

*ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ*  
*КАФЕДРА ГОСПІТАЛЬНОЇ ПЕДІАТРІЇ*

**Леженко Г.О., Резніченко Ю.Г., Пашкова О.Є, Гиря О.М.  
Врублевська С.В.**

**ЗБІРНИК**  
**тестових завдань з педіатрії**  
**для студентів 4 курсу стоматологічного факультету**

**2015**

**Заклад-розробник:**

Запорізький державний медичний університет

Леженко Г.О., Резніченко Ю.Г., Пашкова О.Є., Гиря О.М., Врублевська С.В. Збірник тестових завдань з педіатрії для студентів 4 курсу стоматологічного факультету.-Запоріжжя, 2015.-148 с.

**Укладачі:**

**Леженко Г.О.** - завідувач кафедри госпітальної педіатрії, доктор медичних наук, професор;

**Резніченко Ю.Г.** - професор кафедри госпітальної педіатрії, доктор медичних наук;

**Пашкова О.Є.** - доцент кафедри госпітальної педіатрії, кандидат медичних наук;

**Гиря О.М.** - доцент кафедри госпітальної педіатрії, кандидат медичних наук.

**Врублевська С.В.**- асистент кафедри госпітальної педіатрії, кандидат медичних наук.

В збірнику надано 300 тестових завдань з однією правильною відповіддю, які призначені для самопідготовки до практичних занять з педіатрії студентів 4 курсу медичного факультету.

Для студентів 4 курсу, які навчаються за фахом «Педіатрія», «Лікувальна справа».

**Рецензенти:**

**С.М. Недельська**, доктор медичних наук, професор, завідувача кафедри факультетської педіатрії Запорізького державного медичного університету

**Л.М. Боярська**, професор, завідувача кафедри дитячих хвороб ФПО Запорізького державного медичного університету

Методичні розробки затверджено на засіданні Центральної методичної Ради Запорізького державного медичного університету.

Протокол №2 від 26.11.2015р.

## ЗМІСТ.

<b>№п/п</b>	<b>ТЕМА</b>	<b>Стор.</b>
<b>1</b>	<b>Вступ</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Структура та зміст дисципліни</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Перелік теоретичних питань для підсумкового модульного контролю</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>Перелік теоретичних питань для підсумкового модульного контролю</b>	<b>13</b>
<b>5</b>	<b>База тестів для поточного і підсумкового контролю</b>	<b>15</b>
<b>6</b>	<b>Перелік задач для виявлення рівня підготовки</b>	<b>105</b>
<b>8</b>	<b>Еталони відповідей</b>	<b>127</b>
<b>9</b>	<b>Критерії оцінювання знань</b>	<b>142</b>
<b>10</b>	<b>Використана література</b>	<b>146</b>

## **ВСТУП**

Методичні рекомендації, які було розроблено співробітниками кафедри госпітальної педіатрії і дитячих інфекційних хвороб, реалізують систему програмно-цільового управління якістю підготовки фахівців. Методичні рекомендації дозволять студентам при підготовці до практичного заняття визначити його мету, яка опирається на навички та уміння, отримані на попередніх кафедрах, а також оцінити ступінь своєї підготовки до заняття за результатами рішення тестових завдань. Для якісної організації позааудиторної підготовки студентів до заняття в методичних рекомендаціях додано перелік основних теоретичних питань та рекомендованої літератури. В процесі вивчення курсу дитячих хвороб особлива увага звертається на якість оволодіння практичними навичками з методики обстеження дітей (пальпація, перкусія, аускультация, вміння оцінювати основні лабораторні показники). В процесі проведення підсумкового заняття оцінюється також вміння студентів заповнювати основні розділи історії хвороби в клініці дитячих хвороб (написання учбової історії з дитячих хвороб "Навчальним планом" не передбачене). Також на підсумковому занятті перевіряються вміння студентів діагностувати найбільш поширені соматичні та інфекційні захворювання, враховувати морбідний стан дітей при наданні стоматологічної допомоги, проводити профілактику захворювань, які мають зв'язок із стоматологічною патологією. Значна увага звертається на вміння студентів надавати дітям невідкладну допомогу.

### **1. МЕТА ДИСЦИПЛІНИ.**

Мета вивчення дисципліни «Педіатрія» - кінцеві цілі встановлюються на ОПП підготовки спеціаліста відповідно до її розділів і є основою для побудови змісту навчальної дисципліни. На підставі кінцевих цілей сформульовані конкретні цілі у вигляді певних умінь, цільових завдань, що забезпечують досягнення кінцевої мети вивчення дисципліни:

### **ЗАВДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ**

1. Навчити студентів:

- проводити клінічне обстеження різних органів та систем у здорових і хворих дітей;
- аналізувати вікові особливості функцій організму;
- робити висновок про фізичний та психомоторний розвиток дітей різного віку;
- збирати анамнез вигодовування дитини грудного віку та оцінювати його;
- розрахувати добовий та разовий об'єм їжі дитині залежно від віку немовляти.
- визначити етіологічні та патогенетичні фактори найбільш поширених соматичних та інфекційних захворювань дитячого віку;
- аналізувати типову клінічну картину та основні синдроми ураження дихальної, серцево-судинної, травної, сечової систем у дітей;
- складати план обстеження і трактувати дані лабораторних та інструментальних обстежень при типовому перебігу захворювання;
- демонструвати володіння принципами лікування і профілактики найбільш поширених захворювань дитячого віку;
- надавати екстрену допомогу при основних невідкладних станах та демонструвати володіння навичками первинної реанімації новонародженого;
- класифікувати та аналізувати типову клінічну картину найбільш поширених дитячих інфекційних захворювань;
- проводити комплекс протиепідемічних заходів у вогнищі інфекційного захворювання і володіти принципами імунопрофілактики інфекційних захворювань у дітей;
- демонструвати морально-деонтологічні та субординаційні принципи медичного фахівця.

Згідно з навчальним планом додипломне вивчення педіатрії передбачається протягом 8 занять на 4-му курсі і загальний обсяг учбового часу становить 24 години.

## 2. СТРУКТУРА ТА ЗМІСТ ДИСЦИПЛІНИ

Вивчення дитячих хвороб:

а) базується на знаннях та вміннях, отриманих студентами при вивченні медичної біології, біологічної хімії, морфологічних дисциплін, нормальної та патологічної фізіології, фармакології й інтегрується з цими дисциплінами;

б) проводиться з використанням знань та пропедевтичних умінь, отриманих на кафедрі внутрішніх хвороб;

Видами навчальної діяльності студентів згідно з навчальним планом є: а) лекції, б) практичні заняття, в) самостійна робота студентів (СРС), в організації якої значну роль мають консультації викладачів. Тематичні плани лекцій, практичних занять, СРС забезпечують реалізацію у навчальному процесі всіх тем, які входять до складу змістових модулів.

Теми лекційного курсу розкривають проблемні питання відповідних розділів дитячих хвороб.

Практичні заняття за методикою організації є клінічними, спрямовані на контроль засвоєння теоретичного матеріалу й формування практичних вмінь та навичок, а також вміння аналізувати й застосовувати одержані знання для вирішення практичних завдань. Основним цільовим напрямком кожного практичного заняття повинно бути вивчення особливостей формування та перебігу патологічних станів і захворювань у дітей та використання цих знань при визначенні тактики надання стоматологічної допомоги.

Засобами контролю є тестові завдання, клінічні ситуаційні задачі; контроль виконання практичних навичок.

Самостійна робота студента – одна з організаційних форм навчання, що регламентується робочим навчальним планом і виконується студентом самостійно поза межами аудиторних занять. Видами самостійної роботи студентів є: пошук та вивчення додаткової літератури, створення алгоритмів, написання рефератів, доповідей для виступу з повідомленнями на практичних заняттях.

Оцінка успішності студента з дисципліни є рейтинговою і виставляється за багатобальною шкалою з урахуванням оцінок засвоєння тем.

Обсяг навчального навантаження студентів описаний у кредитах ECTS, які зараховуються студентам при успішному засвоєнні ними відповідного модулю (залікового кредиту).

Згідно навчального плану вивчення дисципліни «Дитячі хвороби» здійснюється в VII-VIII семестрах, протягом четвертого року навчання. Програма з дисципліни структурована, представлена 2 змістовими модулями. Практичні заняття проводяться за модульно-цикловим принципом. Тривалість практичних занять 4 години. Заняття проводяться в стаціонарних та поліклінічних відділеннях клінічної бази кафедри.

### СТРУКТУРНИЙ ПЛАН ПІДГОТОВКИ З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «ДИТЯЧІ ХВОРОБИ»

Структура навчальної дисципліни	Кількість годин/ з них				Рік навчання	Види контролю
	Всього год/ кредитів	Лекції	Практичні заняття	Самостійна робота		
Змістовних модулів 2	45/ 1,5	6	24	15	4	<i>Підсумковий модульний контроль.</i> Засоби контролю: тестові завдання, ситуаційні задачі, практичні навички за стандарти зованим переліком

### ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН ЛЕКЦІЙ

№ пп	Тема	Кількість год
1.	1. Педіатрія як наука про здорову і хвору дитину. Медичний догляд за дітьми. Особливості вигодовування та харчування дітей.	2
2.	Основні клінічні синдроми та їх клінічне значення в діагностиці захворювань дитячого віку.	2

3.	Невідкладна допомога при загрозливих станах у дітей (гостра дихальна, серцево- судинна недостатність; гіпертермічний, судомний синдроми, геморагічний синдром).	2
	<b>Всього</b>	<b>6</b>

### ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

№ пп	Тема	Кільк. годин
1.	Фізичний і нервово-психічний розвиток дітей. Новонароджена дитина. Методика клінічного обстеження дітей.	3
2.	Вигодовування та харчування здорових дітей. Хронічні розлади харчування у дітей раннього віку.	3
3.	Рахіт і його вплив на формування зубощелепної системи.	3
4.	Найбільш поширені захворювання органів дихання, травлення, сечової системи у дитячому віці.	3
5.	Найбільш поширені серцево-судинні захворювання	3
6.	Геморагічні діатези у дітей.	3
7	Інфекційні захворювання дитячого віку. Імунопрофілактика дитячих інфекційних захворювань.	3
8	Підсумковий модульний контроль	3
	<b>Всього</b>	<b>24</b>

### ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

№ пп	Тема	Кількість год	Види контролю
1.	Морфофункціональні особливості шкіри, підшкірної клітковини у дітей. Особливості об'єктивного обстеження шкіри та підшкірної клітковини у дітей.	1,5	Поточний контроль
2.	Анатомо-фізіологічні особливості кісткової і м'язової систем у дітей. Особливості об'єктивного обстеження кісткової та м'язової	2	Підсумковий модульний контроль



	систем у дітей.		
3	Анатомо-фізіологічні особливості органів дихання у дітей. Особливості об'єктивного обстеження органів дихання у дітей.	2	Поточний контроль
4.	Анатомо-фізіологічні особливості серця і судин у дітей. Особливості об'єктивного обстеження серцево-судинної системи у дітей.	2	Поточний контроль
5	Анатомо-фізіологічні особливості органів травлення у дітей. Особливості об'єктивного обстеження органів травлення у дітей.	2	Поточний контроль
6	Анатомо-фізіологічні особливості органів сечової системи. Особливості об'єктивного обстеження сечової системи у дітей.	2	Поточний контроль
7.	Вітаміни та їх значення для розвитку дитини. Семіотика гіпо- та гіпервітамінозів у дітей.	1,5	Підсумковий модульний контроль
8.	Синдром кишкового токсикозу з ексикозом у дітей. Визначення ступеню та типу ексикозу. Дієтотерапія, оральна регідратація, принципи інфузійної терапії при кишковому ексикозі.	2	Підсумковий модульний контроль
	<b>Всього годин</b>	<b>15</b>	

## ПЕРЕЛІК ТЕОРЕТИЧНИХ ПИТАНЬ ДО ПІДСУМКОВОГО МОДУЛЬНОГО КОНТРОЛЮ МОДУЛЮ

1. Періоди дитячого віку, їх характеристика і особливості.
2. Новонароджена дитина. Догляд за новонародженим.
3. Поняття про зрілість новонародженого. Ознаки недоношеності.
4. Закономірності фізичного розвитку дітей в різні вікові періоди.
5. Психомоторний розвиток дітей, його особливості в різні періоди дитячого віку.
6. Фізіологічні і перехідні стани в періоді новонародженості.
7. Асфіксія новонародженого. Етіопатогенез. Критерії діагностики. Шкала Апгар.
8. Морфологічні і функціональні особливості шкіри та підшкірної основи, кісткової та м'язової системи у дітей.
9. Основні вікові анатомо-фізіологічні особливості органів дихання у дітей та їх клінічне значення.
10. Анатомо-фізіологічні особливості серця і судин у дитячому віці.
11. Основні анатомо-фізіологічні особливості органів травлення у дітей та їх клінічне значення.
12. Особливості органів сечової системи у дітей, клінічне значення.
13. Основні вікові особливості органів системи крові у дітей та їх клінічне значення.
14. Переваги природного вигодовування немовлят. Значення годування груддю для здоров'я дитини і матері.
15. Прикорм, підгодовування та корекція харчування.
16. Змішане і штучне вигодовування. Правила та техніка. Молочні суміші для вигодовування.
17. Семіотика гіпо-та гіпервітамінозів у дітей.
18. Гострі розлади травлення у дітей раннього віку. Синдром кишкового токсикозу з ексикозом. Визначення ступеню та типу ексикозу.
19. Дієтотерапія, оральна регідратація, принципи інфузійної терапії при кишковому ексикозі.

