

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Матвеев Роман Сталидарьевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 17.01.2023 15:40:53
Уникальный программный ключ:
a1fced18b7ed974d9aae7ca027a0bd4130c0e7f8

**Государственное автономное учреждение Чувашской Республики
дополнительного профессионального образования
«Институт усовершенствования врачей»
Министерства здравоохранения Чувашской Республики
(ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии)**

Кафедра педиатрии

УТВЕРЖДАЮ
Ректор ГАУ ДПО «Институт
усовершенствования врачей»
Минздрава Чувашии
Р.С. Матвеев
« 29 » августа 2019 г.



**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ И
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ»**

Специальность – 31.08.19 Педиатрия

Квалификация выпускников – Врач-педиатр

Программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре

Оглавление

Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине «Детские инфекции».....	3
Перечень тестовых заданий для текущего контроля знаний.....	4
Клинические задачи для текущего контроля знаний.....	50
Перечень контрольных вопросов к зачету для промежуточного контроля знаний	70

**Паспорт фонда оценочных средств
по дисциплине «Детские инфекции»**

Формируемые компетенции:

Универсальные: УК-1.

Профессиональные: ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6.

Оценочные средства	Количество
Текущий контроль знаний	
Тестовые вопросы	570
Клинические задачи	45
Промежуточная аттестация	
Вопросы для зачета	40

Критерии текущего контроля знаний

– **Критерии оценки тестовых заданий:**

Оценка	Описание
<i>«Отлично»</i>	90-100% правильных ответов
<i>«Хорошо»</i>	80-89% правильных ответов
<i>«Удовлетворительно»</i>	70-79% правильных ответов
<i>«Неудовлетворительно»</i>	до 69% правильных ответов

– **Критерии оценки клинических задач:**

Оценка	Описание
<i>«Отлично»</i>	Ответ полный безошибочный (правильно определены понятия и категории)
<i>«Хорошо»</i>	Ответ правильный и достаточно полный, не содержащий ошибок и упущений (при решении задачи допущены отдельные ошибки)
<i>«Удовлетворительно»</i>	Ответ не достаточно полный, содержащий ошибки (задача решена не полностью)
<i>«Неудовлетворительно»</i>	Ответ отсутствует (задача не решена)

Критерии промежуточного контроля знаний

Оценка	Описание
<i>«Зачтено»</i>	Выставляется ординатору, показавшему знание учебного материала необходимого для дальнейшего изучения дисциплины, может привести примеры, доказывающие базовые теоретические положения изученной темы
<i>«Не зачтено»</i>	Выставляется ординатору, показавшему значительные пробелы в знаниях учебного материала

Перечень тестовых заданий для текущего контроля знаний

Выберите один правильный ответ:

1. Возбудитель скарлатины
- 1) парвовирусы
 - 2) клостридии
 - 3) β -гемолитический стрептококки группы «А»
 - 4) тогавирусы
 - 5) спирохеты
- 2) везикулезная
3) звездчатая геморрагическая
4) пятнисто-папулезная
5) уртикарная
- Ответ: 3**
2. Путь передачи инфекции
- 1) воздушно-капельный
 - 2) половой
 - 3) при гемотрансфузиях
 - 4) пищевой
 - 5) водный
- Ответ: 1**
3. Инкубационный период при скарлатине
- 1) 21 день
 - 2) 5-7 дней
 - 3) 36 дней
 - 4) 10 дней
 - 5) 14 дней
- Ответ: 2**
4. Для типичной скарлатины характерно
- 1) симптомы интоксикации и сыпь мелкоточечная
 - 2) выраженные катаральные симптомы и ангина
 - 3) триада симптомов (интоксикация, сыпь, ангина)
 - 4) увеличение тонзиллярных лимфоузлов
 - 5) ангина
- Ответ: 3**
5. К атипичной скарлатине относится
- 1) токсическая скарлатина
 - 2) стертая скарлатина
 - 3) септическая
 - 4) висцеральная
 - 5) митигированная
- Ответ: 2**
6. Признаки легкой скарлатины
- 1) ангина некротическая
 - 2) ангина лакунарная + мелкоточечная сыпь
 - 3) повторная рвота
 - 4) судороги
 - 5) гипертермический синдром
- Ответ: 2**
7. Для скарлатины характерная сыпь
- 1) мелкоточечная на сгибательных поверхностях рук
- Ответ: 1**
8. Крупно-пластинчатое шелушение ладоней и стоп начинается на
- 1) 2-3 день
 - 2) 8-10 день
 - 3) 25-30 день
 - 4) 10-14 день
 - 5) 1 день
- Ответ: 2**
9. «Малиновый язык» – признак
- 1) скарлатины
 - 2) шигеллеза
 - 3) менингококковой инфекции
 - 4) кори
 - 5) ветряной оспы
- Ответ: 1**
10. Для средне-тяжелой скарлатины характерна
- 1) полиадения
 - 2) гепатомегалия
 - 3) некротическая ангина
 - 4) повторная рвота
 - 5) судороги
- Ответ: 3**
11. К тяжелым формам скарлатины относится
- 1) гипертоксическая скарлатина
 - 2) септическая скарлатина
 - 3) менингоэнцефалитическая форма
 - 4) экстрафарингеальная
 - 5) злокачественная
- Ответ: 2**
12. Длительность заразного периода при скарлатине
- 1) 10 дней
 - 2) 22 дня
 - 3) 30 дней
 - 4) 7 дней
 - 5) 15 дней
- Ответ: 2**
13. Для гладкого течения скарлатины характерно
- 1) клиническое выздоровление к 10 дню
 - 2) появление обострений
 - 3) развитие осложнений
 - 4) развитие рецидивов
 - 5) клиническое выздоровление к 7 дню

Ответ: 1

14. Для скарлатины характерны осложнения
- 1) вялые параличи
 - 2) круп
 - 3) лимфаденит, аденофлегмона
 - 4) менингоэнцефалит
 - 5) пневмония

Ответ: 3

15. Показания для госпитализации больных скарлатиной
- 1) легкая форма
 - 2) экстрафарингеальная
 - 3) тяжелая форма скарлатины
 - 4) стертая форма
 - 5) скарлатина без сыпи

Ответ: 3

16. Скарлатину дифференцируют с
- 1) иерсиниозом
 - 2) краснухой
 - 3) корью
 - 4) ветряной оспой
 - 5) менингококковой инфекцией

Ответ: 1

17. Антибиотик для лечения скарлатины на дому
- 1) цефалоспорины III-IV поколения
 - 2) полимиксин
 - 3) амоксициллин
 - 4) гентамицин
 - 5) азитромицин

Ответ: 3

18. Продолжительность лечения больного скарлатиной амоксицилином составляет
- 1) 15 дней
 - 2) 7 дней
 - 3) 10 дней
 - 4) 21 день
 - 5) 17 дней

Ответ: 3

19. Показания для назначения глюкокортикостероидов при скарлатине
- 1) септическая форма
 - 2) токсическая форма
 - 3) развитие гнойных осложнений
 - 4) гипертермический синдром
 - 5) судорожный синдром

Ответ: 2

20. Длительность изоляции больного скарлатиной в стационаре
- 1) 7 дней
 - 2) 10 дней
 - 3) 30 дней
 - 4) 14 дней
 - 5) 17 дней

Ответ: 2

21. Длительность карантина у контактных детей до 10 лет
- 1) 14 дней
 - 2) 7 дней
 - 3) 21 день
 - 4) 28 дней
 - 5) не накладывается

Ответ: 2

22. Длительность диспансеризации детей, перенесших скарлатину
- 1) 1 месяц
 - 2) 3 месяца
 - 3) 6 месяцев
 - 4) 1 год
 - 5) 2 года

Ответ: 1

23. Возбудитель псевдотуберкулеза
- 1) парагриппозные вирусы
 - 2) *Iersinia pseudotuberculosis*
 - 3) спирохеты
 - 4) β -гемолитический стрептококки группы «А»
 - 5) хламидии

Ответ: 2

24. Возбудитель кишечного иерсиниоза
- 1) риккетсии
 - 2) микоплазма
 - 3) *Iersinia enterocolitica*
 - 4) клостридии
 - 5) герпесвирусы

Ответ: 3

25. Основной резервуар иерсиний
- 1) млекопитающие
 - 2) грызуны
 - 3) рыбы
 - 4) земноводные
 - 5) пресмыкающиеся

Ответ: 2

26. Основной путь передачи иерсиниозной инфекции
- 1) трансмиссивный
 - 2) аэрозольный
 - 3) алиментарный
 - 4) гемотрансфузионный
 - 5) половой

Ответ: 3

27. Сыпь, характерная для иерсиниозной инфекции
- 1) везикулезная
 - 2) геморрагическая звездчатая
 - 3) мелкоточечная
 - 4) пятнистая
 - 5) папулезная

Ответ: 3

28. Сроки появления сыпи при иерсиниозе

- 1) 1-й день болезни
- 2) на 2-3 день
- 3) на 14-16 день
- 4) на 5-7 день
- 5) на 10-12 день

Ответ: 2

29. Характер поражения ротоглотки при псевдотуберкулезе

- 1) тонзиллофарингит
- 2) фолликулярный тонзиллит
- 3) выраженный отек слизистой ротоглотки
- 4) герпангина
- 5) некротический тонзиллит

Ответ: 1

30. Симптомы «капюшона», «носков», «перчаток» характерны для

- 1) скарлатины
- 2) кори
- 3) иерсиниоза
- 4) краснухи
- 5) ветряной оспы

Ответ: 3

31. Псевдотуберкулез чаще дифференцирует с

- 1) краснухой
- 2) корью
- 3) скарлатиной
- 4) менингококковой инфекцией
- 5) энтеровирусной инфекцией

Ответ: 3

32. Для иерсиниоза наиболее характерно сочетание симптомов

- 1) менингит, некротическая ангина, пятнистая сыпь
- 2) мелкоточечная сыпь, симптом «капюшона», «перчаток», «носков», гепатоспленомегалия, тонзиллофарингит
- 3) резко выраженные катаральные симптомы, бронхит
- 4) «лающий» кашель, осиплость голоса, инспираторная одышка
- 5) боли в животе, рвота, жидкий стул

Ответ: 2

33. Тяжесть псевдотуберкулеза определяется

- 1) по интенсивности высыпания
- 2) выраженности симптомов интоксикации
- 3) частоте стула
- 4) интенсивности болей в животе
- 5) степени увеличения лимфоузлов

Ответ: 2

34. Значительное увеличение размеров печени и селезенки наблюдается при форме иерсиниоза

- 1) легкой
- 2) среднетяжелой
- 3) тяжелой

Ответ: 3

35. Иерсиниоз подтверждают

- 1) реакцией Видала
- 2) РПГА
- 3) вирусологическим обследованием
- 4) реакцией Пауля – Буннеля – Дэвидсона
- 5) копрологическим обследованием

Ответ: 2

36. Сроки обострения иерсиниозной инфекции

- 1) 7-10 день
- 2) 28-30 день
- 3) через 6 месяцев
- 4) через 3 месяца
- 5) на 20 день

Ответ: 1

37. Рецидивы иерсиниоза возникают

- 1) на 20-30 день болезни
- 2) на 5-6 день болезни
- 3) через 6 месяцев
- 4) через 3 месяца
- 5) через 1 год

Ответ: 1

38. У ребенка 5 дней лихорадка, сухой кашель, склерит, «малиновый» язык, бугристость задней стенки глотки, обильная мелкоточечная сыпь со сгущением на голеностопных, лучезапястных суставах. Печень увеличена, легкая желтушность кожи. Ваш диагноз?

- 1) скарлатина
- 2) краснуха
- 3) лептоспироз
- 4) иерсиниоз
- 5) клещевой сыпной тиф

Ответ: 4

39. Поражение суставов характерно для иерсиниоза

- 1) легкой формы
- 2) среднетяжелой формы
- 3) тяжелой формы

Ответ: 2

40. Для дифференциального диагноза иерсиниоза с псевдотуберкулезом назначают

- 1) общий анализ крови

- 2) РПГА с диагностикумом на псевдотуберкулез и кишечный иерсиниоз
- 3) анализ мочи
- 4) копрограмма
- 5) реакция Видаля

Ответ: 2

- 41.** Показания к лечению больного иерсиниозом на дому
- 1) тяжелые формы
 - 2) легкие формы
 - 3) рецидивы заболевания
 - 4) среднетяжелые варианты
 - 5) обострение заболевания

Ответ: 2

- 42.** Препарат выбора для лечения средне-тяжелой формы псевдотуберкулеза
- 1) ампициллин в/м
 - 2) цефтриаксон в/в
 - 3) бициллин в/м
 - 4) полимиксин внутрь
 - 5) тетрациклин внутрь

Ответ: 2

- 43.** Препарат выбора для лечения тяжелой формы псевдотуберкулеза
- 1) цефалоспорины 3 поколения
 - 2) левомецетина сукцинат натрия в/в
 - 3) ампициллин в/м
 - 4) тетрациклин внутрь
 - 5) бициллин в/м

Ответ: 2

- 44.** Длительность диспансерного наблюдения после перенесенного псевдотуберкулеза, тяжелая форма, гладкое течение
- 1) 3 месяца
 - 2) 6 месяцев
 - 3) 24 месяца
 - 4) 1 месяц
 - 5) 36 месяцев

Ответ: 2

- 45.** Длительность диспансерного наблюдения при хроническом течении псевдотуберкулеза
- 1) 12 месяцев
 - 2) 2 года
 - 3) 6 месяцев
 - 4) 3 года
 - 5) 4 года

Ответ: 5

- 46.** Показание к назначению НПВС (индометацин, вольтарен, диклофенак) при псевдотуберкулезе
- 1) тяжелая форма
 - 2) рецидив болезни
 - 3) менингоэнцефалит

- 4) полиартрит
- 5) обострение заболевания

Ответ: 4

- 47.** Патогномичный симптом кори
- 1) энантема
 - 2) пятна Бельского-Филатова-Коплика
 - 3) пятнисто-папулезная сыпь
 - 4) катаральные симптомы
 - 5) тонзиллит

Ответ: 2

- 48.** Пятна Бельского-Филатова-Коплика – это
- 1) сыпь
 - 2) мелкие участки некротизированного эпителия слизистой
 - 3) энантема
 - 4) кандидоз
 - 5) герпетические высыпания на слизистой

Ответ: 2

- 49.** Сроки появления сыпи при кори у детей
- 1) 1-й день болезни
 - 2) 7-10 день болезни
 - 3) 4-5 день болезни
 - 4) 2-3 день болезни
 - 5) 10-14 день болезни

Ответ: 3

- 50.** Для периода высыпания при кори характерно
- 1) появление сыпи на фоне нормальной температуры
 - 2) на фоне максимальной интоксикации, катаральных явлений, подъема температуры
 - 3) появление сыпи без предшествующих катаральных явлений
 - 4) появление сыпи в первый день болезни
 - 5) отсутствие этапности высыпаний

Ответ: 2

- 51.** Сроки появления пятен Бельского-Филатова-Коплика
- 1) конец инкубационного периода
 - 2) первый день катарального периода
 - 3) за 1-2 дня до высыпания
 - 4) период пигментации
 - 5) в периоде высыпаний

Ответ: 3

- 52.** Для кори характерна сыпь
- 1) мелкоточечная
 - 2) пятнисто-папулезная
 - 3) везикулезная
 - 4) геморрагическая
 - 5) уртикарная

Ответ: 2

- 53.** Источник инфекции при кори
- 1) больной

- 2) вирусоноситель
- 3) бактерионоситель
- 4) больные домашние животные
- 5) грызуны

Ответ: 1

54. Путь передачи инфекции при кори

- 1) контактно-бытовой
- 2) трансмиссивный
- 3) воздушно-капельный
- 4) пищевой
- 5) половой

Ответ: 3

55. Возбудитель кори относится к семейству

- 1) миксовирусов
- 2) пикорнавирусов
- 3) герпесвирусов
- 4) тогавирусов
- 5) парвовирусов

Ответ: 1

56. Больной при неосложненной кори заразен

- 1) в первые 3 дня от начала болезни
- 2) 21 день
- 3) до 5 дня от начала высыпаний сыпи
- 4) до 5 дня с момента последнего высыпания
- 5) 14 дней

Ответ: 3

57. Типичным признаком кори считается

- 1) мелкоточечная сыпь
- 2) шелушение кожи
- 3) этапность высыпания
- 4) «малиновый язык»
- 5) геморрагически – некротическая сыпь

Ответ: 3

58. Средняя продолжительность катарального периода

- 1) 1 день
- 2) 7 дней
- 3) 3 дня
- 4) 5 дней
- 5) 10 дней

Ответ: 3

59. Для периода высыпания при кори характерно

- 1) появление сыпи в первый день болезни
- 2) локализация сыпи на сгибателях конечностей
- 3) этапность высыпания
- 4) наличие шелушения
- 5) локализация сыпи вокруг суставов

Ответ: 3

60. Какой признак поможет провести дифференциацию кори и краснухи

- 1) ринит

- 2) конъюнктивит
- 3) пятна Бельского-Филатова-Коплика
- 4) кашель
- 5) повышение температуры тела

Ответ: 3

61. Корь дифференцирует с

- 1) инфекционный мононуклеоз
- 2) острый тонзиллит
- 3) краснуха
- 4) иерсиниозная инфекция
- 5) энтеровирусная инфекция

Ответ: 3

62. Ребенку 7 месяцев, контактному с больным корью, вводят

- 1) вакцину моновалентную коревую
- 2) иммуноглобулин
- 3) пенициллин
- 4) вакцину «Приорикс»
- 5) анаферон

Ответ: 2

63. У больного 11 месяцев в первый день высыпания кори к лающему кашлю присоединились осиплость голоса, инспираторная одышка. Как это расценить?

- 1) бронхит
- 2) трахеит
- 3) круп
- 4) пневмония
- 5) бронхиолит

Ответ: 3

64. На 4-й день катаральных явлений у больного высокая температура до 39°C, белесоватые пятна на слизистой щек, пятнисто-папулезная сыпь на лице. Какой диагноз более вероятен?

- 1) ОРВИ, аллергическая сыпь
- 2) корь
- 3) краснуха
- 4) иерсиниозная инфекция
- 5) энтеровирусная экзантема

Ответ: 2

65. Для диагностики кори применяют

- 1) бактериологический метод
- 2) РСК
- 3) ИФА
- 4) копрологический метод
- 5) «толстая капля»

Ответ: 3

66. Больной с корью, осложненной пневмонией, может быть переведен для долечивания в соматическое отделение через

- 1) 7 дней от начала болезни
- 2) 21 день от начала болезни

- 3) 15 дней от начала высыпаний
- 4) 25 дней
- 5) 30 дней

Ответ: 3

67. Карантин на контактных по кори, не получивших иммуноглобулин, накладывается на

- 1) 10 дней
- 2) 17 дней
- 3) 21 день
- 4) 7 дней
- 5) 28 дней

Ответ: 2

68. Назначение антибиотиков показано при

- 1) легкой форме кори
- 2) тяжелой форме кори
- 3) среднетяжелой кори
- 4) митигированной кори
- 5) бессимптомной кори

Ответ: 2

69. Возбудители краснухи

- 1) тогавирусы
- 2) герпесвирусы
- 3) спирохеты
- 4) риккетсии
- 5) грибы

Ответ: 1

70. Источник инфекции при краснухе

- 1) пища
- 2) птицы
- 3) вирусоноситель гриппа
- 4) больной краснухой
- 5) грызуны

Ответ: 4

71. Краснухой чаще болеют дети в возрасте

- 1) до 1 года
- 2) 1-7 лет
- 3) 7-10 лет
- 4) 10-14 лет
- 5) старше 14 лет

Ответ: 2

72. Заражение приобретенной краснухой происходит

- 1) трансплацентарно
- 2) через грудное молоко
- 3) воздушно-капельным путем
- 4) контактно-бытовым путем
- 5) фекально-оральным

Ответ: 3

73. Вирус краснухи не имеет тропности к

- 1) нервной системе
- 2) слизистой ротоглотки
- 3) желудочно-кишечному тракту
- 4) лимфоидной ткани

- 5) коже

Ответ: 3

74. Клиническая форма не характерная для краснухи

- 1) врожденная
- 2) приобретенная
- 3) стертая
- 4) висцеральная
- 5) типичная

Ответ: 4

75. Характерные периоды в развитии приобретенной краснухи

- 1) инкубационный, продромальный, период высыпаний, реконвалесценции
- 2) инкубационный, катаральный, период высыпаний, период пигментации
- 3) инкубационный, катарального кашля, спазматического кашля, разрешения
- 4) инкубационный, лихорадочный, период высыпаний, период шелушения
- 5) инкубационный, период нарастания клинических проявлений, период разгара, период угасания клинических проявлений

Ответ: 1

76. Инкубационный период при краснухе

- 1) 2-7 дней
- 2) 1-10 дней
- 3) 12-72 часа
- 4) 11-24 дня
- 5) до 30 дней

Ответ: 4

77. После перенесенной краснухи чаще всего формируется

- 1) типоспецифический иммунитет
- 2) антитоксический иммунитет
- 3) стойкий пожизненный
- 4) нестойкий иммунитет
- 5) антимикробный иммунитет

Ответ: 3

78. Патогномичный симптом для краснухи

- 1) гиперемия и отечность выводного протока околоушной слюнной железы
- 2) белесоватые, мелкие папулы, не снимающиеся тампоном, расположенные на слизистой оболочке щек, возле коренных зубов
- 3) преимущественное увеличение затылочных и заднешейных лимфоузлов, располагающихся в виде цепочки
- 4) двусторонний пленчатый конъюнктивит
- 5) тонзиллит

Ответ: 3

79. Сыпь при краснухе

- 1) пятнистая, пятнисто-папулезная, розового цвета, мелкая, мало склонная к слиянию, располагается на неизменном фоне кожи
- 2) уртикарная, неправильной формы, иногда сливается
- 3) мелкоточечная, милиарная, располагается на гиперемизованном фоне кожи
- 4) пятнисто-папулезная, ярко-розовая, крупная, с тенденцией к слиянию, может быть с геморрагическим компонентом
- 5) розеолезная

Ответ: 1

80. Типичная локализация сыпи при краснухе

- 1) поэтапное распространение сыпи: на лице, туловище, конечностях
- 2) боковые поверхности туловища, со сгущением в естественных складках
- 3) лицо, разгибательные поверхности конечностей, ягодицы
- 4) туловище, конечности, с концентрацией элементов на стопах, кистях и вокруг суставов
- 5) типичная локализация не характерна

Ответ: 3

81. Наиболее характерно увеличение группы лимфатических узлов при краснухе

- 1) тонзиллярных
- 2) подчелюстных
- 3) затылочных
- 4) подмышечных
- 5) паховых

Ответ: 3

82. Наиболее характерное осложнение при краснухе

- 1) пневмония
- 2) лимфаденит
- 3) энцефалит
- 4) пиодермия
- 5) отит

Ответ: 3

83. У ребенка $T\ 37,5^{\circ}\text{C}$, легкие катаральные явления, сразу появилась пятнисто-папулезная сыпь на разгибательных поверхностях конечностей, ягодицах, гиперемия зева, увеличение затылочных и шейных лимфатических узлов. Ваш диагноз?

