Мутагены – это:

1. факторы, обеспечивающие относительную стабильность генов
2. факторы, обеспечивающие резерв наследственной изменчивости
3. -факторы среды, вызывающие скачкообразные изменения в наследственном материале живых организмов

Для синдрома Эдвардса характерно:

1. -пренатальная гипотрофия
2. -нарушение строения лица и костно-мышечной системы
3. -флексорное положение кистей
4. -пороки сердца и крупных сосудов
5. -трисомия по 18 хромосоме

Алкогольный синдром плода проявляется:

1. -рождением ребенка с низкой массой тела к сроку гестации
2. -микроцефалией
3. -врожденными пороками сердца
4. -пороками желудочно-кишечного тракта
5. -аномалиями половых органов

Минимальными диагностическими признаками синдрома Патау являются:

1. -микрофтальмия
2. -полидактилия
3. -трисомия по 13 хромосоме
4. -расщелина губы и неба
5. трисомия по 18 хромосоме

Возможные причины уменьшения АФП у беременной женщины:

1. анэнцефалия
2. -синдром Дауна у плода
3. -синдром Эдвардса у плода
4. петрификаты в плаценте
5. инфаркты плаценты
6. опухоль Вильмса у плода

Диагностические критерии вирильной формы врожденной гиперплазии коры надпочечников:

1. гипертелоризм, брахидактилия, крипторхизм, низкий рост, паховые грыжи, умеренная умственная отсталость
2. -прогрессирующая вирилизация, ускоренное соматическое развитие, повышенная экскреция гормонов коры надпочечников
3. гонады представлены яичниками, наружные половые органы сформированы по женскому типу, недоразвитие вторичных половых признаков, кариотип 46,XY

4. умственная отсталость, макроорхидизм, оттопыренные уши, длинные уши, массивный подбородок

Наиболее характерными проявлениями фенилкетонурии являются:

1. гепатомегалия
2. -слабая пигментация кожи и волос
3. -отставание в нервно-психическом развитии
4. мелена
5. -«мышинный» запах

Какой метод является методом точной диагностики хромосомных болезней?

1. клинический
2. дерматоглифический
3. -цитогенетический
4. клинико-генеалогический
5. специфическая биохимическая диагностика

Укажите формулу кариотипа мальчика с синдромом Патау:

1. 47, XX, 18+
2. -47, XY, 13+
3. 46, XX, 5p-
4. 47, XXY
5. 45, XO

Какие наследственные болезни поддаются коррекции специальными диетами?

1. нейрофиброматоз
2. -фенилкетонурия
3. муковисцидоз
4. -галактоземия
5. умственная отсталость с ломкой X-хромосомой

При каком типе наследования значимо чаще рождаются больные в семьях с кровнородственными браками?

1. X-сцепленный рецессивный
2. -аутосомно-рецессивный
3. X-сцепленный доминантный
4. аутосомно-доминантный
5. аутосомно-доминантный с неполной пенетрантностью

Диагноз врожденной гиперплазии коры надпочечников ставится на основании:

1. -клинической картины и определения уровня гормонов
2. данных определения концентрации ионов натрия и хлора в потовой жидкости
3. клинических симптомов, цитогенетического анализа
4. молекулярно-генетических методов, биохимического анализа
5. параклинических методов исследования

Укажите правильную формулу кариотипа при синдроме «кошачьего крика»:

1. 45, X0
2. 46, XX, 9p+
3. -46, XX, 5p-

4. 46,XX/45, X0
5. 47XXY

Укажите правильную формулу кариотипа при синдроме Эдвардса:

1. 47,XY, 21+
2. 47,XXY
3. 47, XX, 13+
4. -47,XX, 18+
5. 46,XX, 9p+
6. 45,t (13/21)

Укажите правильную формулу кариотипа при синдроме Патау:

1. 47,XX, 18+
2. -47,XY, 13+
3. 46,XX, 5p-
4. 47,XXY
5. 45,X0

Укажите формулу кариотипа при синдроме Дауна:

1. 47,XX, 13+
2. 47,XX, 22+
3. 46,XY
4. 47,XXX
5. -47,XX, 21+

Термин «врожденный порок» относится к морфологическому изменению органа или части органа:

1. выходящему за пределы нормальных вариаций, но не нарушающему функцию органа
2. не выходящему за пределы нормальных вариаций и не нарушающему функцию органа
3. -выходящему за пределы нормальных вариаций, и нарушающему функцию органа

Какие заболевания подлежат массовому биохимическому скринингу?

1. -врожденный гипотиреоз, фенилкетонурия
2. синдром Марфана
3. множественная эндокринная неоплазия
4. мукополисахаридозы
5. синдром Эдвардса

Основными причинами родовых повреждений у новорожденных являются:

1. -несоответствие размеров плода размерам таза роженицы
2. -затяжные или стремительные роды
3. -аномалии положения плода в родах
4. наличие мекониальных околоплодных вод
5. использование окситоцина для родостимуляции

Трансиммунная тромбоцитопеническая пурпура характеризуется:

1. -тромбоцитопенией
2. гипербилирубинемией
3. -кровоизлияниями и петехиями в кожу
4. гепатомегалией

## 5. ретикулоцитозом

Для повреждения СI-CIV шейных сегментов не характерно:

1. -вялость
2. -динамиа
3. диффузная мышечная гипотония
4. гипотермия
5. -гипорефлексия
6. гиперрефлексия

Синдром Бернара-Горнера – это:

1. отсутствие носогубной складки
2. -птоз
3. асимметрия уголка рта
4. -миоз
5. -энофтальм

Синдром Кофферата наблюдается при травме:

1. спинного мозга на уровне CV-CVII
2. спинного мозга на уровне TI-TXII
3. плечевого сплетения
4. -спинного мозга на уровне CIII-CIV

При поражении спинного мозга на уровне CV-CVI наблюдается:

1. -снижение мышечного тонуса в проксимальных отделах верхней конечности
2. снижение мышечного тонуса в дистальных отделах верхней конечности
3. снижение мышечного тонуса в проксимальных отделах нижней конечности

Везикулопустулез – это:

1. очаговый некроз подкожно-жировой клетчатки
2. гиперфункция потовых желез
3. гиперфункция сальных желез
4. -воспаление в области устьев эккриновых потовых желез

Для мастита новорожденного характерно:

1. -увеличение одной грудной железы
2. увеличение обеих грудных желез
3. -симптомы интоксикации
4. пальпация пораженной железы безболезненна
5. -гиперемия кожи над пораженной грудной железой

Перивентрикулярная лейкомаляция – это:

1. -осложнение гипоксических состояний у недоношенных детей
2. осложнения инфекционных процессов
3. осложнения гематологических нарушений
4. осложнения травматического характера

Причинами судорог у новорожденного являются:

1. -гипоксия
2. -внутричерепные кровоизлияния



3. -метаболические нарушения
4. -инфекции
5. -генетические дефекты развития мозга
6. -синдром абстиненции
7. -врожденные аномалии обмена веществ

Назовите наиболее вероятные сроки возникновения геморрагической болезни новорожденных:

1. 1-2 сутки
2. -2-4 сутки
3. 6-10 сутки

Выберите препараты, используемые для лечения геморрагической болезни новорожденных:

1. пентрексил
2. -дицинон, этамзилат натрия
3. глюконат кальция
4. седуксен
5. -конакион
6. -плазма свежезамороженная

Если после пережатия пуповины у ребенка в состоянии покоя нарастает цианоз, а при крике покровы розовеют, то какую патологию следует подозревать:

1. врожденный порок сердца
2. -атрезия хоан
3. ателектаз легких
4. аспирационный синдром

Тактика при атрезии хоан:

1. -санация дыхательных путей
2. немедленный хирургический консилиум
3. -постановка воздуховода
4. введение дыхательных аналептиков

Выберите ранние кардинальные признаки высокой кишечной непроходимости:

1. -рвота желудочным содержимым
2. ранняя задержка отхождения мекония
3. -отхождение мекония
4. -вздутие живота в верхних отделах
5. угнетение перистальтики
6. -синдром мегадуоденум при рентгенологическом исследовании

Бронхолегочная дисплазия:

1. -часто наблюдается у недоношенных детей при лечении болезни гиалиновых мембран
2. -развивается при проведении оксигенотерапии с высоким содержанием кислорода
3. может вызвать сердечную аритмию
4. -развивается при ИВЛ с высоким давлением на вдохе
5. длительное ведение ребенка на кардиотонических средствах

Что характерно для гипертензионно-гидроцефального синдрома?