20. Хронічні розлади харчування у дітей раннього віку. Профілактика дистрофій у дітей. Взаємозв'язок розвитку дистрофії та стоматологічної патології у дітей.

21. Етіопатогенез рахіту, клініко-лабораторна характеристика в залежності від перебігу та ступеня тяжкості хвороби.

22. Профілактика рахіту. Взаємозв'язок розвитку рахіту та стоматологічної патології у дітей.

23. Патогенез та клінічні прояви рахітогенної тетанії (спазмофілії).

24. Особливості клінічного перебігу гострих респіраторних інфекцій у дітей.

25. Епіглотит. Несправжній круп у дітей. Діагностика, диференційний діагноз.

26. Бронхіти у дітей, особливості клініки, діагностики.

27. Пневмонії у дітей. Класифікація, особливості клініки, діагностики.

28. Етіотропна терапія захворювань органів дихання у дітей: принципи противірусної та антибактеріальної терапії.

29. Етіопатогенетичні та клінічні особливості хронічного гастриту, гастродуоденіту та виразкової хвороби у дітей.

30. Хронічний гепатит у дітей. Класифікація, особливості клініки. Діагностика.

31. Принципи лікування та профілактики хронічних захворювань шлунку та 12-палої кишки у дітей.

32. Принципи лікування та профілактики хронічного гепатиту у дітей.

33. Етіопатогенетичні та клінічні особливості пієлонефриту у дітей. Принципи лікування і профілактики.

34. Гломерулонефрит у дітей. Етіопатогенез, клініка, лікування та профілактика.

35. Взаємозв'язок захворювання нирок та стоматологічної патології у дітей. Роль лікаря-стоматолога в профілактиці захворювань нирок у дітей

36. Вроджені вади серця у дітей, класифікація.

37. Клініка вроджених вад серця та їх ускладнення.

38. Принципи консервативного лікування дітей з вродженими вадами серця. Диспансерний нагляд. Особливості тактики стоматологічної допомоги дітям з вродженими вадами серця.

39. Гостра ревматична лихоманка. Класифікація, клінічні прояви.

40. Неревматичний кардит, інфекційний ендокардит у дітей.

41. Принципи профілактики та лікування ревматизму, неревматичних кардитів у дітей, роль в її проведенні лікаря-стоматолога.
42. Гостра серцево-судинна недостатність у дітей. Клінічні особливості запаморочення, колапсу, шоку, ліво-та правошлуночкової недостатності.
43. Гемофілія у дітей. Клінічні прояви дефіциту факторів згортання крові. Діагноз, диференційний діагноз гемофілії. Принципи лікування. Антигемофільні препарати. Замісна терапія.
44. Тромбоцитопатії та тромбоцитопенії у дітей. Етіопатогенез. Клінічні особливості. Диференційний діагноз. Принципи лікування.
45. Етіопатогенетичні та клінічні особливості геморагічного васкуліту у дітей. Діагностика, принципи лікування, профілактики.
46. Особливості тактики стоматологічної допомоги при підвищеній кровоточивості у дітей. Невідкладна допомога при кровотечах у дітей.
47. Клініко-лабораторна діагностика, диференційний діагноз гемофілій, тромбоцитопатій, тромбоцитопеній, геморагічного васкуліту у дітей.
48. Інфекційні захворювання у дітей. Принципи профілактики. Календар профілактичних щеплень.
49. Кір у дітей. Етіологія, патогенез, епідеміологія. Клініка, діагностика, диференційний діагноз. Ранні симптоми кору. Принципи лікування кору. Профілактика. Протиепідемічні заходи у вогнищі інфекції.
50. Краснуха у дітей. Етіологія, епідеміологія, клінічні прояви. Диференційний діагноз. Лікування, профілактика.
51. Вітряна віспа у дітей. Етіопатогенез, епідеміологія. Клініка, диференційний діагноз. Лікування, профілактика.
52. Скарлатина у дітей. Етіопатогенез, епідеміологія. Клініка, діагностика, диференційний діагноз. Ускладнення скарлатини. Принципи лікування, профілактики.
53. Паротитна інфекція у дітей. Етіопатогенез. Епідеміологія. Класифікація. Клініка, диференційний діагноз. Принципи лікування, профілактики
54. Кашлюк у дітей. Етіопатогенез. Епідеміологія. Клініка, діагностика. Принципи лікування, профілактики.
55. Дифтерія у дітей. Особливості епідеміології та захворюваності в сучасних умовах. Клініка. Діагностика. Диференційна діагностика. Ускладнення дифтерії. Принципи лікування, профілактики.

## XI. ПЕРЕЛІК ПРАКТИЧНИХ ЗАВДАНЬ ДО ПІДСУМКОВОГО МОДУЛЬНОГО КОНТРОЛЮ

1. Вміння зібрати анамнез у дітей.
2. Оцінка загального стану дитини.
3. Оцінка фізичного розвитку дитини. Антропометричні вимірювання.
4. Оцінка психомоторного розвитку дитини.
5. Провести контрольне годування дитини першого року життя.
6. Вміння розрахувати добовий об'єм їжі для немовляти, визначити режим харчування.
7. Скласти раціон харчування здоровій дитині першого року життя.
8. Уміти призначити раціон харчування дитині, хворій на гіпотрофію.
9. Розрахувати дозу вітаміну Д для лікування та профілактики рахіту.
10. Визначати симптоми ураження мозкових оболонок у дітей.
11. Визначати симптоми порушення координації руху у дітей.
12. Оволодіння особливостями методики дослідження шкіри і підшкірної клітковини, кісткової і м'язової систем у дітей.
13. Визначати частоту дихання у дітей, оцінювати її залежно від віку.
14. Проводити порівняльну перкусію легень та оцінювати її результати.
15. Визначати нижні межі легень у дітей, оцінювати їх залежно від віку.
16. Оволодіння методом аускультатії легень.
17. Визначати пульс, артеріальний тиск та оцінювати отримані результати.
18. Визначення відносних та абсолютних меж серця у дітей і їх оцінка залежно від віку.
19. Оволодіння методом аускультатії серця.
20. Пальпувати печінку, селезінку і відрізки кишок у дітей.
21. Пальпувати нирки, сечовий міхур, визначати симптом Пастернацького у дітей.
22. Уміти оцінити результати загального аналізу крові та сечі, сечі за Нечипоренко, проби за Зимницьким, копрограми, проб на активність запального процесу при соматичних захворюваннях у дітей.
23. Оцінка дослідження на тривалість кровотечі та швидкість зсідання крові, даних коагулограми у дітей.

24. Уміти оцінити результати рентгенівського дослідження органів грудної клітки при пневмоніях та їх ускладненнях у дітей.
25. Вміння проводити пероральну регідrataцію дітей при ексикозі.
26. Проведення первинного туалету новонародженого.
27. Оцінка тяжкості асфіксії за шкалою Апгар.
28. Невідкладна допомога при асфіксії новонародженого.
29. Уміти надати невідкладну допомогу при рахітогенній тетанії.
30. Уміти надати невідкладну допомогу при судомах у дітей.
31. Уміти надати невідкладну допомогу при гіпертермії у дітей.
32. Уміти надати невідкладну допомогу при дихальній недостатності.
33. Уміти надати невідкладну допомогу при астматичному статусі.
34. Уміти надати невідкладну допомогу при набряку легень.
35. Уміти надати невідкладну допомогу при гострій судинній недостатності у дитини (запаморочення).
36. Уміти надати невідкладну допомогу при приступі пароксизмальної тахікардії.
37. Уміти надати невідкладну допомогу при шлунково-кишковій кровотечі, що супроводжує виразкову хворобу.
38. Уміти надати невідкладну допомогу при синдромі блювоти у дітей.

БАЗА ТЕСТІВ ДЛЯ ПОТОЧНОГО І ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ  
РІВНЯ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ.

1. Дитина 10 років звернувся зі скаргами з приводу болю в серці. Об'єктивно при огляді частота серцевих скорочень 120 за хв. Укажіть вікову частоту серцевих скорочень у здорової дитини 14 років:

- A. 75-80 за хв.
- B. 90-100 за хв.
- C. 55-65 за хв.
- D. 100-110 за хв.
- E. 110-125 за хв.

2. При надходженні в стаціонар у мами дитини 3-х років зібраний анамнез. Поряд з іншими були задані наступні питання: як часто дитину миють, чи забезпечена вона білизною, іграшками, чи є одяг по сезону. До якого розділу анамнезу відносяться перераховані питання?

- A. Матеріально-побутові умови
- B. Сімейний анамнез
- C. Анамнез життя
- D. Анамнез захворювання
- E. Алергологічний анамнез.

3. При профогляді дитини 3 міс. у поліклініці педіатр виявив позитивний рефлекс Керніга.

До якого віку зберігається позитивний рефлекс Керніга у здорових дітей 1-го року життя?

- A. до 4 міс.
- B. до 6 міс.
- C. до 3 міс.
- D. до 1 року
- E. Позитивний рефлекс Керніга завжди свідчить про патологію

4. При надходженні у відділення дитини 3 років лікар-педіатр зібрав анамнез у батьків, у тому числі про перенесені дитиною захворювання. До якого розділу анамнезу відноситься питання про перенесені захворювання?

- A. Анамнез життя
- B. Скарги
- C. Сімейний анамнез
- D. Спадковий анамнез
- E. Анамнез захворювання

5. У відділення надійшла дитина 4 років зі скаргами на підвищення температури тіла до 39 градусів, озноб, болі в м'язах, слабкість, наявність петехій. Укажіть симптом, що свідчить про ураження шкіри?

- A. Наявність петехій
- B. Слабкість
- C. М'язовий біль
- D. Озноб
- E. Гіпертермія

6. Дитина Д., 9 місяців, оглянута педіатром у поліклініці перед профілактичним щепленням. При аускультатії виявлений тип дихання, що відповідає даному віку.

Яке дахание вислуховується у здорової дитини 9 місяців при аускультатії ?

- A. Пуерильне.
- B. Везикулярне.
- C. Бронхіальне.
- D. Стридорозне.
- E. Везикулярне ослаблене.

7. У відділення надійшла дівчинка 12 років зі скаргами на головні болі протягом 1,5 років, слабкість, запаморочення. Двічі лікувалася в стаціонарі, після чого наступило недовгочасне поліпшення стану. У який розділ анамнезу слід віднести відомості про проведене лікування і його ефективність?

- A. Анамнез захворювання
- B. Анамнез життя
- C. Спадковий анамнез
- D. Алергологічний анамнез



Е. Зазначені дані можуть бути відбиті в будь-якому з перерахованих розділів анамнезу

8. У відділення надійшов хлопчик 12 років зі скаргами на слабкість, стомлюваність, часті головні болю, періодичні болю в животі, мимоволі виникаючи синці на шкірі. Виберіть з даних анамнезу відомості, що характеризують ураження системи крові:

- А. Мимоволі виникаючі синці на шкірі
- В. Періодичні болю в животі
- С. Часті головні білі
- Д. Слабкість, стомлюваність
- Е. Всі перераховані

9. У якому розділі анамнезу треба визначити дані додаткових методів дослідження?