- 1) энтеровирусная экзантема
- 2) митигированная корь
- 3) краснуха
- 4) эритема Тшамера
- 5) клещевой сыпной тиф

Ответ: 3

84. Эпидемиологическое показание к госпитализации при кори

- 1) тяжелые формы
- 2) микст-инфекция
- 3) осложнения
- 4) дети из лечебных и закрытых учреждений
- 5) среднетяжелые формы

Ответ: 4

85. Больного с приобретенной краснухой изолируют

- 1) до 5 дня после последних высыпаний
- 2) на 7 дней с момента высыпаний
- 3) на 17 дней
- 4) на 21 день
- 5) на 10 дней

Ответ: 2

86. При лечении краснухи на участке следует воздержаться от

- 1) обильного питья
- 2) витаминотерапии
- 3) десенсибилизирующих препаратов
- 4) антибиотикотерапии
- 5) жаропонижающих препаратов

Ответ: 4

87. Карантин на контактных с больным краснухой накладывается

- 1) на 7 дней
- 2) на 10 дней
- 3) на 23 дня
- 4) не накладывается, за ними устанавливается наблюдение
- 5) на 14 дней

Ответ: 4

88. В очаге краснухи в первые 3 дня с постановки диагноза следует привить

- 1) всех
- 2) всех неиммунных, кроме беременных
- 3) только беременных
- 4) прививку не проводить
- 5) только девочек 13 лет

Ответ: 2

89. Активная иммунизация детей против краснухи в нашей стране проводится

- 1) в 3 месяца
- 2) в родильном доме
- 3) в 12 месяцев и ревакцинация в 6 лет
- 4) не проводится
- 5) в 6 месяцев

Ответ: 3

90. Врожденная краснуха характеризуется триадой симптомов

- 1) «саблевидные» голени, зубы Гетчинсона, увеит
- 2) катаракта, пороки сердца, глухота
- 3) уретрит, синовит, глухота
- 4) гипотрофия, анемия, микроцефалия
- 5) пневмония, тромбоцитопеническая пурпура, гепатит

Ответ: 2

- 91.** Возбудитель эритемы Тшамера (многоморфная экссудативная эритема)
- 1) тогавирусы
 - 2) герпесвирусы
 - 3) спирохеты
 - 4) риккетсии
 - 5) парвовирусы

Ответ: 2

- 92.** Характерная для эритемы Тшамера сыпь
- 1) петехиальная
 - 2) мелкая пятнистая
 - 3) гириандообразная эритематозная сыпь, склонная к слиянию
 - 4) узелковая
 - 5) везикулезная

Ответ: 3

- 93.** У ребенка $T = 38^{\circ}\text{C}$, легкие катаральные явления, на 2 день покраснели щеки, на ногах и руках появилась крупная гириандообразная эритематозная сыпь, склонная к слиянию, симметричная. На 3 день сыпь стала бледнеть с центра. Ваш диагноз?
- 1) аллергическая сыпь
 - 2) эритема Тшамера
 - 3) краснуха
 - 4) энтеровирусная экзантема
 - 5) эритема полиморфная экссудативная

Ответ: 2

- 94.** Возбудитель ветряной оспы
- 1) парамиксовирус
 - 2) пикорнавирус
 - 3) Herpesvirus varicella-zoster
 - 4) парвовирус
 - 5) вирус герпеса II типа

Ответ: 3

- 95.** Источник инфекции при ветряной оспе
- 1) больной натуральной оспой
 - 2) больной опоясывающим герпесом
 - 3) больной офтальмогерпесом
 - 4) больной герпетическим гингивостоматитом
 - 5) клинически здоровый вирусоноситель

Ответ: 2

- 96.** Индекс контагиозности при ветряной оспе
- 1) высокий
 - 2) низкий

- 3) 50%
- 4) 20%
- 5) 30%

Ответ: 1

- 97.** Длительность инкубационного периода при ветряной оспе
- 1) 1-7 дней
 - 2) 2-10 дней
 - 3) 11-21 день
 - 4) 24 -72 часа
 - 5) 3 дня

Ответ: 3

- 98.** При ветряной оспе преимущественно поражается железистая ткань
- 1) нет
 - 2) да
 - 3) при легкой форме
 - 4) при среднетяжелой форме
 - 5) при тяжелой форме

Ответ: 1

- 99.** Для сыпи при ветряной оспе истинный полиморфизм характерен
- 1) во всех случаях
 - 2) не характерен
 - 3) при стертой форме заболевания
 - 4) при тяжелой форме заболевания
 - 5) при токсической форме болезни

Ответ: 1

- 100.** Наибольшую тропность вирус ветряной оспы имеет к
- 1) желудочно-кишечному тракту
 - 2) нервной системе
 - 3) легким
 - 4) печени
 - 5) почкам

Ответ: 2

- 101.** Сыпь при ветряной оспе
- 1) пятнистая, пятнисто-папулезная, розового цвета, мелкая, мало склонная к слиянию, располагается на неизменном фоне кожи
 - 2) уртикарная, неправильной формы, иногда сливается
 - 3) папулезно-везикулезная
 - 4) пятнисто-папулезная, ярко-розовая, крупная, с тенденцией к слиянию, может быть с геморрагическим компонентом
 - 5) милиарная

Ответ: 3

- 102.** Показатель, свидетельствующий в пользу легкой формы ветряной оспы
- 1) большое количество сыпи на коже
 - 2) наличие сыпи на слизистых
 - 3) небольшое количество сыпи на коже

- 4) длительность периода высыпания
- 5) выраженность интоксикации

Ответ: 3

103. Условие, определяющее возможность возникновения ветряной оспы у новорожденных

- 1) плохой уход
- 2) отягощенный преморбидный фон
- 3) отсутствие иммунитета у матери
- 4) недостаточное питание
- 5) физиологическая незрелость иммунной системы

Ответ: 3

104. Осложнение ветряной оспы, не связанное с действием самого вируса

- 1) энцефалит
- 2) миелит
- 3) нефрит
- 4) стоматит
- 5) миокардит

Ответ: 5

105. Чаще всего ветряную оспу дифференцируют с

- 1) аллергической реакцией
- 2) импетиго
- 3) скарлатиной
- 4) герпетической инфекцией
- 5) сифилисом

Ответ: 4

106. При лечении ветряной оспы на участке гормоны препаратами выбора

- 1) не являются
- 2) являются при легкой форме болезни
- 3) являются при стертой форме болезни
- 4) являются при наличии осложнений
- 5) являются при опоясывающем лишае

Ответ: 1

107. При лечении тяжелых форм ветряной оспы в стационаре используют

- 1) амброгексал
- 2) ацикловир
- 3) дексон
- 4) дибазол
- 5) арбидол

Ответ: 2

108. Консультация хирурга требуется при

- 1) кератоконъюнктивите
- 2) миелите
- 3) флегмоне
- 4) стрептодермии
- 5) пневмонии

Ответ: 3

109. Антибиотики при ветряной оспе назначаются при

- 1) энцефалите
- 2) среднетяжелых формах
- 3) возникновении гнойных осложнений
- 4) конъюнктивите
- 5) нарушении сознания

Ответ: 3

110. Применение ГКС при ветряной оспе показано при

- 1) наличии высыпаний на слизистых
- 2) возникновении гнойных осложнений
- 3) развитии энцефалита
- 4) при развитии рудиментарной формы
- 5) с целью профилактики осложнений

Ответ: 3

111. Для ветряночного энцефалита характерно

- 1) нарушения сознания
- 2) вялые параличи конечностей
- 3) неукротимая рвота
- 4) нарушение координации
- 5) выраженная гиперестезия

Ответ: 4

112. При ветряночном энцефалите чаще поражается

- 1) кора мозга
- 2) подкорковые структуры
- 3) мозжечок
- 4) ствол мозга
- 5) мост

Ответ: 3

113. У больного ветряной оспой на 3 день болезни появился лающий кашель, осиплый голос, затрудненный вдох. Какой диагноз более вероятен?

- 1) обструктивный бронхит
- 2) инородное тело гортани
- 3) папилломатоз гортани
- 4) ветряночный круп
- 5) бронхиолит

Ответ: 4

114. Больной 2 лет заболел остро с $T - 38^{\circ}\text{C}$, легкие катаральные явления, мелкоточечная сыпь на коже. На следующий день на волосистой части головы появились пятна, папулы, везикулы. Ваш диагноз?

- 1) скарлатина
- 2) аллергоз
- 3) ветряная оспа
- 4) герпетическая инфекция
- 5) псевдотуберкулез

Ответ: 3

115. Метод диагностики, никогда не используемый при ветряной оспе

- 1) клинический
- 2) эпидемиологический

- 3) развернутый анализ крови
- 4) серологический
- 5) бактериологический

Ответ: 5

116. Больные ветряной оспой изолируются из коллектива

- 1) на 12 дней
- 2) на 7 дней
- 3) до 10 дней с момента последних высыпаний
- 4) до 5 дня с момента последних высыпаний
- 5) не изолируются

Ответ: 4

117. Возникновение заболевания у новорожденного следует расценивать как врожденную ветряную оспу до

- 1) 26 дня
- 2) 23 дня
- 3) 17 дня
- 4) 12 дня
- 5) 5 дня

Ответ: 4

118. Карантин контактных в очаге ветряной оспы

- 1) 11 дней
- 2) 17 дней
- 3) 21 день
- 4) 30 дней
- 5) не накладываются

Ответ: 3

119. В нашей стране плановая вакцинация детей от ветряной оспы осуществляется в

- 1) 3 месяца
- 2) 12 месяцев
- 3) 18 месяцев
- 4) не осуществляется
- 5) 3 года

Ответ: 4

120. Опоясывающий герпес вызывается

- 1) герпеса I типа
- 2) герпеса II типа
- 3) варицелла-зостер
- 4) вирусом Эпштейна-Барр
- 5) цитомегаловирусом

Ответ: 3

121. Возбудитель опоясывающего герпеса

- 1) парамиксовирус
- 2) Herpesvirus varicella-zoster
- 3) пикорнавирус
- 4) парвовирус
- 5) цитомегаловирус

Ответ: 2

122. Общий симптом ветряной оспы и опоясывающего герпеса

- 1) кашель
- 2) рвота
- 3) судороги
- 4) боль по ходу нервных стволов
- 5) везикулезная сыпь на коже

Ответ: 5

123. Развитие опоясывающего герпеса возможно лишь у человека, перенесшего

- 1) простой герпес I типа
- 2) ветряную оспу
- 3) инфекционный мононуклеоз
- 4) цитомегаловирусную инфекцию
- 5) простой герпес II типа

Ответ: 2

124. У ребенка 10 месяцев с атопическим дерматитом в течение 7 дней подсыпает везикулезная сыпь на лице, руках, $T = 39^{\circ}\text{C}$. Лицо отечное, гиперемировано, корочки, трещины, эрозии. Слизистая рта, губ отечная, кровоточит. Ваш диагноз?

- 1) ветряная оспа
- 2) сифилис
- 3) детская экзема
- 4) герпетиформная экзема Капоши
- 5) везикулопустулез

Ответ: 4

125. Ребенок 2 лет, $T = 39^{\circ}\text{C}$, слизистая рта, щек кровоточит, гиперемирована, на ней отмечаются до 15 пузырьковых высыпаний и грязно-серые наложения, увеличены и болезненны подчелюстные лимфоузлы. У мамы отмечается HERPES LABIALIS. Ваш диагноз?

- 1) дифтерия ротоглотки
- 2) афтозный стоматит
- 3) корь
- 4) герпетический стоматит
- 5) ветряная оспа

Ответ: 4

126. Ребенок 12 лет в тяжелом состоянии, $T = 40^{\circ}\text{C}$, на туловище, руках, ногах до 10 участков сгруппированных везикул на инфильтрированном основании. Ваш диагноз?

- 1) синдром Стивенса-Джонсона
- 2) сифилис
- 3) герпетическая инфекция, диссеминированная кожная форма
- 4) тяжелая ветряная оспа
- 5) везикулопустулез

Ответ: 3

127. Одна из причин рецидивирования герпетической инфекции

- 1) повторное инфицирование

- 2) персистенция вируса при недостаточности иммунной системы
- 3) суперинфекция
- 4) ко-инфекция
- 5) рецидивы не характерны

Ответ: 2

128. Больного герпетической инфекцией госпитализируют при

- 1) локализованном поражении кожи
- 2) стоматите
- 3) herpes labialis
- 4) герпетической экземе Капоши
- 5) простом герпесе II типа, локализованное поражение

Ответ: 4

129. Герпетическая экзема чаще возникает у детей, страдающих

- 1) атопическим дерматитом
- 2) частыми ОРВИ
- 3) хроническим энтероколитом
- 4) гемофилией
- 5) избыточным весом

Ответ: 1

130. Наиболее частая форма герпетической инфекции у детей старшего возраста

- 1) офтальмогерпес
- 2) поражение кожи
- 3) стоматит
- 4) энцефалит
- 5) генерализованная форма

Ответ: 2

131. Обследование на ВИЧ-инфекцию проводится при

- 1) локальной кожной форме герпеса
- 2) герпетическом стоматите
- 3) герпетическом энцефалите
- 4) генерализованной герпетической инфекции
- 5) генитальном герпесе

Ответ: 4

132. При тяжелых формах герпетической инфекции назначают

- 1) бисептол
- 2) зовиракс (ацикловир)
- 3) диакарб
- 4) фуросолидон
- 5) амоксицилин

Ответ: 2

133. Ребенок поступил на 5 день с жалобами на температуру до 39°C, вялость, храпящее дыхание. Носом не дышит, лакунарная ангина, увеличение шейных групп лимфоузлов до 3 см, печень и селезенка + 3 см. В крови лейкоциты –

13 тыс., атипичные мононуклеары – 15%.
Ваш диагноз?

- 1) лимфогранулематоз
- 2) ангина лакунарная
- 3) инфекционный мононуклеоз
- 4) грибковая ангина
- 5) аденовирусная инфекция

Ответ: 3

134. Клинический симптом инфекционного мононуклеоза

- 1) геморрагический конъюнктивит
- 2) геморрагически-некротическая сыпь
- 3) милиарная сыпь
- 4) боли в суставах
- 5) полиадения

Ответ: 5

135. Симптом инфекционного мононуклеоза

- 1) геморрагическая сыпь на коже
- 2) парезы конечностей
- 3) гепатоспленомегалия
- 4) лающий кашель
- 5) экспираторная одышка

Ответ: 3

136. Увеличение печени и селезенки – общие симптомы для инфекционного мононуклеоза и...

- 1) дифтерии ротоглотки локализованной
- 2) крупы при ОРВИ
- 3) аденовирусной инфекции
- 4) краснухи
- 5) скарлатины, среднетяжелой формы

Ответ: 3

137. Характерный симптом для инфекционного мононуклеоза

- 1) гнойный шейный лимфаденит
- 2) заложенность носа в отсутствие отделяемого
- 3) пленчатый конъюнктивит
- 4) суставной синдром
- 5) мелкоточечная сыпь

Ответ: 2

138. При лечении больных инфекционным мононуклеозом применяются

- 1) транквилизаторы
- 2) бета-блокаторы
- 3) иммуномодуляторы
- 4) препараты хондроитина-сульфата
- 5) ничего из перечисленного

Ответ: 5

139. Менингоэнцефалический синдром характерен для инфекционного мононуклеоза

- 1) да
- 2) нет
- 3) при легкой форме

4) при среднетяжелой форме

5) при стертой форме

Ответ: 2

140. Возбудитель инфекционного мононуклеоза

- 1) стафилококк
- 2) палочка Афанасьева – Пфейфера
- 3) стрептококк
- 4) вирус Эпштейн-Барр
- 5) парамиксовирусы

Ответ: 4

141. При инфекционном мононуклеозе заложность носа связана с

- 1) катарально-экссудативным ринитом
- 2) наличием фибриновой пленки
- 3) грибковыми наложениями
- 4) увеличением носоглоточной миндалины
- 5) особенностями анатомического строения носоглотки

Ответ: 4

142. Нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом влево – характерное изменение периферической крови при инфекционном мононуклеозе

- 1) да
- 2) нет
- 3) при легкой форме
- 4) при среднетяжелой форме
- 5) при стертой форме

Ответ: 2

143. У ребенка T-39°C 7 дней, затруднено носовое дыхание, отделяемого нет. Шейные группы лимфоузлов пакетами до 5-6 см, остальные периферические лимфоузлы до 1 см. Миндалины III ст., с гнойными наложениями (-) ткань. Печень + 5 см, селезенка + 2 см. Ваш диагноз?

- 1) дифтерия ротоглотки
- 2) инфекционный мононуклеоз
- 3) флегмонозная ангина
- 4) ОРВИ, пленчатая ангина
- 5) лимфогранулематоз

Ответ: 2

144. Клинический симптом, наиболее характерный для инфекционного мононуклеоза

- 1) полиаденит
- 2) конъюнктивит
- 3) кожные высыпания
- 4) ринит
- 5) трахеобронхит

Ответ: 1

145. Препарат, противопоказанный при инфекционном мононуклеозе из-за частых токсико-аллергических реакций

- 1) анальгин
- 2) парацетамол
- 3) амоксициллин
- 4) эритромицин
- 5) интерферон

Ответ: 3

146. Инфекционный мононуклеоз следует дифференцировать с

- 1) крупом при ОРВИ
- 2) аденовирусной инфекцией
- 3) скарлатиной
- 4) иерсиниозной инфекцией
- 5) менингококковой инфекцией

Ответ: 2

147. Возбудители инфекционного мононуклеоза

- 1) грибы
- 2) простейшие
- 3) герпесвирусы
- 4) стрептококк
- 5) гемофильная палочка

Ответ: 3

148. Синдром инфекционного мононуклеоза может быть вызван

- 1) цитомегаловирусом
- 2) гемофильной палочкой
- 3) стрептококком группы А
- 4) токсигенной коринебактерией дифтерии
- 5) грибами рода candida

Ответ: 1

149. Инфекционный мононуклеоз дифференцируют с

- 1) менингококковой инфекцией
- 2) острыми вялыми параличами
- 3) дифтерией ротоглотки
- 4) ветряной оспой
- 5) коклюшем

Ответ: 3

150. В остром периоде инфекционного мононуклеоза Эпштейн-Барр вирусной этиологии выявляются

- 1) в гемограмме нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом
- 2) IgM VCA VEB «+»
- 3) IgM CMV «+»
- 4) IgG EBNA VEB «+»
- 5) IgG CMV «+»

Ответ: 2

151. Путь передачи инфекционного мононуклеоза

- 1) воздушно-капельный

Ответ: 1

164. Симптом инфекционного мононуклеоза

- 1) генерализованная лимфаденопатия
- 2) ложно-полиморфная сыпь
- 3) менингеальные
- 4) тонические судороги
- 5) изменения в ликворе

Ответ: 1

165. Симптом инфекционного мононуклеоза

- 1) мелкоточечная сыпь на коже
- 2) пятна Бельского-Филатова-Коплика
- 3) образование «пакетов» шейных лимфатических узлов
- 4) преимущественное увеличение затылочных лимфоузлов
- 5) шелушение и пигментация кожных покровов

Ответ: 3

166. Вирус гриппа относится к семейству

- 1) реовирусов
- 2) пикорнавирусов
- 3) ортомиксовирусов
- 4) ретровирусов
- 5) герпесвирусов

Ответ: 3

167. Изменчивость антигенной структуры наиболее характерна для вируса гриппа

- 1) А
- 2) В
- 3) С
- 4) D
- 5) E

Ответ: 1

168. Для экспресс-диагностики аденовирусной инфекции применяется реакция

- 1) РСК
- 2) РТГА
- 3) иммунофлюоресценции
- 4) ИФА
- 5) РНГА

Ответ: 3

169. Для гриппа характерно

- 1) высокая температура
- 2) тонзиллит с наложениями
- 3) увеличение печени и селезенки
- 4) лимфоузлы «пакетами»
- 5) изменения в ликворе

Ответ: 1

170. Типичные осложнения гриппа

- 1) пневмония
- 2) орхит
- 3) разрыв селезенки
- 4) менингит
- 5) энцефалит

Ответ: 1

171. При тяжелом гриппе больному 10 лет назначают

- 1) пенициллин
- 2) осельтамивир
- 3) ацикловир
- 4) цефтриаксон
- 5) тиенам

Ответ: 2

172. Для аденовирусной инфекции характерен

- 1) пленчатый конъюнктивит
- 2) артралгия
- 3) менингеальные знаки
- 4) очаговые симптомы
- 5) скудные катаральные явления

Ответ: 1

173. Сегментарный отек легких наблюдается при

- 1) парагриппе
- 2) микоплазменной инфекции
- 3) гриппе
- 4) инфекционном мононуклеозе
- 5) герпетической инфекции

Ответ: 3

174. Аденовирусная инфекция чаще наблюдается у детей

- 1) новорожденные
- 2) первого года жизни
- 3) 1-3 лет
- 4) 5-7 лет
- 5) 10-12 лет

Ответ: 3

175. Фарингоконъюнктивальная лихорадка характерна для

- 1) риновирусной инфекции
- 2) гриппа
- 3) аденовирусной инфекции
- 4) скарлатины
- 5) иерсиниозной инфекции

Ответ: 3

176. Пленчатый конъюнктивит характерен для

- 1) гриппа
- 2) аденовирусной инфекции
- 3) респираторно-синцитиальной инфекции
- 4) гриппа
- 5) парагриппа

Ответ: 2

177. Для риновирусной инфекции характерен

- 1) упорный насморк
- 2) бронхит
- 3) лимфаденит
- 4) гепатомегалия
- 5) спленомегалия

Ответ: 1

178. Для тяжелой формы гриппа характерна

- 1) гипертермия
- 2) субфебрильная температура
- 3) лимфаденит
- 4) гепатомегалия
- 5) спленомегалия

Ответ: 1

179. Бронхиолит у грудных детей характерен для

- 1) парагриппа
- 2) респираторно-синцитиальной инфекции
- 3) аденовирусной инфекции
- 4) инфекционного мононуклеоза
- 5) риновирусной инфекции

Ответ: 2

180. Показание к госпитализации при ОРВИ

- 1) субфебрильная температура
- 2) сухой кашель
- 3) инспираторная одышка
- 4) легкое недомогание
- 5) снижение аппетита

Ответ: 3

181. При парагриппе часто наблюдается

- 1) артралгия
- 2) экзантема
- 3) синдром крупа
- 4) гепатомегалия
- 5) очаговая симптоматика

Ответ: 3

182. Синдром крупа характерен для

- 1) парагриппа
- 2) риновирусной инфекции
- 3) аденовирусной инфекции
- 4) цитомегаловирусной инфекции
- 5) ВЭБ-инфекции

Ответ: 1

183. Синдром крупа чаще встречается в возрасте

- 1) первые три месяца жизни
- 2) 6 месяцев-3 года
- 3) от 5 лет
- 4) 5-10 лет
- 5) 10-12 лет

Ответ: 2

184. Для синдрома крупа в начале болезни характерна одышка

- 1) экспираторная
- 2) инспираторная
- 3) смешанная
- 4) как инспираторная, так и экспираторная
- 5) одышка не характерна

Ответ: 2

185. Экспираторная одышка характерна для

- 1) крупа
- 2) бронхиолита
- 3) риновирусной инфекции
- 4) инфекционного мононуклеоза
- 5) ветряной оспы

Ответ: 2

186. Какое осложнение чаще всего развивается при респираторном крупе

- 1) менингит
- 2) отит
- 3) трахеобронхит
- 4) энцефалит
- 5) орхит

Ответ: 3

187. Сроки развития бактериальных осложнений при респираторном крупе

- 1) с первого дня болезни
- 2) 3-4 день болезни
- 3) с 7-го дня болезни
- 4) на второй неделе болезни
- 5) на третьей неделе болезни

Ответ: 3

188. Круп реже развивается у детей с

- 1) аллергией
- 2) перинатальным поражением ЦНС
- 3) тимомегалией
- 4) нормотрофией
- 5) избыточным весом

Ответ: 4

189. Для крупа III степени характерно

- 1) громкий голос
- 2) затрудненный вдох при беспокойстве
- 3) цианоз кожи и слизистых
- 4) «лающий» кашель
- 5) отсутствие втяжений податливых мест грудной клетки

Ответ: 3

190. Дыхательная недостаточность развивается при

- 1) крупе I степени
- 2) крупе II степени
- 3) риновирусной инфекции
- 4) цитомегаловирусной инфекции
- 5) скарлатине

Ответ: 2

191. У больного в возрасте 2 лет диагностировано ОРВИ, круп II степени (субкомпенсированный). Лечение в течение 4-х часов в отделении не эффективно. Ваша тактика?

- 1) продолжить назначенный курс

- 2) перевод больного в отделение реанимации
- 3) усилить антибактериальную терапию
- 4) назначить ингаляции с лазолваном
- 5) назначить эуфиллин per os

Ответ: 2

192. Перевод больных с крупом в реанимационное отделение показан при

- 1) крупе I-II степени
- 2) стойкой осиплостью голоса
- 3) крупе III степени
- 4) грубом кашле
- 5) фебрильной температуре

Ответ: 3

193. При лечении больных с крупом III степени следует отдать предпочтение

- 1) пенициллину
- 2) цефалоспорины
- 3) фурацилину
- 4) фуразолидону
- 5) ацикловиру

Ответ: 2

194. Изоляция больных гриппом проводится на

- 1) 1-3 дня
- 2) 7 дней
- 3) 14 дней
- 4) 5 дней
- 5) 12 дней

Ответ: 4

195. Возбудитель коклюша

- 1) B. Pertussis
- 2) B. Parapertussis
- 3) B. Anthracis
- 4) Br. Suis
- 5) St. Aureus

Ответ: 1

196. Источник инфекции при коклюше

- 1) мышевидный грызун
- 2) бактерионоситель
- 3) пища
- 4) больной стертой формой
- 5) животные семейства кошачьих

Ответ: 2

197. Заражение коклюшем происходит

- 1) трансплацентарно
- 2) воздушно-капельным путем
- 3) трансмиссивно
- 4) контактно-бытовым путем
- 5) половым путем

Ответ: 2

198. Для типичного коклюша характерно

- 1) отсутствие первичного токсикоза в период катарального кашля
- 2) выраженные катаральные явления

- 3) появление сыпи на фоне высокой температуры
- 4) положительный эффект от лечения пенициллином в катаральный период кашля

- 5) геморрагический синдром

Ответ: 1

199. Показатель тяжести коклюша

- 1) цитоз в ликворе
- 2) частота приступов кашля
- 3) выраженность катаральных явлений
- 4) кератоконъюнктивит
- 5) наличие пленчатого конъюнктивита

Ответ: 2

200. Для коклюша характерно осложнение

- 1) геморрагический конъюнктивит
- 2) разрыв селезенки
- 3) бронхит и пневмония
- 4) кровоизлияния в кожу
- 5) гепатит

Ответ: 3

201. У детей первого года жизни вместо репризов может возникнуть

- 1) диарея
- 2) мозговой крик
- 3) тремор
- 4) апноэ
- 5) гепатит

Ответ: 4

202. Для коклюша типичен

- 1) гипертермия
- 2) пленчатый тонзиллит
- 3) приступообразный кашель с судорожным вдохом
- 4) гепатомегалия
- 5) спленомегалия

Ответ: 3

203. Коклюш в период спазматического кашля необходимо дифференцировать с

- 1) скарлатиной
- 2) иерсиниозной инфекцией
- 3) ТБЦ внутригрудных лимфатических узлов
- 4) бронхиолитом
- 5) менингококковой инфекцией

Ответ: 4

204. При типичном коклюше период спазматического кашля длится

- 1) 1-2 недели
- 2) 2-4 недели
- 3) 4-6 недель
- 4) 7-10 дней
- 5) 3 месяца

Ответ: 2

- 205.** Для лечения больных коклюшем назначают
- 1) тиенам
 - 2) левомицетин
 - 3) макролиды
 - 4) тетрациклин
 - 5) амоксициллин

Ответ: 3

- 206.** К коклюшу восприимчивы
- 1) только дети раннего возраста
 - 2) только дети
 - 3) как дети, так и взрослые любого возраста
 - 4) только взрослые
 - 5) подростки

Ответ: 3

- 207.** В патогенезе коклюша наиболее важным является
- 1) действие коклюшного токсина и термолабильного токсина на организм
 - 2) возникновение выраженной бактериемии
 - 3) выраженная вирусемия
 - 4) проницаемость сосудистой стенки
 - 5) нарушение Т-хелперного звена иммунитета

Ответ: 1

- 208.** После выписки ребенка с коклюшем из стационара воздерживаются от назначения
- 1) отвара корня валерьяны или мяты перечной
 - 2) витаминов
 - 3) антибиотиков
 - 4) прогулок на свежем воздухе
 - 5) щадящего режима труда и отдыха

Ответ: 3

- 209.** Ребенок 4-х лет. Диагноз «Коклюш, типичный, легкая форма». Какой из перечисленных препаратов следует исключить из назначенных?
- 1) эритромицин
 - 2) либексин
 - 3) преднизолон
 - 4) поливитамины
 - 5) витамин Д

Ответ: 3

- 210.** В катаральном периоде коклюша кашель носит приступообразный характер
- 1) верно
 - 2) неверно
 - 3) да, при легкой форме
 - 4) да, при среднетяжелой форме
 - 5) да, при тяжелой форме

Ответ: 2

- 211.** Для профилактики коклюша в нашей стране применяют
- 1) живую ослабленную вакцину
 - 2) аттенуированную вакцину
 - 3) АКДС-вакцину
 - 4) АДС-анатоксин
 - 5) вакцину Л-16

Ответ: 3

- 212.** Всеобщая вакцинация против коклюша в нашей стране начинается
- 1) с 6 месяцев жизни
 - 2) с 3 месяцев жизни
 - 3) с 12 месяцев жизни
 - 4) по желанию родителей
 - 5) с 3 лет

Ответ: 2

- 213.** Правильная последовательность периодов коклюша
- 1) катаральный, инкубационный, спазматический, разрешения
 - 2) инкубационный, спазматический, катаральный, разрешения
 - 3) инкубационный, катаральный, спазматический, разрешения
 - 4) спазматический, катаральный, разрешения
 - 5) инкубационный, спазматический, катаральный

Ответ: 3

- 214.** Кашель с репризами характерен для
- 1) кори
 - 2) синдрома крупа
 - 3) коклюша
 - 4) пневмонии
 - 5) ОРВИ

Ответ: 3

- 215.** Приступы спазматического кашля ослабевают
- 1) во время сна
 - 2) при кормлении горячей пищей
 - 3) на свежем воздухе
 - 4) при кормлении острой пищей
 - 5) при вдыхании нагретого воздуха

Ответ: 3

- 216.** Симптом, характерный для тяжелой формы коклюша
- 1) количество приступов спазматического кашля 15-20 в сутки.
 - 2) количество реприз до 6 раз за приступ кашля
 - 3) иногда после приступа спазматического кашля появляется рвота
 - 4) количество приступов спазматического кашля более 30 в сутки

- 5) после приступа кашля не появляется цианоз кожных покровов

Ответ: 4

217. В ДИБ доставлен ребенок с диагнозом «Коклюш, типичный, среднетяжелая форма». На 10 день болезни у ребенка выраженная бледность кожи, тремор конечностей, периодически судороги, остановки дыхания. Как расценить данное состояние?