1. уменьшение размеров желудочков мозга
2. -увеличение желудочкового индекса
3. -расширение желудочков мозга
4. -расхождение швов черепа
5. -увеличение окружности головы

Какие препараты применяются для парентерального питания?

1. нативная плазма
2. протеин
3. -растворы аминокислот
4. свежзамороженная плазма
5. альбумин 10%
6. альбумин 5%

Каковы основные клинические симптомы менингита у новорожденных детей?

1. интоксикация
2. -наличие патологических признаков (тремор, судороги, гиперестезия)
3. -глазные симптомы (косоглазие, симптом «заходящего солнца»)
4. -мышечная дистония
5. -ригидность мышц затылка

В спинномозговой жидкости при гнойном менингите наблюдается:

1. повышение уровня белка
2. повышение уровня сахара
3. -высокий цитоз
4. резко положительная реакция Панди
5. повышение уровня хлоридов

Отметьте клинические синдромы, которые наиболее часто могут наблюдаться у перенесенных новорожденных в раннем неонатальном периоде:

1. -гипогликемия
2. -аспирационный синдром
3. отечный синдром
4. -полицитемия

Какие осложнения может дать фототерапия?

1. -ретинопатия
2. -экзантема
3. -анемия
4. -тромбоцитопения
5. -эксикоз
6. -геморрагический синдром

Острая почечная недостаточность проявляется следующими нарушениями:

1. -азотемия
2. -дисбаланс электролитов
3. -декомпенсированный метаболический ацидоз
4. -олигурия, анурия
5. -нарушение клиренса мочевины и креатинина

Какой уровень почасового диуреза у младенцев следует расценивать как олигурию?

1. более 2 мл/кг/час
2. менее 1,5 мл/кг/час
3. -менее 0,5 мл/кг/час

Укажите критерий определения «недоношенный ребенок»:

1. -гестационный возраст менее 37 недель (менее 260 дней)
2. -масса тела при рождении менее 2500 г
3. оценка по шкале Апгар ниже 6-7 баллов

Объем циркулирующей крови у доношенного новорожденного при нормальном уровне гемоглобина составляет:

1. 120-125 мл/кг
2. 50-55 мл/кг
3. -80-85 мл/кг

Постоянными признаками синдрома врожденной краснухи являются:

1. -глухота
2. -катаракта
3. -врожденные пороки сердца
4. лейкомоидная реакция крови
5. гидроцефалия

Каковы классические проявления пилоростеноза?

1. рвота с примесью желчи с первых часов жизни
2. -у детей в возрасте 3-6 недель прогрессивно нарастающая рвота без примеси желчи
3. -гипохлоремический метаболический алкалоз
4. -пальпация пилорической «оливки»

Признаки, характерные для врожденного гипотиреоза:

1. -гипотония, гипорефлексия
2. -продолжительная желтуха
3. тахикардия
4. -запоры, вздутие живота

## **Гематология**

Первое место по частоте встречаемости геморрагического синдрома у детей занимает:

1. гемофилия
2. геморрагический васкулит
3. синдром ДВС
4. -тромбоцитопения и тромбоцитопатия
5. телеангиоэктазии

Решающим в диагностике лимфогранулематоза является обнаружение в пунктате лимфатического узла:

1. клеток Пирогова-Лангханса
2. -клеток Березовского-Штернберга
3. клеток Гоше
4. бластных клеток
5. фибробластов

## 6. телец Жолли

Средний диаметр эритроцитов у детей старшего возраста составляет:

1. -7,2 мкм
2. 9,2 мкм
3. 8,2 мкм
4. 6,2 мкм
5. 10,2 мкм

Для болезни Шенлейна-Геноха характерна геморрагическая сыпь:

1. -васкулитно-пурпурная, симметричная на разгибательной поверхности голеней, рук и ягодицах
2. петехиально-пятнистая по всему телу
3. гематомная
4. в виде телеангиоэктазий
5. в виде нодозной эритемы

Петехиально-пятнистый тип геморрагической сыпи характерен для:

1. -тромбоцитопенической пурпуры
2. гемофилии А
3. гемофилии В
4. геморрагического васкулита
5. гемофилии С

Усиливают всасывание железа следующие вещества:

1. -аскорбиновая кислота
2. -янтарная, пировиноградная кислота
3. -фруктоза
4. кальций
5. фитиновая кислота
6. танины

Пойкилоцитоз эритроцитов – это:

1. -сфероцитоз
2. -овалоцитоз
3. -серповидность
4. микроцитоз
5. макроцитоз

Ежедневная физиологическая потребность ребенка грудного возраста в железе составляет:

1. 0,3 мг/кг/сутки
2. -1 мг/кг/сутки
3. 2 мг/кг/сутки
4. 5 мг/кг/сутки
5. 10 мг/кг/сутки

Неонатальные запасы железа у недоношенного ребенка исчерпываются к:

1. 3-4 месяцам
2. - 1-2 месяцам

3. 5-6 месяцам
4. 7-9 месяцам

Выберите нормальные показатели «красной» крови новорожденного ребенка первых суток жизни:

1.  $E_r - 5-7 \cdot 10^{12}/л$
2.  $E_r - 6-8 \cdot 10^{12}/л$
3.  $H_b - 180-240 \text{ г/л}$
4.  $H_b - 160-180 \text{ г/л}$
5. ретикулоциты – 7-10 промили
7. ретикулоциты – 20-30 промили

Миелограмма – это:

1. абсолютное количество клеток отдельных групп костного мозга
2. -относительное (в %) распределение всех групп клеток костного мозга
3. % распределение клеток лейкоцитарного ростка
4. все утверждения не верны
5. % распределение клеток эритроидного ряда

Выберите нормальные показатели «красной» крови ребенка 1 года:

1.  $E_r - 4,4 \cdot 10^{12}/л$
2.  $E_r - 5,8 \cdot 10^{12}/л$
3.  $H_b - 138 \text{ г/л}$
4.  $H_b - 110 \text{ г/л}$
5. ретикулоциты – 7 промили
6. -цветовой показатель – 0,94

Выберите нормальные показатели гемограммы ребенка 5 лет:

1.  $E_r - 4,3 \cdot 10^{12}/л$
2.  $H_b - 132 \text{ г/л}$
3. -цветовой показатель – 0,92
4. -тромбоциты –  $280 \cdot 10^9/л$
5. лейкоциты –  $14 \cdot 10^9/л$
6. -СОЭ – 7 мм/ч

Продолжительность жизни тромбоцитов составляет:

1. 2-3 дня
2. 30-40 дней
3. -8-11 дней
4. 90-100 дней
5. 15-60 дней

Лейкоцитоз наблюдается при:

1. -гнойно-воспалительных и септических заболеваниях
2. железodefицитных анемиях
3. -злокачественных заболеваниях крови
4. -вирусных инфекциях
5. -ацидотических, коматозных, токсических состояниях

Сдвиг лейкоцитарной формулы влево – это:

1. -повышение количества палочкоядерных нейтрофилов
2. -повышение в крови незрелых нейтрофильных клеток
3. наличие нейтрофилов с гиперсегментированным ядром
4. лимфоцитоз
5. моноцитоз

В эритроцитах эмбриона, плода, ребенка в норме могут определяться следующие типы гемоглобина:

1. -эмбриональный
2. -фетальный
3. детский
4. -взрослый

В периферической крови ребенка нейтрофилы убывают с 65% (при рождении) до 25% к:

1. пяти дням
2. одному месяцу
3. -одному году
4. семи годам
5. пяти годам

Длительность жизни лимфоцитов:

1. 5-10 часов
2. 5-10 дней
3. 5-10 недель
4. -100-300 дней
5. 3-7 недель

В периферической крови ребенка число лимфоцитов увеличивается с 25% (при рождении) до 65% к:

1. пяти дням
2. -одному году
3. пяти годам
4. семи годам
5. десяти годам

К мегалобластным анемиям относят:

1. -В12-дефицитную
2. -фолиеводефицитную
3. железodefицитную
4. гемолитическую
5. апластическую

Эозинофилия в крови характерна для:

1. -аллергических заболеваний (бронхиальная астма, сывороточная болезнь, крапивница)
2. -глистных инвазий (аскаридоз, токсокароз)
3. -протозойных инфекций (лямблиоз)
4. гемофилии
5. орнитоза