- А. Анамнез захворювання
- В. Анамнез життя
- С. Сімейний анамнез
- Д. Алергологічний анамнез
- Е. У будь-якому з перерахованих

10. У відділення надійшла дитина 8 років зі скаргами батьків на значне відставання в рості (довжина тіла - 100 см.), блідість шкіри, головні болю, м'язову слабкість, схильність до запорів. З даних анамнезу виберіть відомості, що свідчать про патологію ендокринної системи:

- А. Значне відставання в рості.
- В. Блідість шкіри.
- С. Головні болю.
- Д. М'язова слабкість.
- Е. Схильність до запорів.

11. При дослідженні товщини підшкірної жирової клітковини калипером у дитини 10 років виявлене її збільшення в області живота, спини, стегон. Укажіть товщину підшкірної клітковини в здорової дитини 10 років в області стегон:

- А. 3-4 см
- В. 5-6 см

- C. 7-8 см
- D. 9-10 см
- E. 1-2 см

12. У відділення надійшла дитина з приступом бронхіальної астми. Які розділи анамнезу необхідно з'ясувати в хворого:

- A. Всі нижчезазначені
  - B. Скарги
  - C. Анамнез захворювання
  - D. Алергологічний анамнез
  - E. Сімейний анамнез
- Еталон відповіді: А.

13. Дитина 14 років звернувся зі скаргами з приводу болю в серці. Об'єктивно при огляді частота серцевих скорочень 120 за хв. Укажіть вікову частоту серцевих скорочень у здорової дитини 14 років:

- A. 75-80 за хв.
- B. 90-100 за хв.
- C. 55-65 за хв.
- D. 100-110 за хв.
- E. 110-125 за хв.

14. Дитина Н., 10 років, від 1 вагітності, що протікала з явищами токсикозу. Роди термінові, ускладнені слабкістю родової діяльності. На першому році життя часто хворів ГРВІ. У 4 роки батьки помітили відставання у фізичному розвитку. Батьки середнього зросту. Об'єктивно: загальний стан не порушений. Ріст - 100 см, маса - 18 кг. пропорційної статури. Шкіра суха, зморшкувата. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. Ендокринологом установлений діагноз: гіпофізарний нанізм. Які дані анамнезу підтверджують діагноз?

- A. Виражена затримка росту з народження
- B. Вагітність матері, що протікала з токсикозом
- C. Ускладнені пологи
- D. Середній зріст батьків
- E. Часті ГРВІ на 1-му році життя

15. Дитина Ф., 6 місяців, оглянутий педіатром у поліклініці перед профілактичним щепленням. Наприкінці огляду дитина помочилася. Який колір сечі у здорової дитини 6 місяців?

- A. Світло-жовтий
- B. Темно-жовтий
- C. Темно-коричневий
- D. Зеленокуватий
- E. Світло-коричневий

16. При обстеженні дівчинки Т., 10 років виявлено, що частота сечовипускання у неї не відповідає віковим нормам. Яка частота сечовипускань у здорової 10-літньої дитини за добу?

- A. 7-8 разів
- B. 9-10 разів
- C. 10-12 разів
- D. 5-6 разів
- E. 3-5 разів

17. Немовляті у зв'язку з передбаченням про гемолітичну анемію призначене дослідження периферичної крові. Які показники гемоглобіну є нормальними в доношених дітей перших 2 днів життя?

- A. 240-180 р/л
- B. 150-170 р/л
- C. 250-300 р/л
- D. 120-150 р/л
- E. 110-130 р/л

18. У дитини 6 років з алергічним синдромом імунної недостатності (нейродермит) досліджений імунний статус, зокрема, склад периферичної крові. При цьому виявлена еозинофілія. Який відсотковий уміст еозинофілів у крові свідчить про еозинофілію:

- A. Більше 5
- B. Більше 10
- C. Більше 14
- D. Більше 22
- E. Більше 50

19. При профогляді дитини 3 міс. у поліклініці педіатр виявив позитивний рефлекс Керніга.

До якого віку зберігається позитивний рефлекс Керніга у здорових дітей 1-го року життя?

А. до 4 міс.

В. до 6 міс.

С. до 3 міс.

Д. до 1 року

Е. Позитивний рефлекс Керніга завжди свідчить про патологію ЦНС.

20. Дитина Д., 9 місяців, оглянута педіатром у поліклініці перед профілактичним щепленням. При аускультатії виявлений тип дихання, що відповідає даному віку.

Яке дахання вислуховується у здорової дитини 9 місяців при аускультатії ?

А. Пуерильне.

В. Везикулярне.

С. Бронхіальне.

Д. Стридорозне.

Е. Везикулярне ослаблене.

21. Гіпотрофію II ступеню у дитини раннього віку діагностують при умові, що її маса за центильними таблицями знаходиться в ряду між:

А) 10-3 центилями

Б) 75-50 центилями

В) 25-10 центилями

Г) 90-75 центилями

Д) 50-25 центилями

22. Дитина народилась з масою 3000 г. Вроджену гіпотрофію у цієї дитини можна виключити, при умові, що довжина її тіла не більша, ніж:

А) 50 см

Б) 54 см

В) 52 см

Г) 57 см

Д) 59 см

23 Дівчинка 4 міс., яка знаходиться на штучному вигодуванні, проходить обстеження в стаціонарі з приводу синдрому зригування. Рентгенологічним дослідженням виключено пілоростеноз. Які з нижче наведених сумішів необхідно призначити дитині?

- A. Малютка
- B. Пепті-юніор
- C. Хумана-Антирефлюкс
- D. НАН-кисломолочний
- E. Малиш

24. Якого з принципу дієтотерапії треба дотримуватись при лікуванні гіпотрофії II ст., змішаного генезу?

- A) Посилення харчування
- B) Подріблене харчування
- B) Двофазне харчування з визначенням толерантності до харчів
- Г) Різноманітність в харчуванні
- Д) Збільшення калорійності харчів

25. На прийомі у лікаря хлопчик 2 місяців. Скарги матері на неспокій дитини, поверхневий сон. Народився з масою тіла 3 500 г., на цей час маса тіла 3 800 г. На грудному вигодовуванні. Все активно. Підшкірно-жировий шар потоншав на тулубі і кінцівках, знижений м'язовий тонус. Попередній діагноз: аліментарна гіпотрофія II ступеню. Яке дослідження найбільш вірогідно уточнює причину гіпотрофії?

- A) Об'єктивне дослідження
- B) Контрольне зважування
- B) Аналіз крові
- Г) Імунологічне дослідження
- Д) Рентгеноскопія шлунку та кишок

26. Який клінічний симптом найбільш інформативний для встановлення діагнозу гіпотрофія?

- A) Дефіцит маси
- B) Неспокій між годуванням
- B) Поверхневий сон.
- Г) Потоншення підшкірно-жирового шару
- Д) Зниження м'язового тонусу

27. Дитині 3 місяці. Народилася доношеною з масою тіла 3200г. Розвивається відповідно віку. Вигодовується грудним молоком. Скарг з боку мами немає. Вкажіть найбільш вірогідну належну масу тіла цієї дитини.

- А) 5400 г
- Б) 5200 г
- В) 5600 г
- Г) 5800 г
- Д) 6000 г

28. Дитині 2 місяці. Мати звернулася до дільничого педіатра зі скаргами на періодичний неспокій дитини, недостатню прибавку у масі, блідість шкірних покривів. При огляді відмічається помірна блідість шкіри та видимих слизових оболонок, витончення підшкірної основи на тулубі, животі. Шкірна складка на рівні пупка досягає 0,8см. Індекс вгодованості Чулицької 15. Психомоторний розвиток відповідає віку. Яке порушення фізичного розвитку в дитини ?

- А) Гіпотрофія
- Б) Паратрофія
- В) Гіпостатура
- Г) Нанізм
- Д) Єутрофія

29. Дитина у 3-х місячному віці перенесла тяжку сальмонелезну інфекцію. В рік вага дитини 7350. Блідість шкіри та видимих слизових оболонок, витончення підшкірної основи, м'язова гіпотонія, періодично нестійкі випорожнення. Діагностована гіпотрофія. Який генез захворювання у дитини?

- А) Підвищення катаболізму вуглеводів і жирів
- Б) Підвищення катаболізму білків
- В) Підвищення екскреції кетонів
- Г) Порушення дезінтоксикаційної функції печінки
- Д) Порушення усіх видів обміну речовин

30. Дитині 4 місяці, скарги матері на зниження апетиту, дративлівість, поганий сон. Вага при народженні 3000 г, з 2-х місяців годувалась штучно. У 2,5 місяці дитина перенесла пневмонію. Об'єктивно: дефіцит ваги 21%, шкіра бліда, витончення підшкірної основи на тулубі,

животі, шкірна складка на рівні пупка досягає 0,5см, м'язова гіпотонія, прояви рахіту. Попередній діагноз?

- А) Постнатальна гіпотрофія II ступеня
- Б) Постнатальна гіпотрофія I ступеня
- В) Постнатальна гіпотрофія III ступеня
- Г) Пренатальна гіпотрофія II ступеня
- Д) Гіпостатура

31. Дівчинка 10 днів, народилася доношеною від I нормальної вагітності й пологів. Вигодовування грудне. Вкажіть фізіологічний об'єм шлунка дитини віком 10 днів.

- А. 80 мл.
- В. 100 мл.
- С 120 мл.
- Д. 140 мл.
- Е. 180 мл.

32. До відділення потрапив хлопчик 8 років зі скаргами на болі в правому підребер'ї, нудоту після прийому жирної їжі. Назвіть фермент, що бере участь у розщепленні жирів:

- А. Ліпаза.
- В. Амілаза.
- С епсин.
- Д. Гастрин.
- Е. Трипсин.

33. Дитині 2 тижні. Мати звернулася до педіатра зі скаргами на наявність утруднення при вигодовуванні дитини грудьми. З анамнезу відомо, що дитина недоношена I ст., від другої вагітності, що перебігала з токсикозом I і II половини. Народилася в сідничному передлежанні. У дитини діагностовано перелом правої ключиці, незарощення твердого та м'якого піднебіння.

Вкажіть причину утруднення для природного вигодовування.

- А. Незарощення твердого та м'якого піднебіння.
- В. Недоношеність I ст.
- С. Токсикоз I і II половини вагітності.
- Д. Сідничне передлежання.
- Е. Перелом правої ключиці.

**34.** Дитину 3 міс. через гіпогалактію у матері було переведено на штучне вигодовування коров'ячим молоком.

Вкажіть переваги жіночого молока перед коров'ячим:

- A. Дрібнодисперсність білка.
- B. Переважання казеїногену.

C Більший вміст жирів.

- D. Співвідношення фосфору та кальцію 1:1.
- E. Менший вміст поліненасичених жирних кислот.

**35.** Дитина 4 міс. перебуває на штучному вигодовуванні. Одержує неадаптовану суміш «Здоров'я».

Неадаптованими сумішами називаються ті, які виготовлені з коров'ячого молока шляхом його:

- A. Розведення.
- B. Знежирення.

C Підігрівання.

- D. Збагачення жиром.
- E. Висушування.

**36.** Дитині 2 міс. перебуває на грудному вигодовуванні. Маса тіла при народженні 3100,0.

Визначите добовий об'єм їжі для цієї дитини:

- A. 900мл
- B. 950мл
- C 930мл
- D. 850мл
- E. 870мл

**37.** Сашко О., 3 років. Фізичний і нервово-психічний розвиток відповідає вікові. Група здоров'я I.

Вкажіть добову потребу в білках дитини 3-х років.

- A. 4 г/кг.
- B. 4,5 г/кг.
- C 5 г/кг.
- D. 3,5 г/кг.
- E. 3 г/кг.



38. Дівчинка 1,5 міс., яка знаходиться на штучному вигодуванні, проходить обстеження в стаціонарі з приводу синдрому зригування. Рентгенологічним дослідженням виключено пілоростеноз. Які з нижче наведених сумішів необхідно призначити дитині?

- A. Леголак
- B. Пепті-юніор
- C. Сімілак-ізоміл
- D. НАН-кисломолочний
- E. Малиш

39. Дитині 4 місяці. Народилася доношеною з масою тіла 3200г. Розвивається відповідно віку. Вигодовується грудним молоком. Скарг з боку мами немає. Вкажіть найбільш вірогідну належну масу тіла цієї дитини.

- A) 5400 г
- B) 5200 г
- C) 5600 г
- D) 5800 г
- E) 6100 г

40. В поліклініці на прийомі дівчинка 6 місяців. Скарги матері на поганий апетит у дитини, відсутність прибавки маси тіла. В анамнезі – дисбактеріоз III ступеню. Після оцінки фізичного розвитку дитині встановлено діагноз: гіпотрофія II ст., змішаного генезу. Найбільш імовірний дефіцит маси тіла у цієї дитини ?