- 1) энцефалит
- 2) менингит
- 3) отек мозга
- 4) энцефалопатия
- 5) кровоизлияние в мозг

Ответ: 4

218. Для клиники коклюша у привитых детей характерно

- 1) развитие стертой формы, без спазматического кашля и осложнений, с редкими гематологическими сдвигами
- 2) приступы спазматического кашля, заканчивающиеся рвотой, энцефалопатией и «коклюшным легким»
- 3) высокая частота осложнений, в частности, ателектазов
- 4) высокая частота развития энцефалопатии
- 5) высокая частота развития энцефалита

Ответ: 1

219. Лечение коклюша на дому возможно в следующих случаях

- 1) тяжелая форма болезни
- 2) среднетяжелая форма
- 3) легкая форма
- 4) коклюш у детей 1-го года жизни
- 5) ребенок с отягощенным преморбидным фоном

Ответ: 3

220. Диагностический титр антител при проведении РПГА с коклюшным диагностикумом

- 1) 1:20
- 2) 1:40
- 3) 1: 80
- 4) 1: 100
- 5) 1:1000

Ответ: 3

221. Наиболее вероятный диагноз при обнаружении тяжелого состояния ребенка, высокой лихорадки, гиперестезии, геморрагической сыпи на коже

- 1) грипп с геморрагическим синдромом

- 2) менингококковая инфекция
- 3) токсическая скарлатина
- 4) пневмококковая инфекция
- 5) геморрагический васкулит

Ответ: 2

222. Антибиотик на догоспитальном этапе при менингококцемии

- 1) пенициллин
- 2) ампициллин
- 3) левомицетина сукцинат
- 4) цефтриаксон
- 5) эритромицин

Ответ: 3

223. Без какого симптома невозможно заподозрить менингококцемию

- 1) гипертермия
- 2) повторная рвота
- 3) геморрагическая сыпь
- 4) менингеальные знаки
- 5) головная боль

Ответ: 3

224. Локализованная форма менингококковой инфекции

- 1) менингококцемия
- 2) менингит
- 3) назофарингит
- 4) менингоэнцефалит
- 5) тонзиллит

Ответ: 3

225. Для менингококцемии характерен

- 1) геморрагическая сыпь
- 2) высокая температура
- 3) гиперестезия
- 4) лакунарный тонзиллит
- 5) частое развитие ИТШ

Ответ: 4

226. В периферической крови при менингококковой инфекции характерны

- 1) лейкоцитоз и нейтрофилез
- 2) лейкопения и лимфоцитоз
- 3) лейкопения и моноцитоз
- 4) лейкоцитоз и лимфоцитоз
- 5) лейкопения и нейтрофиллез

Ответ: 1

227. При менингококковом назофарингите применяется антибиотик

- 1) канамицин
- 2) полимиксин
- 3) рифампицин
- 4) амикацин
- 5) меронем

Ответ: 3

- 228.** Сыпь, патогномичная для менингококцемии
- 1) везикулезная
 - 2) геморрагически-некротическая
 - 3) мелкоточечная
 - 4) пятнисто-папулезная
 - 5) полиморфная
- Ответ:** 2
- 229.** Ребенку 3 года, диагноз «Менингококковая инфекция, генерализованная форма, менингококцемия». Какой антибиотик нужно назначить?
- 1) пенициллин
 - 2) гентамицин
 - 3) левомицетина сукцинат
 - 4) цефтриаксон
 - 5) эритромицин
- Ответ:** 4
- 230.** Для ИТШ II степени при менингококковой инфекции характерно
- 1) раннее появление геморрагической сыпи
 - 2) анурия
 - 3) повышение АД на 30 мм.рт.ст.
 - 4) кома
 - 5) гипотермия
- Ответ:** 5
- 231.** Антибиотик при менингококцемии с ИТШ
- 1) ампициллин
 - 2) левомицетина сукцинат
 - 3) ристомицин
 - 4) цефтриаксон
 - 5) цефазолин
- Ответ:** 4
- 232.** Характер ликвора при менингококковом менингите
- 1) мутный, нейтрофильный цитоз
 - 2) прозрачный, лимфоцитарный цитоз
 - 3) прозрачный, цитоз 5 клеток
 - 4) опалесцирующий, 8 клеток
 - 5) прозрачный, 80 клеток
- Ответ:** 1
- 233.** Ребенку 5 лет, заболел остро, температура 39,8°C, сильная головная боль, повторная рвота. Выраженная бледность кожных покровов, определяются все менингеальные знаки. Предполагаемый диагноз?
- 1) энтеровирусный менингит
 - 2) менингококковый менингит
 - 3) туберкулезный менингит
 - 4) пневмококковый менингит
 - 5) Нib-менингит
- Ответ:** 2
- 234.** Для менингококкового менингита не характерно
- 1) высокая температура
 - 2) повторная рвота
 - 3) головная боль
 - 4) выраженные менингеальные знаки
 - 5) диссоциация менингеальных знаков
- Ответ:** 5
- 235.** Антибиотик для лечения менингококкового менингита
- 1) оксациллин
 - 2) гентамицин
 - 3) цефтриаксон
 - 4) ампициллин
 - 5) цефазолин
- Ответ:** 3
- 236.** Не используется для вспомогательной диагностики менингококковой инфекции
- 1) бактериологический
 - 2) компьютерная томография
 - 3) РПГА
 - 4) РЛА
 - 5) ПЦР
- Ответ:** 2
- 237.** Сроки постельного режима при менингококковом менингите
- 1) 7 дней
 - 2) 14 дней
 - 3) через 3 дня после нормализации температуры
 - 4) 10 дней
 - 5) 21 день
- Ответ:** 3
- 238.** Сроки выписки больных с менингококковой генерализованной формой инфекции,
- 1) через 14 дней
 - 2) через 21 день
 - 3) через 7 дней
 - 4) через 10 дней
 - 5) через 30 дней
- Ответ:** 4
- 239.** Ребенок 2 года, заболел остро, повысилась Т-39°C, беспокойство, однократная рвота, через 8 часов появилась сыпь. Объективно: бледность кожных покровов, геморрагическая сыпь на нижних конечностях, положительные менингеальные знаки. Ваш диагноз?
- 1) менингококковая инфекция, генерализованная форма, менингококцемия, менингит
 - 2) энтеровирусная инфекция, экзантема, менингит
 - 3) пневмококковый менингит

- 4) токсический грипп
5) геморрагический васкулит
Ответ: 1
- 240.** Антибиотик на догоспитальном этапе при менингококковом менингите
1) пенициллин
2) левомецетина сукцинат
3) гентамицин
4) цефазолин
5) максипим
Ответ: 2
- 241.** Путь передачи менингококковой инфекции
1) воздушно-капельный
2) фекально-оральный
3) контактный
4) трансмиссивный
5) трансплацентарный
Ответ: 1
- 242.** Менингеальные формы менингококковой инфекции чаще развиваются у
1) детей раннего возраста
2) дошкольников
3) школьников
4) взрослых
5) в старческом возрасте
Ответ: 2
- 243.** Рвота при менингококковом менингите возникает
1) после приема пищи
2) по утрам
3) не связана с приемом пищи
4) в вечернее время
5) ночью
Ответ: 3
- 244.** Отменить антибиотик при менингококковом менингите можно при цитозе в ликворе
1) 1000 клеток в 1 мкл
2) менее 100 клеток в 1 мкл, лимфоцитарный цитоз
3) возрастная норма
4) 50 клеток в 1 мл
5) 30 клеток в 1 мкл
Ответ: 2
- 245.** Причина летального исхода при менингококцемии
1) острая дыхательная недостаточность
2) отек мозга
3) инфекционно-токсический шок
4) острая сердечная недостаточность
5) полиорганная недостаточность
Ответ: 3
- 246.** Наблюдение за контактными лицами в очаге менингококковой инфекции
1) 10 дней
2) 21 день
3) 7 дней
4) 17 дней
5) 30 дней
Ответ: 1
- 247.** Энтеновирусы относятся к семейству
1) миксовирусов
2) аденовирусов
3) пикорнавирусов
4) реовирусов
5) риновирусов
Ответ: 3
- 248.** Офтальмотропностью обладают энтеровирусы
1) Echo 19
2) энтеровирус 70
3) энтеровирус 71
4) энтеровирус 16
5) коксаки В
Ответ: 2
- 249.** Энтеновирусы длительно не сохраняются в
1) воде водопроводной
2) продуктах
3) воде речной
4) очищенных сточных водах
5) осадке сточных вод
Ответ: 2
- 250.** Энтеновирусной инфекцией болеют чаще дети в возрасте
1) новорожденные
2) от 3 до 10 лет
3) от 1 до 3-х лет
4) от 14 до 17 лет
5) от 1 месяца до 12 месяцев
Ответ: 2
- 251.** Индекс контагиозности энтеровирусной инфекции
1) 80%
2) 10-20%
3) не контагиозная
4) 30-50%
5) 85-98%
Ответ: 2
- 252.** Клиническая форма энтеровирусной инфекции
1) фоликулярная ангина
2) герпетическая ангина
3) лакунарная ангина
4) некротическая ангина
5) пленчатая ангина
Ответ: 2

253. Характеристика сыпи при энтеровирусной инфекции

- 1) одномоментное появление сыпи на лице, туловище, конечностях
- 2) оставляет пигментацию, шелушение
- 3) мелкопятнистая сыпь на неизменном фоне кожи
- 4) этапность высыпания
- 5) симптом «капюшона, перчаток, носков»

Ответ: 1

254. Не характерен механизм передачи возбудителя при энтеровирусной инфекции

- 1) воздушно-капельный
- 2) алиментарный
- 3) контактно-бытовой
- 4) трансплацентарный
- 5) половой

Ответ: 5

255. Энтеровирусная миалгия характеризуется

- 1) интоксикацией
- 2) приступообразными болями в мышцах рук, ног
- 3) парезом нижних конечностей
- 4) головокружением
- 5) рвотой

Ответ: 2

256. Сезонность энтеровирусной инфекции

- 1) летне-осенняя
- 2) зимняя
- 3) зимне-весенняя
- 4) осенне-зимняя
- 5) весенняя

Ответ: 1

257. Для геморрагического конъюнктивита не характерно

- 1) интоксикация
- 2) склерит, конъюнктивит
- 3) боль в области лица
- 4) увеличение шейных лимфоузлов
- 5) повышение температуры

Ответ: 4

258. У ребенка 6 месяцев, находящегося в соматическом стационаре с пневмонией, ухудшилось состояние, температура 39°C, усилились катаральные симптомы, появился конъюнктивит, склерит, через 2 дня изменился цвет радужки, форма зрачка. Ваш диагноз?

- 1) аденовирусный конъюнктивит
- 2) острый геморрагический конъюнктивит
- 3) энтеровирусный увеит
- 4) герпетический кератит

5) герпетическая экзема Капоши

Ответ: 3

259. У ребенка 2 лет в течение 3 дней T-39°C, беспокойство, заложенность носа, покашливание, увеличение лимфатических узлов, в зеве яркая гиперемия, на 4 день температура начала снижаться и на коже появилась пятнистая сыпь. Ваш диагноз?

- 1) корь
- 2) краснуха
- 3) энтеровирусная экзантема
- 4) скарлатина
- 5) аллергоз

Ответ: 3

260. Обнаруживают при герпетической ангине

- 1) везикулы на дужках, малом языке
- 2) пленчатые наложения на миндалинах
- 3) наложения по лакунам
- 4) язвенно-некротические наложения
- 5) фолликулярные наложения

Ответ: 1

261. Для менингита энтеровирусной этиологии не характерны изменения в ликворе

- 1) прозрачный
- 2) 3-4-х-значный цитоз за счет нейтрофилов
- 3) реакция Панди слабо положительная
- 4) давление повышено
- 5) 2-3-х-значный лимфоцитарный

Ответ: 2

262. При энтеровирусной миалгии характерны боли

- 1) головные
- 2) суставные
- 3) мышечные
- 4) сердечные
- 5) почечная колика

Ответ: 3

263. При энтеровирусном менингите характерны

- 1) выраженные менингеальные знаки
- 2) диссоциация менингеальных знаков
- 3) отсутствие менингеальных знаков
- 4) слабо выраженные менингеальные знаки
- 5) выбухание большого родничка

Ответ: 2

264. Клиническая форма энтеровирусной инфекции

- 1) пневмония
- 2) герпетическая ангина
- 3) лимфаденит
- 4) артрит
- 5) гломерулонефрит

Ответ: 2

265. Энцефалит лечится

- 1) ампициллином
- 2) смектой
- 3) петлевыми диуретиками, дексаметазоном
- 4) анальгином
- 5) адреналином

Ответ: 3

266. При энтеровирусной инфекции имеет место

- 1) кератоконъюнктивит
- 2) увеит
- 3) геморрагическая сыпь
- 4) олигоурия
- 5) птоз

Ответ: 1

267. При энтеровирусном менингите строго постельный режим назначается на

- 1) 7 дней
- 2) не назначается
- 3) 14 дней
- 4) 10 дней
- 5) 21 день

Ответ: 2

268. Пребывание больных в стационаре с энтеровирусным менингитом составляет

- 1) 21 день
- 2) 10 дней
- 3) 7 дней
- 4) 14 дней
- 5) 30 дней

Ответ: 1

269. Клиническая форма энтеровирусной инфекции, которую можно лечить амбулаторно

- 1) серозный менингит
- 2) увеит
- 3) экзантему
- 4) эпидемическая миалгия
- 5) энтеровирусная диарея

Ответ: 3

270. Терапия, применяемая для лечения больных энтеровирусной инфекцией

- 1) специфическая
- 2) этиотропная
- 3) патогенетическая, симптоматическая
- 4) симптоматическая
- 5) не лечится

Ответ: 3

271. Профилактика энтеровирусных инфекций

- 1) специфическая
- 2) неспецифическая
- 3) типоспецифическая

4) видоспецифическая

5) не проводится

Ответ: 2

272. В какой возрастной группе чаще развивается увеит

- 1) у детей старшего возраста
- 2) только у взрослых
- 3) у детей первого года жизни
- 4) у стариков
- 5) у новорожденных

Ответ: 3

273. Острый геморрагический конъюнктивит развивается у

- 1) новорожденного
- 2) детей раннего возраста
- 3) детей школьного возраста
- 4) взрослых
- 5) подростков

Ответ: 2

274. Классическая форма, которая чаще развивается при заражении энтеровирусом 71

- 1) гепатит
- 2) паралитическая
- 3) энтеровирусная экзантема
- 4) миалгия
- 5) увеит

Ответ: 3

275. В патогенезе энтеровирусных менингитов преобладает

- 1) гипертензионный синдром
- 2) гнойное воспаление
- 3) ишемический синдром
- 4) судорожный синдром
- 5) астеновегетативный синдром

Ответ: 1

276. Последствие после перенесенного серозного менингита энтеровирусной этиологии

- 1) шаткая походка
- 2) парезы и параличи
- 3) гипертензионный синдром
- 4) кома
- 5) судорожный синдром

Ответ: 3

277. Ребенок заболел 20 августа остро, температура 39°C, головная боль, рвота. Объективно: румянец щек, сыпи нет, конъюнктивит. В зеве гиперемия, зернистость мягкого неба. Менингеальные знаки: ригидность мышц затылка, симптом Кернига 1450. Ваш диагноз?

- 1) менингококковая инфекция, менингит
- 2) энтеровирусная инфекция, менингит

- 3) туберкулезный менингит
- 4) герпетический энцефалит
- 5) пневмококковый менингит

Ответ: 2

278. В группе детского сада заболело несколько детей: остро повысилась температура, легкая заложенность носа, покашливание, у двух детей герпетические высыпания на дужках, у трех – мелкопятнистая сыпь. О каком диагнозе можно думать?

- 1) энтеровирусная инфекция
- 2) скарлатина
- 3) корь
- 4) аденовирусная инфекция
- 5) инфекционный мононуклеоз

Ответ: 1

279. Клиническая форма энтеровирусной инфекции при заражении энтеровирусом 70

- 1) увеит
- 2) острый геморрагический конъюнктивит
- 3) менингит
- 4) миокардит
- 5) миалгия

Ответ: 2

280. Энтеровирусная миалгия характеризуется

- 1) парезом нижних конечностей
- 2) приступообразными мышечными болями в конечностях
- 3) гиперкинезами
- 4) головной болью
- 5) рвотой

Ответ: 2

281. При паротитной инфекции поражаются

- 1) миндалины
- 2) железистые органы
- 3) лимфоузлы
- 4) печень
- 5) почки

Ответ: 2

282. Заболевание нервной системы при паротитной инфекции

- 1) энцефалит
- 2) менингит
- 3) вентрикулит
- 4) полиомиелит
- 5) миелит

Ответ: 1

283. Симптом, не характерный для поражения слюнных желез при паротитной инфекции

- 1) увеличение размеров железы
- 2) болезненность
- 3) флюктуация

- 4) тестоватая консистенция
- 5) двухстороннее поражение

Ответ: 3

284. Клинический симптом, не характерный для менингитов паротитной этиологии

- 1) лихорадка
- 2) повторная рвота
- 3) головная боль
- 4) менингеальные знаки
- 5) гемипарез

Ответ: 5

285. Клинический симптом, не характерный для паротитного орхита

- 1) увеличение размеров яичка
- 2) болезненность яичка
- 3) отек мошонки
- 4) иррадиация болей в паховую область
- 5) затрудненное мочеиспускание

Ответ: 5

286. Изменение в крови, характерное для паротитной инфекции

- 1) лимфоцитоз
- 2) плазмоцитоз
- 3) эозинофилия
- 4) моноцитоз
- 5) нейтрофиллез

Ответ: 1

287. Не характерный симптом для паротитной инфекции

- 1) лихорадка
- 2) увеличение околоушных слюнных желез
- 3) увеличение подчелюстных слюнных желез
- 4) боли в животе
- 5) ангина

Ответ: 5

288. При неосложненной паротитной инфекции проводится терапия

- 1) антибиотиками пенициллиновой группы
- 2) симптоматическая терапия
- 3) иммуноглобулин
- 4) дегидратирующая терапия
- 5) сосудистая терапия

Ответ: 2

289. Признак, не характерный для паротитного панкреатита

- 1) повышение температуры
- 2) рвота
- 3) экзантема
- 4) боли в животе
- 5) увеличение диастазы

Ответ: 3

- 290.** Поражение, не характерное для паротитной инфекции
- 1) субмаксиллит
 - 2) дуоденит
 - 3) панкреатит
 - 4) бартолинит
 - 5) орхит
- Ответ:** 2
- 291.** Путь инфицирования, характерный для паротитной инфекции
- 1) пищевой
 - 2) воздушно-капельный
 - 3) водный
 - 4) трансмиссивный
 - 5) контактный
- Ответ:** 2
- 292.** Возрастная группа, в которой чаще встречается паротитный орхит
- 1) 1-3 года
 - 2) 3-7 лет
 - 3) 7-10 лет
 - 4) 11-14 лет
 - 5) до 1 года
- Ответ:** 4
- 293.** Ребенок лечился на участке по поводу паротитной инфекции, на 5 день вновь повысилась Т до 39°C, появилась тошнота, резкие опоясывающие боли в животе, жидкий стул. Вы думаете о
- 1) орхите
 - 2) панкреатите
 - 3) рецидиве паротита
 - 4) менингите
 - 5) сублингвите
- Ответ:** 2
- 294.** Для лечения паротитной инфекции на участке не используется
- 1) преднизолон
 - 2) постельный режим
 - 3) антигистаминные препараты
 - 4) туалет полости рта
 - 5) сухое тепло на область железы
- Ответ:** 2
- 295.** Метод вспомогательной диагностики, не применяемый для подтверждения паротитной инфекции
- 1) бактериоскопический
 - 2) эпидемиологический
 - 3) серологический
 - 4) клинический
 - 5) анализ мочи на диастазу
- Ответ:** 1
- 296.** У ребенка на 5 день паротитной инфекции вновь повышается температура 39°C, головная боль и рвота. При осмотре
- положительные менингеальные знаки: ригидность мышц затылка, симптом Кернига под углом 160°. Какой диагноз наиболее возможен?
- 1) нейротоксикоз
 - 2) менингит
 - 3) менингоэнцефалит
 - 4) менингизм
 - 5) панкреатит
- Ответ:** 2
- 297.** Для лечения паротитного панкреатита не применяют
- 1) иммуноглобулин
 - 2) антибиотики
 - 3) диета
 - 4) ферменты
 - 5) дезинтоксикационная терапия
- Ответ:** 2
- 298.** Инкубационный период при паротитной инфекции
- 1) до 7 дней
 - 2) 7-14 дней
 - 3) 11-21 день
 - 4) 15-25 дней
 - 5) до 28 дней
- Ответ:** 3
- 299.** Клиническая форма, не характерная для паротитной инфекции
- 1) железистая
 - 2) висцеральная
 - 3) нервная
 - 4) комбинированная
 - 5) атипичная
- Ответ:** 2
- 300.** Декретированные сроки иммунизации против паротитной инфекции
- 1) с 3-х месяцев
 - 2) 6 месяцев
 - 3) 10 месяцев
 - 4) в 12 месяцев и 6 лет
 - 5) 3 года
- Ответ:** 4
- 301.** Средство для проведения специфической профилактики против паротитной инфекции
- 1) иммуноглобулин
 - 2) вакцина Л-16
 - 3) живая ослабленная паротитная вакцина
 - 4) убитая паротитная вакцина
 - 5) антитоксическая сыворотка
- Ответ:** 3
- 302.** Проявление, не характерное для паротитной инфекции
- 1) поражение слюнных желез
 - 2) поражение яичек

- 3) поражение поджелудочной железы
- 4) поражение мозговых оболочек
- 5) поражение легких

Ответ: 5

303. Для профилактики паротитной инфекции не используется

- 1) наложение карантина
- 2) активная иммунизация
- 3) введение иммуноглобулинов
- 4) изоляция больного
- 5) интраназальное введение интерферона

Ответ: 5

304. Больной с комбинированной формой паротитной инфекции изолируется на

- 1) 10 дней
- 2) 14 дней
- 3) 7 дней
- 4) 21 день
- 5) 5 дней

Ответ: 4

305. Карантин на контактных с больным паротитной инфекцией накладывается на

- 1) 7 дней
- 2) 14 дней
- 3) 21 день
- 4) не накладывается
- 5) 10 дней

Ответ: 3

306. Для менингита паротитной этиологии не характерны изменения в ликворе

- 1) прозрачный
- 2) трех-четырёх-значный цитоз за счет нейтрофилов
- 3) реакция Панди слабо положительная
- 4) давление повышено
- 5) двух-трех-значный лимфоцитарный цитоз

Ответ: 4

307. Дифференциальная диагностика паротитного менингита проводится с

- 1) пневмококковым менингитом
- 2) менингококковым менингитом
- 3) гемофильным менингитом
- 4) энтеровирусным менингитом
- 5) герпетическим менингитом

Ответ: 4

308. Для лечения орхита паротитной этиологии не используют

- 1) преднизолон
- 2) согревающий полуспиртовый компресс на паховую область
- 3) тугие плавки
- 4) антибиотики
- 5) диуретики

Ответ: 2

309. Детям, контактным с больным паротитной инфекцией, не привитым и не болевшим паротитной инфекцией, проводят вакцинацию

- 1) не позднее 2 дня с момента выявления больного
- 2) не позднее 5 дня
- 3) не позднее 7 дня
- 4) не позднее 11 дня
- 5) не позднее 20 дня

Ответ: 3

310. Основной механизм инфицирования при кишечных инфекциях у детей

- 1) капельный
- 2) фекально-оральный
- 3) парентеральный
- 4) половой
- 5) трансмиссивный

Ответ: 2

311. Шигеллезом Флекснера и Зонне чаще болеют дети

- 1) 6-12 месяцев
- 2) 2-7 лет
- 3) 7-10 лет
- 4) 10-14 лет
- 5) старше 14 лет

Ответ: 2

312. Источником инфекции при шигеллезе является

- 1) только человек (больной или бактериовыделитель)
- 2) только домашние животные
- 3) человек и домашние животные
- 4) грызуны
- 5) пресноводные

Ответ: 1

313. Летне-осенний подъем заболеваемости имеет

- 1) шигеллез Флекснера
- 2) кишечный иерсиниоз
- 3) клостридиоз
- 4) ботулизм
- 5) псевдотуберкулез

Ответ: 1

314. Показание для назначения антибиотиков при шигеллезе

- 1) стертая форма
- 2) тяжелая форма
- 3) продолжающееся бактериовыделение
- 4) легкая форма
- 5) субклиническая форма

Ответ: 2

315. В патогенезе токсического синдрома при шигеллезе ведущим является

- 1) гиперергическая ответная реакция на внедрение возбудителя
- 2) массивный прорыв токсина в кровь
- 3) инвазия шигелл в колоноциты с развитием бактеремии
- 4) гиперсекреция и нарушение всасывания воды эпителиоцитами кишечника
- 5) наличие эрозивного или язвенно-некротического процесса в кишечнике