У детей младшего возраста для получения костного мозга производят пункцию:

1. верхней трети большеберцовой кости
2. -пяточной кости
3. -передней верхней ости гребешка подвздошной кости
4. -грудины
5. бедренной кости

Пунктат костного мозга используют:

1. -для изучения миелограммы
2. -для изучения количества миелокариоцитоза
3. -для цитохимического исследования
4. -для иммунофенотипирования и цитогенетического исследования

При оценке функциональных резервов костного мозга следует учитывать:

1. -уровень миелокариоцитоза в костном мозге
2. -данные миелограммы
3. -динамику показателей общего анализа крови
4. -количество ретикулоцитов
5. осмотическую стойкость эритроцитов

В норме у детей после трех лет количество миелокариоцитов костного мозга составляет:

1. -от 80 до 250 (в среднем – 150)\*10<sup>(9)</sup>/л
2. от 0 до 500 (в среднем – 250)\*10<sup>(9)</sup>/л
3. от 250 до 550 (в среднем – 450)\*10<sup>(9)</sup>/л

Уровень взрослого гемоглобина (HbA) у ребенка 6-месячного возраста составляет:

1. 100%
2. -95-98%
3. 60-70%
4. 30-50%

При оценке миелограммы необходимо учитывать:

1. -количественные соотношения клеток эритропоэза
2. -количественные сдвиги клеток лейкопоэза
3. -индексы созревания клеток эритро- и лейкопоэза
4. -морфологические особенности клеток
5. абсолютное количество миелоцитов

Для гипо- и апластических анемий характерна:

1. гиперплазия красного ростка костного мозга
2. отсутствие изменений красного ростка костного мозга
3. -гипоплазия красного ростка костного мозга
4. гипер- и гипоплазия красного ростка костного мозга
5. -снижение количества ретикулоцитов в периферической крови

Увеличение числа клеток эритроидного ряда в миелограмме наблюдается при:

1. -дефицитных анемиях
2. -гемолитических анемиях
3. -постгеморрагических анемиях
4. -эритремии
5. -эритромиелозе

## 6. апластических анемиях

Для постановки диагноза «Острый лейкоз» главным в миелограмме является:

1. -увеличение количества бластных клеток
2. увеличение количества миелокариоцитов
3. уменьшение клеток эритроидного ряда
4. угнетение тромбоцитопоэза
5. изменение лейкоэритробластического соотношения

Согласно рекомендациям ВОЗ нижней границей гемоглобина в венозной крови у детей в возрасте старше 6 лет следует считать:

1. -120 г/л
2. 130 г/л
3. 115 г/л
4. 110 г/л
5. 105 г/л

У здоровых детей пальпируются:

1. -подчелюстные лимфатические узлы
2. -подмышечные лимфатические узлы
3. -паховые лимфатические узлы
4. локтевые лимфатические узлы
5. заднешейные лимфатические узлы

В норме пунктат лимфатического узла составляют:

1. -лимфобласты (0-5%)
2. -пролимфоциты (50-70%)
3. -лимфоциты (25-30%)
4. -нейтрофилы (1-3%)
5. нейтрофилы 99%

Содержание эритроцитов ( $\cdot 10^{12}$ /л) у здоровых детей в возрасте 2-15 лет составляет:

1. 5,0-6,5
2. -4,0-5,1
3. 4,0-6,0
4. 3,5-5,5
5. 5,5-7,0

Все факторы свертывания крови у новорожденных детей:

1. имеют повышенную активность, что уменьшает кровопотерю через плаценту во время родов
2. -имеют сниженную активность, что предохраняет новорожденных от тромбозов (в результате травм в родах)
3. как у взрослых

В основе тромбоцитарно-сосудистого гемостаза лежат:

1. -адгезия тромбоцитов
2. -агрегация тромбоцитов
3. -спазм сосудов
4. активация VIII фактора



## 5. активация X фактора

Функциональное состояние первичного (сосудисто-тромбоцитарного) звена гемостаза характеризуют следующие показатели:

1. -число тромбоцитов в периферической крови
2. -функциональную активность тромбоцитов (способность к агрегации)
3. -резистентность капилляров: проба жгута, пробы Коха и Гесса (экхимозы в местах внутримышечных и подкожных инъекций)
4. -длительность кровотечения по Дюке
5. время свертывания крови по Ли-Уайту

К спонтанной кровоточивости приводит снижение тромбоцитов ниже:

1.  $100 \cdot 10^9/\text{л}$
2.  $60 \cdot 10^9/\text{л}$
3.  $30 \cdot 10^9/\text{л}$
4.  $150 \cdot 10^9/\text{л}$
5.  $200 \cdot 10^9/\text{л}$

Положительные сосудистые пробы характерны для:

1. -вазопатий
2. -тромбоцитопатий
3. -тромбоцитопений
4. гемофилии А
5. гемофилии В

Длительность кровотечения по Дюке увеличивается (норма – 2-4 минуты) при:

1. -болезни Виллебранда
2. -тромбоцитопениях
3. -тромбоцитопатиях любого происхождения
4. гемофилии А
5. гемофилии В

Нарушения в I фазе (активность факторов XII, XI, IX, VIII) свертывания крови обнаруживают при исследовании:

1. содержания фибриногена А
2. содержания фибриногена В
3. -времени свертывания крови по Ли-Уайту
4. -АЧТВ

Нарушения во II фазе коагуляционного гемостаза (активность II, V, VII, X факторов) обнаруживаются при исследовании:

1. -протромбинового времени
2. -протромбинового индекса или международного нормализованного отношения (МНО)
3. времени свертывания крови по Ли-Уайту
4. содержания фибриногена А
5. содержания фибриногена В

Нарушения в III фазе коагуляционного гемостаза обнаруживаются при:

1. исследовании каолинового времени
2. -определении концентрации фибриногена в плазме

3. -оценке ретракции кровяного сгустка
4. оценке длительности кровотечения по Дюке
5. оценке протромбинового индекса

Нарушения в фибринолизе выявляются путем:

1. оценки сосудистых проб
2. -определения фибринолитической активности крови
3. оценки количества и качества тромбоцитов
4. оценки протромбинового индекса
5. определения фибриногена В

Для алиментарной железодефицитной анемии характерны следующие признаки:

1. -бледность кожи и слизистых
2. -снижение содержания гемоглобина в периферической крови
3. -снижение среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH)
4. повышение цветового показателя
5. -уменьшение среднего объема эритроцитов (MCV)
6. экхимозы

Врожденные гипо- и апластические анемии – это:

1. -анемия типа Фанкони
2. -анемия типа Эстрена-Дамешека
3. -анемия типа Блекфена-Дайемонда
4. анемия Минковского-Шоффара
5. анемия с нарушенным циклом Эмбдена-Мейергофа

Приобретенные гипо- и апластические анемии – это:

1. -острые анемии с парциальным поражением эритропоэза
2. -хронические анемии с парциальным поражением эритропоэза
3. -острая и хроническая анемии с тотальным поражением эритро, лейко- и тромбоцитопоэза
4. анемии, связанные с недостатком в организме белка, железа, витаминов
5. серповидно-клеточная анемия

К наследственным гемолитическим анемиям относятся:

1. анемия типа Фанкони
2. анемия типа Эстрена-Дамешека
3. -анемия Минковского-Шоффара
4. -анемия, связанная с дефицитом активности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы эритроцитов
5. анемия типа Блекфена-Дайемонда
6. -талассемия
7. -серповидно-клеточная анемия

Гемолитические анемии, вызванные действием экзоэритроцитарных факторов – это:

1. серповидно-клеточная анемия
2. -анемии с доказуемыми антителами (изоиммунная, аутоиммунная)
3. -анемии без доказуемых антител (физические, термические, механические, химико-токсические, инфекционные повреждения, действие животных ядов)
4. анемия Минковского-Шоффара

## 5. анемия типа Фанкони

Дефицитные анемии формируются вследствие:

1. нарушения кроветворения
2. -нарушения поступления и всасывания продуктов, необходимых для построения молекулы гемоглобина
3. развития острого регенераторного криза

Укажите нормальные показатели уровня лейкоцитов и лейкоцитарной формулы ребенка пяти лет жизни:

1. -лейкоциты –  $8 \cdot 10^9$ /л
2. лейкоциты –  $4 \cdot 10^9$ /л
3. -нейтрофилы – 45% (палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 43%), лимфоциты – 45%
4. нейтрофилы – 25% (палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 22%), лимфоциты – 65%
5. -моноциты – 7%, эозинофилы – 3%, базофилы – 0%
6. моноциты – 12%, эозинофилы – 5%, базофилы – 0%

Для железодефицитной анемии средней тяжести характерны признаки:

1. -снижение аппетита
2. -выраженная бледность
3. гемоглобинурия
4. -эритропения
5. -сухость кожи
6. -систолический шум на верхушке
7. -гемоглобин 90-70 г/л

Для железодефицитной анемии тяжелой степени характерны признаки:

1. гемоглобин 80 г/л и выше
2. -бледность кожи с восковым оттенком
3. -анорексия
4. -лакированный язык
5. -дисфагия
6. -систолический шум на верхушке
7. -гемоглобин 70 г/л и ниже

Содержание гемоглобина в крови при анемии средней степени тяжести:

1. 120-90 г/л
2. 110-90 г/л
3. -90-70 г/л
4. 60-30 г/л
5. 70-50 г/л

Снижение транспортного фонда железа у детей характеризуется:

1. -повышением общей железосвязывающей способности сыворотки крови
2. снижением общей железосвязывающей способности сыворотки крови
3. -снижение коэффициента насыщения трансферрина железом
4. снижением латентной железосвязывающей способности сыворотки крови
5. -снижением сывороточного железа ниже возрастной нормы

По морфологии крови желездефицитная анемия является:

1. макроцитарной
2. гиперхромной
3. -микроцитарной
4. -гипохромной
5. микросфероцитарной

Успех в лечении желездефицитных анемий достигается при выполнении следующих мероприятий:

1. -устранение причины анемии
2. назначение препаратов железа по 1-2 мг/кг/сутки по 2-3 недели
3. -лечение анемии препаратами железа в дозе 3-5 (8) мг/кг/сутки до нормализации показателей гемоглобина
4. -лечение анемии препаратами железа в половинной от лечебной дозы до нормализации уровня сывороточного ферритина

Критерии эффективности лечения препаратами железа (в полной дозе) наблюдаемые к 7-10 дню лечения:

1. -увеличение гемоглобина на 10 г/л
2. -уменьшение микроцитоза
3. резкое увеличение степени макроцитоза
4. -регистрация ретикулоцитарного криза

Легко усваиваются при приеме per os:

1. фосфаты железа
2. фитаты железа
3. -полимальтозный комплекс с железом
4. -хелаты железа
5. -сульфаты, хлориды железа

Длительность полного курса лечения тяжелой желездефицитной анемии у детей:

1. до 5 недель
2. -до 6 месяцев
3. до 2 лет
4. до 9 месяцев
5. до 12 месяцев

Согласно рекомендациям ВОЗ нижней границей гемоглобина в венозной крови у детей в возрасте до 6 лет следует считать:

1. -110 г/л
2. 120 г/л
3. 115 г/л
4. 130 г/л
5. 105 г/л

Признаки дефицита витамина E в организме:

1. гиперхромия
2. -повышение гемолиза эритроцитов
3. -низкий уровень токоферола в крови

4. микросфероцитоз
5. макроцитоз

Массивной кровопотери с развитием постгеморрагической анемии следует ожидать при:

1. -тромбоцитопениях, тромбоцитопатиях
2. экссудативно-катаральном диатезе
3. -травмах
4. -лейкозах
5. -апластических анемиях
6. -гемофилиях

Из наследственных гемолитических анемий (в Европе) наиболее часто встречаются у детей:

1. серповидно-клеточная анемия
2. болезнь Кули
3. -анемия Минковского-Шоффара
4. анемия вследствие дефицита глюкоза-6-фосфат дегидрогеназы
5. талассемия

Клиническая картина анемии Минковского-Шоффара включает следующие синдромы:

1. -анемический
2. -желтушный
3. -спленомегалии, реже гепатоспленомегалии
4. сидеропенический

Интенсивный гемолиз при серповидно-клеточной анемии может привести к:

1. -сильнейшей миалгии, параличам
2. -гематурии
3. -асептическому некрозу кости и кожным язвам
4. -кардиомегалии
5. -фиброзу селезенки и циррозу печени

Наиболее радикальным методом лечения анемии Минковского-Шоффара является:

1. трансфузия крови
2. лечение фенобарбиталом
3. -спленэктомия (после 5-летнего возраста)
4. инфузионная терапия
5. лечение антиагрегантами (курантил и др.)

Заподозрить диагноз лейкоза можно при наличии следующих синдромов:

1. -анемического
2. -гиперпластического (ЛАП, спленогепатомегалия)
3. -геморрагического
4. отечного
5. -инфекционного

Показания для пункции костного мозга следующие:

1. -панцитопения
2. -бласты в периферической крови
3. -рефрактерная к лечению анемия

#### 4. -тромбоцитопения неуточненной этиологии

Диагноз острого лейкоза выставляют при наличии бластов в миелограмме:

1. до 3%
2. до 5%
3. до 10%
4. выше 20%
5. -выше 25 (30)%

Диагноз миелодиспластического синдрома выставляют при уровне бластов в миелограмме:

1. 1-5%
2. до 40%
3. -5-25%
4. до 3%
5. больше 30%

В лечении острого лейкоза у детей применяют следующие базисные препараты и подходы:

1. -цитостатики
2. -трансплантация костного мозга
3. -глюкокортикоиды
4. антигистаминные препараты
5. -колониестимулирующие факторы

Длительность жизни эритроцитов у детей составляет:

1. 30 суток
2. 50 суток
3. 60-80 суток
4. -80-120 суток
5. 20-30 суток

Для В12-дефицитной анемии характерно поражение следующих систем:

1. -кроветворной
2. -пищеварительной
3. мочевой
4. -нервной
5. дыхательной

В12-дефицитная анемия характеризуется следующими лабораторными критериями:

1. анемия микроцитарная, гипохромная, гиперрегенераторная в общем анализе крови
2. -анемия макроцитарная, гиперхромная, гипорегенераторная в общем анализе крови
3. -обнаружение в эритроцитах телец Жолли, колец Кебота
4. -увеличение содержания сывороточного железа и ферритина
5. -повышение общего билирубина за счет непрямой его фракции, ЛДГ
6. -лейкопения, тромбоцитопения в общем анализе крови
7. -снижение содержания витамина В<sub>12</sub> в сыворотке крови и эритроцитах

Кривая Прайс-Джонса отражает:

1. -вариации диаметра эритроцитов

2. вариации формы эритроцитов
3. вариации объема эритроцитов
4. вариации толщины эритроцитов
5. вариации деформируемости эритроцитов

При лечении хронической идиопатической тромбоцитопении используют препараты:

1. гепарин
2. -цитостатики
3. -глюкокортикоиды
4. -внутривенный иммуноглобулин G (сандоглобулин)
5. тромбоцитарная взвесь
6. -ангиопротекторы (дицинон)

Мальтофер – это:

1. цитостатик
2. -препарат железа
3. колонийстимулирующий фактор
4. антигемофильный глобулин А
5. антигемофильный глобулин В

Для геморрагического васкулита (болезни Шенлейн-Геноха) характерны синдромы:

1. -кожно-геморрагический
2. -артралгический
3. -абдоминальный
4. -почечный
5. гепатоспленомегалии

При лечении геморрагического васкулита используют следующие препараты:

1. -преднизолон
2. -НПВС
3. -гепарин
4. тромбоцитарная взвесь
5. -антитромбин III или свежезамороженная плазма
6. -дезагреганты

Препараты гепарина используют при лечении:

1. гемофилии А
2. тромбоцитопении
3. тромбоцитопатии
4. -геморрагического васкулита
5. гемофилии В

Главным донором антитромбина III при лечении синдрома ДВС является:

1. отмытые эритроциты
2. -свежезамороженная плазма
3. тромбоцитарная взвесь
4. цельная кровь

Признаки III стадии синдрома ДВС:

1. -снижение тромбоцитов

3. гипертромбоцитоз
4. -снижение концентрации фибриногена А
5. -присутствие в крови Д-димеров, ПДФ

Синдром ДВС крови – это результат:

1. -травмы эндотелиальных клеток
2. -массивного разрушения тканей
3. -массивного разрушения красных клеток крови
4. -снижения интенсивности удаления активированных факторов свертывания крови клетками ретикуло-эндотелиальной системы (печень, макрофаги)
5. врожденных дефектов гемостаза