- A) 5-10%
- B) 11-20 %
- C) 21-30 %
- D) 31-40 %
- E) 41-50 %

41. Дитина 2 місяців, знаходиться на грудному вигодовуванні. Їй призначений вітамін Д з профілактичною метою. В якій дозі слід призначити цей препарат ?

- A) 300 МО;
- B) 500 МО;
- B) 600МО;
- Г) 700 МО;

Д) 250 МО.

42. Дівчинка 1,5 місяців, яка народилася недоношеною, знаходиться на грудному вигодовуванні. Яку профілактичну дозу вітаміну Д слід призначити цій дитині?

- А) 800 МО;
- Б) 600 МО;
- В) 400 МО;
- Г) 300 МО;
- Д) 200 МО.

43. Дитина 5 місяців, з місячного віку знаходиться на штучному вигодовуванні. З 1,5 місяців отримувала вітамін Д (500 МО в день). У 4-місячному віці у зв'язку з появою пітливості та неспокою призначено курс загального УФО (15 процедур через день). В останні 2 тижні помітили зниження апетиту, зригування, підвищення температури тіла до субфебрильних цифр. Об'єктивно: велике тім'ячко закрите, шкіра бліда, периорбітальний ціаноз. Проба Сульковича (++) . Кальцій сироватки крові – 3,5 ммоль/л. Найбільш вірогідний діагноз ?

- А) індивідуальна непереносимість вітаміну Д;
- Б) ГРВІ;
- В) диспепсія;
- Г) гіпервітаміноз Д;
- Д) спазмофілія.

44. Дитина 5 місяців, знаходиться на штучному вигодовуванні сумішшю “Малыш”. Яку дозу вітаміну Д необхідно призначити дитині ?

- А) 500 МО;
- Б) 250 МО;
- В) вітамін Д не призначається, тому що суміш містить профілактичну дозу вітаміну Д;
- Г) 600 МО;
- Д) 100 МО.

45. У новонародженої дитини розміри великого тім'ячка 3x3,3 см; відкриті малий та бокові тім'ячка, кісткові швы, значно знижений вміст фосфору і кальцію у сироватці крові. Який діагноз найбільш вірогідний?

- А) рахіт, період початкових проявів;
- Б) рахіт, період розпалу;
- В) вроджений рахіт;
- Г) внутрішньоутробне інфікування;
- Д) пологова травма.

46. У дитини 6 місяців при загальному огляді виявлені ознаки недостатності вітаміну Д у поєднанні з млявістю, вираженою м'язевою гіпотонією і слабкістю зв'язочного апарату, великим животом, ознаками гіперплазії остеїдної тканини; у крові – виражена гіпофосфатемія і гіперфосфатурія, дуже високі рівні паратгормону і кальцитоніну у сироватці крові. Який варіант недостатності вітаміну Д найбільш вірогідний у даного хворого?

- А) кальційпенічний;
- Б) фосфопенічний;
- В) з однаково зниженим вмістом фосфору і кальцію в крові;
- Г) з нормальним вмістом фосфору і кальцію в крові;
- Д) з підвищеним вмістом фосфору в крові.

47. При огляді дитини дільничний педіатр виявив ознаки початкового періоду рахіту у дитини 4 місяців. В якій добовій дозі необхідно призначити вітамін Д для лікування рахіта?

- А) 500-550 МО;
- Б) 1000-1100 МО;
- В) 1500-2000 МО;
- Г) 3000-4000 МО;
- Д) 4000-4500 МО.

48. У дитячу консультацію звернулася вагітна жінка 36 років (28 тижнів вагітності), у якої вагітність протікає з вираженим токсикозом, в анамнезі - хронічний пієлонефрит. У якому вигляді слід проводити антенатальну профілактику рахіту в цьому випадку?

- А) перебування на свіжому повітрі; вживання в їжу продуктів, які містять вітаміни і мікроелементи;
- Б) лікування хронічного пієлонефриту;
- В) прийом полівітамінних препаратів;
- Г) прийом вітаміну Д в дозі 1000 МО і продуктів, які містять кальцій;

Д) прийом вітаміну Д в дозі 2000 МО і продуктів, які містять кальцій і фосфор;

49. Дитина 3 місяців знаходиться на грудному вигодовуванні, в розвитку не відстає, отримує профілактичну дозу вітаміну Д з 1,5-місячного віку. Ознак рахіту немає. В якій дозі слід приймати вітамін Д матері-годувальниці ?

- А) немає необхідності в прийомі вітаміну Д;
- Б) вітамін Д мати повинна отримувати з продуктами харчування та з природною інсоляцією;
- В) 400-500 МО;
- Г) 800-1000 МО;
- Д) 1200-1700 МО.

50. У дитини з 1-го року спостерігається О-подібне викривлення і гіпотонія м'язів ніг. На рентгенограмі нижніх кінцівок – широкі діалізи з потовщенням кортикального шару. У біохімічних аналізах крові фосфору - 0,65, кальцію - 3,1 ммоль/л, лужна фосфатаза підвищена. Який з перерахованих діагнозів найбільш імовірний в цьому випадку?

- А) фосфат діабет;
- Б) рахіт;
- В) нирковий тубулярний ацидоз;
- Г) хвороба де Тоні-Дебре-Фанконі;
- Д) спадковий нефрит.

51. У дитини 9 місяців з наявними ознаками рахіту під час плачу несподівано появились шумне дихання, охриплість голосу, ціаноз, короткочасна зупинка дихання, потім – на протязі 15-20 секунд, судоми в кінцівках тонічного характеру. Через 10 хвилин стан дитини задовільний, відновились активність, адекватність. Який із перерахованих препаратів необхідно призначити дитині в першу чергу?

- А) Глюконат кальцію
- Б) Седуксен
- В) Оксипутират натрію
- Г) Вітамін Д3
- Д) Сульфат магнію

52. До найбільш інформативних лабораторних критеріїв діагностики спазмофілії відноситься:

- А) Гіпокальціємія
- Б) Позитивна реакція Сулковича
- В) Підвищення активності лужної фосфатази
- Г) Гіпофосфатемія
- Д) Підвищення рівня паратгормону

53. Дитині 8 місяців. Доставлена на приймальний покій дитячої лікарні з приступом генералізованих тонічних судом. При огляді виявлена гіперплазія лобних бугрів, симптом “реберних” чіток, борозда Гаррісона, рахітичні браслети. Який препарат необхідно ввести для нормалізації іонного складу сироватки крові?

- А) Кальцію глюконат.
- Б) Натрію хлорид.
- В) Натрію бікарбонат
- Г) Калію хлорид
- Д) Амонію хлорид

54. Дитина 8 міс, поступила в клініку зі скаргами матері на підвищення температури до 38,0 С, на судоми, які виникли після вживання гірчичників. Дитина хворіла на пневмонію. При обстеженні стан дитини важкий, виявлені ознаки пневмонії, рахіту II ст.. При огляді в стаціонарі стан знову погіршився, дитина зблідніла, зацепеніла, з'явилися посіпкування м'язів обличчя, дихання стало переривчастим, схлипуєчим. Дитина посиніла, наступили клоніко-тонічні судоми з втратою свідомості. Приступ тримався 3 хвилини, після чого дитина заснула. Після сна ознак судоми не було, але відмічались симптоми Хвостека, Труссо.

Яке захворювання з перелічених може бути у дитини?

- А) Спазмофілія явна форма
- Б) Спазмофілія скрита форма
- В) Рахіт 2, підгостра форма
- Г) Рахіт 1ст., підгостра форма
- Д) Рахіт III ст.

55. Дитина 8 міс, поступила в клініку зі скаргами матері на відсутність апетиту, блювання, неспокій. При обстежуванні - шкіра суха, лущиться,

еластичність знижена, підшкірна основа відсутня на тулубі, кінцівках, тім'ячко закрито, відзначаються лобні бугри, чотки. За обставин рахіту дитина одержувала вітамін Д - спиртовий розчин по 2 к.х3 р. на день з 5 міс життя. В ан. сечі - лейкоцитурія, в сироватці крові - Са -2,3 ммоль/ л, проба Сулковича +++.

Яке захворювання з перелічених може бути у дитини?

- А) Спазмофілія явна форма
- Б) Спазмофілія скрита форма
- В) Рахіт 2, підгостра форма
- Г) Рахіт 1ст., підгостра форма
- Д) Рахіт **III** ст.

56. Дитина 4 місяців поступив в клініку зі скаргами на в'ялість, поганий апетит, пітливість. Народився доношеним. З 1,5 місяців знаходиться на штучному вигодовуванні. В віці 2 місяців переніс гостру кишкову інфекцію. Під час огляду бліда, відмічається м'язова гіпотонія, пласка потилиця та її облісіння.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- А) Спазмофілія явна форма
- Б) Спазмофілія скрита форма
- В) Рахіт 2, підгостра форма
- Г) Рахіт 1ст., підгостра форма
- Д) Рахіт **III** ст.

57. Дитина 6 міс, народилася доношеною з масою 3.000, знаходилася до 4-х місяців на штучному вигодовуванні коров'ичем молоком. На цей час одержує суміш "Малиш", два рази на день манну кашу. При обстежуванні відзначаються: блідність шкіри, однобічне сплющення потилиці, розрастання лобних бугрів, западання перенісся. На ребрах рахітичні чотки, виявляється незначна гіпотонія м'язів. Печінка - 2см, ан. крові: ер. - 3,6 Тл Нв -118 г/л, Са крові-2,2ммоль/л, Р-1,1 ммоль/л, проба Сулко-вича - негативна.

Яке захворювання з перелічених може бути у дитини?

- А) Спазмофілія явна форма
- Б) Спазмофілія скрита форма
- В) Рахіт 2, підгостра форма
- Г) Рахіт 1ст., підгостра форма
- Д) Рахіт **III** ст.

58. Настя М., 8 міс, потрапила в клініку зі скаргами матері на відставання дитини в нервово-психічному та фізичному розвитку, перелом верхньої кінцівки. Дитина народилася з масою 2.600, з першого дня народження на штучному вигодовуванні, одержувала молоко, манну кашу, часто хворіла, педіатром не доглядалась, мати будь-яких чинників травми не пом ітила. Стан тяжкий, бліда, млява, перестала сидіти, зубів немає, череп квадратний, грудна клітка у вигляді "курячої" грудини. Верхня права кінцівка у гіпсовій по-в'язці - перелом лучевої кістки. Печінка на рівні пупка, селезінка+4см, ан.к-рові: ер.-2,5 Тл, Нв-75 г/л, Са крові- 1,08ммоль/л, Р-0,6ммоль/л.

Визначте ступінь важкості рахіту:

- А) Рахіт, явна форма
- Б) Рахіт 2, скрита форма
- В) Рахіт 2, підгостра форма
- Г) Рахіт 1ст., підгостра форма
- Д) Рахіт ІІІ ст.

59. У дитячу консультацію звернулася вагітна жінка 36 років (28 тижнів вагітності), у якої вагітність протікає з вираженим токсикозом, в анамнезі - хронічний пієлонефрит. У якому вигляді слід проводити антенатальну профілактику рахіту в цьому випадку?

- А) перебування на свіжому повітрі; вживання в їжу продуктів, які містять вітаміни і мікроелементи;
- Б) лікування хронічного пієлонефриту;
- В) прийом полівітамінних препаратів;
- Г) прийом вітаміну Д в дозі 1000 МО і продуктів, які містять кальцій;
- Д) прийом вітаміну Д в дозі 2000 МО і продуктів, які містять кальцій і фосфор;

60. Дитина 3 місяців знаходиться на грудному вигодовуванні, в розвитку не відстає, отримує профілактичну дозу вітаміну Д з 1,5-місячного віку. Ознак рахіту немає. В якій дозі слід приймати вітамін Д матері-годувальниці ?

- А) немає необхідності в прийомі вітаміну Д;
- Б) вітамін Д мати повинна отримувати з продуктами харчування та з природною інсоляцією;
- В) 400-500 МО;
- Г) 800-1000 МО;

Д) 1200-1700 МО.

61. Дитині 2 років поставлений діагноз правостороння ніжнедольова полісегментарна пневмонія. Виберіть типові аускультативні дані, характерні для цього захворювання в гострому періоді.