Ответ: 2

316. В патогенезе развития диарейного синдрома при шигеллезе ведущим является

- 1) инвазия шигелл в колоноциты с развитием воспалительного процесса
- 2) развитие дисахаридазной недостаточности
- 3) гиперсекреция и нарушение всасывания воды эпителиоцитами кишечника
- 4) бактериальное брожение углеводов
- 5) нарушение мембранного и полостного и пищеварения

Ответ: 1

317. Рвота при шигеллезе Флекснера

- 1) имеет место только в начале заболевания
- 2) не наблюдается вообще
- 3) сохраняется на протяжении всего заболевания
- 4) многократная
- 5) появляется на 3-5 сутки от начала заболевания

Ответ: 1

318. При шигеллезе Зонне температура тела достигает максимальных цифр

- 1) в первые сутки от начала заболевания
- 2) на 2-3 день
- 3) на 3-5 день болезни
- 4) на 5-7 день болезни
- 5) на второй неделе от начала заболевания

Ответ: 1

319. Боли в животе при шигеллезе Флекснера

- 1) постоянные
- 2) появляются после акта дефекации
- 3) схваткообразные, усиливающиеся перед актом дефекации
- 4) появляются при пальпации живота
- 5) ноющего характера

Ответ: 3

320. Характер стула при шигеллезе

- 1) жидкий, обильный, водянистый
- 2) жидкий, зловонный, со слизью и кровью

- 3) скудный, с большим количеством мутной слизи, прожилок крови
- 4) жидкий, непереваренный
- 5) жидкий, типа «горохового супа»

Ответ: 3

321. Синдром, определяющий тяжесть при шигеллезе Зонне

- 1) эксикоз
- 2) токсикоз, колитический синдром
- 3) синдром Гассера
- 4) ИТШ
- 5) первичный токсикоз

Ответ: 2

322. При лечении кишечных инфекций необходимо назначить

- 1) антибактериальную терапию только при среднетяжелых и тяжелых формах
- 2) инфузионную терапию независимо от тяжести заболевания
- 3) антибактериальную терапию независимо от тяжести заболевания
- 4) энтеросорбенты только при легких формах заболевания
- 5) бактериофаги независимо от тяжести заболевания

Ответ: 1

323. По механизму развития диарейного синдрома дизентерия относится к

- 1) инвазивным диареям
- 2) секреторным диареям
- 3) осмотическим диареям
- 4) инвазивно-секреторным диареям
- 5) инвазивно-осмотическим диареям

Ответ: 1

324. Срок инкубационного периода при шигеллезе

- 1) несколько часов
- 2) 1 сутки
- 3) 1-7 дней
- 4) 14 дней
- 5) 21 день

Ответ: 3

325. Путь инфицирования шигеллезом на современном этапе, способствующий формированию вспышечной заболеваемости

- 1) водный
- 2) пищевой
- 3) воздушно-капельный
- 4) трансплацентарный
- 5) половой

Ответ: 1

326. Длительность диспансерного наблюдения детей, перенесших шигеллез

- 1) 3 месяца

- 2) 3 года
- 3) 1 неделя
- 4) 1 месяц
- 5) 1 год

Ответ: 3

327. Симптом, наиболее характерный при шигеллезе и выявляемый при пальпации живота

- 1) спазм и болезненность сигмовидной кишки
- 2) вздутие живота
- 3) болезненность в правой подвздошной области
- 4) болезненность в эпигастральной области
- 5) гепатоспленомегалия

Ответ: 1

328. Типичной формы шигеллеза не бывает без

- 1) жидкого стула со слизью
- 2) колитического синдрома
- 3) болей в животе
- 4) высокой температуры
- 5) повторной рвоты

Ответ: 2

329. Возбудитель дизентерии, выделяющий экзотоксин

- 1) Зонне
- 2) Флекснера
- 3) Григорьева-Шига
- 4) Бойда

Ответ: 3

330. Факторы, наиболее часто являющиеся причиной затяжных и хронических форм шигеллеза

- 1) нарушение диеты
- 2) нарушение условий режима
- 3) нарушение иммунологической реактивности у детей с измененным преморбидным фоном
- 4) наслоение ОРВИ
- 5) неправильное лечение в период реконвалесценции

Ответ: 3

331. Продолжительность курса антибактериальной терапии при среднетяжелых и тяжелых формах шигеллеза Флекснера

- 1) 5-7 дней
- 2) до полной нормализации температуры
- 3) до полной нормализации стула
- 4) до купирования рвоты
- 5) свыше 7 дней

Ответ: 1

332. Длительность диспансерного наблюдения детей с хронической дизентерией

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

Ответ: 3

333. В какое время от начала заболевания появляется колитический синдром при шигеллезе

- 1) в первые часы
- 2) к концу первых-на вторые сутки
- 3) на 3-5 день
- 4) на 5-7 день
- 5) на 7-10 день

Ответ: 2

334. Диагностический титр антител в РПГА при шигеллезе Зонне

- 1) 1:100
- 2) 1:200
- 3) 1:400
- 4) 1: 800
- 5) 1: 1600

Ответ: 1

335. В какое время от начала заболевания в крови больного шигеллезом появляются специфические антитела

- 1) на 1-2 день
- 2) на 3-5 день, нарастая до максимума в течение 2-3 недель
- 3) через 3 недели
- 4) через месяц
- 5) через 2 месяца

Ответ: 2

336. Положительный бактериологический результат испражнений выдается на

- 1) 3-5 день
- 2) 5-7 день
- 3) 7-10 день
- 4) 10-14 день
- 5) 14-17 день

Ответ: 2

337. Специфические для шигеллеза осложнения

- 1) гемолитико-уремический синдром
- 2) дисбактериоз кишечника
- 3) выпадение слизистой прямой кишки
- 4) отит
- 5) бронхит

Ответ: 3

338. При среднетяжелых формах шигеллеза общий объем питания уменьшается на

- 1) 15-20%
- 2) 20-30%
- 3) 40-50%

- 4) 50-70%
- 5) не уменьшается совсем

Ответ: 2

339. Возбудитель дизентерии, вызывающий преимущественно тяжелые формы заболевания, встречающийся в России лишь в виде спорадических случаев (чаще завозного характера)

- 1) *Shigella dysenteriae*
- 2) *Shigella Flexneri*
- 3) *Shigella boydi*
- 4) *Shigella sonnei*
- 5) *Salmonella haifa*

Ответ: 1

340. Частота стула при легких формах шигеллеза

- 1) 3-5 раз
- 2) 10-15 раз
- 3) 15-20 раз
- 4) свыше 20 раз
- 5) 1-2 раза

Ответ: 1

341. Для шигеллеза характерно поражение

- 1) желудка
- 2) тонкой кишки
- 3) толстой кишки
- 4) ДПК
- 5) слепой кишки

Ответ: 3

342. При шигеллезе бактериофаги в виде монотерапии назначаются при

- 1) среднетяжелой форме
- 2) тяжелой форме
- 3) стертой и легкой форме

Ответ: 3

343. Медицинское наблюдение за контактными детьми в очаге шигеллеза устанавливается на

- 1) 5 дней
- 2) 7 дней
- 3) 14 дней
- 4) 10 дней
- 5) 21 день

Ответ: 2

344. Симптом, характерный для тяжелой формы шигеллеза типа В

- 1) преобладание симптомов инфекционного токсикоза (клиника ИТШ, первичного токсикоза)
- 2) преобладание симптомов со стороны ЖКТ (резко выраженный колитический синдром)
- 3) сочетание инфекционного токсикоза с резко выраженным колитическим синдромом

- 4) преобладание симптомов эксикоза
- 5) сочетание симптомов токсикоза с эксикозом

Ответ: 2

345. Длительность заболевания при затяжном течении шигеллеза

- 1) до 4 недель
- 2) с 4 недель до 3 месяцев
- 3) с 3 до 6 месяцев
- 4) свыше 6 месяцев
- 5) свыше 1 года

Ответ: 2

346. Путь инфицирования, наиболее значимый при сальмонеллезе у детей первого года жизни

- 1) трансмиссивный
- 2) водный
- 3) воздушно-капельный
- 4) пищевой
- 5) контактно-бытовой

Ответ: 5

347. Источники инфекции при сальмонеллезе

- 1) только больные люди
- 2) только домашние животные
- 3) человек и домашние животные
- 4) только бактериовыделители
- 5) грызуны

Ответ: 3

348. Локализация процесса при сальмонеллезе

- 1) верхние дыхательные пути
- 2) центральная нервная система
- 3) лимфатические узлы
- 4) любой отдел ЖКТ
- 5) слюнные железы

Ответ: 4

349. Характер стула при сальмонеллезе

- 1) жидкий, скудный, много слизи, в виде «ректального плевка»
- 2) жидкий, обильный, водянистый типа «рисового отвара»
- 3) жидкий, с большим количеством слизи, зелени, типа «болотной тины»
- 4) жидкий, типа «горохового супа»
- 5) кашицеобразный, без патологических примесей

Ответ: 3

350. У детей чаще встречается клинический вариант сальмонеллеза

- 1) желудочно-кишечный
- 2) гриппоподобный
- 3) тифоподобный
- 4) септический
- 5) стертый

Ответ: 1

- 351.** Сроки использования РПГА в диагностике сальмонеллеза
- 1) в первые часы болезни
 - 2) в первые сутки болезни
 - 3) после окончания этиотропной терапии
 - 4) в конце первой недели заболевания
 - 5) на третьей неделе болезни
- Ответ:** 4
- 352.** Возрастная группа детей, наиболее восприимчивая к внутрибольничному сальмонеллезу
- 1) до 1 года
 - 2) 2-3 года
 - 3) 3-5 лет
 - 4) 5-7 лет
 - 5) 7-10 лет
- Ответ:** 1
- 353.** Свойство сальмонелл, обуславливающее ее способность наслаиваться на другие заболевания
- 1) устойчивость к дезинфицирующим растворам
 - 2) инвазивность
 - 3) назопаразитизм
 - 4) контагиозность
 - 5) патогенность
- Ответ:** 3
- 354.** Септическая форма сальмонеллеза чаще развивается у детей
- 1) 0-1 года
 - 2) 2-3 лет
 - 3) 3-5 лет
 - 4) 5-7 лет
 - 5) 7-10 лет
- Ответ:** 1
- 355.** Условия выписки из стационара ребенка-реконвалесцента сальмонеллеза, посещающего ДДУ
- 1) улучшение самочувствия
 - 2) улучшение характера стула
 - 3) клиническое выздоровление с полной бактериологической санацией
 - 4) нормализация температуры тела
 - 5) нормализация общего анализа крови
- Ответ:** 3
- 356.** Ребенок 1 года из дома ребенка перенес желудочно-кишечную форму сальмонеллеза. Какова длительность диспансерного наблюдения?
- 1) 1 месяц
 - 2) 3 месяца
 - 3) 4 месяца
 - 4) 6 месяцев
 - 5) 12 месяцев
- Ответ:** 4
- 357.** Ребенок 7 лет болен легкой формой сальмонеллеза. Какой препарат целесообразно назначить в качестве этиотропной терапии
- 1) левомецетин
 - 2) сальмонеллезный бактериофаг
 - 3) энтеросорбенты
 - 4) рифампицин
 - 5) бифиформ
- Ответ:** 2
- 358.** Курс лечения сальмонеллезным бактериофагом составляет
- 1) 10 дней
 - 2) 5-7 дней
 - 3) 1 месяц
 - 4) 14 дней
 - 5) 21 день
- Ответ:** 2
- 359.** О септической форме сальмонеллеза думают при наличии
- 1) частого жидкого стула со слизью, зеленью, кровью
 - 2) повторной рвоты
 - 3) гипертермии и появлении гнойных очагов в других органах
 - 4) выраженных симптомов интоксикации
 - 5) воспалительных изменений в общем анализе крови
- Ответ:** 3
- 360.** Серовариант сальмонелл, чаще всего являющийся причиной пищевых вспышек
- 1) *Salmonella typhimurium*
 - 2) *Salmonella haifa*
 - 3) *Salmonella enteritidis*
 - 4) *Salmonella panama*
 - 5) *Salmonella infantis*
- Ответ:** 3
- 361.** Штамм сальмонелл, называемый госпитальным
- 1) *Salmonella typhimurium*
 - 2) *Salmonella haifa*
 - 3) *Salmonella enteritidis*
 - 4) *Salmonella london*
 - 5) *Salmonella virchow*
- Ответ:** 1
- 362.** Серовариант сальмонелл, обладающий мультирезистентностью к антибиотикам
- 1) *Salmonella typhimurium* Korpengagen
 - 2) *Salmonella enteritidis*
 - 3) *Salmonella london*
 - 4) *Salmonella panama*
 - 5) *Salmonella haifa*
- Ответ:** 1
- 363.** При тяжелых формах сальмонеллеза объем питания уменьшают на

- 1) 40-50%
- 2) 20-30%
- 3) 15-20%
- 4) 10-15%
- 5) 50-70%

Ответ: 1

364. Срок инкубационного периода при контактном пути заражения сальмонеллезом

- 1) 5-7 дней
- 2) 8-9 дней
- 3) до 10 дней
- 4) до суток
- 5) 10-14 дней

Ответ: 1

365. Характер сыпи при тифоподобной форме сальмонеллеза

- 1) мелкоточечная
- 2) розеолезно-папулезная
- 3) пятнисто-папулезная
- 4) геморрагическая
- 5) милиарная

Ответ: 2

366. Продолжительность лихорадочного периода при тифоподобной форме сальмонеллеза

- 1) 2-3 дня
- 2) 1 неделю
- 3) до двух недель
- 4) 1 месяц
- 5) до 3 недель

Ответ: 3

367. Начало внутрибольничного сальмонеллеза чаще

- 1) молниеносное
- 2) острое
- 3) постепенное

Ответ: 3

368. Вспомогательный метод лабораторной диагностики для постановки диагноза сальмонеллеза

- 1) бактериологический
- 2) копрологический
- 3) серологический
- 4) вирусологический
- 5) ПЦР

Ответ: 2

369. Препарат, который не относится к этиотропной терапии сальмонеллеза

- 1) рифампицин
- 2) КИП
- 3) бактериофаг
- 4) регидрон
- 5) фильтр

Ответ: 4

370. Длительность диспансерного наблюдения школьников перенесших сальмонеллез

- 1) 3 месяца
- 2) 1 месяц
- 3) 6 месяцев
- 4) 12 месяцев
- 5) 24 месяца

Ответ: 1

371. По механизму развития диарейного синдрома сальмонеллез относится к

- 1) инвазивным диареям
- 2) секреторным диареям
- 3) осмотическим диареям
- 4) инвазивно-секреторным
- 5) инвазивно-осмотическим

Ответ: 4

372. К какой группе относится возбудитель иерсиниоза

- 1) вирусы
- 2) бактерии
- 3) грибы
- 4) спирохеты
- 5) риккетсии

Ответ: 2

373. Частый естественный резервуар иерсиниозной инфекции

- 1) свиньи
- 2) крокодилы
- 3) рыбы
- 4) мышевидные грызуны
- 5) лошади

Ответ: 4

374. Наиболее часто диагностируемая форма иерсиниоза

- 1) типичная
- 2) атипичная
- 3) гипертоксическая
- 4) артралгическая
- 5) желтушная

Ответ: 1

375. Зимне-весенний подъем заболеваемости наблюдается при

- 1) энтеротоксигенном эшерихиозе
- 2) кишечном иерсиниозе
- 3) лептоспирозе
- 4) шигеллезе
- 5) сальмонеллезе

Ответ: 2

376. Грызуны – основной источник инфекции при

- 1) клостридиозе
- 2) лептоспирозе
- 3) кишечном иерсиниозе
- 4) брюшном тифе

5) сальмонеллезе
Ответ: 3

377. Локализация патологического процесса при кишечном иерсиниозе

- 1) желудок, двенадцатиперстная кишка, тонкая кишка
- 2) поджелудочная железа
- 3) толстая кишка
- 4) сигмовидная кишка
- 5) прямая кишка

Ответ: 1

378. Характер сыпи при кишечном иерсиниозе

- 1) обильная, розеолезно-петехиальная
- 2) пятнисто-папулезная или скарлатиноподобная
- 3) необильная, типа розеол
- 4) геморрагическая
- 5) везикулезная

Ответ: 2

379. Серологическое исследование при иерсиниозе проводится

- 1) в 1 день
- 2) на 5-7 день
- 3) в парных сыворотках с интервалом 10-12 дней
- 4) на 3-5 день
- 5) на 21 день

Ответ: 3

380. Механизм передачи инфекции при кишечном иерсиниозе

- 1) воздушно-капельный
- 2) фекально-оральный
- 3) гемотрансфузионный
- 4) трансплацентарный
- 5) половой

Ответ: 2

381. Часто встречающаяся форма кишечного иерсиниоза

- 1) желудочно-кишечная
- 2) псевдоаппендикулярная
- 3) септическая
- 4) суставная
- 5) желтушная

Ответ: 1

382. Узловатая эритема при кишечном иерсиниозе встречается у детей

- 1) до 1 года
- 2) 1-3 лет
- 3) старше 10 лет
- 4) 3-5 лет
- 5) 5-7 лет

Ответ: 3

383. Возбудитель кишечного иерсиниоза

- 1) *Iersinia pseudotuberculosis*

- 2) *Iersinia enterocolitica*
- 3) *Iersinia pestis*

Ответ: 2

384. Для гемограммы при иерсиниозной инфекции не характерен

- 1) лейкоцитоз
- 2) лейкопения
- 3) нейтрофилез
- 4) ускоренное СОЭ
- 5) палочкоядерный сдвиг

Ответ: 2

385. Излюбленное место локализации сыпи при иерсиниозной инфекции

- 1) верхняя половина туловища
- 2) обильная по всему телу и вокруг суставов
- 3) только на лице
- 4) на ягодицах
- 5) на ладонях и подошвах

Ответ: 2

386. Характер стула при кишечном иерсиниозе

- 1) разжиженный со слизью и зеленью
- 2) скудный, с большим количеством слизи
- 3) жидкий, обильный, водянистый
- 4) жидкий, с большим количеством слизи, зелени, типа «болотной тины»
- 5) жидкий, типа «горохового супа»

Ответ: 1

387. Средняя продолжительность воспалительного процесса суставов при иерсиниозной инфекции в

- 1) 7-10 дней
- 2) 10-14 дней
- 3) более двух недель
- 4) более 3 недель
- 5) более месяца

Ответ: 2

388. Отдел ЖКТ, поражаемый при кишечном иерсиниозе

- 1) тонкий кишечник
- 2) толстый кишечник
- 3) место перехода тонкой кишки в слепую
- 4) желудок
- 5) поджелудочная железа

Ответ: 3

389. Сроки возникновения артралгии при иерсиниозе

- 1) в первые 3 дня
- 2) на 2 неделе
- 3) в конце первой недели
- 4) на 3 неделе
- 5) на 4 неделе

Ответ: 1

390. Ребенок 12 лет переносит среднетяжелую, комбинированную форму иерсиниоза. Ранее отмечалась аллергическая реакция на введение тетрациклина. Какой препарат вы назначите?

- 1) цефтриаксон
- 2) пенициллин
- 3) эритромицин
- 4) оксациллин
- 5) азитромицин

Ответ: 1

391. Какой клинический признак, наиболее характерный для кишечного иерсиниоза

- 1) рвота
- 2) стойкая гипертермия
- 3) желтушность кожи и склер
- 4) ангина
- 5) катаральные явления

Ответ: 2

392. Длительность диспансерного наблюдения за реконвалесцентом кишечного иерсиниоза при гладком течении болезни

- 1) 1 месяц
- 2) 3 месяца
- 3) 6 месяцев
- 4) 12 месяцев
- 5) 24 месяца

Ответ: 3

393. Дети грудного возраста чаще болеют

- 1) шигеллезом Зонне
- 2) брюшным тифом
- 3) кишечными инфекциями, вызываемыми вирусами
- 4) ботулизмом
- 5) иерсиниозом

Ответ: 3

394. Дети грудного возраста редко болеют

- 1) клебсиеллезом
- 2) эшерихиозом
- 3) ботулизмом
- 4) сальмонеллезом
- 5) ротавирусной инфекцией

Ответ: 3

395. Новорожденные, дети первых месяцев жизни чаще болеют

- 1) паратифом А и С
- 2) кишечной инфекцией стафилококковой этиологии
- 3) энтерогеморрагическим эшерихиозом
- 4) брюшным тифом
- 5) энтероинвазивным эшерихиозом

Ответ: 2

396. Характер стула при ротавирусной инфекции

- 1) жидкий, водянистый, иногда пенистый

- 2) жидкий, типа «горохового супа»
- 3) жидкий, обильный, зловонный, с большим количеством слизи, крови
- 4) жидкий, скудный, много слизи, в виде «ректального плевка»
- 5) жидкий, обильный, водянистый типа «рисового отвара»

Ответ: 1

397. Клиническая форма эшерихиоза, чаще наблюдаемая у детей первого года жизни

- 1) гастроэнтеритная
- 2) энтероколитная
- 3) септическая
- 4) холероподобная
- 5) стертая

Ответ: 1

398. Признак, не характерный для эшерихиоза у детей раннего возраста

- 1) наличие токсикоза
- 2) обильный водянистый стул
- 3) вздутие живота
- 4) колитический синдром
- 5) рвота

Ответ: 4

399. Специфический препарат для лечения легкой формы стафилококковой инфекции

- 1) стафилококковый иммуноглобулин
- 2) стафилококковый бактериофаг
- 3) антистафилококковая плазма
- 4) стафилококковый анатоксин
- 5) КИП

Ответ: 2

400. Частый источник стафилококковой инфекции для детей раннего возраста

- 1) персонал родильного дома
- 2) студенты
- 3) дети, перенесшие кишечную инфекцию
- 4) мать с наличием очагов инфекции
- 5) реконвалесценты кишечной инфекции

Ответ: 4

401. Группа возбудителей, чаще вызывающая поражение ЖКТ детей первого полугодия жизни

- 1) шигеллы
- 2) Гр (-) УПФ
- 3) иерсинии
- 4) клостридии
- 5) гельминты

Ответ: 2

402. Стафилок относится к

- 1) Гр (+) бактерии
- 2) Гр (-) бактерии
- 3) вирусы
- 4) гельминты
- 5) грибы

Ответ: 1

403. Наиболее информативный метод для этиологической расшифровки кишечных инфекций у детей раннего возраста

- 1) бактериологический
- 2) копрологический
- 3) серологический
- 4) вирусологический
- 5) инструментальные методы исследования

Ответ: 1

404. Генерализованные формы кишечных инфекций чаще развиваются у детей

- 1) до 1 года
- 2) 1-3 лет
- 3) 3-5 лет
- 4) 6-8 лет
- 5) старше 10 лет

Ответ: 1

405. Специфические средства, используемые при лечении кишечных инфекций у детей раннего возраста

- 1) КИП, интестифаг, свечевые интерфероны
- 2) смекта
- 3) энтерол
- 4) ампициллин
- 5) регидрон

Ответ: 1

406. Характер стула при энтеровазальном эшерихиозе

- 1) обильный, с водой и слизью
- 2) обильный, водянистый
- 3) жидкий, водянистый, со слизью, зеленью, кровью
- 4) жидкий, скудный, много слизи, в виде «ректального плевка»
- 5) жидкий, обильный, водянистый типа «рисового отвара»

Ответ: 3

407. Гемолитико-уремический синдром часто развивается при кишечной инфекции вызванной

- 1) шигеллезом Флекснера типа Б
- 2) Salmonella Haifa
- 3) Iersinia pestis
- 4) энтеропатогенной эшерихией O111H2
- 5) энтерогеморрагической эшерихией O157H7

Ответ: 5

408. Ротавирусная инфекция наиболее часто встречается у детей

- 1) от 0 до 3 лет
- 2) 4-7 лет

- 3) 7-10 лет
- 4) 10-14 лет
- 5) старше 14 лет

Ответ: 1

409. Локализация патологического процесса при энтероинвазивном эшерихиозе

- 1) желудок
- 2) тонкая кишка
- 3) толстая кишка
- 4) любой отдел ЖКТ
- 5) поджелудочная железа

Ответ: 3

410. Характер и продолжительность рвоты при ротавирусной инфекции

- 1) неукротимая рвота, появляется на фоне диарейного синдрома
- 2) кратковременная рвота (1-2 дня) на фоне гипертермического синдрома
- 3) наличие рвоты не характерно
- 4) различной частоты, обычно предшествует диарейному синдрому
- 5) рвота различной частоты, появляется после купирования диареи

Ответ: 4

411. Специфический препарат для лечения эшерихиоза

- 1) колипротейный бактериофаг
- 2) стафилококковый бактериофаг
- 3) антисинегнойный бактериофаг
- 4) ампициллин
- 5) левомицетин

Ответ: 1

412. Инкубационный период при эшерихиозной инфекции

- 1) несколько часов
- 2) 1-2 дня
- 3) 5-8 дней
- 4) до 10 дней
- 5) свыше 10 дней

Ответ: 3

413. Источник инфекции при эшерихиозе

- 1) домашние животные
- 2) человек (больной, бактериовыделитель)
- 3) человек и животные
- 4) рыбы
- 5) грызуны

Ответ: 2

414. Входные ворота при эшерихиозной инфекции

- 1) ЖКТ
- 2) верхние дыхательные пути
- 3) кожные покровы
- 4) мочевыделительная система
- 5) ЦНС

Ответ: 1

- 415.** Клиническая форма стафилококковой инфекции, наиболее часто встречаемая на современном этапе
- 1) локализованная
 - 2) генерализованная
 - 3) септическая
 - 4) висцеральная
 - 5) стертая

Ответ: 1

- 416.** Срок максимального выделения вируса из фекалий больного ротавирусной инфекцией
- 1) в первые часы заболевания
 - 2) в первые 3-6 дней
 - 3) через неделю от начала заболевания
 - 4) через 2 недели
 - 5) через месяц

Ответ: 2

- 417.** Выраженная сезонность при ротавирусной инфекции
- 1) весенне-летняя
 - 2) зимне-весенняя
 - 3) осенне-зимняя
 - 4) нет сезонности
 - 5) летнее-осенняя

Ответ: 2

- 418.** Путь инфицирования при стафилококковой инфекции, чаще наблюдаемый у детей на стационарном лечении
- 1) контактный
 - 2) воздушно-капельный
 - 3) пищевой
 - 4) половой
 - 5) трансмиссивный

Ответ: 1

- 419.** Кампилобактер относится к
- 1) вирусам
 - 2) Гр (+) бактериям
 - 3) Гр (-) патогенным бактериям
 - 4) условно-патогенным Гр (-) бактериям
 - 5) грибам