Смещение вершины эритроцитометрической кривой Прайс-Джонса влево свидетельствует о:

1. -микроцитозе
2. макроцитозе
3. анизоцитозе
4. эллиптоцитозе
5. овалоцитозе

Панцитопения в периферической крови наиболее характерна для:

1. идиопатической тромбоцитопении
2. -СКВ
3. -апластической анемии
4. железodefицитной анемии
5. постгеморрагической анемии

Повышение непрямого билирубина в крови характерно для:

1. гепатита
2. -анемии Минковского-Шоффара
3. анемии Фанкони
4. анемии Эстрена-Дамешека
5. анемии типа Эрлиха

Концентрация сывороточного железа в крови у детей дошкольного возраста в норме составляет:

1. -7-21 мкмоль/л
2. 8-12 мкмоль/л
3. 34-40 мкмоль/л
4. 8-34 мкмоль/л
5. 25-40 мкмоль/л

Осмотическая стойкость эритроцитов в норме у детей школьного возраста составляет:

1. -минимальная в 0,44-0,48% и максимальная в 0,32-0,34% растворе NaCl
2. минимальная в 0,38-0,52% и максимальная в 0,14-0,36% растворе NaCl
3. минимальная в 0,28-0,52% и максимальная в 0,24-0,36% растворе NaCl
4. минимальная в 0,18-0,52% и максимальная в 0,34-0,36% растворе NaCl
5. минимальная в 0,8-0,52% и максимальная в 0,4-0,46% растворе NaCl

Показаниями к парентеральному введению препаратов железа у детей с



железодефицитной анемией являются:

1. -состояния после резекции желудка, тонкого кишечника
2. -синдром нарушенного кишечного всасывания
3. -неспецифический язвенный колит
4. тяжелая степень анемии
5. -хронический энтероколит
6. -резистентность к проводимой энтеральной терапии препаратами железа

Наиболее высокий коэффициент абсорбции (17-22%) железа из следующих продуктов:

1. свиная печень
2. -говяжий язык
3. -мясо говядины
4. гречневая и овсяная крупы
5. скумбрия
6. -мясо кролика, индейки

Анизоцитоз эритроцитов – это:

1. -различные размеры эритроцитов
2. различная форма эритроцитов

Противопоказаниями к назначению препаратов железа являются:

1. -отсутствие лабораторного подтверждения дефицита железа
2. -сидероахрестические анемии
3. -гемолитические анемии
4. -гемосидероз и гемохроматоз
5. -инфекции
6. сидеропенические анемии

Клиническая картина железодефицитной анемии состоит из следующих синдромов:

1. -анемического
2. геморрагического
3. гемолитического
4. -сидеропенического
5. гиперкинетического

Клиническими проявлениями сидеропенического синдрома являются:

1. -дистрофические изменения кожи и ее придатков, атрофические изменения слизистых
2. -извращение вкуса (*pica cholorotica*) и обоняния
3. -мышечная гипотония, в том числе мочевого пузыря (неспособность удерживать мочу при смехе, кашле, энурез)
4. -субфебрилитет
5. иктеричность кожи, склер
6. -повышенная заболеваемость ОКИ и ОРЗ

Укажите стадии железодефицитного состояния:

1. -прелатентный дефицит железа
2. -латентный дефицит железа
3. -железодефицитная анемия
4. апластический криз
5. гемолитический криз

Лабораторными критериями анемии Минковского-Шоффара являются:

1. -снижение осмотической резистентности эритроцитов
2. -анемия микроцитарная, нормо- или гиперхромная, гиперрегенераторная в ОАК
3. анемия макроцитарная, нормохромная, норморегенераторная в ОАК
4. -уменьшение диаметра эритроцитов при эритроцитометрии (кривая Прайс-Джонса)
5. повышение уровня общего билирубина за счет его прямой фракции
6. -повышение уровня общего билирубина за счет его непрямой фракции

В зависимости от активности факторов свертывания крови (VIII или IX) выделяют следующие формы гемофилии:

1. -тяжелую с уровнем фактора менее 1%
2. -средней тяжести с уровнем фактора 1-5%
3. -легкую с уровнем фактора 5-15%
4. -стертую с уровнем фактора 15-50%
5. латентную с уровнем фактора более 50%

Выберите нормальные показатели уровня лейкоцитов и лейкоцитарной формулы в крови ребенка первых суток жизни:

1. -лейкоциты –  $18 \cdot 10^9$ /л
2. лейкоциты –  $10 \cdot 10^9$ /л
3. -нейтрофилы – 65% (метамиелоциты – 1%, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 59%)
4. -лимфоциты – 25%
5. нейтрофилы – 45% (палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 43%), лимфоциты – 45%
6. -моноциты – 7%, эозинофилы – 3%, базофилы – 0%

Укажите нормальные показатели уровня лейкоцитов и лейкоцитарной формулы ребенка на пятые сутки жизни:

1. лейкоциты –  $17 \cdot 10^9$ /л
2. -лейкоциты –  $12 \cdot 10^9$ /л
3. -нейтрофилы – 45% (палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 41%)
4. -лимфоциты – 45%
5. -моноциты – 8%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%
6. нейтрофилы – 25% (палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 23%), лимфоциты – 65%

Лимфома Ходжкина:

1. излечивается в 100% случаев
2. является потенциально излечимым заболеванием
3. -излечивается в 60-95% случаев

Вирус Эпштейна-Барра может играть важную роль в возникновении:

1. -лимфомы Беркитта
2. -лимфомы Ходжкина
3. -рака носоглотки
4. -лейкозов

Распространение опухоли на ранних стадиях лимфомы Ходжкина происходит главным

образом:

1. лимфогематогенно
2. эксфолиацией опухолевых клеток в пределах серозных полостей
3. -контактным путем поражаются соседние группы лимфатических узлов

К симптомам интоксикации при лимфоме Ходжкина в настоящее время не относят:

1. лихорадку
2. профузные ночные поты
3. потерю веса
4. -кожный зуд

Символ X (массивное поражение) при лимфоме Ходжкина используется в случае:

1. -ширина средостения превышает треть поперечника грудной клетки
2. -размер опухолевого узла превышает 10 см в поперечнике

Символ S при обозначении стадии лимфомы Ходжкина обозначает:

1. повышение сывороточных маркеров
2. -поражение селезенки
3. стадия установлена клинически
4. наличие экстранодального поражения

Поражение селезенки при лимфоме Ходжкина:

1. расценивается как экстранодальное поражение
2. -не меняет стадию заболевания
3. -обозначается символом S

Поражение костного мозга при лимфоме Ходжкина:

1. -расценивается как IV стадия болезни
2. не меняет стадию и обозначается добавочным индексом M
3. расценивается как экстранодальное поражение и обозначается индексом E

К лимфатическим структурам при стадировании лимфом не относится:

1. селезенка
2. -костный мозг
3. вилочковая железа
4. аппендикс

У больных лимфомой Ходжкина на момент постановки диагноза чаще наблюдается поражение:

1. -лимфатических узлов выше диафрагмы
2. лимфатических узлов ниже диафрагмы
3. селезенки
4. костного мозга

Ранними симптомами лимфомы Ходжкина являются:

1. -подъем температуры до 39-40 градусов С
2. -озноб
3. -обильные поты
4. -общая слабость
5. -увеличение лимфатических узлов шеи

Заболевание лимфомой Ходжкина чаще всего начинается с увеличения следующих лимфатических узлов:

1. -шейных
2. паховых
3. подбородочных
4. локтевых

Поражение лимфатических узлов средостения при лимфоме Ходжкина приводит к:

1. -повышению артериального давления
2. -появлению сухого кашля
3. -боли в грудной клетке
4. -синдрому верхней поллой вены

Клинические проявления поражения забрюшинных лимфатических узлов при лимфоме Ходжкина:

1. -боль и онемение в поясничной области
2. -склонность к запорам
3. одышка
4. чувство распирания в грудной клетке

Клиническими проявлениями, свидетельствующими о поражении печени при лимфоме Ходжкина являются:

1. -тошнота
2. -рвота
3. -чувство тяжести в правом подреберьи
4. -желтуха

Верификация диагноза и установление морфологического варианта лимфомы Ходжкина осуществляется путем:

1. -открытой биопсии лимфоузла и его гистологического исследования
2. пункционной биопсии лимфоузла и его гистологического исследования