- А. Ослаблене дихання, крепітація
- В. Жорстке дихання, дрібнопухирчасті вологі хрипи
- С. Значно ослаблене дихання, хрипи не вислуховуються
- Д. Жорстке дихання, сухі свистячі хрипи
- Е. Жорстке дихання

62. Хворий 12 років скаржиться на періодично (весна, осінь) виникаючі напади задухи, кашель, спочатку сухий, а пізніше вологий. Об'єктивно: обличчя бліде, трохи набрякле, грудна клітка роздута, ЧД-32 в 1хв. Чутні сухі дистанційні хрипи. У крові: НЬ-120Г/Л, Л - 8 Г/л, п/я-1%, с/я-52%, л-36%, мон-3%, ШОЕ - 7 мм/ч. Який попередній діагноз у даного пацієнта?

- А. Бронхіальна астма
- В. Гострий обструктивний бронхіт
- С. Рецидивуючий бронхіт
- Д. Пневмонія
- Е. Муковісцидоз

63. У хлопчика 8 років з бронхіальною астмою в періоді, нападу, на рентгенограмі легенів визначається гомогенне затемнення трикутної форми, яке направлене верхівкою до кореня і зсув середостіння у бік поразки. Про яке ускладнення необхідно думати?

- А. Пневмоторакс
- В. Пневмосклероз
- С. Легеневе серце
- Д. Абсцес легенів
- Е. Ателектаз легенів

64. Дитина з НР – негативним хронічним гастродуоденітом після курсу терапії в стаціонарі протягом року почувала себе добре, загострень не було, скарг немає. Чи показане проведення сезонного протирецидивного лікування?

- А. показане в осінньо – весняний період
- В. не показане
- С. це можна вирішити лише після повторного обстеження на НР



- D. це можна вирішити тільки після ФГДС
- E. показане через місяць

65. Профілактичні щеплення хворому на хронічний холецистит можливо проводити:

- A. постійний медвідвід
- B. через 6 місяців після загострення
- C. через 3 місяці після загострення
- D. через 1 рік після загострення
- E. через 1,5 – 2 місяці після загострення

66. Дитина 9-ти років, знаходиться на диспансерному обліку з приводу гастродуоденіту. Впродовж останніх декількох днів скаржиться на нудоту і блювоту, які виникають після їжі. Блювота не приносить полегшення. Періодично турбує оперізуючий біль у верхній половині живота, біль віддає в спину, купується спазмолітиками. При пальпації живота виявляється позитивний симптом Мейо-Робсона. З яким патологічним процесом найімовірніше можна пов'язати розвиток вищезгаданої симптоматики?

- A. Із загостренням хронічного панкреатиту.
- B. З виразковою хворобою 12-ти палої кишки.
- C. З дискінезією жовчовивідних шляхів.
- D. З хронічним гастритом зі зниженою кислотоутворюючою функцією.
- E. З хронічним гастритом із підвищеною кислотоутворюючою функцією.

67. Дитина К., 7 років, 2 тижні тому перенесла ангіну. На фоні відносного благополуччя у дівчинки з'явилися зранку набряки обличчя, головний біль, виділення каламутної сечі. При обстеженні: АТ – 130/85 мм.рт.ст.; в ан. сечі: еритроцити 50–60 в поле зору, білок – 1,8 г/л, лейкоцити – 5-7 в поле зору, циліндри гіалінові – 10–12 в поле; в ан. крові: Ер. -  $3,7 \times 10^{12}$  /л, Нь – 110 г/л, Лейк. –  $11,8 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 22 мм/год; у біохімічному аналізі крові: загальний білок – 70 г/л, альбуміни – 45 г/л, холестерин – 3,2 ммоль/л; креатинін – 123 мкмоль/л, сечовина – 10,8 ммоль/л. Клініка відповідає:

- а) пієлонефриту;
- б) циститу;
- в) гострому гломерулонефриту з нефритичним синдромом;
- г) гострому гломерулонефриту з нефротичним синдромом;
- д) хронічному гломерулонефриту, гематурічній формі.

68. У дівчинки 2 років відмічаються набряки на обличчі, ногах, передньої черевної стінки. При огляді – асцит, АТ – 90/50 мм.рт.ст. В аналізі сечі: протеїнурія – 3,8 г/л, лейкоцити – 6-8 в п/з., еритроцити – 1-2 в п/з., циліндри зернисті – 2-3 в п/з. Заг. білок крові – 45,6 г/л, холестерин – 8,9 ммоль/л. Вкажіть найбільш імовірний синдром гострого гломерулонефриту:

- а) нефротичний з гематурією та гіпертензією;
- б) нефритичний;
- в) ізольований сечовий;
- г) гематуричний;
- д) нефротичний.

69. Дитина 2,5 років, захворіла гостро, з'явилася температура тіла 39°C, має місце гіперемія ротоглотки. Через 2 дні з'явилося болісне сечовиділення виділення крові в кінці сечовиділення. При поступленні до стаціонару хлопчик блідий, неспокійний, симптом Пастернацького позитивний. В аналізі крові – еритроцити -  $4,0 \times 10^{12}$  /л; лейкоцити -  $4,2 \times 10^9$ /л; пал. - 6%; сегм. - 72%; лімф. - 14; мон. - 6; ШОЕ - 45 мм/год. СРП - +++ , сіалова к-та - 380 од. Сеча: питома вага - 1020; білок - 0,66 ммоль/л, Лейк. - 50-60 в п/зору, еритроцити - свіжі вкривають все п/зору.

Якому стану відповідає клініка?

- а) пієлонефриту;
- б) циститу;
- в) гострому гломерулонефриту з нефритичним синдромом;
- г) гострому гломерулонефриту з нефротичним синдромом;
- д) хронічному гломерулонефриту, гематуричній формі.

70. Дитина з НР – негативним хронічним гастродуоденітом після курсу терапії в стаціонарі протягом року почувала себе добре, загострень не було, скарг немає. Чи показане проведення сезонного протирецидивного лікування?

- А. показане в осінньо – весняний період
- В. не показане
- С. це можна вирішити лише після повторного обстеження на НР
- Д. це можна вирішити тільки після ФГДС
- Е. показане через місяць

71. Хлопчик 15 років переніс 4 роки тому назад вірусний гепатит В. У даний час висловлено припущення про хронічний гепатит В. Назвіть показник активності гепатиту

- A. Підвищення вмісту АлАТ.
- B. Підвищення вмісту АсАТ
- C. Підвищення вмісту тимолової проби
- D. Підвищення вмісту білірубину
- E. Все перелічене

72. У дитини 15 років скарги на слабкість, зниження апетиту, нудоту, болі в суглобах. Які показники дозволять провести диференційну діагностику аутоімунного гепатиту з хронічним вірусним?

- A. Підвищення вмісту АлАТ.
- B. Підвищення вмісту АсАТ
- C. Підвищення вмісту тимолової проби
- D. Підвищення вмісту білірубину
- E. Виявлення маркерів гепатиту

73. Доношений хлопчик народився з масою тіла 3200г, довжиною тіла 52 см. При огляді на 3 добу шкіра набула жовтушного відтінку. Дитина активно смокче, сон не порушений. Живіт м'який, печінка виступає на 2 см з під реберної дуги. В аналізі крові: гемоглобін – 200 г/л, еритроцити – 5,5 Т/л, тромбоцити – 200 Г/л, загальний білірубін – 52 мкмоль/л. Про який стан слід подумати?

- A. Синдром Жильбера
- B. Вроджений гепатит
- C. Вроджений цироз
- D. Гемолітична хвороба
- E. Фізіологічна жовтяниця

74. У хворого 10 років з хронічним гепатитом С відмічається іктеричність шкіри та склер, збільшення печінки. Рівень загального білірубину крові 90 ммол/л ( зв'язаний - 60, вільний - 30), АлАТ - 30 од., тимолова проба - 12 од. На що вказує збільшення АлАТ у крові хворого?

- A. Вірусемію
- B. Печінково-клітинну недостатність.
- C. Порушення пігментного обміну
- D. Цитоліз гепатоцитів
- E. Мезінхімально-запальний синдром

75. Хлопчик, 14 років, доставлений в стаціонар машиною швидкої допомоги у вкрай важкому стані, без свідомості. Хворіє бронхіальною астмою з 3-х річного віку. Останній приступ розпочався 10 годин тому. Прийом еуфіліну і преднізолону ефекту не дав. При огляді: свідомість затьмарена, шкірні покриви дифузно-ціанотичні, покриті холодним потом, зіниці розширені, в'яло реагують на світло. Грудна клітка різко здута, дихання не прослуховується. Який метод оксигенотерапії найбільш придатний в даному випадку?

- A. Штучна вентиляція легень.
- B. Киснева палатка.
- C. Інгаляції через носовий катетер.
- D. Інгаляції через маску.
- E. Киснева подушка.

76. Дитині 2 роки. Захворіла вперше. Хворіє другий день,  $t - 37,4$  °C. Сухий кашель, ЧД - 60/хв., експіраторна задуха. Над легенями коробковий перкуторний звук. Аускультативно — жорстке дихання, розсіяні сухі свистячі хрипи. Який діагноз?

- A. Бронхіоліт
- B. Природжений стридор
- C. Гострий бронхіт
- D. Пневмонія
- E. Гострий обструктивний бронхіт

77. Дитина К., 8 років, захворіла гостро: температура тіла 39 °C, болі в поперековій ділянці, болючість при сечовипусканні та збільшення частоти сечовипускання. При огляді: ознаки інтоксикації. Яке захворювання є найбільш імовірним?

- A. Ниркова колька
- B. Грип
- C. Гострий цистит
- D. Гострий гломерулонефрит
- E. Гострий пієлонефрит.

78. Дівчинка У., 9 років, скаржиться на підвищення температури тіла до 37,5 °С, головний біль, млявість, слабкість, зниження апетиту, біль у животі, часті і болісні сечовиділення. Був запідозрений гострий пієлонефрит. У клінічному аналізі сечі: питома вага - 1018, білка немає, Л - 10-15 у п/з. Який з методів дослідження вірогідно допоможе підтвердити діагноз інфекції сечової системи?

- А. Загальноклінічний аналіз крові
- В. Проба Реберга
- С. Проба Зимницького
- Д. Бактеріологічний посів сечі
- Е. Проведення клінічних аналізів сечі в динаміці.

79. Дівчинка Ю., 12-ти років, захворіла 2 тижні тому. З'явилися скарги на біль у поперековій ділянці, підвищення температури тіла до 37,5-37,8 °С, загальну слабкість, зниження апетиту. При огляді спостерігається блідість шкіри, ЧСС - 98 /хв. Аналіз сечі: питома вага - 1017, білок - 0,066 г/л, Ер 6-8 в п/з, Л - 40-60 в п/з. Виберіть найбільш імовірний діагноз:

- А. Інтерстиціальний нефрит
- В. Гострий гломерулонефрит
- В. Гострий вуль віт
- С. Гострий цистит
- Е. Гострий пієлонефрит.

80. Протягом 2-х років у 4-річної дитини спостерігаються рецидиви захворювання, що супроводжується підвищенням температури тіла, млявістю, болями в животі, почастишанням сечовипускання. Заг.ан.сечі - відн.щільність - 1010, білок 0,12 г/л, лейкоцити - 1/2 п/зор, еритроцити -4-5 у п/зор., циліндри - не виявл., солі - оксалати. Припущено хронічний пієлонефрит. Яке обстеження необхідне для уточнення причини захворювання:

- А. Мікционна цистографія
- В. Добова екскреція солей
- С. Імунограма
- Д. Трьохсклянкова проба
- Е. Посів крові на стерильність

**81.** При обстеженні в школі у хлопчика 10 років виявлено порушення

серцевого ритму у вигляді екстрасистолії. Скарг дитина не виказує. На ЕКГ – синусовий ритм, вертикальне положення ЕВС. Реєструються часті екстрасистоли по типу парасистолії (зубец Р відсутній, QRS екстрасистоли деформований, зубець Т негативний, повна компенсаторна пауза). Який вид екстрасистолії у дитини?

- A. Передсердна.
- B. Атріовентрикулярна.
- C. Атріовентрикулярна дисоціація.
- D. Шлуночкова;
- E. Вузлова.

**82.** У лікарню машиною швидкої допомоги доставлена дитина 3 років з нападом шлуночкової пароксизмальної тахікардії. ЧСС 220 в 1 хв, АТ 80/40 мм.рт.ст.. Який з перерахованих препаратів протипоказаний для купування нападу?

- A. Анапрілін.
- B. Аймалін.
- C. Дігосин.
- D. Кордарон.
- E. Ізоптін.