Ответ: 4

- 420.** Кампилобактер пилори – этиологический фактор
- 1) хронического гастрита, язвы двенадцатиперстной кишки
 - 2) панкреатита
 - 3) гепатита
 - 4) колита
 - 5) дуоденита

Ответ: 1

- 421.** Основной путь инфицирования при кампилобактериозе

- 1) фекально-оральный
- 2) воздушно-капельный
- 3) половой
- 4) трансплацентарный
- 5) трансмиссивный

Ответ: 1

- 422.** Какая система организма страдает в первую очередь при кампилобактериозе
- 1) ЦНС
 - 2) ЖКТ
 - 3) органы дыхания
 - 4) мочевыделительная система
 - 5) иммунная система

Ответ: 2

- 423.** Симптом кампилобактериоза, требующий осмотра детским хирургом
- 1) выраженный болевой синдром
 - 2) высокая температура
 - 3) частый жидкий стул
 - 4) увеличение размеров печени
 - 5) увеличение размеров селезенки

Ответ: 1

- 424.** Источник инфекции при клебсиеллезе
- 1) больной человек
 - 2) птицы
 - 3) грызуны
 - 4) домашние животные
 - 5) рыбы

Ответ: 1

- 425.** Наиболее подвержены клебсиеллезной инфекции дети
- 1) 0-1 год
 - 2) 1-3 года
 - 3) 4-7 лет
 - 4) 7-10 лет
 - 5) старше 10 лет

Ответ: 1

- 426.** Характер стула при клебсиеллезной инфекции
- 1) жидкий, с большим количеством слизи
 - 2) жидкий, типа «горохового супа»
 - 3) обильный, водянистый, желто-зеленого цвета, с неперевавшими частицами
 - 4) жидкий, обильный, водянистый типа «рисового отвара»
 - 5) жидкий, с большим количеством слизи, зелени, типа «болотной тины»

Ответ: 3

- 427.** Вид токсикоза, чаще наблюдаемый у детей первого года жизни при острой кишечной инфекции
- 1) ИТШ
 - 2) первичный токсикоз
 - 3) токсикоз с эксикозом

Ответ: 3

428. Форма тяжести острой кишечной инфекции, при которой развивается токсикоз с эксикозом

- 1) легкая
- 2) среднетяжелая
- 3) тяжелая

Ответ: 3

429. Фактором риска в развитии токсикоза не является

- 1) ранний возраст ребенка
- 2) измененный преморбидный фон
- 3) применение в лечении энтеросорбентов
- 4) накануне перенесенное заболевание
- 5) перинатальное поражение ЦНС

Ответ: 3

430. Не свидетельствует о развитии токсикоза

- 1) катаральные явления
- 2) поражение ЦНС и ЖКТ
- 3) анорексия
- 4) симптомы обезвоживания
- 5) токсическое дыхание

Ответ: 1

431. Не характерно для токсикоза с эксикозом I степени

- 1) потеря массы тела до 5%
- 2) анурия
- 3) снижение диуреза
- 4) умеренная тахикардия
- 5) приглушенность сердечных тонов

Ответ: 2

432. Не характерно для токсикоза с эксикозом III степени

- 1) потеря массы тела более 10%
- 2) анурия
- 3) приглушенность сердечных тонов
- 4) нарушение сознания
- 5) глухость сердечных тонов

Ответ: 3

433. Склерема развивается при дегидратации

- 1) изотонической
- 2) соледефицитной
- 3) вододефицитной

Ответ: 2

434. Гиповолемический шок развивается при токсикозе

- 1) I степени
- 2) II степени
- 3) III степени

Ответ: 3

435. Назначение глюкокортикостероидов при токсикозе

- 1) I степени
- 2) II степени
- 3) III степени

Ответ: 3

436. Не характерно для первичного токсикоза при острой кишечной инфекции у детей

- 1) гипертермия
- 2) головная боль
- 3) повторная рвота
- 4) падение массы тела
- 5) судороги

Ответ: 4

437. Первичный токсикоз чаще всего развивается при

- 1) ротавирусной инфекции
- 2) ботулизме
- 3) шигеллезе
- 4) холере
- 5) клебсиеллезе

Ответ: 3

438. Токсикоз с эксикозом чаще наблюдается при

- 1) инвазивных диарей
- 2) вирусных диарей

Ответ: 1

439. Для энтеральной регидратации при кишечных инфекциях у детей используется

- 1) регидрон
- 2) гемодез
- 3) реополиглюкин
- 4) плазма
- 5) инфезол

Ответ: 1

440. Отсутствуют показания для проведения инфузионной терапии при

- 1) частом обильном водянистом стуле
- 2) наличии синдрома токсикоза
- 3) дефиците массы тела 10% и более
- 4) неэффективности оральной регидратации
- 5) сочетании токсикоза с эксикозом

Ответ: 1

441. При какой степени токсикоза можно обойтись оральной регидратацией

- 1) I степени
- 2) II степени
- 3) III степени

Ответ: 1

442. При лечении тяжелых форм кишечных инфекций в питании целесообразно использовать

- 1) молочно-кислые продукты
- 2) цельное молоко
- 3) мясные и рыбные бульоны
- 4) каши на цельном молоке
- 5) овощи и фрукты

Ответ: 1

- 443.** Наиболее эффективный стартовый препарат для инфузионной терапии при гипертоническом типе дегидратации
- 1) реополиглюкин
 - 2) плазма
 - 3) глюкозо-солевые растворы
 - 4) альбумин
 - 5) инфукол

Ответ: 3

- 444.** Не являются показанием для проведения оральной регидратации
- 1) водянистые диареи любой этиологии, сопровождающиеся токсикозом с эксикозом I-II степени
 - 2) кишечные инфекции, протекающие с колитическим синдромом
 - 3) кишечные инфекции, протекающие с интоксикацией
 - 4) атипичные кишечные инфекции
 - 5) кишечные инфекции, протекающие с развитием эксикоза II-III степени

Ответ: 4

- 445.** Суточный объем жидкости при лечении ребенка с токсикозом не зависит от
- 1) физиологической потребности в жидкости
 - 2) дефицита массы тела
 - 3) массы ребенка при рождении
 - 4) продолжающихся патологических потерь

Ответ: 3

- 446.** О каком виде токсикоза идет речь, если ребенок через 24 часа от начала заболевания потерял сознание, появились судороги, стул до 10 раз, гипертермия до 40°C
- 1) первичный токсикоз
 - 2) токсикоз с эксикозом
 - 3) ИТШ

Ответ: 1

- 447.** Для водodefицитного типа дегидратации не характерно
- 1) беспокойство, плохой сон
 - 2) судороги
 - 3) жажда
 - 4) склерема
 - 5) сухость кожных покровов

Ответ: 4

- 448.** За период болезни ребенок с острой кишечной инфекцией потерял в массе 4%. О какой степени обезвоживания Вы думаете?
- 1) I степени
 - 2) II степени

3) III степени

Ответ: 1

- 449.** Объем жидкости, назначаемый внутривенно капельно больному с кишечной инфекцией зависит от
- 1) степени токсикоза и эксикоза
 - 2) этиологии кишечной инфекции
 - 3) возраста ребенка
 - 4) состояния преморбидного фона
 - 5) массы тела при рождении

Ответ: 1

- 450.** Токсикоз с эксикозом определяет тяжесть заболевания при
- 1) ротавирусной инфекции
 - 2) ботулизме
 - 3) псевдотуберкулезе
 - 4) лептоспирозе
 - 5) кишечном иерсиниозе

Ответ: 1

- 451.** Основа патогенетической терапии кишечного токсикоза
- 1) антибактериальная терапия
 - 2) гормонотерапия
 - 3) регидратация
 - 4) витаминотерапия
 - 5) десенсибилизирующая терапия

Ответ: 3

- 452.** Какое утверждение врача ошибочно при решении вопроса о прекращении инфузионной терапии больному острой кишечной инфекцией с токсикозом
- 1) улучшение характера стула
 - 2) уменьшение токсикоза
 - 3) инфузионная терапия прекращена из-за технических трудностей венопункции
 - 4) прибавка в массе
 - 5) уменьшение явлений эксикоза

Ответ: 3

- 453.** О каком виде дегидратации идет речь, если ребенок болен 2 сутки, беспкоен, плачет, температура 38,5°C, рвота 2 раза, стул водянистый, жажда, язык – «терка», тахикардия
- 1) первичный токсикоз
 - 2) водodefицитная дегидратация
 - 3) солedefицитная дегидратация
 - 4) симптомов токсикоза нет
 - 5) изотоническая дегидратация

Ответ: 2

- 454.** Стартовый раствор для инфузионной терапии для больного с тяжелой острой кишечной инфекцией, токсикозом III степени, солedefицитного типа дегидратации
- 1) глюкоза

- 2) гемодез
- 3) реополиглюкин
- 4) свежемороженая плазма
- 5) раствор Рингера

Ответ: 5

455. В большей степени способствует развитию первичного токсикоза при острой кишечной инфекции у детей раннего возраста

- 1) травмы ЦНС, энцефалопатии, сочетание с ОРВИ
- 2) позднее поступление в стационар
- 3) свойства возбудителя
- 4) возраст ребенка
- 5) этиология кишечной инфекции

Ответ: 1

456. Ребенок болен 4 дня, высоко температурит, многократная рвота, очень частый водянистый стул с зеленью, вялый, потерял в массе 1 кг, цианоз конечностей, лица, склерема, редко мочится. Чем обусловлена тяжесть состояния?

- 1) первичным токсикозом
- 2) токсикоз с эксикозом III степени
- 3) ИТШ
- 4) развитием простой диспепсии
- 5) токсикоз с эксикозом I-II степени

Ответ: 2

457. Вирус гепатита А выделяется из организма больного с

- 1) мочой
- 2) кровью
- 3) фекалиями
- 4) ликвором
- 5) мокротой

Ответ: 3

458. Инкубационный период при вирусном гепатите А

- 1) 10-45 дней
- 2) 90-180 дней
- 3) 190-250 дней
- 4) 7-10 дней
- 5) 45-90 дней

Ответ: 1

459. Наиболее часто встречающиеся клинические формы вирусного гепатита А

- 1) атипичные, легкие
- 2) среднетяжелые
- 3) тяжелые
- 4) злокачественные
- 5) хронические

Ответ: 1

460. Вирусный гепатит А у детей заканчивается

- 1) выздоровлением
- 2) хронизацией
- 3) развитием цирроза печени
- 4) развитием гепатоцеллюлярной карциномы
- 5) летальным исходом

Ответ: 1

461. При атипичной безжелтушной форме вирусного гепатита А

- 1) нормальный уровень активности АЛТ
- 2) повышено содержание общего билирубина за счет конъюгированной фракции
- 3) нормальное содержание общего билирубина
- 4) снижена сулемовая проба
- 5) снижен протромбиновый индекс

Ответ: 3

462. Ранний клинический симптом вирусного гепатита А

- 1) желтушность склер
- 2) желтушность кожи
- 3) холурия
- 4) увеличение печени
- 5) ахолия

Ответ: 4

463. Желтуха при вирусном гепатите А нарастает за

- 1) 1-3 дня
- 2) 7-10 дней
- 3) 14-21 день
- 4) 21-28 дней
- 5) 28-35 дней

Ответ: 1

464. Содержание общего билирубина в биохимическом анализе крови при легкой форме вирусного гепатита А составляет

- 1) 40-85 мкмоль/л
- 2) 85-150 мкмоль/л
- 3) 150-200 мкмоль/л
- 4) 200-250 мкмоль/л
- 5) 250-300 мкмоль/л

Ответ: 1

465. Наиболее значимые биохимические показатели поражения печени при вирусном гепатите А

- 1) повышение тимоловой пробы
- 2) повышение содержания общего билирубина
- 3) повышение активности АЛТ
- 4) повышение активности АСТ
- 5) снижение сулемовой пробы

Ответ: 3

466. При вирусном гепатите А

- 1) с появлением желтухи состояние улучшается
- 2) с появлением желтухи состояние ухудшается
- 3) с появлением желтухи состояние не изменяется
- 4) заболевание начинается постепенно
- 5) характерен синдром Джанотти-Крости

Ответ: 1

467. Диагностически значимый лабораторный тест при вирусном гепатите А

- 1) обнаружение антител класса IgM к вирусу гепатита А
- 2) повышение тимоловой пробы
- 3) увеличение общего билирубина
- 4) повышение щелочной фосфатазы
- 5) концентрация фибриногена

Ответ: 1

468. Для вирусного гепатита А характерно

- 1) постепенное начало, с наличием субфебрилитета
- 2) острое начало, с повышением температуры до 30-39°C
- 3) преобладание тяжелых и фульминантных форм
- 4) полиартралгия в преджелтушном периоде
- 5) длительный преджелтушный период (более недели)

Ответ: 2

469. Симптом, позволяющий заподозрить вирусный гепатит А

- 1) кашель
- 2) пятнисто-папулезная сыпь
- 3) боли в животе
- 4) менингеальные знаки
- 5) жидкий, водянистый стул с примесью слизи, зелени

Ответ: 3

470. Повышение уровня конъюгированного билирубина в крови при вирусных гепатитах А и Е является следствием

- 1) нарушения процессов экскреции
- 2) нарушения процессов конъюгации
- 3) повышенного гемолиза эритроцитов
- 4) механического препятствия нормальному оттоку желчи
- 5) нарушения депонирования билирубина

Ответ: 1

471. Желтушное окрашивание при вирусных гепатитах начинается с

- 1) склер
- 2) кожи ладоней и подошв
- 3) кожи лица
- 4) кожи верхних конечностей
- 5) кожи нижних конечностей

Ответ: 1

472. Болевой синдром при вирусных гепатитах А и Е объясняется

- 1) поражением мезентериальных лимфатических узлов
- 2) поражением суставов
- 3) воспалительным процессом в ЖКТ
- 4) увеличением селезенки
- 5) увеличением печени

Ответ: 5

473. Вирусный гепатит А характеризуется увеличением

- 1) правой доли печени
- 2) левой доли печени
- 3) мезентериальных лимфатических узлов
- 4) размеров желчного пузыря
- 5) слювации

Ответ: 1

474. Изменение окраски кожи, склер, холурия, ахолия при вирусных гепатитах обусловлены

- 1) гемолизом эритроцитов
- 2) нарушением конъюгации билирубина в гепатоцитах
- 3) нарушением экскреции билирубина в гепатоцитах
- 4) механического препятствия нормальному оттоку желчи
- 5) нарушения депонирования билирубина

Ответ: 3

475. При синдроме Жильбера

- 1) повышена конъюгированная фракция билирубина
- 2) повышена неконъюгированная фракция билирубина
- 3) увеличены размеры печени
- 4) выражен синдром цитолиза
- 5) увеличены размеры селезенки

Ответ: 2

476. Изменения пигментного обмена при синдроме Жильбера связаны

- 1) с генетически обусловленным дефицитом глюкоронилтрансферазы
- 2) с нарушением процесса экскреции билирубина в желчные ходы
- 3) с дефицитом альфа-1-антитрипсина
- 4) с нарушением обмена меди
- 5) с врожденным дефицитом активности галактозо-1-фосфатуридилтрансферазы

Ответ: 1

477. При вирусном гепатите Е наиболее часто реализуется следующий путь заражения

- 1) контактно-бытовой
- 2) алиментарный
- 3) водный

- 4) воздушно-пылевой
- 5) гемотранфузионный

Ответ: 3

478. Вирусным гепатитом Е чаще болеют лица в возрасте

- 1) до 1 года
- 2) 1-3 лет
- 3) 3-7 лет
- 4) 7-10 лет
- 5) 15-30 лет

Ответ: 5

479. Отличительным признаком гепатита Е является

- 1) ухудшение состояния с появлением желтухи
- 2) улучшение состояния с появлением желтухи
- 3) нормальные размеры печени
- 4) развитие хронического гепатита
- 5) преобладание фульминантных форм у детей

Ответ: 1

480. Серологическим маркером гепатита Е является

- 1) анти-HEV IgM
- 2) анти-HBc IgM
- 3) анти-HAV IgM
- 4) анти-HDV IgM
- 5) анти-HCV

Ответ: 1

481. При лечении вирусных гепатитов А и Е основным является назначение

- 1) антибиотиков
- 2) нитрофуранов
- 3) базисной терапии
- 4) интерферонов
- 5) инфузионной терапии

Ответ: 3

482. В очаге вирусного гепатита А активная иммунизация проводится вакциной

- 1) ГЕП-А-ин-ВАК
- 2) Эувакс В
- 3) Engerix В
- 4) Комбиотех ЛТД
- 5) Эбербиовак ИВ

Ответ: 1

483. Вирус гепатита В относится к семейству

- 1) Hepadnaviridae
- 2) Flaviviridae
- 3) Picornaviridae
- 4) Mycoplasmatatacauae
- 5) Togavirus

Ответ: 1

484. Вирус гепатита D может оказывать гепатотропное действие лишь в присутствии в организме человека

- 1) вируса гепатита А
- 2) вируса гепатита С
- 3) вируса гепатита Е
- 4) вируса гепатита В
- 5) вируса гепатита G

Ответ: 4

485. Для вируса гепатита С характерно

- 1) длительная персистенция в организме больного
- 2) быстрая элиминация из организма больного
- 3) интеграция в геном гепатоцита
- 4) развитие заболевания только в присутствии HGV
- 5) низкая способность к мутациям

Ответ: 1

486. Наиболее часто встречающиеся источники заражения при вирусных гепатитах В, С, D

- 1) больные хроническими гепатитами
- 2) больные острыми формами гепатитов
- 3) вирусоносители
- 4) домашние животные
- 5) больные первичным билиарным циррозом

Ответ: 3

487. Характерный путь заражения вирусным гепатитом В на современном этапе

- 1) половой
- 2) гемотранфузионный
- 3) трансплацентарный
- 4) воздушно-пылевой
- 5) гемоконтактный

Ответ: 1

488. Заражение вирусным гепатитом С чаще всего происходит

- 1) контактно-бытовым путем
- 2) при внутривенном введении наркотиков
- 3) при медицинских манипуляциях
- 4) алиментарным путем
- 5) половым путем

Ответ: 2

489. Инкубационный период при вирусном гепатите В составляет

- 1) 14-21 день
- 2) 10-50 дней
- 3) 15-60 дней
- 4) 40-180 дней
- 5) 58-70 дней

Ответ: 4

- 490.** Инкубационный период при вирусном гепатите С
- 1) 58-70 дней
 - 2) 10-14 дней
 - 3) 90-180 дней
 - 4) 15-60 дней
 - 5) 10-50 дней

Ответ: 1

- 491.** Инкубационный период при вирусном гепатите D
- 1) 40-180 дням
 - 2) 10-50 дням
 - 3) 180-240 дням
 - 4) 58-70 дням
 - 5) 7-20 дням

Ответ: 1

- 492.** Чаще всего вирусными гепатитами В и С болеют лица в возрасте
- 1) до 1 года
 - 2) 1-3 лет
 - 3) 3-7 лет
 - 4) старше 15 лет
 - 5) 10-15 лет

Ответ: 4

- 493.** Для вирусного гепатита В характерно преобладание
- 1) типичных легких форм болезни
 - 2) среднетяжелых форм болезни
 - 3) тяжелых форм болезни
 - 4) злокачественных форм болезни
 - 5) атипичных форм болезни

Ответ: 2

- 494.** При вирусном гепатите С чаще встречаются
- 1) атипичные формы болезни
 - 2) злокачественные формы
 - 3) среднетяжелые формы болезни
 - 4) тяжелые формы болезни
 - 5) типичные легкие формы болезни

Ответ: 1

- 495.** Вирусный гепатит D преимущественно протекает в виде
- 1) легких форм
 - 2) среднетяжелых форм
 - 3) тяжелых форм
 - 4) атипичных форм
 - 5) бессимптомного вирусоносительства

Ответ: 3

- 496.** Длительность желтушного периода при вирусном гепатите В
- 1) 3-7 дней
 - 2) 7-10 дней
 - 3) 10-20 дней
 - 4) 20-30 дней
 - 5) 30-40 дней

Ответ: 4

- 497.** Для вирусного гепатита В характерно
- 1) постепенное начало с субфебрильной или нормальной температурой
 - 2) острое начало с подъема температуры до 38-39°C
 - 3) гриппоподобный синдром
 - 4) короткий преджелтушный период
 - 5) возникновение обострения через 2-3 недели от начала заболевания

Ответ: 1

- 498.** У больного типичной формой вирусного гепатита В с наступлением желтухи
- 1) состояние улучшается
 - 2) состояние ухудшается
 - 3) размеры печени сокращаются
 - 4) в клиническом анализе крови регистрируется лейкоцитоз, нейтрофилез
 - 5) нормализуется пигментный обмен

Ответ: 2

- 499.** Лабораторный показатель, наиболее информативный при оценке тяжести вирусных гепатитов
- 1) уровень активности трансаминаз
 - 2) показатели белкового обмена
 - 3) коагулограмма
 - 4) показатели осадочных проб
 - 5) уровень общего билирубина

Ответ: 3

- 500.** Наиболее частый исход типичных форм вирусного гепатита В
- 1) выздоровление
 - 2) хронизация процесса
 - 3) летальный исход
 - 4) дискинезия желчевыводящих путей
 - 5) развитие реактивного панкреатита

Ответ: 1

- 501.** После перенесенного вирусного гепатита В формируется иммунитет:
- 1) стойкий пожизненный
 - 2) продолжительностью 1 год
 - 3) продолжительностью 2-3 года
 - 4) продолжительностью 5-10 лет
 - 5) продолжительностью 10-15 лет

Ответ: 1

- 502.** Серологические маркеры выздоровления после перенесенного вирусного гепатита В
- 1) анти-НВс IgG, анти-НВс
 - 2) анти-НВс IgM, НВсAg
 - 3) НВсAg
 - 4) анти-НВс
 - 5) НВсAg

Ответ: 1

503. Серологический маркер протективного иммунитета после иммунизации от вирусного гепатита В

- 1) анти-НВс IgG
- 2) анти-НВс IgM
- 3) анти-НВе
- 4) анти-НВs
- 5) НВsAg

Ответ: 4

504. При вирусоносительстве НВsAg

- 1) в ПЦР обнаруживается ДНК ВГВ
- 2) в ПЦР ДНК ВГВ не обнаруживается
- 3) определяется с помощью ИФА анти-НВs
- 4) определяется с помощью ИФА анти-НВе
- 5) определяется с помощью ИФА анти-НВс IgM

Ответ: 2

505. Серологический маркер гепатита С

- 1) анти-НВс IgM
- 2) анти-НАV IgM
- 3) анти-НСV
- 4) анти-НДV IgM
- 5) анти-НВs

Ответ: 3

506. Одна из причин высокого хронического потенциала вирусного гепатита С

- 1) интеграция в геном гепатоцита
- 2) высокая способность к мутациям с образованием «квазивидов»
- 3) отсутствие внепеченочной репликации
- 4) высокая иммуногенность
- 5) быстрая элиминация из организма

Ответ: 2

507. Наиболее частый исход гепатита С

- 1) хронический гепатит
- 2) дискинезия желчевыводящих путей
- 3) выздоровление
- 4) синдром Жильбера
- 5) реактивный панкреатит

Ответ: 1

508. В лечении острого гепатита С рекомендуется назначение

- 1) гепатопротекторов
- 2) α -интерферонов
- 3) энтеросорбентов
- 4) инфузионной терапии
- 5) антибактериальных препаратов

Ответ: 2

509. Злокачественные формы болезни чаще наблюдаются при вирусном гепатите

- 1) А
- 2) G

- 3) С
- 4) В
- 5) ВГВ+ВГД

Ответ: 5

510. Наиболее значимый синдром при злокачественной форме вирусного гепатита

- 1) почечная недостаточность
- 2) дыхательная недостаточность
- 3) гепатоцеребральный
- 4) диспепсический
- 5) сердечно-сосудистая недостаточность

Ответ: 3

511. При злокачественной форме вирусных гепатитов

- 1) уменьшаются размеры печени
- 2) увеличиваются размеры печени
- 3) в клиническом анализе крови регистрируется лейкопения, лимфоцитоз
- 4) уменьшается желтуха
- 5) отсутствует нарушение сознания

Ответ: 1

512. Для тяжелых форм вирусных гепатитов характерно

- 1) повышение АЛТ в 1-3 раза
- 2) повышение АЛТ в 3-5 раз
- 3) повышение АЛТ в 5-10 раз
- 4) повышение АЛТ > 10 раз
- 5) нормальный уровень АЛТ

Ответ: 4

513. Наиболее информативный биохимический показатель тяжести при злокачественной форме вирусного гепатита

- 1) повышение уровня β -липопротеидов
- 2) повышение активности трансаминаз более чем в 10 раз
- 3) повышение уровня билирубина
- 4) снижение протромбинового индекса
- 5) снижение концентрации натрия, калия

Ответ: 4

514. В лечении тяжелых форм вирусных гепатитов глюкокортикостероиды

- 1) назначают коротким курсом (7-10 дней) с учетом суточного ритма
- 2) не назначают
- 3) назначают без учета суточного ритма в дозировке 10-15 мг/кг/сут
- 4) назначают в поддерживающей дозировке пожизненно
- 5) назначают разово 1-3 мг/кг/сут

Ответ: 1

515. Для этиологической диагностики парентеральных гепатитов используется

- 1) биохимический анализ крови

- 2) клинический анализ крови
- 3) молекулярно-биологические методы (ПЦР, молекулярная гибридизация)
- 4) общий анализ мочи
- 5) копрология

Ответ: 3

516. Метод, имеющий наибольшее значение для ранней диагностики HCV-инфекции

- 1) биохимический
- 2) ПЦР
- 3) ИФА
- 4) клинический анализ крови
- 5) анализ мочи на желчные пигменты

Ответ: 2

517. Для коинфекции ВГВ+ВГД характерно

- 1) развитие хронического гепатита
- 2) острое начало с высокой лихорадкой, артралгии
- 3) постепенное начало
- 4) улучшение состояния с появлением желтухи
- 5) нормальные показатели тимоловой пробы

Ответ: 2

518. Частота хронизации в исходе типичного вирусного гепатита В

- 1) 10%
- 2) 20%
- 3) 30%
- 4) 40%
- 5) 50%

Ответ: 1

519. Активная иммунизация проводится для профилактики

- 1) вирусного гепатита С
- 2) вирусного гепатита В
- 3) вирусного гепатита G
- 4) вирусного гепатита TTV
- 5) вирусного гепатита Sen