Лимфатическое (нодальное) проявление болезни Ходжкина сопровождается поражением:

1. -лимфоузлов
2. -Вальдейерова кольца
3. -селезенки
4. -аппендикса
5. -вилочковой железы
6. -пейеровых бляшек

Основными моментами, определяющими прогноз неходжкинских лимфом, являются:

1. клинические проявления
2. изменения в общем анализе крови
3. изменения в биохимическом анализе крови
4. -стадия дифференцировки клеток, из которых состоит опухоль

Лимфомы, при которых поражаются органы и ткани без поражения лимфоузлов, называются:

1. -экстранодальными
2. нодальными
3. ходжскинскими

Лимфатические узлы при лимфоме:

1. -безболезненны
2. болезненны
3. уменьшаются при лечении антибиотиками
4. -не уменьшаются при лечении антибиотиками

Диагностика лимфом включает:

1. -гистологическое исследование
2. -иммуногистохимическое исследование
3. -комплекс клинических методов исследования

В лечении лимфом используют:

1. -полихимиотерапию
2. -лучевую терапию
3. исключительно антибактериальную терапию

Неопластический синдром при неходжскинских лимфомах сопровождается:

1. -лихорадкой
2. -слабостью
3. -потерей веса

Клиническими признаками поражения лимфоузлов при неходжскинских лимфомах являются:

1. -затруднение дыхания
2. -затруднение глотания
3. воспаление придаточных пазух носа
- 4.-отек лица и шеи

В общем анализе крови при неходжскинских лимфомах:

1. -изменения могут отсутствовать
2. -возможна лейкопения
3. -возможна анемия

Пик заболевания неходжскинскими лимфомами приходится:

1. 1-6 месяцев
2. 2-3 года
3. -5-10 лет
4. 16-17 лет

Клинические симптомы неходжскинских лимфом связаны с:

1. возрастом больного
2. полом
3. -локализацией опухоли

Симптомами нейробластомы являются:

1. -потеря веса и аппетита

2. -затрудненное дыхание
3. -парез, параличи, онемение ног
4. -дисфагия
5. -тахикардия, повышение артериального давления

Наиболее характерная локализация нейробластомы:

1. -забрюшинное пространство
2. грудной отдел
3. область шеи

Чаще всего нейробластома встречается у детей:

1. старше 10 лет
2. -младше 5 лет
3. в периоде новорожденности

Обычные области метастазирования нейробластомы:

1. -кожа
2. -кости
3. -костный мозг
4. -лимфоузлы

Поражение костного мозга при нейробластоме сопровождается:

1. -тромбоцитопенией
2. -лейкопенией
3. лейкоцитозом
4. -анемией

IV стадия процесса нейробластомы – это:

1. опухоль локализуется в области первичного очага
2. опухоль переходит на другую сторону позвоночника
3. отдаленное метастазирование в кости черепа, скелета, мягких тканей, лимфоузлов
4. -опухоль распространяется в костный мозг, кости, удаленные лимфатические узлы, печень и кожу.

Признаками нефробластомы являются:

1. -боль в животе
2. кашель
3. -запоры
4. -тошнота
5. -опухоль брюшной полости
6. -макрогематурия

IV стадия нефробластомы – это:

1. опухоль ограничена почкой
2. -возникли отдаленные метастазы (легкие, печень, ЦНС, кости)
3. опухоль поразила обе почки
4. опухоль выходит за пределы почки и распространяется в ближайшие лимфоузлы

Исследования мочи при нефробластоме выявляет:

1. -микрогематурия

2. -макрогематурию
3. повышение уровня катехоламинов
4. -протеинурию

Основные составляющие лечения нефробластомы:

1. -операция
2. стероидная терапия
3. -химиотерапия
4. -лучевая терапия

Синонимами нефробластомы являются:

1. -опухоль Вильмса
2. -эмбриональная нефрома
3. -эмбриональный рак
4. нейробластома
5. мезателиома

## Эндокринология

Почечный порог для глюкозы:

1. 5 ммоль/л
2. -10 ммоль/л
3. 15 ммоль/л
4. 20 ммоль/л
5. 25 ммоль/л

Биологические эффекты гормона роста:

1. -повышает синтез белка
2. -стимулирует гликонеогенез
3. -стимулирует липолиз
4. стимулирует липогенез

При дефиците гормона роста длина и масса тела при рождении:

1. больше нормы
2. -нормальная
3. меньше нормы

Для сольтеряющей формы врожденной гиперплазии надпочечников характерны:

1. -срыгивания, рвота
2. -гипонатриемия
3. -частый жидкий стул
4. -гиперкалиемия
5. -гипохлоремия

Для диффузного токсического зоба (болезнь Грейвса, Базедова) характерны:

1. брадикардия
2. -тахикардия
3. -раздражительность, плаксивость
4. -потливость
5. -тремор пальцев рук
6. запоры

Для гипотиреоза характерны:

1. -сухость кожи
2. -брадикардия
3. -заторможенность
4. потливость
5. -низковольтная ЭКГ
6. -запоры

При дефиците гормона роста у детей увеличение длины тела начинает заметно замедляться в возрасте:

1. -2-3 года
2. 1-4 месяцев
3. 2 месяца
4. 8-10 месяцев

Для первичного гиперальдостеронизма характерны:

1. артериальная гипотензия
2. -артериальная гипертензия
3. гипонатриемия
4. -гипокалиемия
5. - слабость
6. - полиурия-полидипсия

Костный возраст отстает больше чем на 2 года при:

1. гипертиреозе
2. -гипотиреозе
3. -дефиците гормона роста
4. избытке глюкокортикостероидов

Гонадотропные гормоны гипофиза – это:

1. гормон роста
2. -лютеинизирующий гормон
3. -фолликулостимулирующий гормон
4. вазоприссин
5. окситоцин

В щитовидной железе образуются:

1. альдостерон
2. окситоцин
3. -тироксин (Т4)
4. -трийодитиронин (Т3)
5. -тиреокальцитонин
6. пролактин

Низкий вольтаж ЭКГ, брадикардия и удлинение интервала PQ характерны для:

1. дефицита гормона роста
2. синдрома Иценко-Кушинга
3. -гипотиреоза
4. диффузного токсического зоба



## 5. акромегалии

ЭКГ признаки: высокий вольтаж, тахидикардия и укорочение интервала PQ характерны для:

1. дефицита гормона роста
2. синдрома Иценко-Кушинга
3. -тиреотоксикоза
5. акромегалии
6. гипотиреоза

Для синдрома гиперкортизолизма (синдром Иценко-Кушинга) характерны:

1. -замедление роста
2. -широкие багровые стрии
3. -артериальная гипертензия
4. -гипергликемия
5. -диспластический центрипетальный тип ожирения

При дефиците антидиуретического гормона (вазопрессина) развивается:

1. -несахарный диабет
2. синдром Иценко-Кушинга
3. гигантизм, акромегалия
4. хроническая недостаточность надпочечников
5. гипофизарный нанизм

Повышенный уровень холестерина характерен для:

1. феохромоцитомы
2. хронической недостаточности надпочечников
3. несахарног диабета
4. диффузного токсического зоба
5. -гипотиреоза

Преждевременным половым созреванием принято считать появление вторичных половых признаков у девочек раньше:

1. -8 лет
2. 9 лет
3. 10 лет
4. 11 лет
5. 12 лет

Преждевременным половым созреванием принято считать появление вторичных половых признаков у мальчиков раньше:

1. -9 лет
2. 11 лет
3. 12 лет
4. 13 лет
5. 8 лет

Какие жалобы характерны для диффузного токсического зоба?

1. -эмоциональная лабильность
2. -потеря массы тела при повышенном аппетите

3. -потливость
4. -сердцебиение
5. запоры

Какие клинические признаки характерны для врожденного гипотиреоза?

1. -отставание в росте
2. -сухая кожа
3. -большой язык – макроглоссия
4. -продолжительная желтуха новорожденного
5. -брадикардия

Какие из перечисленных гормонов синтезируются корой надпочечников?