**83.** Дитина 12 років звернулась на прийом до лікаря зі скаргами на порушення періодичне серцебиття, почуття дискомфорту у ділянці серця. Було проведено ЕКГ. Назвіть ЕКГ-ознаки не характеризують синдром Вольф-Паркінсона-Уайта?

- A. Збільшення ( $>0,10$ с) інтервалу PQ.
- B. Розширення комплексу QRS більш  $0,10-0,12$ с.
- C. Наявність дельта-хвилі.
- D. Вторині ST-T зміни.
- E. Часте поєднання з пароксизмальною тахікардією.

**84.** До лікарні звернулися батьки дитини 4 років, у якої при проведенні ЕКГ у поліклініці були виявлені політопні екстрасистоли. В якій дозі необхідно призначити анапрілін для проведення медикаментозної проби при екстрасистолії:

- A. 0,01 мл/кг.

- B. 0,05 мл/кг.
- C. 0,1 мл/кг.
- D. 0,5 мл/кг.
- E. 0.15 мл/кг.

85. До лікарні звернулися батьки дитини 4 років, у якої при проведенні ЕКГ у поліклініці були виявлені політопні екстрасистоли. Який препарат, що може бути призначений у цьому випадку відноситься до групи мембраностабілізаторів?

- A. Етмозін.
- B. Ізоптін.
- C. Тразікор.
- D. Кордарон.
- E. Обзідан.

86. Хлопчик Н., 12 років, проведено обстеження у зв'язку з болями в серці. При якій мінімальній кількості балів діагноз « неревматичний міокардит» є ймовірним?

- A. 3 бали й 1 ознака середньої значущості.
- B. 2 основні й 1 допоміжна ознака.
- C. 5 балів й 1 ознака великої значущості.
- D. 3 ознаки середньої значущості.
- E. 3 ознаки малої значущості.

87. Хлопчик С., 13 років, проведено обстеження у зв'язку з болями в серці. Який стан є патогномонічним для інфекційного ендокардиту?

- A. Інфекційний токсикоз.
- B. Артрит.
- C. Позитивний ефект від протизапальної терапії.
- D. Тромбоемболічні ускладнення.
- E. Полірадикулоневрит.

88. Хлопчик Т., 8 років, проведено обстеження у зв'язку з болями в серці. Які з препаратів протипоказані при лікуванні неревматичного кардиту без порушення кровообігу?

- A. Антибіотики.

- В. Противірусні.
- С. Нестероїдні протизапальні.
- Д. Кардіометаболіти.
- Е. Діуретини.

89. Дитина П., 7 років, госпіталізована для обстеження та лікування в педіатричне відділення. Який з діагностичних критеріїв дозволяє диференціювати ревматичний і неревматичний кардит II—III ступеня активності?

- А. Ослаблення I тону.
- В. Ригідність ритму.
- С. Систолічний шум.
- Д. Органічний діастолічний шум.
- Е. Розширення меж серця ліворуч.

90. Дитина В., 9 років, госпіталізована для обстеження та лікування в педіатричне відділення. З яким збудником етіологічно пов'язаний ревматизм?

- А. Паличкою синьозеленого гною.
- В. Бета-гемолітичним стрептококом групи А.
- С. Золотистим стафілококом.
- Д. Вірусом грипу А2.
- Е. Епідермальним стрептококком

91. Дівчинка Ю., 16 років, встановлено діагноз ревматизм. Які основні діагностичні критерії ревматизму Киселя-Джонса-Нестерова:

- А. Кардит
- В. Поліартрит
- С. Хорея
- Д. Зв'язок з перенесеним стрептококовим захворюванням
- Е. Все вказане вірно.

92. Хлопчик Ф., 16 років. Встановлено діагноз ревматичний поліартрит. Які Критерії, які характерні для ревматичного поліартриту:

- А. Переважне ураження крупних та середніх суглобів
- В. Симетричність ураження
- С. Летучість ураження суглобів



- D. Швидке зникнення суглобового синдрому під впливом лікування
- E. Все вказане вірно.

93. Дівчинка Ю., 16 років, встановлено діагноз ревматизм. Для дифузного ревматичного міокардиту характерно:

- A. Тяжкий загальний стан дитини
- B. Задуха
- C. Розширення серцевої тупості більше вліво
- D. Послаблення 1 тону
- E. Все вказане вірно.

94. Хлопчик В., 8 років. Встановлено діагноз хорея. Які перші та ранні симптоми хореї:

- A. Парестезії, судоми.
- B. Головні болі.
- C. Порушення сну.
- D. Підвищення дратівливості та образливості, незграбність у рухах, зміни почерку.
- E. Все вказане вірно.

95. Дитині Ч., 7 років. Знаходиться під спостереженням у зв'язку з вродженою вадою серця, недостатністю кровообігу II б стадії. Які дієтичні столи призначаються при недостатності кровообігу II б стадії:

- A. №10а, 10
- B. №5
- C. №7
- D. №1
- E. №15.

96. Дівчинка 14 років скаржиться на головні болі, часту втомлюваність, нестабільність артеріального тиску. При проведенні ЕКГ виявлені ознаки неповної блокади ПНПГ. Що не характерно при БПНПГ?

- A.  $QRS > 0,12$
- B. У відведенні aVL реєструються комплекси типу qR
- C. У відведенні aVF реєструються комплекси типу rS
- D. У грудних відведеннях перехідна зона зміщена вліво

Е. У грудних відведеннях перехідна зона зміщена вправо

**97.** Хлопчик 15 років скаржиться на головні болі, часту втомлюваність, нестабільність артеріального тиску, При проведенні ЕКГ виявлені ознаки повної блокади ЛНПГ Що не характерно для повної блокади ЛНПГ?

- A. QRS <0,12
- B. У відведенні aVL реєструються комплекси типу rS
- C. У відведенні aVF реєструються комплекси типу qR
- D. У відведенні aVL реєструються комплекси типу qR
- E. EBC відслонена вліво

**98.** У хлопчика 14 років, що скаржиться на головні болі, почуття серцебиття періодичні колючі болі у серці після фізичного навантаження, при огляді невропатолога встановлений діагноз вегето-судинної дистонії. При проведенні ЕКГ виявлені ознаки неповної блокади правої ножки пучка Гиса. З чим можна провести диф. діагностику БПНПГ?

- A. БЛНПГ
- B. Шлуночкові тахікардія
- C. Шлуночкові екстрасистолія
- D. Ідіовентрикулярний ритм
- E. Все вищеперераховане

**99.** Дівчинка 12 років, поступила у дитяче відділення районної лікарні зі скаргами на біль в ділянці серця, головний біль, напад короточасної втрати свідомості, кволість. При обстеженні - блідість шкіри, помірний акроціаноз слизових оболонок. На ЕКГ – блокада лівої ножки пучка Гиса. З чим в першу чергу необхідно про диференціювати БЛНПГ?

- A. ГЛШ
- B. БПНПГ
- C. ГПШ
- D. А-В блокада
- E. Шлуночкова екстрасистолія

**100.** У дитини 5 років, яка спостерігається педіатром з приводу природженої вади серця –тетради Фалло після оперативного лікування (пластики дефекту міжшлуночкової перетинки) відмічається виражена

аритмія, брадикардія з ЧСС-58 в 1 хв, кволість, напади слабкості.

З чим в першу чергу необхідно про диференціювати БПНПГ?

- A. ГЛШ
- B. БПНПГ
- C. ГПШ
- D. А-В блокада
- E. Шлуночкова екстрасистолія

101. Після перенесеної ГРВІ у дівчинки 5 років з'явилася носова кровотеча та поліморфна, поліхромна несиметрична висипка (петехії та екхімози) на тулубі і кінцівках. Л/в не збільшені. Патології з боку ШКТ не виявлено. Нв 105 г/л, ер. –  $3,3 \times 10^{12}/л$  -  $7,2 \times 10^9/л$ . Час згортання крові по Лі-Уайту – 7 хв. (несилікована пробірка), час кровотечі по Дюке – 9 хв, кількість тромбоцитів –  $25 \times 10^9/л$ , позитивна проба джгута – 15 петехій. Ваш діагноз?

- A. Хвороба Вілебранда.
- B. Геморагічний васкуліт.
- C. Гемофілія.
- D. Тромбоцитопенічна пурпура.
- E. ДВЗ-синдром.

102. В дитячу обласну лікарню доставлений 13-річний хлопчик, який страждає гемофілією А з 2 років. Неодноразово лікувався з приводу гемартрозу. Після удару в живіт через 3 год. з'явився абдомінальний біль, поступово наросла блідість; тахікардія (ЧСС 115 на хв.), АТ 85/50 мм.рт.ст. Нв 87 г/л, ер.  $3,0 \times 10^{12}/л$ . Час згортання крові по Лі-Уайту 15 хв. Хірургом діагностована закрыта травма органів черевної порожнини, внутрішньочеревна кровотеча. Яку одномоментну дозу кріопреципітату необхідно ввести?

- A. 20-30 Од/кг
- B. 10-15 Од/кг
- C. 35-40 Од/кг
- D. 60-80 Од/кг

103. Препарат вибору при лікуванні II стадії ДВЗ-синдрому?

- A. Свіжезаморожена плазма
- B. Преднізолон
- C. Гепарин
- D. Кріопреципітат
- E. Контрікал

104. Хлопчик 8 років поступив до гематологічного відділення з носовою кровотечею. Напередодні переніс ГРВІ. Амбулаторно отримував жарознижувальні препарати, інтерферон у ніс. Об'єктивно: на шкірі тулуба та кінцівок поліморфний, поліхромний несиметричний геморагічний висип. В аналізі крові: Еритроц. -  $3,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , Hb - 90 г/л, КП - 0,8, лейкоцити -  $10 \cdot 10^9/\text{л}$ , пал. - 1%, сегм. - 61%, еоз. - 8%, лімф. - 20%, мон. - 10%, ШОЕ - 12 мм/год, тромб. - 15 г/л, тривалість кровотечі 6 хв. Оберіть найбільш раціональний варіант лікування.

- A. Трансфузії еритроцитарної маси
- B. Вікасол, глюконат кальцію
- C. Гепарин, амінокапронова кислота
- D. Курантіл, реополіглюкін
- E. Преднізолон, діцинон, амінокапронова кислота

105. Дівчинка 8 років. Мати скаржиться на виникнення на шкірі дитини висипу у вигляді плям червоного кольору, розміром до 5 мм. Елементи розташовуються симетрично, переважно в ділянці ліктьових суглобів. Яким методом можна відрізнити геморагічну пляму від судинної?

- A. Перкуторно
- B. Натисненням
- C. Розтиранням
- D. Оглядаючи
- E. Пункційно

106. У дитини 5 років спостерігаються часті носові кровотечі, періодично з'являється висип на боках чи спині після сну. Елементи висипу середньо- та великоплямисті, різнобарвні (симптом "шкіри леопарду"). В гемограмі – лейкоцитоз  $12 \cdot 10^9/\text{л}$ , тромбоцити  $55,0 \cdot 10^9/\text{л}$ , ШОЕ 15 мм/год. Ваш діагноз?

- A. Залізодефіцитна анемія
- B. Гемолітична анемія
- C. Хвороба Верльгофа
- D. Гострий лейкоз
- E. Сепсіс

107. Хлопчик до першого року життя вигодовувався жіночим молоком. Після року у дитини почали зв'язуватися "синці". А після незначної травми

виникли внутрішньом'язова гематома на лівій голішці та гемартрозу лівого колінного суглобу. До якої групи слід віднести захворювання у дитини?

- A. Тромбоцитопенії
- B. Тромбоцитопатії
- C. Вазопатії
- D. Коагулопатії
- E. Змішана

108. Хлопчик 4 років хворіє на гемофілію А. Після травми коліна через 6 годин з'явився біль у колінному суглобі, суглоб збільшився у розмірі, шкіра над ним гіперемірована, гаряча на дотик, рухи у суглобі різко обмежені.

Який лікувальний захід слід призначити дитині в першу чергу?

- A. Введення Е-АКК
- B. Введення вікасола
- C. Введення кріопреципіта
- D. Пункція суглоба
- E. Ін'єкція адреналіну

109. Мати дівчинки 4 років скаржиться на часті носові кровотечі, що виникають вночі, без наявних причин. В клін.ан. крові: Ер –  $3,4 \times 10^{12}/л$ , Нв – 100 г/л, кп – 0,88, тромбоцити –  $148 \times 10^9 /л$ , лейкоцити –  $5,4 \times 10^{12} /л$ , б-1%, е-3%, п-3%, с-37%, л-48%, м-8%, ШОЕ – 6 мм/г. Який метод дослідження слід вважати найбільш інформативним у даному випадку?