Ответ: 2

520. Суперинфекция дельта вирусом представляет опасность для больного

- 1) гепатитом В
- 2) гепатитом А
- 3) гепатитом Е
- 4) гепатитом G
- 5) гепатитом С

Ответ: 1

521. Хронический гепатит (при ВГС, ВГВ, ВГД) развивается через

- 1) 1 месяц
- 2) 3 месяца
- 3) 12 месяцев
- 4) 6 месяцев
- 5) 18 месяцев

Ответ: 4

522. Чаще встречающаяся этиология хронического гепатита у детей

- 1) лекарственная
- 2) аутоиммунная
- 3) вирусная
- 4) алкогольная
- 5) криптогенная

Ответ: 3

523. Хронический гепатит формируется в исходе

- 1) вирусного гепатита А
- 2) вирусного гепатита Е
- 3) вирусного гепатита С
- 4) типичной формы вирусного гепатита В
- 5) коинфекции ВГВ+ВГД

Ответ: 3

524. Активность хронического гепатита определяется по данным

- 1) ИФА
- 2) активности трансаминаз в биохимическом анализе крови
- 3) клинического анализа крови
- 4) УЗИ печени
- 5) динамической гепатобилисцинтиграфии

Ответ: 2

525. Основной морфологический признак активного хронического гепатита

- 1) очаговый некроз гепатоцитов
- 2) перипортальное воспаление
- 3) нарушение целостности пограничной пластинки
- 4) баллонная дистрофия гепатоцитов
- 5) жировая дистрофия гепатоцитов

Ответ: 3

526. Развитие хронического гепатита В чаще происходит после перенесения

- 1) атипичных, стертых форм
- 2) легких форм
- 3) среднетяжелых форм
- 4) тяжелых форм
- 5) фульминантных форм

Ответ: 1

527. Хронические вирусные гепатиты чаще протекают

- 1) малосимптомно, без желтухи кожи и склер
- 2) с желтухой кожи и склер
- 3) с выраженными диспепсическими нарушениями
- 4) с интоксикационным синдромом
- 5) с признаками гиперспленизма

Ответ: 1

528. Наиболее часто встречающийся объективный симптом при хроническом гепатите В

- 1) геморрагическая сыпь
- 2) пальмарная эритема
- 3) желтушность склер
- 4) гепатоспленомегалия
- 5) капиллярит на щеках и в межлопаточной области

Ответ: 4

529. Первично-хронический процесс в печени развивается при инфицировании в возрасте

- 1) до 1 года
- 2) 1-3 лет
- 3) 3-7 лет
- 4) 7-10 лет
- 5) 15-20 лет

Ответ: 1

530. Наиболее значимый биохимический показатель активности процесса в печени при вирусном гепатите В

- 1) ПТИ
- 2) тимоловая проба
- 3) сулемовая проба
- 4) щелочная фосфатаза
- 5) активность АЛТ/АСТ

Ответ: 5

531. Лечение α -ИФН применяют при

- 1) хроническом вирусном гепатите
- 2) болезни Вильсона-Коновалова
- 3) среднетяжелой форме вирусного гепатита А
- 4) при злокачественной форме ВГВ+ВГД
- 5) аутоиммунном гепатите

Ответ: 1

532. α -интерфероны назначают больным ХВГ при

- 1) повышении активности трансаминаз
- 2) нормальных показателях АЛТ/АСТ
- 3) обнаружении антител к вирусу гепатита В, С, D
- 4) развитии декомпенсированного цирроза печени
- 5) развитии аутоиммунных нарушений

Ответ: 1

533. При хроническом гепатите с высокой репликативной активностью предпочтительнее назначение

- 1) α -ИФН
- 2) циклоферона
- 3) эссенциале
- 4) карсила
- 5) урсофалька

Ответ: 1

534. Патогенез развития внепеченочных системных проявлений при хронических вирусных гепатитах связан с

- 1) образованием циркулирующих иммунных комплексов
- 2) незавершенным фагоцитозом
- 3) активацией клеточного звена иммунитета
- 4) угнетением гуморального звена иммунитета
- 5) прямым цитопатическим действием вируса

Ответ: 1

535. Чаще наблюдаются внепеченочные знаки у детей

- 1) до 1 года
- 2) 1-3 лет
- 3) 3-7 лет
- 4) 7-10 лет
- 5) старше 15 лет

Ответ: 5

536. Противопоказание к назначению α -интерферонов

- 1) гепатомегалия
- 2) спленомегалия
- 3) повышение активности АЛТ
- 4) высокая вирусная нагрузка
- 5) аутоиммунные нарушения

Ответ: 5

537. Эффективность противовирусной терапии оценивается по

- 1) исчезновению антител к вирусам гепатита В, С, D
- 2) нормализации трансаминаз
- 3) степени нарушения секреторно-эксcretорной функции печени
- 4) признакам поражения желчевыводящих путей
- 5) изменениям в клиническом анализе крови

Ответ: 2

538. Первичная оценка эффективности противовирусной терапии проводится через

- 1) неделю от начала лечения
- 2) месяц от начала лечения
- 3) 3 месяца от начала лечения
- 4) 6 месяцев от начала лечения
- 5) 12 месяцев от начала лечения

Ответ: 3

539. Продолжительность противовирусной терапии при хроническом гепатите С, вызванном генотипом 1В составляет

- 1) 1 месяц
- 2) 3 месяца
- 3) 6 месяцев

- 4) 9 месяцев
- 5) 1 год

Ответ: 5

540. Срок лечения α -интерферонами при хроническом гепатите В

- 1) 2 недели
- 2) 1 месяц
- 3) 3 месяца
- 4) 6 месяцев
- 5) 9 месяцев

Ответ: 4

541. Наиболее предпочтительная терапия при хроническом вирусном гепатите В

- 1) монотерапия α -интерферонами
- 2) монотерапия γ -интерферонами
- 3) комбинированная терапия α -интерферонами и синтетическими нуклеозидами
- 4) монотерапия индуктором интерферона
- 5) монотерапия синтетическими нуклеозидами

Ответ: 3

542. Исход в цирроз печени быстрее происходит при

- 1) хроническом гепатите С
- 2) цитомегаловирусном гепатите
- 3) хроническом гепатите В
- 4) суперинфекции HDV/HBV
- 5) лекарственном гепатите

Ответ: 4

543. Для лечения аутоиммунного гепатита применяются

- 1) антибиотики
- 2) глюкокортикостероиды
- 3) α -интерфероны
- 4) индукторы интерферона
- 5) сорбенты

Ответ: 2

544. Болезнь Вильсона-Коновалова (гепатолентикулярная дегенерация) характеризуется наследственными изменениями в

- 1) обмене глюкозы
- 2) белковом обмене
- 3) жировом обмене
- 4) обмене меди
- 5) обмене железа

Ответ: 4

545. Патогенетическая терапия болезни Вильсона-Коновалова

- 1) препараты Д-пенициллинамина (купренил, троловол и др.)
- 2) α -интерфероны
- 3) гепатопротекторы
- 4) антибактериальные препараты

- 5) глюкокортикостероиды

Ответ: 1

546. Для декомпенсированного цирроза печени характерно

- 1) высокая активность трансаминаз
- 2) невысокая активность трансаминаз
- 3) желтушность кожи и склер
- 4) высокая концентрация билирубина
- 5) уменьшение коэффициента де Ритиса

Ответ: 2

547. Наиболее частое осложнение, определяющее летальность при декомпенсированном циррозе печени в исходе хронического вирусного гепатита

- 1) энцефалопатия с развитием печеночной комы
- 2) дискинезия желчевыводящих путей
- 3) варикозное расширение геморраидальных вен
- 4) гиперспленизм
- 5) трансформация цирроза в гепатоцеллюлярную карциному

Ответ: 1

548. У ребенка с первых месяцев жизни в сыворотке крови определяются антитела к HCV на фоне нормальных показателей трансаминаз, это указывает на

- 1) вирусный гепатит С, первично-хронический
- 2) носительство антител к ВГС
- 3) аутоиммунный гепатит
- 4) болезнь Вильсона-Коновалова
- 5) гемохроматоз

Ответ: 2

549. Сроки диспансерного наблюдения при хроническом гепатите В

- 1) 1 год
- 2) до перевода во взрослую сеть
- 3) 5 лет
- 4) 6 месяцев
- 5) 3 месяца

Ответ: 2

550. Диспансерное наблюдение за больными хроническим гепатитом С продолжается

- 1) 5 лет
- 2) 2 года
- 3) 3 года
- 4) 10 лет
- 5) пожизненно

Ответ: 5

551. Патоморфологические изменения печени при циррозе

- 1) дистрофические и единичные некротические изменения эпителиальной ткани дольки печени

- 2) мелкоочаговые или фокальные некрозы, рассеянные по всей дольке с преобладанием в центре
- 3) обширные поля опустошенной, ставшей стромы с сохранением лишь небольшой каймы печеночного эпителия по периферии долек, регенеративные процессы отсутствуют
- 4) наличие диффузно-псевдолобулярных структур, сопровождающихся вращением соединительнотканых прослоек внутрь долек
- 5) отсутствуют

Ответ: 4

552. При печеночной энцефалопатии как осложнении цирроза печени для связывания аммиака применяют

- 1) глюкокортикостероиды
- 2) энтеросорбенты
- 3) Гепат-мерц
- 4) α-интерфероны
- 5) антибактериальные препараты

Ответ: 3

553. Наиболее радикальный метод лечения декомпенсированного цирроза печени

- 1) инфузионная терапия
- 2) плазмаферез (гемосорбция)
- 3) трансплантация печени
- 4) Гепат-Мерц
- 5) гепатопротекторы

Ответ: 3

554. В очаге гепатита А карантин на контактных накладывается на

- 1) 7 дней
- 2) 21 день
- 3) 14 дней
- 4) 35 дней
- 5) 45 дней

Ответ: 4

555. Заключительная дезинфекция в очаге вирусного гепатита А

- 1) проводится обязательно
- 2) не проводится
- 3) иногда проводится
- 4) проводится по показаниям
- 5) проводится только при эпидемии

Ответ: 1

556. Активная иммунизация против вирусного гепатита А осуществляется

- 1) вакциной
- 2) иммуноглобулином
- 3) гепатопротекторами
- 4) глюкокортикостероидами
- 5) аналогами нуклеозидов

Ответ: 1

557. Контактным в очаге вирусного гепатита А исследование активности трансаминаз проводится

- 1) однократно
- 2) двукратно
- 3) трехкратно
- 4) четырехкратно
- 5) не проводится

Ответ: 2

558. Продолжительность диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими вирусный гепатит А, составляет

- 1) 1 месяц
- 2) 2 года
- 3) 3 месяца
- 4) 12 месяцев
- 5) 3 месяца

Ответ: 3

559. Наблюдение за контактными по ВГВ проводится в течение

- 1) 1 месяц
- 2) 3 месяца
- 3) 6 месяцев
- 4) 12 месяцев
- 5) 2 года

Ответ: 3

560. Плановая иммунизация от вирусного гепатита В начинается с

- 1) 3 месяцев
- 2) сразу после рождения
- 3) 6 месяцев
- 4) с 1 года
- 5) с 1,5 лет

Ответ: 2

561. Для активной иммунизации против вирусного гепатита В применяется

- 1) живая культуральная вакцина
- 2) рекомбинантная дрожжевая вакцина
- 3) иммуноглобулин
- 4) аналоги нуклеозидов
- 5) α-интерфероны

Ответ: 2

562. Серологический маркер подтверждения наличия протективного поствакцинального иммунитета против вирусного гепатита В

- 1) HBsAg
- 2) анти-HBcIgG
- 3) анти-HBsAg
- 4) HBeAg
- 5) анти-HBe

Ответ: 3

563. Продолжительность диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими острые вирусные гепатиты В, С

- 1) 12 месяцев
- 2) 6 месяцев
- 3) 24 месяца
- 4) 3 месяца
- 5) 1 месяц

Ответ: 1

564. Частота осмотров в диспансерном кабинете реконвалесцентов острых вирусных гепатитов В и С

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

Ответ: 3

565. Наиболее предпочтительный способ активной иммунизации у новорожденного, родившегося от матери с носительством HBsAg

- 1) введение вакцины против вирусного гепатита В
- 2) введение специфического иммуноглобулина
- 3) введение специфического иммуноглобулина и вакцины
- 4) введение α -интерферонов
- 5) введение аналогов нуклеозидов

Ответ: 3

566. Реципиенты препаратов крови подлежат диспансерному наблюдению в течение

- 1) 1 месяца
- 2) 3 месяцев
- 3) 6 месяцев
- 4) 12 месяцев
- 5) 2 лет

Ответ: 3

567. Для профилактики вирусного гепатита С на станциях переливания крови лучше применить исследование крови методом

- 1) биохимическим
- 2) ИФА для определения анти-НСV
- 3) ПЦР на РНК ВГС
- 4) общим анализом крови
- 5) развернутым анализом крови

Ответ: 3

568. Вакцинация против вирусного гепатита В проводится

- 1) однократно
- 2) двукратно
- 3) трехкратно
- 4) пятикратно
- 5) шестикратно

Ответ: 3

569. При вирусном гепатите А источник инфекции представляет наибольшую эпидемиологическую опасность в

- 1) начале инкубационного периода
- 2) преджелтушном периоде
- 3) желтушном периоде
- 4) периоде ранней реконвалесценции
- 5) через год после перенесенного вирусного гепатита А

Ответ: 2

570. Вакцинопрофилактика гепатита В защищает от вирусного гепатита

- 1) В
- 2) С
- 3) А
- 4) Е
- 5) G

Ответ: 1

Клинические задачи для текущего контроля знаний

Задача 1

Мальчик, 12 лет, воспитанник интерната, заболел остро с подъема температуры тела до 39,0°C. Жаловался на общую слабость, головную боль, головокружение, плохой аппетит, тошноту, рвоту 1-2 раза в сутки, боли в правой подвздошной области, сыпь на теле.

В клинике на 3-й день болезни состояние расценено как среднетяжелое.

При осмотре определялись одутловатость и гиперемия лица, гиперемия тыльных поверхностей кистей и стоп, субиктеричность склер. Слизистые полости рта отечные. Язык густо обложен серовато-белым налетом, на участках очищения поверхность языка малинового цвета с выраженными сосочками. На коже внизу живота и в подмышечных областях видна точечная сыпь розового цвета. В легких и сердце без отклонений. Живот умеренно вздут. При пальпации определяются умеренная болезненность и урчание в правой подвздошной области. Печень плотноватая, пальпируется на 1,5-2,0 см ниже реберной дуги. Селезенка не увеличена. Цвет мочи в течение пяти дней был насыщенным, цвет кала не менялся.

Биохимический анализ крови: общий билирубин – 48 мкмоль/л, конъюгированный – 30 мкмоль/л, АсАТ – 90 ЕД/л, АлАТ – 96 ЕД/л.

Маркеры вирусных гепатитов не обнаружены.

Клинический анализ крови: Нб – 140 г/л, эр. – $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $9,5 \times 10^9/л$, эоз. – 7%, п/я – 8%, с/я – 53%, лимф. – 29%, мон. – 3%, СОЭ – 32 мм/ч.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз.
2. На основании каких симптомов Вы диагностировали данное заболевание?
3. Укажите возможный источник инфицирования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Какие лабораторные исследования позволят уточнить этиологию заболевания?
6. Каков патогенез сыпи при данном заболевании?
7. Чем обусловлен абдоминальный синдром?
8. Оцените показатели функциональных печеночных проб.
9. Оцените результаты анализа периферической крови.
10. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
11. Назначьте лечение.
12. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести?

Задача 2

В августе месяце, к мальчику 8 лет, лихорадящему в течение недели до 37,8-39,6°C, вызван участковый педиатр, который диагностировал у него грипп. Назначены симптоматические средства (жаропонижающие, деконгестанты, противокашлевые препараты).

В связи с неэффективностью проводимого лечения, родители доставили ребенка в стационар.

Эпидемический анамнез: за 2 недели до настоящего заболевания мальчик отдыхал в деревне, купался в пруду, пил некипяченую воду из колодца, «парное» молоко.

При поступлении в стационар на 8-й день болезни: ребенок вялый, заторможен, сонлив, отказывается от еды. Кожные покровы бледные, с элементами розеолезной сыпи на животе. Язык густо обложен налетом.

Живот вздут, урчание в правой подвздошной области. Печень выступает ниже края реберной дуги на 2 см, селезенка – на 1 см. Стул кашицеобразный, без патологических примесей 2-3 раза в день.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз. Критерии диагностики.
2. Назовите наиболее информативные лабораторные исследования, подтверждающие диагноз на данном этапе заболевания.
3. Дифференциальный диагноз.

4. Лечение.
5. Возможные осложнения и неотложные лечебные мероприятия.
6. Критерии выписки из стационара и допуска в школу.
7. Противоэпидемические мероприятия в семье.

Задача 3

Мальчик 13 лет, госпитализирован с диагнозом: Пищевая токсикоинфекция.

Анамнез заболевания: ребенок заболел через 2 дня после возвращения из турпохода, где пил воду из колодца, ел консервы, копченую колбасу, немытые овощи и жареные грибы, собранные в лесу. Заболевание началось с рвоты, схваткообразных болей в животе. Стул кашицеобразный, 2 раза в сутки, без патологических примесей. Температура тела не повышалась. На следующий день появились головная боль, сухость во рту, жажда, осиплость голоса, двоение предметов, «туман» перед глазами.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Каков наиболее вероятный возбудитель данного заболевания и предполагаемый источник инфекции?
3. Лабораторные исследования, подтверждающие диагноз.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Возможные осложнения и исход заболевания.
6. Лечение: лекарственные препараты, дозы, длительность курса терапии и контроль ее эффективности.

Задача 4

Мальчик 12 лет, осмотрен педиатром на 6-й день болезни.

Анамнез заболевания: заболел остро 5 дней назад, когда появилось повышение температуры тела до 38,5°C, вялость, слабость, снижение аппетита, тошнота, боли в животе, разжиженный стул до 3-5 раз в сутки.

Мать лечила ребенка «домашними» средствами (чай, сухари, легкий бульон, смекта). Однако фебрильная температура и разжиженный стул до 3-4 раз в сутки сохранялись, а на 5-й день болезни на туловище и конечностях появилась пятнисто-папулезная сыпь, носившая сливной характер в области суставов. Был вызван участковый педиатр.

При осмотре: температура тела 37,5°C. Кожа бледная, сохраняется пятнисто-папулезная сыпь, язык «сосочковый», малиновый. Печень выступает ниже края реберной дуги на 1 см. Стул жидкий, со слизью и зеленью, 4 раза в сутки.

Анализ крови: Нв – 118 г/л, лейкоц. – $13,5 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я – 69%, лимф. – 17%, эоз. – 1%, мон. – 6%. СОЭ – 18 мм/ч.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Наиболее информативные лабораторные исследования, подтверждающие диагноз.
3. Предполагаемый источник и путь инфицирования.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Лечение.
6. Критерии выписки из стационара и допуска ребенка в школу.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача 5

Ребенок 6 лет, поступает в стационар с направляющим диагнозом: Вирусный гепатит.

Анамнез заболевания: заболел остро с повышения температуры тела до 39°C, болей в эпигастрии, 4х-кратной рвоты, однократного жидкого стула без патологических примесей. На 4-й день болезни на фоне сохраняющихся симптомов интоксикации и фебрильной температуры появилась слабая иктеричность кожи и склер. Участковым педиатром ребенок направлен на госпитализацию.

При осмотре: ребенок вялый, температура тела 38,1°C. Выражена слабость. Жалуется на боли в животе. Кожа и склеры слабо иктеричны. Зев розовый, чистый. Со стороны легких

и сердца патологии не выявлено. ЧСС – 98 уд/мин. Живот болезненный в правой подвздошной области. Печень +3 см из-под края реберной дуги. Селезенка на 1,5 см ниже реберного края. Стул жидкий, обильный, без примесей, 2 раза в сутки.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите наиболее информативные лабораторные тесты, подтверждающие диагноз.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение с указанием доз и длительности курса терапии.
5. Показания к выписке больного из стационара.
6. Тактика дальнейшего наблюдения на педиатрическом участке.

Задача 6

Ребенок 10 лет, проходит обследование по поводу контакта с больным острым гепатитом А. При осмотре обнаружено увеличение размеров печени до 2 см ниже реберной дуги. В биохимическом анализе крови выявлено повышение АЛТ до 128 Ед/л.

Данные дополнительного обследования:

1. *HBsAg и анти-HAV IgM*: не обнаружены.
2. *Анти-HAV IgG*: обнаружены.
3. *УЗИ печени и желчного пузыря*: ткань печени повышенной эхогенности за счет мелкоочаговых структур, желчный пузырь увеличен в размерах, в полости осадок.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте диагноз, вероятная этиология заболевания.
2. Составьте план дальнейшего обследования ребенка.
3. Тактика лечения: лекарственные препараты, дозы, длительность терапии.
4. Возможный прогноз заболевания.
5. Основные направления дальнейшего ведения больного.
6. Показана ли в данном случае вакцинация против гепатита В?

Задача 7

У ребенка в возрасте 1 года при обследовании перед операцией по поводу паховой грыжи обнаружены анти-HCV. Ребенок поступил в стационар с диагнозом: Носительство анти-HCV.

Из анамнеза известно, что мать ребенка на 8 месяце беременности перенесла желтушную форму вирусного гепатита.

При поступлении: состояние ребенка удовлетворительное. Кожа обычной окраски. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, край печени плотноэластической консистенции.

Данные обследования:

Биохимический анализ крови: АЛТ – 92 Ед/л, АСТ – 78 Ед/л.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Какие лабораторные исследования могут подтвердить диагноз?
3. Будет ли зависеть выбор терапии от полученных результатов обследования?
4. Назовите предполагаемый источник и пути инфицирования.
5. Прогноз заболевания и дальнейшая тактика ведения больного.

Задача 8

Ребенок 8 месяцев, поступил с диагнозом: гепатит С.

Из анамнеза известно, что мать ребенка страдает хроническим гепатитом С.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые оболочки чистые, розовые. Печень на 1,5 см ниже края реберной дуги, край ее эластичный, безболезненный.

Данные обследования:

1. *Биохимический анализ крови*: билирубин общий – 12 мкмоль/л, билирубин связанный – 2 мкмоль/л, АЛТ – 33 Ед/л, АСТ – 40 Ед/л.

2. *Анти-HCV*: обнаружены.

Задание

1. Согласны ли Вы с направляющим диагнозом?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Каковы ожидаемые результаты?
3. Необходимо ли проводить интерферонотерапию данному ребенку?
4. Можно ли кормить ребенка грудным молоком?
5. Тактика дальнейшего наблюдения за ребенком.

Задача 9

Мальчик 6 лет, госпитализирован с подозрением на вирусный гепатит.

Анамнез заболевания: ребенок заболел остро с появления слабости, вялости и подъема температуры до 37,5°C. На 4-й день болезни потемнела моча, появилась легкая желтуха кожи и склер.

Эпидемиологический анамнез: 2 месяца назад ребенку проводилась гастроскопия по поводу гастродуоденита.

При поступлении: не лихорадит, сохраняются слабость, вялость, снижение аппетита. Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги, болезненная.

Данные обследования:

1. *Биохимический анализ крови:* билирубин общий – 48 мкмоль/л, билирубин связанный – 32 мкмоль/л, АЛТ – 806 Ед/л, АСТ – 424 Ед/л, ЩФ – 520 Ед/л, тимоловая проба – 7,2 Ед/л.

2. *Маркеры гепатита в сыворотке крови:* HBsAg, анти-HAV IgM – не обнаружены.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте диагноз с указанием предполагаемой этиологии заболевания.
2. Лабораторные исследования, подтверждающие диагноз.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечение: необходимые лекарственные препараты, доза, длительность терапии и контроль ее эффективности.
5. Возможные исходы болезни. Длительность диспансерного наблюдения.

Задача 10

Мальчик 6 лет, доставлен в стационар бригадой «Скорой помощи» с диагнозом: менингит?

Анамнез заболевания: ребенок заболел остро сегодня вечером, когда появились озноб, головная боль, головокружение, выраженная слабость, многократная рвота; температура тела повысилась до 39,5°C.

При поступлении: состояние тяжелое, была 1 раз рвота, температура тела 40°C. Ребенок в сознании, возбужден, отмечается тремор подбородка. Язык густо обложен сероватым налетом. Слизистая ротоглотки бледно-розовая. Кашля, насморка нет. В легких жесткое дыхание. ЧСС 160 уд/мин. Тоны сердца приглушены.

Живот при пальпации болезненный в левой подвздошной области. Пальпируется спазмированная болезненная сигмовидная кишка. В приемном отделении был жидкий стул, необильный, со слизью, зеленью и прожилками крови.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие лабораторные исследования необходимы для подтверждения (верификации) диагноза?
3. Дифференциальная диагностика.
4. Тактика лечения: основные группы лекарственных препаратов, доза, длительность и контроль эффективности терапии.
5. Прогноз заболевания.
6. Противоэпидемические мероприятия в школе и в семье.

Задача 11

Девочка 4-х лет, проходит амбулаторное обследование по поводу контакта с отцом, заболевшим вирусным гепатитом А.

При осмотре: кожа бледно-розовая, капиллярит на щеках, гепатомегалия.

Из краткого анамнеза известно, что в 2х-месячном возрасте девочка была оперирована по поводу пилоростеноза.

Данные обследования:

1. *Биохимический анализ крови:* АЛТ 150 Ед/л, АСТ 134 Ед/л.

2. *Маркеры гепатита в сыворотке крови:* HBsAg – положит., анти-HBсog сумм. – положит., HBeAg – положит. Анти-HAV IgM, анти-delta, анти-HCV – отрицат.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте план обследования для подтверждения (верификации) диагноза.
3. План лечения: препараты, дозы, длительность терапии.
4. Какова тактика дальнейшего ведения больного?
5. Оцените прогноз заболевания.

Задача 12

Мальчик 10 лет, наблюдается участковым педиатром по поводу кишечной инфекции.

Анамнез заболевания: ребенок заболел остро с повышением температуры тела до 38,1°C, однократной рвоты, слабости, анорексии, двукратного разжиженного стула без патологических примесей. Участковым врачом диагностирована кишечная инфекция, в связи с чем назначены смекта и фуразолидон. Через 2 дня температура тела нормализовалась, улучшился аппетит. На этом фоне появились боли в животе, стул стал оформленным, сероватого цвета. Одновременно мать ребенка обратила внимание на темный цвет мочи и легкую желтушность кожи и склер.