1. -минералокортикоиды
2. -андрогены
3. -глюкокортикоиды
4. катехоламины
5. глюкагон

Самая частая устранимая причина умственного отставания среди детей во всем мире – это:

1. сахарный диабет
2. рахит
3. -врожденный гипотиреоз из-за недостатка йода
4. инфекция мочевыводящих путей
5. пневмония

Первичный врожденный гипотиреоз выявляют с помощью:

- 1.-скрининга
2. общего анализа крови
3. измерения окружности головы
4. анализа мочи

Самая частая причина развития двуполоых наружных половых органов – это:

1. прием матерью во время беременности андрогенов
2. неполная тестикулярная феминизация
- 3.-врожденная дисфункция (гиперплазия) надпочечников

Лиц женского пола при отсутствии причин для низкого роста нужно обследовать на:

1. -наличие моносомии по X хромосоме (синдром Шерешевского-Тернера)
2. наличие синдрома Морфана
3. наличие синдрома Клайнфельтера

Для каких из перечисленных заболеваний у детей характерно повышение артериального давления?

1. хроническая недостаточность надпочечников
2. -феохромоцитома
3. -болезнь Иценко-Кушинга
4. -первичный гиперальдостеронизм
5. гипотиреоз

Для лечения сольтеряющей формы врожденной гиперплазии надпочечников у детей используют:

1. витамин С
2. -поваренную соль
3. -минералокортикоид – кортинефф
4. -глюкокортикостероид – гидрокортизон
5. дексаметазон

Синдром гиперкортицизолизма характерен для:

1. -болезни Иценко-Кушинга
2. -синдрома Иценко-Кушинга
3. -длительного приема глюкокортикостероидов
4. феохромоцитомы
5. альдостеромы

Методы лечения диффузного токсического зоба (болезни Грейвса):

1. полихимиотерапия
2. -медикаментозный
3. -хирургический
4. -применение радиоактивного йода
5. психотерапевтический

Клинический признак, отличающий первичный и вторичный гиперальдостеронизм – это:

1. сухость кожи
2. пигментация кожи
3. -наличие отеков при вторичном гиперальдостеронизме
4. похудание
5. ожирение

При лечении больных с дефицитом глюко- и минералокортикоидов (острой недостаточностью коры надпочечников) основными задачами являются:

1. -борьба с шоком и коллапсом
2. -ликвидация электролитных нарушений, гипогликемии
3. -восполнение дефицита минерало- и глюкокортикоидов
4. ликвидация гипергликемии
5. -ликвидация обезвоживания

Вирилизация при женском кариотипе (женском псевдогермафродитизме) бывает при:

1. -врожденной дисфункции надпочечников (врожденной гиперплазии коры надпочечников)
2. -избытке андрогенов у матери
3. -трансплацентарном поступлении синтетических прогестагенов

Для феохромоцитомы характерны:

1. -сердцебиение
2. -потливость
3. -бледность
4. -быстро нарастающая потеря зрения
5. артериальная гипотензия
6. -выраженная артериальная гипертензия

## 7. -гипергликемия

Кариотип при мужском псевдогермафродитизме:

1. -46ХУ
2. 46ХХ

Назовите наиболее частые неблагоприятные клинические последствия недостаточного поступления йода в организм человека:

1. -эндемический зоб
2. -снижение интеллектуальной работоспособности
3. -высокая перинатальная смертность
4. -врожденный гипотиреоз
5. -пороки развития

Какой способ профилактики йодного дефицита у населения наиболее эффективен?

1. -йодирование основных продуктов питания (соль)
2. йодирование питьевой воды
3. использование пищевых добавок и лекарственных препаратов

Кому рекомендовано употреблять йодированную соль?

1. только лицам, имеющим эндемический зоб
2. беременным и кормящим женщинам
3. детям и подросткам
4. -всем без исключения в эндемичной по дефициту йода местности
5. больным гипотиреозом

Назовите продукты питания, содержащие йод в наибольшем количестве:

1. -морская рыба и морепродукты
2. -йодированная соль
3. макаронны
4. хлеб

При синдроме полной тестикулярной феминизации наружные половые органы у ребенка:

1. мужские
2. -женские
3. смешанные

При сольтеряющей форме врожденной гиперплазии надпочечников клиника появляется не раньше:

1. 1 года
2. 1 месяца
3. -3-7 суток после рождения
4. 4 месяцев

Причинами первичного врожденного гипотиреоза могут быть:

- 1.-аплазия щитовидной железы
2. дефицит ТТГ
- 3.-эктопия щитовидной железы
- 4.-генетический дефект синтеза тиреоидных гормонов – дисгормоногенез

Значительное опережение костного возраста характерно для:

1. гипотиреоза
2. хронической надпочечниковой недостаточности
3. дефицита гормона роста
4. гипопаратиреоза
5. -врожденной дисфункции надпочечников
6. -истинного (центрального) преждевременного полового развития

Термин телархе означает:

1. рост яичек
2. -рост груди у девочек
3. рост волос в подмышечной области
4. рост волос на лобке

Средняя доза L-тироксина для лечения врожденного гипотиреоза у детей до 1 года составляет:

1. -10 мкг/кг/сутки
2. 2-3 мкг/кг/сутки
3. 5 мкг/кг/сутки
4. 20 мкг/кг/сутки

У детей старше 1 года жизни адекватность дозы L-тироксина при первичном врожденном гипотиреозе оценивают по уровню:

1. свободного Т3
2. свободного Т4
3. -ТТГ
4. тироглобулина
5. АКТГ

У детей до 1 года жизни адекватность дозы L-тироксина при первичном врожденном гипотиреозе оценивают по уровню:

1. свободного Т3
2. -свободного Т4
3. ТТГ
4. тироглобулина
5. АКТГ

Основными клиническими критериями сахарного диабета 1 типа у детей являются:

1. -потеря массы тела
2. -полидипсия
3. -полиурия
4. головокружение
5. запоры

Термин пубархе означает:

1. рост груди
2. рост яичек
3. наличие месячных
4. -рост волос на лобке

Термин менархе означает:

1. рост груди
2. рост яичек
3. -наличие месячных
4. рост волос на лобке

Изосексуальное преждевременное половое развитие – это:

1. -появление вторичных половых признаков, соответствующих полу ребенка
2. появление вторичных половых признаков, не соответствующих полу ребенка

Истинное преждевременное половое развитие (избыточная секреция гонадотропных гормонов) всегда:

1. -изосексуальное
2. гетеросексуальное

Диспластический тип ожирения, полнокровие, акроцианоз, багровые стрии на животе, гирсутизм, артериальная гипертензия, остеопороз и гипергликемия характерны для:

1. алиментарно-конституционального ожирения
2. акромегалии
3. –АКТГ-зависимого (болезнь Иценко-Кушинга) или АКТГ-независимого (опухоль коры надпочечников) гиперкортизолизма
4. первичного гиперальдостеронизма
5. -длительного лечения большими дозами глюкокортикостероидов

Гинекомастия – это:

1. увеличение грудных желез у девочек
2. -увеличение грудных желез у мальчиков

В передней доле гипофиза синтезируются:

1. окситоцин
2. -пролактин,
3. - ТТГ (тиреотропный гормон)
4. вазопрессин (АДГ или антидиуретический гормон)
5. - гормон роста
5. -АКТГ (кортикотропин)
6. -ЛГ (лютеинизирующий гормон)
7. - ФСГ (фолликуло-стимулирующий гормон)

Избыточная выработка гормона роста может иметь следующие клинические проявления:

1. -ускорение роста
2. -акромегалия
3. задержка роста
4. ожирение
5. пигментация кожи

На 8 сутки после рождения у ребенка мужского пола, родившегося от первой физиологически протекавшей беременности и первых родов, появилась многократная рвота, обильный жидкий стул, мышечная гипотония, мраморность кожи, акроцианоз, поверхностное дыхание, тахикардия. При лабораторном обследовании выявлено: натрий – 125 ммоль/л, хлор – 82 ммоль/л, калий – 6,8 ммоль/л. О какой патологии следует

думать?