- A. Мієлограма.
- B. Визначення часу кровотечі.
- C. Визначення часу згортання.
- D. Визначення рівню функціональної активності тромбоцитів.
- E. Аутокоагуляційний тест.

110. Молоде подружжя звернулося у медико-генетичний центр за консультацією у зв'язку з вагітністю дружини. Батько майбутньої матері страждає на гемофілію А. Яка вірогідність народження хворого на гемофілію хлопчика у цій сім'ї?

- A. 25%
- B. 50%
- C. 75%
- D. 100%

Е. 0

111. Дівчинка 10 років поступила до гематологічного відділення з носовою кровотечею та наявністю поліморфного, поліхромного несиметричного геморагічного висипу (петехії та екхімози) на шкірі обличчя, тулубу та кінцівок. З анамнезу відомо, що “синці” без наявних причин стали виникати у дитини 2 місяці тому. В клін. ан. крові: Ер –  $3,2 \times 10^{12}$ /л, Нв – 90 г/л, кп – 0,88, тромбоцити –  $14 \times 10^9$  /л, лейкоцити –  $4,0 \times 10^{12}$  /л, б-1%, е-3%, п-3%, с-37%, л-48%, м-8%, ШОЕ – 12 мм/г. Яким метод дослідження стане вирішальним у визначенні первинного або вторинного характеру тромбоцитопенії?

- А. Мієлограма.
- В. Визначення часу кровотечі.
- С. Визначення часу згортання.
- Д. Визначення рівню функціональної активності тромбоцитів.
- Е. Аутокоагуляційний тест.

112. В дитяче гематологічне відділення було доставлено хлопчика , що страждає гемофілією С. Через 2 години після екстракції зубу у дитини відновилася кровотеча. Який препарат слід вважати препаратом вибору у даному випадку для зупинки кровотечі?

- А. Свіжозаморожена плазма.
- В. Дицинон.
- С. Кріопреципітат.
- Д. Гепарін.
- Е. Вікасол.

113. У хлопчика 4 років з моменту народження спостерігається геморагічний висип ( петехії, екхімози) на шкірі тулубу, кінцівок, обличчя. З двохрічного віку у дитини з'явилися періодичні носові кровотечі. У матері дитини періодично мають місце “синці” без наявних причин, що циклу рясні тривалі менструації. В клін.ан.крові дитини рівень тромбоцитів  $140 \times 10^9$ /л. Тести на функції тромбоцитів: адгезивність – 24%, агрегація – 36%, ретракція – 26%. Вміст антигемофільного фактору у крові 24%. Ваш діагноз?

- А. Спадкова тромбоцитопатія Гланцмана.
- В. Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура.
- С. Гемофілія А.

- D. Гемофілія Д.
- E. Хвороба Вілібранда.

114. У дитини 13 років, яка отримувала ацетилсаліцилову кислоту з приводу гіпертермії на фоні гострої респіраторної вірусної інфекції, з'явилась носова кровотеча та геморагічна висипка на шкірі тулуба у вигляді петехій. Позитивний симптом джгута. В аналізі крові помірна анемія, кількість тромбоцитів та час згортання крові в нормі, час кровотечі 10 хв. Яке дослідження треба провести для підтвердження діагнозу?

- A. Протеїнограма.
- B. Мієлограма.
- C. Визначення адгезивної та агрегаційної функції тромбоцитів.
- D. Печінкові проби.
- E. Визначення тесту тромбопластину утворення.

115. На прийомі хлопчик 12 років зі скаргами на появу "синців" різного забарвлення на шкірі тулуба та кінцівок. Загальний стан середньої важкості. При огляді шкіри виявлені петехії та плями геморагічного характеру, які розташовані несиметрично. Із анамнезу з'ясовано, що під час свят (3 дні потому) він споживав мариновані сливи та огірки домашнього приготування. В аналізі крові: гемоглобін 130 г/л, еритроцити  $-3,8 \times 10^{12}/\text{л}$ , лейкоцити  $-6,0 \times 10^9/\text{л}$ , тромбоцити  $212 \times 10^9/\text{л}$ . Ваш попередній діагноз?

- A. Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура.
- B. Геморагічний васкуліт.
- C. Менінгококцемія.
- D. Набута тромбоцитопатія.
- E. Гемофілія В.

116. У дівчинки 8 років, яка хворіє ревматоїдним артритом на фоні прийому бруфену з'явилися носові кровотечі. В аналізі крові: гемоглобін 110 г/л, тромбоцити  $200 \times 10^9/\text{л}$ . Час кровотечі за Дюком 9 хв, час згортання крові за Лі-Уайтом - 5 хв. Назвіть найбільш вірогідну причину виникнення геморагічного синдрому.

- A. Гіпополівітаміноз.
- B. Підвищення проникності стінки судин.
- C. Зниження агрегаційної властивості тромбоцитів.
- D. Зниження ІХ фактору згортання крові.

Е. Зниження XI фактору згортання крові.

117. На фоні тромбоцитопатії у дівчинки 14 років почалась маткова кровотеча. Який препарат треба призначити в першу чергу?

- А. Переливання еритроцитної маси.
- В. Переливання тромбоконцентрату.
- С. Введення великої дози вітаміну С.
- Д. Введення альбуміну.
- Е. Введення фібриногену.

118. У 2-місячного хлопчика після проведення профілактичного щеплення спостерігалася тривала кровотеча з місця ін'єкції, після чого утворилася внутрішньом'язова гематома. При обстеженні дитини виявлено значне підвищення споживання протромбіну та виражене подовження активованого часткового тромбoplastинового часу. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Гемофілія
- В. Хвороба Верльгофа
- С. Хвороба Шенляйи - Геноха
- Д. Геморагічна хвороба новонароджених
- Е. Природжена афібриногенемія

119. У 10-річного хлопчика, хворого на гемофілію, спостерігається гостра респіраторна вірусна інфекція з лихоманкою. Який з жарознижувальних препаратів протипоказаний цьому хворому?

- А. Парацетамол
- В. Анальгін
- С. Піпольфен
- Д. Ацетилсаліцилова кислота
- Е. Панадол extra

120. У дівчини 3 років на фоні гострого бронхіту, з приводу якого вона одержувала бісептол, з'явилися екхіматозні та несиметричні петехіальні висипи на тулубі та в ділянці сідниць, а також носові кровотечі. Яке захворювання найбільш імовірно у даному випадку?

- А. Гемофілія А
- В. Геморагічний васкуліт



- С. Хвороба Віллебранда
- D. Тромбоцитопенічна пурпура
- Е. Гемофілія В

121. До приймального відділення надійшла дитина в тяжкому стані, T-39,00С, спостерігається рясна плямисто-везикулярна висипка з рідиною бурого кольору, по всьому тілі, в тому числі і на волосистій частині голови. Яке захворювання у дитини?

- А) Вітряна віспа
- Б) Менінго-кокцемія
- В) Скарлатина
- Г) Краснуха
- Д) Кір.

122. Хвора, 15 років, захворіла в школі, коли піднялася температура до 37,80С, відчула біль в горлі, світлобоязнь, з'явився сухий кашель. Дільничний лікар оглянув хвору на 3-й день, виявив явища кон'юнктивіту, дрібноплямисту висипку на обличчі, на слизовій ротоглотки і щік – дрібні білісуваті елементи, в легенях розсіяні сухі хрипи. Який попередній діагноз можна поставити?

- А) Вітряна віспа
- Б) Менінго-кокцемія
- В) Скарлатина
- Г) Краснуха
- Д) Кір.

123. Дівчинка 16 років протягом останніх двох місяців турбує значна втомлюваність, підвищення температури тіла 37-38 С, профузний піт, схуднення. Об'єктивно: збільшені всі групи периферичних лімфовузлів, кандидоз ротової порожнини, герпетичні висипання на губах. В загальному аналізі крові: лейкоцитів -  $3,3 \times 10^9/\text{л}$ , ШОЕ 16 мм/годн. Який метод специфічної діагностики необхідно призначити в першу чергу?

- А) Виявлення антитіл в реакції ІФА до антигенів ВІЛ-інфекції.
- Б) Пробу Бюрне.
- В) Визначення кількості Т-лімфоцитів.
- Г) Бактеріологічне дослідження сечі та фекалії
- Д) Реакцію гальмування міграції лейкоцитів.

124. У школі значно зросла захворюваність на кір. Які протиепідемічний захід може зменшити захворюваність на кір?

- А) Ревакцинація серонегативних
- Б) Щоденні лікарській огляд учнів. .
- В) Дезінфекція в училищі. .
- Г) Ізоляція хворих
- Д) Кір [корь]

125. Дитина, 10 років, другий день скаржить на болі в горлі, підвищення температури тіла до 39 С, загальну слабкість, головний біль . При огляді: гіперемія та набряк мигдаликів, слизової оболонки ротоглотки, її ціаноз. Справа на мигдалині сірогрязний наліт, який виходить за дужки та язичок. Наліт шпателем зняти не можливо. Про яке захворювання треба думати?

- А) Дифтерія ротоглотки. .
- Б) Інфекційний мононуклеоз
- В) Ангіна .
- Г) Паратонзілярний абсцес
- Д) Герпетичний стоматит

126. Сімейний лікар оглядає на дому хлопчика, у якого на протязі 3-х днів спостерігається сухий болучий кашель, хрипкість голосу, сьогодні з'явилась задишка. Хворий збуджений, намагається сидіти. Температура 37,3°C, періоральний ціаноз, роздування крил носа, стрідорозне дихання. Слизові оболонки ротоглотки злегка гіперемійовані. Викликана “швидка допомога”. Які терапевтичні заходи може провести сімейний лікар?

- А) Провітрювання та зволоження повітря в приміщенні, введення седуксену
- Б) Антибіотики
- В) Введення еуфіліну
- Г) Полоскання горла
- Д) Гарячий чай

127. Дитина 14 років, захворіла сьогодні гостро: температура підвищилась до 38,9°C. Скаржиться на головний біль, дертя в горлі. Батьки хворіють на грип. Обличчя хворого, склери та слизові оболонки зіву гіперемійовані. В легенях жорстке дихання. Тахікардія. Яке лікування в домашніх умовах буде найбільш доцільним?

- А) \*Ремантадин, парацетамол
- Б) Анальгін, димедрол
- В) Ацикловір, парацетамол
- Г) Аскорбінова кислота, гарячий чай
- Д) 0,25\% оксолінова мазь у ніс

128. У хворої, 11 років, гостро підвищилась температура тіла до 40 С. З'явилися озноб, одноразове блювання, біль у горлі, головний біль, кволість. На другий день на обличчі, шиї, верхній частині грудей з'явився дрібнокрапчастий висип на гіперемійованому тлі шкіри. Носогубний трикутник блідий. Яке захворювання виникло у хворого?

- А) Вітряна віспа
- Б) Менінго-кокцемія
- В) Скарлатина
- Г) Краснуха
- Д) Кір.

129. До приймального відділення надійшла дитина 5 років на 1 добу захворювання в тяжкому стані: Т-37,5 0С, мармуровість, акроціаноз, на шкірі нижніх кінцівок, тулуба рясна геморагічна, “зірчаста” висипка, А/Т

80/40 мм.рт.ст., ЧСС-90/хвил., олігурія. Позитивні менінгеальні симптоми. Яке захворювання у дитини?

- А) Вітряна віспа
- Б) Менінго-кокцемія
- В) Скарлатина
- Г) Краснуха
- Д) Кір.

130. Дитина 3 років хворіє третій день. Температура 37,5° С. На шкірі тулуба, голови - плями, папули, везикули з прозорим вмістом, сверблячі, м'які, однокамерні, незгруповані. Частина пухирців на обличчі і руках швидко стихає з утворенням кірочок. Ваш діагноз?

- А. Вітряна віспа
- В. Скарлатина
- С. Герпетична інфекція.
- Д. Стрептодермія
- Е. Натуральна віспа

131. Дитина 4 років хворіє протягом 3 днів. Скарги на підвищення температури тіла до 39,9° С, сверблячку шкіри, зниження апетиту, висипання по всьому тілу. При огляді шкіра бліда, на волосистій частині голови, обличчі, тулубі, кінцівках поліморфні висипання: плями, папули, везикули, кірочки. Який найбільш ймовірний діагноз?