Задание

1. Согласны ли Вы с диагнозом участкового педиатра?
2. Ваше предположительное мнение по диагнозу?
3. Какие лабораторные исследования следует провести для подтверждения диагноза?
Ожидаемые результаты.
4. Тактика лечения: лекарственные препараты, дозы, длительность терапии и контроль эффективности проводимого лечения.
5. Возможные исходы заболевания.

Задача 13

Девочка 4 месяцев, госпитализирована с диагнозом: Кишечная инфекция.

Анамнез заболевания: ребенок заболел остро с повышением температуры тела до 38,5°C, однократной рвоты, стала беспокойной. На следующий день рвота повторилась 2 раза, появилась вялость, потемнела моча, стул обесцвеченный, оформленный.

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей с токсикозом, срочных родов. Масса тела при рождении 3300 г, длина 50 см. На 6-й день жизни была госпитализирована в отделение патологии новорожденных с диагнозом: Сепсис. В стационаре получала инфузионную терапию, трижды проведены трансфузии плазмы, вводился антистафилококковый иммуноглобулин.

При поступлении: состояние тяжелое, лихорадит до 38-38,5°C, беспокойна, тремор рук и подбородка.

Кожа и склеры умеренно иктеричны, на коже петехиальные элементы. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, край болезненный при пальпации. Селезенка на 1 см ниже реберного края.

Данные обследования:

Биохимический анализ крови: билирубин общий – 140 мкмоль/л, билирубин связанный – 60 мкмоль/л, АЛТ – 318 Ед/л, протромбиновый индекс – 35%, β-липопротеиды – 12 Ед/л.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Какие исследования следует провести для уточнения диагноза? Ожидаемые результаты.

3. Дифференциальная диагностика.

4. Тактика лечения: основные группы препаратов, дозы, длительность терапии, контроль эффективности проводимого лечения.

5. Возможный источник инфекции.

6. Прогноз заболевания. Основные направления диспансерного наблюдения.

Задача 14

Девочка 10 лет, поступила в стационар с подозрением на гепатит.

Анамнез заболевания: заболевание началось с появления жалоб на недомогание и болей в животе.

Через 5 дней заметили темную мочу и желтушность кожи и склер.

Анамнез жизни: девочка от нормальной беременности и родов. Раннее развитие без особенностей. В 5-летнем возрасте впервые диагностирована бронхиальная астма, однако стандартную терапию получает нерегулярно, контроль бронхиальной астмы недостаточный. Последний приступ был 2 месяца назад, по поводу которого находилась в отделении реанимации.

При поступлении: состояние тяжелое. Отмечаются слабость, снижение аппетита, тошнота, боли в животе, наиболее интенсивные при пальпации в правом подреберье. Кожа и склеры умеренно иктеричные.

Печень на 2,5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка на 1 см ниже реберного края. Моча темная.

Данные обследования:

1. *Биохимический анализ крови:* билирубин общий – 133 мкмоль/л, билирубин связанный – 92 мкмоль/л, АЛТ – 2150 Ед/л, АСТ – 1920 Ед/л, ЩФ – 420 Ед/л, тимоловая проба – 8,6 Ед/л.

2. *Маркеры гепатита в сыворотке крови:* HBsAg – обнаружен.

Задание

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.

2. Необходимы ли дополнительные лабораторные тесты для подтверждения диагноза? Если да, назовите необходимые методы исследования.

3. Дифференциальная диагностика.

4. План лечения: основные группы используемых лекарственных средств, дозы, длительность терапии, контроль эффективности проводимого лечения.

5. Прогноз заболевания и тактика дальнейшего наблюдения.

Задача 15

Мальчик 2,5 лет направлен в стационар с диагнозом: Кишечная инфекция.

Анамнез заболевания: ребенок заболел остро накануне вечером, когда повысилась температура тела до 37,8°C, появилась рвота до 6 раз, затем – обильный жидкий водянистый стул без патологических примесей до 5 раз за сутки. На следующий день состояние мальчика ухудшилось. Сохраняется повторная рвота, стул участился до 12 раз, стал брызжущим, желтым, пенистым, почти без каловых масс. Ребенок госпитализирован.

При поступлении: состояние тяжелое. Ребенок лихорадит, вялый, бледный, отказывается от питья.

Кожа и слизистая оболочка полости рта сухие; язык обложен серым налетом, тургор тканей снижен. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 140 уд/мин. Живот вздут, урчит при пальпации, болезненный. Мочится редко.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите вероятный возбудитель заболевания.

3. Какие следует провести лабораторные исследования для подтверждения диагноза? Ожидаемые результаты.

4. Дифференциальная диагностика.

5. Тактика лечения: диетотерапия, основные группы лекарственных средств, их дозы и длительность терапии.

6. Обоснуйте план и объем проведения противоэпидемических мероприятий в семье.

Задача 16

Ребенок 5 лет, посещающий детский сад, в течение 2-х дней наблюдается на дому по поводу пищевой токсикоинфекции.

Анамнез заболевания: заболел остро с подъема температуры до 37,5°C, головной боли, снижения аппетита, однократной рвоты, болей в животе. Через 2 дня температура нормализовалась, однако на этом фоне усилились боли в животе, потемнела моча. В связи с чем ребенок был направлен на стационарное обследование и лечение.

При поступлении: состояние ребенка средней тяжести. Температура тела нормальная. Кожа чистая, умеренно иктеричная, склеры иктеричны. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край болезненный при пальпации. Моча темная, кал обесцвечен.

Данные обследования:

Биохимический анализ крови: билирубин общий – 134 мкмоль/л, билирубин связанный – 123 мкмоль/л, АЛТ – 1824 Ед/л, АСТ – 1620 Ед/л, тимоловая проба – 24 Ед/л.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте диагноз, с указанием формы и тяжести заболевания.
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. План лечения: диетотерапия, основные группы лекарственных средств, их дозы и длительность применения. Контроль эффективности проводимого лечения.
4. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в очаге инфекции?
5. Назовите эффективные способы профилактики данного заболевания.

Задача 17

Мальчик 4 лет, заболел утром с подъема температуры тела до 38°C, повторной рвоты и болей в эпигастрии. К вечеру появились внезапные позывы на дефекацию, сопровождающиеся урчанием в животе, отхождением жидкого водянистого стула и газов.

При поступлении: состояние средней тяжести. Высоко лихорадит, вялый, отказывается от еды и питья.

Кожа бледная, сухая. Язык обложен беловатым налетом. ЧСС – 120 уд./мин. Живот вздут газами, болезненный при пальпации, урчит. За сутки была рвота 4 раза. Стул желтоватого цвета, водянистый, брызжущий до 9 раз за сутки.

В семье все здоровы, есть еще один ребенок 10 месяцев.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз с указанием тяжести и предполагаемой этиологии заболевания.
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Дифференциальная диагностика.
4. В каких неотложных лечебных мероприятиях нуждается ребенок?
5. Тактика дальнейшего ведения: основные группы лекарственных препаратов, доза, длительность терапии, контроль эффективности проводимого лечения.
6. Противоэпидемические мероприятия в семье и детском саду.

Задача 18

Мальчик 11 лет, направлен в стационар по поводу острой кишечной инфекции.

Анамнез заболевания: заболел остро, накануне, когда повысилась температура тела до 39,7°C, появились боли в животе, головокружения, однократная рвота. Отмечался жидкий стул до 3 раз со слизью, зеленью и прожилками крови.

При поступлении (2-й день болезни): состояние тяжелое. Ребенок высоко лихорадит, вялый, сонливый, жалуется на головную боль, головокружение, тянущие боли внизу живота. ЧСС – 150 уд/мин. Живот при пальпации болезненный, больше в правых отделах.

Сигмовидная кишка спазмирована и болезненна при пальпации. Стул скудный, со слизью и зеленью, до 10 раз в сутки.

Эпидемиологический анамнез: неделю назад 3х-летний брат пробанда госпитализирован в стационар со схожей клинической картиной.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз. Перечислите критерии тяжести данного заболевания.
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Дифференциальный диагноз.
4. Назовите предполагаемый источник инфекции и путь передачи.
5. План лечения: основные группы используемых препаратов, их дозы и длительность курса терапии.
6. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

Задача 19

Мальчик 9 месяцев, направлен в стационар с подозрением на острую кишечную инфекцию.

Анамнез заболевания: заболевание началось остро, накануне днем, когда возникла многократная рвота; отмечался подъем температуры тела до 38,6°C; появился жидкий обильный стул, с неперевавленными комочками и зеленью до 15 раз в сутки. С рождения у ребенка отмечается неустойчивый характер стула.

При поступлении (2-й день болезни): состояние тяжелое. Температура тела 38°C. Ребенок вялый, бледный, выражен периорбитальный цианоз, отмечаются позывы на рвоту, аппетит снижен, но пьет охотно.

Кожа и слизистая оболочка ротоглотки сухая. ЧСС 140 уд/мин. Живот слегка вздут, урчание при пальпации.

Печень +2,5 см ниже края реберной дуги. Стул во время осмотра обильный, жидкий, с примесью зелени и слизи.

Данные обследования:

Анализ крови: Hb – 119 г/л, лейкоц. – $8,6 \times 10^9$ /л, п/я – 9%, с/я – 47%, лимф. – 33%, мон. – 11%. СОЭ – 14 мм/ч.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз с указанием формы тяжести и предполагаемой этиологии заболевания.
2. Какие методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Дифференциальный диагноз.
4. Противоэпидемические мероприятия.
5. Тактика лечения: основные группы используемых препаратов, их дозы и длительность курса терапии.

Задача 20

Девочка 10 месяцев, поступила в стационар с подозрением на острую кишечную инфекцию.

Анамнез заболевания: ребенок заболел остро, вскоре после посещения поликлиники: отмечено повышение температуры тела до 37,8°C, появление повторной рвоты и частого жидкого стула.

При поступлении: состояние тяжелое. Температура тела 37,2-37,8°C. Девочка вялая, апатичная, отмечалась повторная рвота. Кожа бледная, чистая, сухая. Тургор тканей снижен, мышечная гипотония. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 140 уд./мин. Живот умеренно вздут, болезненный, урчит при пальпации. Стул с отхождением газов, водянистый, пенистый, желтовато-зеленого цвета до 10 раз за сутки.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз с указанием тяжести и предполагаемой этиологии заболевания.
2. Какие методы обследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

3. Дифференциальная диагностика.
4. Тактика лечения: основные группы используемых препаратов, их дозы и длительность курса терапии.
5. Какие существуют способы профилактики данного заболевания?

Задача 21

Девочка 6 лет, воспитанница детского дома, направлена на госпитализацию по поводу длительно сохраняющегося кашля.

Анамнез заболевания: заболевание у ребенка началось с повышения температуры тела до субфебрильных цифр, снижения аппетита, кашля. Был поставлен диагноз ОРВИ, лечилась симптоматическими средствами. В группе есть кашляющие дети. Через 10 дней от начала болезни на фоне кашля температура тела поднялась до 38,7°C. Врачом детского дома направлена на госпитализацию.

При поступлении: состояние средней тяжести, вялая. Беспокоит сухой навязчивый кашель. Кожные покровы чистые. Зев слегка гиперемирован, налетов нет, явления фарингита. В легких выслушиваются мелкопузырчатые хрипы, неотчетливое притупление перкуторного звука. ЧД 34 в 1 минуту. Тоны сердца слегка приглушены. ЧСС 90 уд/мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул нормальный, диурез сохранен.

Данные обследования:

1. *Общий анализ крови:* Нв – 124 г/л, эр. – $4,5 \times 10^{12}$ /л, тромб. – 230×10^9 /л, лейкоц. – $9,0 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с/я – 60%, лимф. – 29%, мон. – 6%. СОЭ – 16 мм/ч.

2. *Рентгенограмма грудной клетки:* неоднородная инфильтрация легочных полей, рентгенологическая картина «снежной бури», усиление легочного рисунка за счет интерстициального и сосудистого компонентов.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назовите вероятного возбудителя болезни.
3. Составьте план обследования для подтверждения диагноза. Ожидаемые результаты.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Тактика лечения: препараты, дозы, длительность терапии, контроль эффективности проводимой терапии.
6. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в детском доме?

Задача 22

К девочке 3-х лет, вызван участковый педиатр на следующий день после проведения первой вакцинации АДС-М анатоксином. Мать жалуется на повышение температуры тела у ребенка, появлением обильной бледно-розовой сыпи на лице, туловище и конечностях.

Анамнез заболевания: накануне девочка впервые была вакцинирована АДС-М анатоксином. Сегодня отмечено повышение температуры тела до 37,4°C, небольшая вялость, недомогание.

При осмотре: состояние средней тяжести. Вялая, негативно реагирует на осмотр. На лице, туловище и разгибательной поверхности конечностей бледно-розовая пятнистая и пятнисто-папулезная сыпь, без склонности к слиянию. В зеве легкая гиперемия. Лимфатические узлы несколько увеличены, болезненные при пальпации, особенно заднешейные и затылочные. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено.

Анамнез жизни: девочка с 2-х месяцев страдает атопическим дерматитом, в связи с чем был временный отвод от проведения вакцинопрофилактики.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Правильно ли выбран препарат для вакцинации в данном случае?
3. Какие лабораторные исследования могут подтвердить диагноз?
4. Показана ли госпитализация ребенка?
5. Тактика лечения: препараты, дозы, длительность курса терапии.

6. Каковы прогноз и меры профилактики, если мать ребенка находится на 12-й неделе беременности?

Задача 23

Мальчик 3-х лет, посещает детский сад, где есть случаи ветряной оспы в соседней группе. Врачом неотложной помощи направлен на госпитализацию с диагнозом: Ветряная оспа, тяжелая форма.

Анамнез заболевания: ребенок заболел остро сегодня утром, когда повысилась температура тела до 39,0°C, стал жаловаться на болезненность в полости рта. Одновременно на коже верхнего века правого глаза и верхней губы появились группирующиеся пузырьковые высыпания, на других участках тела сыпи нет. Был вызван врач неотложной помощи, который поставил диагноз: Ветряная оспа, тяжелая форма. Он настаивает на срочной госпитализации ребенка.

Анамнез жизни: мальчик рос и развивался нормально. Перенес краснуху, скарлатину. После 2,5 лет, когда стал посещать детский сад, отмечаются частые ОРВИ. Последний эпизод ОРВИ перенес неделю назад, получал симптоматическую терапию. Ребенок был выписан в детский сад за 3 дня до настоящего заболевания.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз и вероятную этиологию заболевания.
2. Какие лабораторные тесты подтвердят этиологию данного заболевания?
3. Дифференциальная диагностика.
4. План лечения: препараты, дозы, длительность терапии.
5. Каково дальнейшее течение данного заболевания?
6. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в детском саду?

Задача 24

Девочка 5 лет, перенесла ветряную оспу и была госпитализирована на 10-й день болезни в связи с ухудшением состояния, которое выражалось в появлении шаткой походки, замедленной речи, выраженной слабости и апатии.

Анамнез заболевания: в группе детского сада, который посещает девочка, ветряной оспой болели несколько детей. Ребенок наблюдался участковым педиатром на протяжении всего периода течения болезни.

Высыпания продолжались 3 дня, температура тела была в пределах 37,2-37,8°C, самочувствие не нарушалось.

На 10-й день болезни состояние ухудшилось: походка стала шаткой, речь замедлилась, девочка все время лежит.

При осмотре в приемном отделении: состояние девочки тяжелое. Выявлены неустойчивость в позе Ромберга, промахивание при выполнении пальценосовой и коленопяточной проб, шаткая походка, тремор, горизонтальный нистагм. Менингеальных знаков нет. На коже единичные бурые корочки в местах ветряночной сыпи. Насморка, кашля нет. Зев бледен. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. В какое отделение следует госпитализировать ребенка?
3. План обследования для подтверждения диагноза. Ожидаемые результаты.
4. Лечение: препараты, дозы, длительность терапии и контроль эффективности проводимого лечения.
5. Прогноз заболевания.

Задача 25

К доношенному мальчику 2-х месяцев, находящемуся на грудном вскармливании, вызван участковый педиатр в связи с продолжающимся в течение недели кашлем.

Анамнез заболевания: заболевание началось неделю назад с кашля, который в течение недели усиливался. Температура тела была нормальной. Участковый педиатр поставил

диагноз: ОРВИ. Назначены симптоматические средства. На 10-й день болезни в связи с усилением кашля ребенок госпитализирован с подозрением на пневмонию.

При осмотре в приемном отделении: состояние ребенка тяжелое. Лицо одутловатое, цианоз носогубного треугольника. Кашель приступообразный, до 20-30 раз в сутки, со рвотой. Периодически отмечаются приступы апноэ, во время которых ребенок синееет. Несколько раз на фоне приступов кашля отмечались судороги.

Выяснилось, что отец ребенка кашляет в течение последнего месяца, самочувствие его не страдает.

Данные обследования:

1. *Рентгенограммы грудной клетки:* легочные поля прозрачные, синусы свободны, небольшое усиление сосудистого рисунка в прикорневых зонах.

2. *Общий анализ крови:* Нв – 128 г/л, эр. – $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $18,2 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с/я – 21%, лимф. – 61%, мон. – 13%. СОЭ – 8 мм/ч.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте диагноз. Каков наиболее вероятный источник заболевания?
2. Составьте план обследования для уточнения диагноза и установления его этиологии.
3. Дифференциальная диагностика.
4. В чем причина диагностической ошибки участкового педиатра?
5. Тактика лечения: препараты, дозы, длительность и контроль эффективности терапии.
6. Назовите возможные осложнения и исходы болезни.
7. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания? Если да, то какими препаратами?

Задача 26

Мальчик 10 лет, осмотрен участковым педиатром на 4-й день течения острой респираторной инфекции.

Анамнез заболевания: заболел остро 4 дня назад, когда повысилась температура тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, появились насморк, кашель, конъюнктивит. Назначены симптоматические средства, домашний режим. Однако катаральные явления в последующие дни нарастали. На 4-й день болезни ребенок высоко лихорадит, температура тела 39°C , появилась пятнисто-папулезная сыпь на лице и единичные элементы сыпи на груди.

Диагноз участкового педиатра: ОРВИ, аллергическая сыпь.

Известно, что в классе зарегистрированы 3 случая заболевания с подобной волнообразной симптоматикой.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие лабораторные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Дифференциальный диагноз.
4. Оцените действия участкового врача.
5. План лечения: препараты, дозы, длительность терапии и контроль её эффективности.
6. Какова профилактика данного заболевания? Перечислите противоэпидемические мероприятия в классе.

Задача 27

К девочке 12 лет на 4-й день течения острого респираторного заболевания вызван участковый педиатр в связи с ухудшением состояния. Девочка жалуется на головную боль и боль в горле при глотании, температура тела 39°C .

Анамнез заболевания: заболевание началось остро 4 дня назад с повышения температуры тела до $37,8^{\circ}\text{C}$, появления насморка, кашля. Наблюдалась участковым педиатром, диагноз: ОРВИ. На 4-й день болезни состояние ухудшилось.

Анамнез жизни: раннее развитие без особенностей. Профилактические прививки проведены своевременно. В последние 2-3 года девочка часто болеет ОРВИ, 3 раза перенесла ангину.

При осмотре: зев ярко гиперемирован, миндалины отечны, наложения в лакунах. Тонзиллярные лимфатические узлы увеличены до 1,5-2 см, болезненные при пальпации. Кожа чистая, бледная. Со стороны внутренних органов и нервной системы без патологии.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие лабораторные методы исследования следует провести обязательно?
3. Дифференциальный диагноз.
4. Какие задачи должен ставить участковый педиатр при динамическом наблюдении за больным ребенком?
5. В каком случае может возникнуть необходимость обязательной госпитализации?
6. Назначьте лечение: препараты, дозы, длительность терапии, контроль эффективности.

Задача 28

Девочка 4-х лет, направлена на госпитализацию с диагнозом: Скарлатина.

Анамнез заболевания: ребенок посещает детский сад. Заболела остро 20 февраля, когда на коже появилась везикулезная сыпь, новые высыпания которой сопровождались повышением температуры тела до 38,0°C. На 4-й день болезни (23 февраля) температура тела повысилась до 39,5°C, девочка стала беспокойной, отмечалась рвота, в поясничной области заметили инфильтрат, гиперемию кожи, болезненность. Повторно вызван педиатр.

При осмотре участковым педиатром на 4-й день болезни: состояние ребенка средней тяжести. Язык сосочковый. На коже отмечаются подсыхающие везикулы и корочки, а также мелкоточечная сыпь на туловище и конечностях со сгущением высыпаний только вокруг инфильтрата в поясничной области. По органам без особенностей. Поставлен диагноз: Скарлатина. Назначен пенициллин в дозе 150 тыс. ЕД 2 раза внутримышечно. На следующий день состояние не улучшилось, и девочка направлена на госпитализацию.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Дифференциальная диагностика. Можно ли говорить о диагностической ошибке участкового педиатра? Если да, то чем можно её объяснить?
3. Обоснована ли госпитализация в данном случае? С чем связано ухудшение состояния ребенка?
4. Тактика лечения: препараты, дозы, путь и кратность введения, длительность терапии.
5. План проведения противоэпидемических мероприятий в детском саду и семье.

Задача 29

Мальчик Ф., 1 года 2 мес., доставлен бригадой «Скорой помощи» в стационар с диагнозом: Пневмония.

Анамнез заболевания: заболел остро сегодня вечером, когда отмечено повышение температуры тела до 38,5°C, появление кашля, насморка, затрудненного дыхания. Вызвана бригада «Скорой помощи», и ребенок срочно госпитализирован с диагнозом: Пневмония.

Анамнез жизни: доношенный мальчик от молодых здоровых родителей, находился на естественном вскармливании до 1 года. Рос и развивался соответственно возрасту, ничем не болел. Профилактические прививки проведены своевременно, в соответствии с графиком.

При осмотре в приемном отделении: состояние ребенка тяжелое. Температура тела 39,5°C, одышка до 35 в 1 минуту, дыхание свистящее, затруднен выдох, цианоз носогубного треугольника. При аускультации выслушивается большое количество среднепузырчатых и мелкопузырчатых влажных хрипов с обеих сторон.

Тоны сердца громкие. ЧСС 116 уд/мин. Со стороны других органов и нервной системы без патологии.

На рентгенограмме грудной клетки: очаговых инфильтративных теней не выявляется, сосудистый рисунок усилен с обеих сторон, больше в прикорневых зонах, синусы свободны.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.

2. Какова предполагаемая этиология заболевания?
3. Какие лабораторные исследования и их результаты позволят подтвердить диагноз?
4. Дифференциальная диагностика.
5. Назначьте лечение: препараты, дозы, длительность курса терапии. Есть ли показания для назначения антибиотиков?
6. Каков прогноз заболевания?

Задача 30

Девочка 11 лет, поступила в отделение на 9-й день болезни с диагнозом: Инфекция мочевых путей.

Анамнез заболевания: девочка заболела 9 дней назад, когда мать заметила одутловатость лица и отечность век. С 3-го дня болезни появилась гипертермия, которая до настоящего держится в пределах 38,5-39°C. На 4-й день болезни амбулаторно был сделан анализ мочи, в котором обнаружены лейкоциты до 15-20 в п/зр, белок – отсутствовал. После этого были назначены уросептики, однако состояние ребенка не улучшалось, сохранялась фебрильная лихорадка, одутловатость лица, болезненность в правом подреберье. На 9-й день болезни после повторного осмотра педиатра девочка направлена на госпитализацию для обследования.

При осмотре в отделении: состояние ребенка тяжелое. Высоко лихорадит до 39-39,3°C. Зев ярко гиперемирован, дыхание храпящее. Аппетит снижен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, громкие. ЧСС – 108 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правой половине. Печень +4,0 см из-под края реберной дуги. Селезенка у края подреберья. Менингеальных симптомов нет.

Данные обследования в стационаре:

1. Анализ крови: Нв – 118 г/л, эр. – $4,1 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $15,1 \times 10^9/л$, п/я – 6%, с/я – 38%, лимф. – 23%, мон. – 13%, эоз. – 2%, атипичные мононуклеары – 18%, СОЭ – 17 мм/ч.
2. Реакция Гофф-Бауэра: положительная.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Какие изменения в анализе периферической крови характерны для данного заболевания?
3. Опишите методику постановки реакции Гофф-Бауэра. Какие современные методы обследования могут быть использованы для уточнения этиологии заболевания?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Назначьте лечение: препараты, дозы, длительность, контроль эффективности терапии.
6. Каков прогноз данного заболевания?

Задача 31

Девочка 5 лет, госпитализирована с подозрением на системное онкогематологическое заболевание.

Анамнез заболевания: девочка заболела остро 8 дней назад, когда повысилась температура тела до 38,5°C, появились головная боль, слабость, снижение аппетита, мышечные боли. Наблюдалась участковым педиатром с диагнозом: Грипп. Получала симптоматическую терапию. На 8-й день болезни вновь осмотрена педиатром: температура тела снизилась до субфебрильной. Вместе с тем, отмечаются вялость, отказ от еды, бледность кожи, увеличение всех групп лимфатических узлов. Ребенок госпитализирован.

При поступлении: состояние тяжелое. Отмечаются вялость, субфебрилитет. Девочка отказывается от еды. Кожа бледная, сыпи нет. Гипертрофия небных миндалин II степени, налетов нет. Кашля, насморка нет.

Увеличены все группы лимфатических узлов до 1-1,5 см в диаметре, уплотнены, слегка болезненны при пальпации. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца средней звучности. ЧСС – 92 уд/мин.

Живот мягкий, безболезненный. Печень +3 см из-под края реберной дуги. Селезенка на 1 см ниже реберного края. Стул нормальный. Менингеальных знаков нет.

При дополнительном опросе удалось выяснить, что в доме с семьей проживают кошка и собака.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Предполагаемый источник инфекции. Какие лабораторные исследования могут подтвердить диагноз?
3. Дифференциальная диагностика. В чем заключается диагностическая ошибка участкового педиатра?
4. Прогноз дальнейшего течения и исхода заболевания.
5. Назначьте этиотропное лечение: препараты, дозы, длительность терапии.
6. Профилактические мероприятия.

Задача 32

Мальчик 6 лет, госпитализирован для обследования, уточнения диагноза и лечения.

Анамнез заболевания: 5 дней назад ребенок пожаловался на боли в правой подмышечной области и боли при сгибании правого локтевого сустава. Диагноз участкового педиатра: Лимфаденит. Назначены инъекции пенициллина. На 4-й день антибиотикотерапии состояние ухудшилось: температура тела повысилась до 38,5°C, увеличились все группы лимфатических узлов, и ребенок был госпитализирован.