1. -сольтеряющей форме врожденной гиперплазии коры надпочечников
2. острой кишечной инфекции
3. пневмонии
4. пилороспазме
5. врожденном пороке сердца

Какие признаки характерны для сахарного диабета 1 типа:

1. -быстрое нарастание полиурии и полидипсии
2. содержание инсулина в плазме крови повышенное
3. увеличение массы тела
4. -потеря массы тела

Укажите, какие из перечисленных гормонов являются контринсулярными:

1. -глюкагон
2. -глюкокортикоиды
3. -катехоламины
4. -гормон роста
5. -тиреоидные гормоны

Гипопитуитаризм – это:

1. дефицит гормонов надпочечников
2. дефицит гормонов щитовидной железы
3. -дефицит нескольких гормонов гипофиза

При дефиците гормона роста скорость роста у детей старше 4-5 лет:

1. менее 10 см в год
2. менее 8 см в год
3. менее 7 см в год
4. -менее 4 см в год

Подберите профессию больному с сахарным диабетом 1 типа 17-летнего возраста:

1. -врач
2. -педагог
3. водитель
4. менеджер (работа, связанная с частыми командировками)
5. -работа в сфере обслуживания, культуры
6. -административно-хозяйственная деятельность

Определение С-пептида в крови отражает:

1. секрецию глюкагона
2. -секрецию инсулина
3. секрецию соматотропина
4. функцию щитовидной железы
5. функцию гипофиза

При проведении теста на толерантность к глюкозе получены следующие данные: гликемия натощак – 5,8 моль/л, через 2 часа – 8,6 ммоль/л. Результаты указывают на:

1. нормальную толерантность к глюкозе
2. -нарушенную толерантность к глюкозе

### 3. сахарный диабет

Какие показатели характеризуют хорошую компенсацию сахарного диабета?

1. -уровень гликированного гемоглобина
2. - вариабельность гликемии в течение дня
3. гликемия натощак
4. недостаточная масса тела
5. гликемия после еды

Осложнениями инсулинотерапии у детей являются:

1. гирсутизм
2. агранулоцитоз
3. тромбоцитопения
4. -липодистрофии
5. -гипогликемия

Индекс массы тела (индекс Кетле) применяется для определения:

1. степени увеличения щитовидной железы
2. стадии полового развития
3. степени дефицита тиреоидных гормонов
4. -ожирения
5. степени отставания детей в росте

Индекс Кетле – это:

1. отношение гликемии к инсулинемии
2. отношение уровня С-пептида в крови к гликемии
3. -отношение массы тела к росту, выраженному в метрах, возведенному в квадрат
4. отношение роста к длине бедра
5. отношение роста к окружности живота

Для дефицита АКТГ:

1. характерна гиперпигментация и повышенная потребность в поваренной соли
2. -не характерна ни гиперпигментация, ни повышенная потребность в поваренной соли

У девочки 15 лет развился гипотиреоз, при этом щитовидная железа уплотнена при пальпации, неоднородной структуры при УЗИ. Наиболее вероятная причина гипотиреоза:

1. врожденная гипоплазия щитовидной железы
2. недостаточное поступление йода с пищей
3. рак щитовидной железы
4. -аутоиммунный тиреоидит

Чрезмерная секреция АКТГ проявляется:

1. галактореей
2. -синдромом гиперкортизолизма
3. тиреотоксикозом
4. несахарным диабетом

Для гиперпролактинемии при наличии пролактиномы характерны:

1. гигантизм



2. акромегалия
3. -галакторея
4. пигментация кожи
5. -олиго- или аменорея

Выберите препараты для купирования феохромоцитарного криза:

1. капотен
2. дибазол внутривенно
3. -альфа1-дреноблокаторы: доксазозин (4-8 мг/сутки), урапидил (тахибен), фентоламин, тропафен
4. -нитропруссид натрия

Несахарный диабет обусловлен:

1. -нарушением реабсорбции воды и концентрации мочи в почках
2. гиперсекрецией кортизола
3. гиперсекрецией инсулина
4. циррозом печени

Для несахарного диабета характерна:

1. -низкая относительная плотность мочи
2. гипергликемия
3. глюкозурия
4. ацетонурия
5. протеинурия

Отставание детей в росте не характерно для:

1. -алиментарного ожирения
2. дефицита гормона роста
3. хондродистрофии
4. гипотиреоза

Для первичного манифестного гипотиреоза характерны следующие данные гормонального профиля:

1. -повышенный уровень ТТГ
2. пониженный уровень ТТГ
3. повышенный уровень свободного Т4
4. -пониженный уровень свободного Т4
5. повышенный уровень Т3

Для первичного субклинического гипотиреоза характерны следующие данные гормонального профиля:

1. -повышенный уровень ТТГ
2. пониженный уровень ТТГ
3. повышенный уровень свободного Т4
4. пониженный уровень свободного Т4
5. -нормальный уровень свободного Т4

Для центрального гипотиреоза характерны следующие данные гормонального профиля:

1. повышенный уровень ТТГ
2. -нормальный или пониженный уровень ТТГ

3. повышенный уровень свободного Т4
4. -пониженный уровень свободного Т4

Клиническим признаком, указывающим на высокий уровень АКТГ, является:

1. -гиперпигментация кожи
2. гипопигментация кожи
3. зоб
4. гигантизм
5. артериальная гипотензия

Синдром полиурии-полидипсии характерен для:

1. гипотиреоза
2. -первичного гиперальдостеронизма
3. -сахарного диабета
4. -несахарного диабета

Биологические эффекты альдостерона:

1. -задержка в организме натрия
2. -выведение из организма калия
3. снижение реабсорбции в почках кальция
4. повышение реабсорбции калия
5. повышение реабсорбции воды

Повышенный уровень 17-ОН прогестерона характерен для:

1. феохромоцитомы
2. несахарного диабета
3. -сольтеряющей формы врожденной вирилизирующей гиперплазии коры надпочечников
4. -вирильной формы врожденной гиперплазии коры надпочечников
5. сахарного диабета

Центральный несахарный диабет обусловлен:

1. нечувствительностью почек к антидиуретическому гормону (АДГ)
2. -дефицитом АДГ
3. избытком АДГ

Для дефицита 21-гидроксилазы (сольтеряющей формы врожденной гиперплазии коры надпочечников) характерны следующие синдромы:

1. -избытка андрогенов
2. дефицита андрогенов
3. избытка глюкокортикостероидов
4. -дефицита глюкокортикостероидов
5. избытка минералокортикоидов
6. -дефицита минералокортикоидов

В задней доле гипофиза накапливаются:

1. -окситоцин
2. пролактин
3. -вазопрессин (АДГ – антидиуретический гормон)
4. гормон роста
5. АКТГ (кортикотропин)

## 6. ЛГ (лютеинизирующий гормон)

Для несахарного диабета характерна:

1. нормальная относительная плотность мочи
2. высокая относительная плотность мочи
3. -низкая (менее 1005) относительная плотность мочи

Доза глюкозы при проведении стандартного глюкозотолерантного теста:

1. 1,0/кг
2. 2,0/кг
3. -1,75/кг, но не более 75,0
4. 1,5/кг, но не более 70,0

Факторами риска сахарного диабета 2 типа являются:

1. -ожирение
2. похудание
3. -малоподвижный образ жизни
4. -переедание
5. -вес при рождении более 4 кг и менее 2.5 кг
6. -гиперинсулинемия
7. -гестационный диабет у матери

Определение С-пептида в сыворотке крови позволяет оценить:

1. функциональное состояние надпочечников
2. функциональное состояние щитовидной железы
3. -функциональное состояние бета-клеток поджелудочной железы

К поздним = хроническим осложнениям сахарного диабета у детей относятся:

1. гипогликемия
2. -ретинопатия
3. гипергликемия
4. -нефропатия
5. -нейропатия

Препаратом выбора для лечения сахарного диабета 2 типа и ожирения с гиперинсулинемией у детей являются:

1. инсулин
2. -метформин
3. дексаметазон
4. кортинефф

К острым осложнениям сахарного диабета относятся:

1. диабетическая ретинопатия
2. -гипогликемическая кома
3. -диабетический кетоацидоз
4. нефропатия
5. нейропатия

Главнейшим фактором в развитии морфологических и функциональных изменений, приводящим к специфическим (поздним = хроническим) осложнениям сахарного

диабета является:

1. кетонемия
2. гипогликемия
3. повышение холестерина
4. -хроническая гипергликемия

Хайропатия у детей с сахарным диабетом – это:

1. -болезненные контрактуры преимущественно в кистях рук
2. гипермобильность суставов рук
3. отечность суставов рук

Позднее половое развитие у девочек – это состояние, при котором первые признаки полового развития появляются в возрасте:

1. 10-11 лет
2. 11-12 лет
3. 12-13 лет
4. -13-14 лет
5. 14-15 лет

Позднее половое развитие у мальчиков – это состояние, при котором первые признаки полового развития появляются в возрасте:

1. 10-11 лет
2. 11-12 лет
3. 12-13 лет
4. 13-14 лет
5. -14-15 лет