При поступлении: состояние тяжелое. Ребенок бледный, вялый, плохо ест. Температура тела 39°C. На коже рук множественные царапины. На ладонной поверхности правой кисти видна папула размером 0,2×0,3 см, под корочкой. Справа определяются болезненные лимфатические узлы: кубитальный размером 2,0×2,0 см и подмышечный размером 2,0×4,0 см. Лимфатические узлы остальных групп увеличены до размеров 1,0×1,5 см, множественные, болезненные. Со стороны внутренних органов и нервной системы патологии нет.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Предполагаемый источник инфицирования. Какие лабораторные исследования подтвердят диагноз?
3. Дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями.
4. В чем состоит диагностическая ошибка участкового педиатра?
5. Назначьте лечение: препараты, дозы, длительность терапии.

Задача 33

Мальчик 1,5 лет, на приеме у педиатра в консультативно-диагностическом центре. Мать жалуется на прогрессирующую потерю массы тела у ребенка.

Анамнез заболевания: в возрасте 7 месяцев перенес острую респираторную инфекцию (ОРИ), пневмонию. В течение 10 дней лечился в отделении реанимации, где получал массивную парентеральную терапию. В последующие 4 месяца отмечались 3 повторных эпизода ОРИ, которые осложнялись пневмонией, кишечной инфекцией, парапроктитом. С 10-месячного возраста наблюдается упорная диарея с прогрессирующей потерей массы тела.

Анамнез жизни: доношенный ребенок от молодых здоровых родителей. До 9 месяцев находился на грудном вскармливании. До 7-месячного возраста рос и развивался нормально, прививки по графику.

При осмотре состояние тяжелое. Температура тела 39°C. Кожа сухая, дряблая. Дефицит массы тела 40%. Подкожно-жировой слой почти отсутствует. Увеличены шейные, подмышечные, паховые лимфатические узлы до 2,5 см, эластической консистенции, безболезненные. Влажный кашель с отхождением гнойной мокроты. В легких с обеих сторон мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца отчетливые. Живот вздут.

Печень выступает из-под реберной дуги на 4 см, селезенка – на 3 см.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие исследования подтвердят этиологию предполагаемого заболевания?
3. Охарактеризуйте период болезни согласно классификации.

4. Каков механизм передачи инфекции?
5. Как и где лечить больного?
6. Какие меры профилактики необходимы в семье?
7. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания?

Задача 34

Девочка 5 лет, бригадой «Скорой помощи» доставлена в отделение реанимации с диагнозом: ОРВИ, синдром крупа, стеноз гортани III степени.

Анамнез заболевания: заболела сегодня остро в детском саду, когда повысилась температура тела до 39°C, появились резкие боли в горле, затрудненное дыхание; не может глотать.

При осмотре в приемном отделении: состояние очень тяжелое. Выражены одышка, цианоз носогубного треугольника. Слюнотечение. Афония. Кашля, насморка нет. Зев гиперемирован, налетов нет. При надавливании на корень языка виден надгортанник – резко отечный, вишнево-красного цвета. В легких дыхание жесткое. Тахикардия. Тоны сердца слегка приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Стул нормальный. Менингеальных знаков нет.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите наиболее вероятную этиологию заболевания. Дифференциальный диагноз.
3. Какие лабораторные исследования подтвердят предполагаемый диагноз?
4. В каком отделении следует проводить обследование и лечение данного пациента?
5. Тактика лечения: препараты, способы введения, дозы, длительность терапии, контроль эффективности проводимого лечения.
6. Прогноз и исход болезни.

Задача 35

Мальчик 11 лет, поступил в больницу с диагнозом: Паратонзиллярный абсцесс.

Анамнез заболевания: вчера внезапно ребенок пожаловался на головную боль и боли в горле при глотании. Температура тела 39,5°C. На 2-й день болезни мальчик осмотрен участковым педиатром и направлен в стационар.

Анамнез жизни: ребенок от родителей, страдающих атопией (у матери – бронхиальная астма, у отца – поллиноз). Мальчику в возрасте 4-х месяцев выставлен диагноз: Атопический дерматит. В 3 года поставлен диагноз: Бронхиальная астма. Привит в возрасте до 1 года двукратно АДС-М – анатоксином.

При осмотре в приемном отделении поставлен диагноз: Дифтерия ротоглотки, токсическая форма, III ст.

Начато лечение противодифтерийной сывороткой.

Задание

1. Опишите основные проявления токсической дифтерии ротоглотки III степени.
2. В чем причина диагностической ошибки участкового педиатра?
3. Проведите дифференциальный диагноз с паратонзиллитом.
4. Какие лабораторные исследования подтвердят диагноз?
5. Перечислите основные направления терапии токсической дифтерии ротоглотки.
6. Могут ли возникнуть осложнения данного заболевания и какие?
7. Прогноз и исход болезни.
8. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в школе и дома?
9. Правильно ли привит ребенок против дифтерии?

Задача 36

Ребенок 5 лет, заболел внезапно в детском саду. В 13 час повысилась температура тела до 40°C, появилась сильная головная боль, отмечалась рвота 3 раза. Врач неотложной помощи поставил диагноз: Грипп.

Ввел внутримышечно литическую смесь, однако состояние не улучшилось. Ребенок госпитализирован.

Эпидемический анамнез: дома и в детском саду все здоровы.

При поступлении: состояние очень тяжелое. Ребенок бледен, в сознании, отмечалась повторная рвота.

На коже бедер и внизу живота единичные элементы геморрагической сыпи. Кашля, насморка нет. Зев умеренно гиперемирован, без налетов. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧСС – 140 уд/мин. Тоны сердца слегка приглушены. Печень +1,5 см ниже реберного края. Селезенка не пальпируется. Отчетливо выражена ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига с двух сторон, красный дермографизм.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Какие лабораторные исследования подтвердят диагноз?
3. Дифференциальная диагностика.
4. Основные направления терапии данного заболевания: препараты, дозы, длительность.
5. Прогноз и диспансерное наблюдение.
6. План противоэпидемических мероприятий в детском саду и дома.

Задача 37

Мальчик 2-х лет, доставлен машиной «Скорой помощи» в связи с приступом тонико-клонических судорог.

Анамнез заболевания: заболел внезапно 15 января, на 3-й день после проведения прививки против кори. В 6.00 час утра была рвота, температура тела повысилась до 40°C, после чего через час возник приступ тонико-клонических судорог, продолжавшийся в течение 3 минут. В машине «Скорой помощи» началось носовое кровотечение. В связи с гипертермией и тяжестью состояния ребенка внутримышечно были введены литическая смесь и гидрокортизон, начата подача кислорода через маску дыхательного аппарата.

При поступлении: состояние тяжелое. Температура тела 39,5°C. Выражены одышка, бледность, цианоз носогубного треугольника. Изредка покашливает. Ребенок в сознании, жалуется на головную боль, боли в горле при глотании. Кожа чистая. На слизистой оболочке мягкого нёба геморрагическая энантема. Зев гиперемирован, налетов нет. В легких рассеянные сухие хрипы. Тахикардия, тоны сердца приглушены. По остальным органам патологии нет.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования для уточнения диагноза. Ожидаемые результаты.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Назначьте лечение: препараты, дозы, длительность.
5. Какие осложнения могут развиваться у ребенка?
6. Правильно ли действовал врач «Скорой помощи»?
7. Какие профилактические препараты могли бы предупредить данное состояние?

Задача 38

Мальчик 1 года 2 мес., доставлен родителями в стационар в 3 часа ночи, без направления. У матери ребенка остаточные явления острой респираторной инфекции.

Анамнез заболевания: ребенок заболел 3 дня назад, когда повысилась температура тела до 37,8°C, появился насморк, кашель. Сегодня кашель стал грубым, лающим; ребенок стал капризным. Вечером была вызвана бригада «Скорой помощи», врач которой предложил госпитализацию, однако мать отказалась. Еще через несколько часов состояние ребенка ухудшилось: резко беспокоен, не спит, дыхание шумное – слышится на расстоянии, внезапно мальчик начал задыхаться. Родители решили срочно привезти ребенка в больницу.

Из краткого анамнеза известно, что мальчик родился доношенным, развивался нормально, ничем до настоящего времени не болел.

При поступлении: состояние тяжелое. Температура тела 38,5°C, резко выражено стенотическое дыхание, отмечаются значительные втяжения яремной ямки, эпигастральной области и периодически – грудины. Цианоз носогубного треугольника, слизистой оболочки

губ. Тоны сердца приглушены, аритмичные, выражена тахикардия. ЧСС – 160 уд/мин. Голос осипший, но со звонкими нотками. Ребенок мечется, взгляд испуганный, потливость головы. По остальным органам патологии нет.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте план обследования для подтверждения диагноза. Ожидаемые результаты.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Тактика лечения: препараты, дозы, длительность и контроль эффективности терапии.
5. Оцените действия врача «Скорой помощи».

Задача 39

Ребенок 8 лет заболел остро: температура тела 38,4°C, плохой аппетит, беспокойный сон, затруднение носового дыхания, увеличение шейных и подчелюстных лимфоузлов. На 6-й день болезни выявлены гепато- и спленомегалия. Госпитализирован с диагнозом «Инфекционный мононуклеоз». За 7 недель до заболевания ребенку переливали кровь в связи с автокатастрофой.

При поступлении состояние средней тяжести, температура тела 38°C, бледный, аппетит снижен, лицо одутловатое, пастозное, увеличены передне- и заднешейные лимфоузлы до 1 см, подвижные. Болезненность при пальпации околоушной области с обеих сторон. Носовое дыхание затруднено, выделений нет. В легких хрипов нет, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. В зеве – умеренная разлитая гиперемия, отечность миндалин, наложений нет. Живот мягкий, безболезненный; печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5-2,0 см, край эластичный, селезенка +1 см. Стул, диурез в норме. В неврологическом статусе без изменений.

Умеренно выраженная интоксикация сохранялась 2 недели, увеличение лимфоузлов – 4 недели, гепато- и спленомегалия – 3 недели.

УЗИ органов брюшной полости: печень незначительно увеличена, ЭХО структура – однородна; селезенка незначительно увеличена, паренхима не изменена; желчный пузырь с перетяжкой в области тела. Поджелудочная железа увеличена, ЭХО структура – неоднородна.

Общий анализ крови: Нв – 120 г/л, эр. – $3,9 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $10 \times 10^9/л$, п/я – 6%, с/я – 27%, эоз. – 2%, лимф. – 51%, мон. – 10%, атип. мононуклеары – 4%, СОЭ – 15 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин – 16 мкмоль/л, прямой – 9 мкмоль/л, АЛАТ – 80 Ед/л, АсАТ – 67 Ед/л, протромбин – 90%, тимоловая проба – 12 Ед.

Маркеры гепатитов В и С, Эпштейна-Барр вируса – отрицательные.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите предполагаемый источник инфицирования.
3. Дайте характеристику возбудителя.
4. Объясните патогенез данного заболевания.
5. Оцените результаты лабораторных исследований, проведенных больному.
6. Проведите дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями.
7. Назначьте лечение.
8. Каков прогноз данного заболевания?
9. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести?

Задача 40

Мальчик, 4 месяца, родился от молодых здоровых родителей. Поступил в инфекционное отделение на 14-й день болезни с диагнозом «ОРВИ, пневмония?» Из анамнеза болезни известно, что 2 недели назад на фоне нормальной температуры и хорошего общего состояния у мальчика появился кашель, который не поддавался лечению отхаркивающими микстурами и тепловыми процедурами и имел тенденцию к учащению, особенно в ночное время. Находился под наблюдением врача с диагнозом «ОРВИ». К 6-му дню болезни кашель стал приступообразным и сопровождался беспокойством ребенка, покраснением лица во время приступа, высовыванием языка и периодически заканчивался

рвотой. Вне приступа отмечались бледность кожных покровов, некоторая одутловатость лица.

При поступлении состояние тяжелое, вялый, бледный, цианоз носогубного треугольника. Кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза. Зев розовый, чистый. Лимфоузлы не увеличены. В легких укорочение перкуторного звука в средне-медиальном отделе правого легкого, дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,0 см. Пальпируется край селезенки. Стул, диурез в норме.

В отделении у ребенка отмечалось до 20 приступов кашля в сутки, при этом периодически во время приступа наблюдалась рвота. Мокрота была вязкой, и ребенок ее с трудом откашливал.

На рентгенограмме усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышение прозрачности легочных полей, треугольная тень в средней доле правого легкого.

Общий анализ крови: Нв – 140 г/л, эр. – $4,0 \times 10^{12}/л$, лимф. – $30 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с/я – 20%, лимф. – 70%, мон. – 7%, СОЭ – 3 мм/ч.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Оцените тяжесть заболевания.
3. Назовите источник заражения.
4. Какие результаты лабораторного обследования подтвердят диагноз?
5. Какие изменения со стороны легких характерны для данного заболевания?
6. Проведите дифференциальный диагноз с пневмонией.
7. Назначьте лечение.
8. Проведите противоэпидемические мероприятия.
9. Укажите возможные исходы заболевания.

Задача 41

Мальчик, 6 лет, заболел остро: температура тела $38^{\circ}C$, кашель, насморк, конъюнктивит. Диагноз участкового врача – «ОРВИ». В анамнезе черепно-мозговая травма в возрасте 11 месяцев, после чего мать отказалась от вакцинации. В последующие дни температура сохранялась, катаральные явления усилились, кашель грубый, частый, увеличилась отечность век, появилась светобоязнь. На 4-й день болезни температура $39,5^{\circ}C$, на лице, за ушами, появилась пятнисто-папулезная сыпь, которая в последующие 2 дня распространилась на туловище и конечности. Затем температура снизилась, состояние улучшилось. Однако на 8-й день болезни ребенок пожаловался на головную боль, была двухкратная рвота, затем потеря сознания, возникли судороги. Срочно госпитализирован в боксированное отделение.

При поступлении состояние очень тяжелое, без сознания, часто возникают приступы общих тонико-клонических судорог. На коже лица, туловища и конечностей элементы пигментации. Зев умеренно гиперемирован, налетов нет. Влажный кашель. В легких жесткое дыхание, единичные сухие хрипы. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, печень и селезенка не прощупываются. Стула не было в течение суток. Отмечается легкая ригидность затылочных мышц.

На рентгенограмме органов грудной клетки усиление легочного рисунка.

Спинномозговая пункция: жидкость прозрачная, вытекает частыми каплями. Цитоз – 30/3, лимф. – 28, нейтр. – 2, белок – 0,665 г/л.

Клинический анализ крови: Нв – 120 г/л, эр. – $3,5 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $8,4 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с/я – 42%, эоз. – 5%, лимф. – 43%, мон. – 7%, СОЭ – 22 мм/ч.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Перечислите симптомы заболевания, на основании которых поставлен диагноз.
3. Дайте характеристику возбудителя.
4. Объясните патогенез заболевания.
5. Укажите причину появления неврологических симптомов.

6. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза и решения вопросов терапии?
7. Назначьте лечение.
8. Каков прогноз заболевания?
9. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в детском саду?
10. Какие профилактические мероприятия предусмотрены для предупреждения данного заболевания?

Задача 42

Девочка, 12 лет, заболела остро: температура тела 39°C, головная боль, слабость, снижение аппетита, мышечные боли. На 5-й день болезни температура тела 37,3-37,5°C, отмечалось увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. В последующие дни сохранялась субфебрильная температура, снижение аппетита, слабость, головная боль, боли в животе. Была госпитализирована на 12-й день болезни с диагнозом «Лимфогранулематоз». В доме есть кошка, с которой девочка часто играет.

При поступлении состояние средней тяжести, субфебрилитет, отказ от еды, вялость. Кожные покровы бледные, периорбитальный цианоз, тургор тканей снижен. Увеличены все группы лимфоузлов до 0,5-1,0 см в диаметре, уплотненные, болезненные; шейные, до 1,5 см в диаметре, плотные. Тоны сердца средней звучности, ЧСС – 108 в мин, в легких везикулярное дыхание. Гипертрофия небных миндалин II степени, без воспалительных явлений. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 2-3 см, селезенка – на 1 см. Стул, диурез не изменены. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики нет. Осмотр окулиста: явления ретинита. Температура нормализовалась на 19-й день болезни, лимфаденопатия отмечалась в течение 1,5 месяца.

Клинический анализ крови: Нб – 110 г/л, эр. – $3,2 \times 10^{12}$ /л, лимф. – $5,6 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с/я – 38%, эоз. – 6%, лимф. – 44%, мон. – 7%, СОЭ – 23 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, прозрачность – полная, отн. пл. – 1021, белок – 0,033 г/л, сахар – нет, лейкоц. – 3-5 в п. зр., эр. – ед. в п. зр.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите симптомы, характерные для этого заболевания.
3. Какие дополнительные исследования позволят подтвердить диагноз?
4. Дайте характеристику возбудителя.
5. Предполагаемый источник инфекции.
6. Проведите дифференциальный диагноз со схожими инфекционными заболеваниями.
7. Перечислите возможные исходы заболевания.
8. Назначьте этиотропное лечение.
9. Какие профилактические мероприятия необходимо провести?

Задача 43

Ребенок, 3 года, посещает детский сад, заболел остро: температура тела 39°C, рвота, жалобы на головную боль. На 2-й день мальчик потерял сознание, появились судороги, пена у рта. Доставлен в больницу на машине «скорой помощи» с направляющим диагнозом «ОРВИ, эпилепсия?».

Состояние очень тяжелое, кожа серого цвета, акроцианоз. На коже живота, груди, конечностей геморрагическая сыпь различной величины и формы. Ребенок сонлив. Температура тела 39°C. АД – 80/40 мм рт.ст. В легких жесткое дыхание. Тоны сердца аритмичные, тенденция к брадикардии. Живот мягкий, печень +1 см.

Через 2 часа состояние ухудшилось. Лежит в вынужденной позе с запрокинутой головой, стонет, увеличилось количество геморрагических элементов на коже, некоторые из них с некрозом в центре. Многократная рвота. Пульс частый, слабый. Зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая.

Клинический анализ крови: Нб – 104 г/л, эр. – $3,6 \times 10^{12}$ /л, тромб. – 185×10^9 /л, лейкоц. – $17,0 \times 10^9$ /л, миелоц. – 1%, метамиел. – 1%, п/я – 27%, с/я – 51%, эоз. – 2%, лимф. – 10%, мон. – 8%, СОЭ – 25 мм/ч.

Ликворограмма: цвет – мутный, опалесцирует, цитоз – 1003/3, белок – 0,420 г/л, лимф. – 15%, нейтр. – 85%.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Дайте характеристику возбудителя.
3. Объясните патогенез токсического синдрома.
4. Назовите причины появления геморрагической сыпи.
5. Какие лабораторные исследования могут подтвердить клинический диагноз?
6. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены на догоспитальном и госпитальном этапах?
7. Каков возможный прогноз?
8. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в очаге?
9. Существует ли специфическая профилактика данного заболевания?

Задача 44

Мальчик, 4 года, заболел накануне вечером: повысилась температура тела до 38,5°C. На следующий день утром мать заметила сыпь на лице, туловище, конечностях. При осмотре участковым врачом отмечены температура тела 37,8°C, увеличение заднешейных, заушных и затылочных лимфоузлов, которые были уплотнены и болезненны при пальпации. Сыпь розовая, мелкая, пятнисто-папулезная по всему телу. При осмотре ротоглотки выявлена энантема в виде красных пятен на небе и небных дужках. Отмечены также конъюнктивит и редкий кашель. В легких хрипов нет. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: Hb – 128 г/л, эр. – $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $4,2 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 32%, эоз. – 2%, лимф. – 54%, мон. – 3%, плазм. кл. – 8%, СОЭ – 12 мм/ч.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Чем обусловлено появление сыпи при данном заболевании?
3. Какие исследования необходимо провести для уточнения этиологии заболевания?
4. Назовите форму тяжести болезни.
5. Оцените результаты анализа периферической крови.
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Назначьте лечение.
8. Каковы прогноз и меры профилактики, если мать ребенка находится на 12 неделе беременности?
9. Какова вакцинопрофилактика заболевания.

Задача 45

Мальчик, 7 месяцев, поступил в клинику на 5-й день болезни, 2-й день желтухи. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с токсоплазмозом в 1-й половине, срочных родов. Масса тела при рождении – 3400 г. 2 месяца назад находился на стационарном лечении по поводу пневмонии. Получал инфузионную терапию.

Настоящее заболевание началось с подъема температуры до субфебрильных цифр, стал вялым, срыгивал, была однократная рвота. На 4-й день от начала болезни появилась желтуха, состояние ухудшилось: повторная рвота, на лице, ягодицах – единичные геморрагические высыпания. Госпитализирован.

При поступлении состояние очень тяжелое, желтушность кожи и склер, резкая вялость с периодическим беспокойством, аппетит снижен, рвота «кофейной гущей». ЧД – 50 в 1 мин, ЧСС – 140 в мин. Живот вздут. Печень пальпировалась на 3 см ниже края реберной дуги.

В стационаре состояние больного продолжало ухудшаться. На 3-й день пребывания в клинике (7-й день болезни, 4-й день желтухи) потерял сознание, не глотает, монотонный крик, тонические судороги, на коже геморрагические высыпания, кровоточивость в местах инъекций, тония мышц, арефлексия. Размеры печени сократились. На фоне нарастания дыхательной и сердечной недостаточности ребенок умер.

Биохимический анализ крови: билирубин общий – 202,6 мкмоль/л, конъюгированный – 106 мкмоль/л, АлАТ – 316 Ед/л, АсАТ – 380 Ед/л, тимоловая проба – 10 Ед, бета-липопротеиды – 10,0 Ед, протромбиновый индекс – 15%.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Перечислите ведущие симптомы данной формы болезни.
3. Назовите возможные причины инфицирования.
4. Оцените данные биохимического анализа крови.
5. Какие серологические маркеры подтвердят диагноз?
6. Чем объясняется сокращение размеров печени у больного?
7. Назначьте лечение.
8. Как можно предупредить данное заболевание?

Перечень контрольных вопросов к зачету для промежуточного контроля знаний

1. Грипп. Этиология. Эпидемиология. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика гриппа и других ОРЗ в организованных коллективах.
2. Парагрипп. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Синдром крупа. Лечение и профилактика.
3. Аденовирусная инфекция. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение.
4. Риновирусная, реовирусная инфекции. Клиника, диагностика, лечение
5. Респираторно-синцитиальная инфекция. Эпидемиологические особенности. Патогенез. Клиника в возрастном аспекте. Лечение.
6. Энттеровирусная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Классификация. Клинические формы. Лечение.
7. Корь. Этиология. Эпидемиология. Классификация. Клинические особенности. Лечение. Профилактика.
8. Краснуха. Эпидемиологические особенности. Клиника врожденной и приобретенной краснухи. Диагностика. Лечение. Профилактика.
9. Ветряная оспа – *Herpes Zoster*. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
10. Герпетическая инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клиника локализованных форм (кожи, слизистых оболочек глаз).
11. Цитомегаловирусная инфекция. Клиника врожденной и приобретенной цитомегалии. Диагностика. Лечение. Исходы. Профилактика.
12. Инфекционный мононуклеоз. Этиология. Патогенез. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
13. Скарлатина. Этиология. Эпидемиология. Классификация. Патогенез. Клиника. Диагностика. Осложнения и их лечение. Постэкспозиционная профилактика.
14. Коклюш и паракклюш. Этиология. Эпидемиология. Классификация. Клиника, лечение. Активная иммунизация.
15. Паротитная инфекция. Эпидемиология. Патогенез. Клиника железистых и нервных форм. Диагностика. Лечение. Профилактика.
16. Паротитная инфекция. Серозный менингит. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
17. Дифтерия ротоглотки. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клиника дифтерии ротоглотки. Осложнения. Лечение. Вакцинопрофилактика дифтерии.
18. Токсическая дифтерия ротоглотки. Классификация. Клиника. Лечение. Условия выписки из стационара. Мероприятия в очаге.
19. Дифтерия гортани. Дифтерийный круп. Лечение дифтерии гортани и ее осложнений. Профилактика. Мероприятия в очаге.
20. Дифтерия носа и других редких локализаций. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Мероприятия в очаге.

21. Менингококковая инфекция. Этиология. Эпидемиология. Здоровое носительство. Назофарингит. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансеризация.
22. Менингококковая инфекция. Этиология. Эпидемиология. Классификация. Клиника гнойного менингита. Лечение. Профилактика.
23. Менингококковая инфекция. Менингококцемия. Типичные и молниеносные формы. Диагностика. Лечение. Условия выписки из стационара. Диспансеризация.
24. Полиомиелит. Этиология. Эпидемиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Вопросы профилактики. Мероприятия в очаге.
25. Гепатиты А, Е. Эпидемиологические особенности. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.
26. Гепатиты В, D. Злокачественная форма вирусного гепатита. Клиника. Диагностика. Лечение печеночной комы.
27. Хронический гепатит. Исходы вирусных гепатитов. Диспансеризация. Мероприятия в очаге. Вакцинопрофилактика вирусных гепатитов.
28. Шигеллез. Этиология. Эпидемиология. Классификация. Клиника. Лечение. Профилактика.
29. Эшерихиозы. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клиника, обусловленная гетеропатогенными, энтероинвазивными, энтеротоксигенными, энтерогемолитическими кишечными палочками. Диагностика. Лечение. Профилактика.
30. Сальмонеллез. Этиология. Эпидемиология. Классификация. Клинические особенности в возрастном аспекте. Диагностика. Лечение. Профилактика.
31. Кишечные инфекции, вызванные условно-патогенной флорой (протей, клебсиелла, синегнойная палочка). Пищевые токсикоинфекции. Клиника. Лечение.
32. Ротавирусная инфекция. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
33. Брюшной тиф. Паратифы А и В. Клиника. Осложнения. Диагностика. Лечение. Профилактика.
34. Холера. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Особенности современного течения холеры у детей. Профилактика. Мероприятия в очаге.
35. Псевдотуберкулез. Кишечный иерсиниоз. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
36. Арбовирусные инфекции. Понятие. Классификация. Лихорадка Западного Нила. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Исходы. Профилактика.
37. Клещевой энцефалит. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
38. Прививочный календарь ребенка. Правила проведения прививок. Реакции и осложнения, их профилактика и лечение.
39. ВИЧ-инфекция у детей. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
40. Геморрагические лихорадки у детей. Клиника, диагностика и лечение.