- А. Вітряна віспа
- В. Оперізуючий герпес
- С. Стрептодермія
- Д. Стафілодермія
- Е. Герпетична інфекція

132. У дитини 5 років на слизовій ротовій порожнині - енантема, збільшення заднешійних та потиличних лімфатичних вузлів, генералізований дрібноп'ятнистий висип переважно на спині, сідницях, кінцівках, температура тіла - 37,3° С. Ваш діагноз?

A. Краснуха

B. Кір

C. Скарлатина

D. Інфекційний мононуклеоз

E. Ентеровірусна інфекція

133. Дитина 11 років, яка прибула на нове місце мешкання, не отримала чергового щеплення за календарем проти дифтерії та правцю. Яким препаратом треба провести імунізацію?

A. АДП-М-анатоксин

B. АКДП-вакцина

C. АДП-анатоксин

D. АД-М-анатоксин

E. АП-анатоксин

134. Дівчинка 5 років захворіла на вітряну віспу (середньотяжка форма). На який строк треба ізолювати дитину?

A. До 5 дня з моменту останньої висипки

B. На 17 днів від початку захворювання.

C. На 21 день з моменту контакту з хворою дитиною.

D. На 10 днів від початку підсихання висипань на шкірі.

Е. На 7 днів після зниження температури.

135. Лікаря викликано до дитини 2-х років, яка захворіла 4 години тому. Відмічається підвищення температури тіла до 40<sup>o</sup>C, запаморочення, ціаноз шкіри. На сідницях та стегнах геморагічний висип. Ригідність м'язів потилиці. ЧСС-140 ударів у хвилину, артеріальний тиск 80/50 мм. рт. ст., зменшення діурезу. Який найбільш імовірний діагноз?

- А) Вітряна віспа
- Б) Менінго-кокцемія
- В) Скарлатина
- Г) Краснуха
- Д) Кір.

136. Після вживання солоної риби, привезеної з Керчі, захворіли троє осіб у сім'ї. Вони скаржились на водянисту діарею, потім блювоту, зростаючу слабкість. У приймальному відділенні: температура тіла 36-36,5<sup>o</sup>C, шкіра бліда, акроціаноз, тахікардія, гіпотонія, олігурія. Живіт м'який, безболісний. Які лабораторні методи обстеження доцільно виконати?

- А) Бактеріологічне дослідження випорожнень, блювотних мас
- Б) Дослідження крові на гемокультуру
- В) Серологічні дослідження
- Г) Біологічна проба на наявність токсину
- Д) Ректороманоскопія

137. Сімейний лікар оглядає на дому підлітка, у якого на протязі 3-х днів спостерігаються болі в горлі, слабкість, підвищення температури. При огляді: температура тіла 38°C, шкіра бліда. Піднебінні мигдалики збільшені, гіперемійовані, з ціанотичним відтінком, на їх поверхні цупкі, сірувато-білі плівки, не знімаються. Збільшені передньошийні лімфовузли. Ваш попередній діагноз?

- А) Дифтерія
- Б) Лакунарна ангіна
- В) Інфекційний мононуклеоз
- Г) Аденовірусна інфекція
- Д) Ангіна Симановського-Венсана

138. Хвора 40 років скаржиться на біль в горлі при ковтанні, підвищення температури тіла до 38,5°C. Шкіра бліда. Мигдалики, язичок та м'яке піднебіння набряклі, гіперемійовані, з ціанотичним відтінком, вкриті сіруватими цупкими плівками. Плівки не знімаються. Збільшені передньошийні лімфовузли. Тони серця глухі, пульс 100 уд./хв. Які лабораторні або інструментальні обстеження слід провести для визначення раннього ускладнення?

- А) Електрокардіограма
- Б) Коагулограма
- В) Електроенцефалограма
- Г) Протеїнограма
- Д) Ультразвукове обстеження

139. У дитини 5 років захворювання почалося гостро з високої температури, одноразового блювання, збільшення тонзиллярних лімфовузлів. В ротоглотці відмічається відмежована яскрава гіперемія, гнійний наліт на мигдаликах, на шиї, грудях, в паховій ділянці - дрібноточковий висип на гіперемійованому фоні, блідий носогубний трикутник. Яке захворювання можна запідозрити?

A. Скарлатина

B. Кір

C. Краснуха

D. Ентеровірусна екзантема

E. Інфекційний мононуклеоз

140. У дитини 7 років з епідемічним паротитом на 5 день захворювання підвищилась температура тіла, з'явився головний біль, блювота. При огляді визначалась ригідність м'язів потилиці. Запідозрили менінгіт. Які зміни ліквору можна очікувати?

A. Лімфоцитарний плеоцитоз

B. Нейтрофільний плеоцитоз

C. Низький вміст білка

D. Високий вміст білка

E. Підвищення рівня цукру

141. У дитини 4-х місяців на тлі катаральних явищ з'явилися блідість, кволість, відмова від грудей, пероральний ціаноз, напруження крил носа, глибокий вологий кашель, дрібноміхурцеві хрипи над лівою легенею, жорстке дихання з подовженим видихом. ЧД - 68/хв. ЧСС 108/хв. У крові: Ер -  $3,6 \times 10^{12}/л$ . Нь - 0,38 г/л, Л -  $22,0 \times 10^9/л$ , ШОЕ 25 мм/год. Яке дослідження слід провести для верифікації діагнозу?



- A. Р'енггенографія органів грудної клітки
- B. ЕКГ
- C. Томографія легень.
- D. Бронхоскопія
- E. Комп'ютерна томографія грудної клітки
- D. ГРВІ, бронхіт з астматичним компонентом

142. У дитини віком 3 роки з'явилися кашель та нежить. У сім'ї двох інших членів мали такі ж симптоми. На третю добу від початку захворювання кашель посилювався, став сухим, нав'язливим; підвищилась і до 37,8°C. Об'єктивно дихання з участю допоміжних м'язів, при перкусії з обох боків легеневий звук з коробковим відтінком, дихання жорстке, видих подовжений, розсіяні середньо- і крупнопухирцеві вологі і подекуди сухі свистячі хрипи. Який діагноз найбільш вірогідний у хворого?

- A. Двостороння бронхопневмонія
- B. Гострий бронхіоліт
- C. Стенозуючий ларинготрахеїт
- D. Бронхіальна астма
- E. Гострий обструктивний бронхіт

143 Дитина 5 років захворіла гостро: підвищилась температури тіла до фебрильних цифр, з'явилися катаральні прояви. Лікувалась амбулаторне (панадол, відхаркувальні препарати). На 7 добу стан погіршився. Посилювався кашель, з'явилась задишка експіраторного характеру, ЧД - 40/хв. Над всією поверхнею легень коробковий відтінок перкуторного звуку, при аускультатії - на фоні жорсткого дихання розсіяні сухі свистячі та різнокаліберні вологі хрипи. На користь якого захворювання свідчать клінічні симптоми?

- A. Бронхіальна астма
- B. Гострий бронхіоліт
- C. Гострий обструктивний бронхіт
- D. Гостра бронхопневмонія, ускладнена обструктивним синдромом
- E. Крупозна пневмонія

144. Дівчинка 10-ти років хворіє шостий день. Млява, І - 37,8-38,3 °С, шкіра бліда, периорбітальні тіні. Сухий кашель, задишка, ЧД - 32-36/хв. Над легеньми вкорочення перкуторного звуку справа на рівні 9-10 сегментів

дихання жорстке, в зоні вкорочення послаблене, дрібноміхурцеві хрипи, крепітація. Яке обстеження є вирішальним для постановки діагнозу?

- A. Бактеріальне дослідження мокротиння
- B. Бронхоскопія
- C. Клінічний аналіз крові
- D. Бронхографія
- E. Рентгенографія грудної клітки

145. У дитини 5 місяців захворювання почалось гостро з підвищення температури тіла до 38 °С, кашлю, задишки, зниження апетиту. Об'єктивно: виражена задишка експіраторного типу, ЧД - 48/хв, частий малопродуктивний кашель, дистанційні хрипи. Над легеньми при перкусії коробковий звук, в задньонижніх відділах помірно послаблене, розсіяні сухі свистячі хрипи, велика кількість незв'язаних середньо- і дрібноміхурцевих вологих хрипів. Який діагноз найбільш вірогідний у хворого?

- A. Гострий бронхіоліт
- B. Гострий обструктивний бронхіт
- C. Гостра бронхопневмонія
- D. Гострий бронхіт
- E. Бронхіальна астма

146. У дитини віком 12 років підвищилась температура тіла до 38,7°С, дихання стало частішим - до 32/хв., зрідка кашляє, біль у грудях справа та у животі. Вкорочення перкуторного звуку над нижньою часткою правої легені, при аускультатії - дихання послаблене. Ваш діагноз?

- A. Вогнищева пневмонія
- B. Полісегментарна пневмонія
- C. Крупозна пневмонія
- D. Правосторонній плеврит
- E. Гострий апендицит

147. У дитини 2 років скарги на кашель, часте дихання, підвищення температури тіла до 38 С на протязі трьох днів. На першому році життя були прояви алергічного діатезу. Шкіра бліда, периоральний ціаноз. Задишка експіраторного типу, 54/хв., ЧСС -122/хв. Зліва біля кута лопатки укорочення перкуторного звуку, в інших відділах - коробковий звук. Дихання в ділянці

укорочення ослаблене, в інших відділах - жорстке з подовженим видихом. Локально вислуховуються дрібноміхурцеві звучні хрипи, в інших відділах розсіяні свистячо-скребучі. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Гостра лівостороння вогнищева пневмонія з обструктивним синдромом

B. Бронхіальна астма, приступний період

C. Обструктивний бронхіт

D. Бронхіоліт

E. Ексудативний плеврит

148-. Дитина 2,5 роки захворіла гостро, коли підвищилась температура тіла до 38 °С і з'явилися болі у животі, одноразове блювання. Стан дитини важкий. Шкіра бліда. ЧД - 80/хв. Ціаноз носогубного трикутника. Права половина грудної клітки відстає в диханні. Притуплення перкуторного звуку справа нижче кута лопатки, дихання там значно ослаблене, хрипи не вислуховуються. Тони серця ослаблені, тахікардія. Живіт помірно здутий, болючий при пальпації в правому підребер'ї. На рентгенограмі грудної клітки - справа інтенсивне гомогенне затемнення у проекції 7 та 10 сегментів, синуси вільні. Який найімовірніший діагноз?

A. Крупозна пневмонія

B. Гострий апендицит

C. Правосторонній ексудативний плеврит

D. Гострий обструктивний бронхіт

E. Гостра правостороння полісегментарна пневмонія

149. У 9 місячної дитини висока температура, кашель, задишка. Хворіє 5 днів після контакту з хворими на ГРВІ. Стан дитини тяжкий. Температура - 38 °С, ціаноз носогубного трикутника. ЧД - 54/хв., роздування крил носа при диханні. Перкуторно: над легенями вкорочення звуку справа нижче кута лопатки, над іншими ділянками - тимпанічний відтінок звуку. При аускультатії - дрібноміхурцеві вологі хрипи з обох боків, більше справа. Який найбільш імовірний діагноз встановив лікар?

A. Гострий бронхіоліт

B. ГРВІ

C. Гострий ларинготрахеїт

D. Гострий бронхіт

E. Гостра пневмонія

150. Хлопчик 8-ми років скаржиться на постійний кашель з виділенням зеленуватого харкотиння, задишку при фізичному навантаженні. Вперше захворів у віці 1 рік 8 місяців двосторонньою пневмонією, яка мала затяжний перебіг. В подальшому спостерігались рецидиви хвороби 5-6 разів на рік, в періоди ремісії стійко утримувався вологий кашель. Результати якого обстеження будуть найбільш вагомими у встановленні клінічного діагнозу?

- A. Рентгенографія органів грудної клітки
- B. Бронхографія
- C. Бакпосів харкотиння
- D. Бронхоскопія
- E. Спірографія

151. У дитини 2-х років після гри з мозаїкою раптово виник кашель, стридорозне дихання, поклик до блювоти, ціаноз. Що має запідозрити лікар в першу чергу?

- A. Гостру пневмонію
- B. Гострий ларингіт
- C. Гострий ларинготрахеїт
- D. Аспірацію стороннього тіла
- E. Кашлюк

152. У дитини 6-місячного віку, що лікувалася амбулаторне з приводу пневмонії ампіциліном, з великою імовірністю припущена хламідійна етіологія. Якою повинна бути в такому випадку подальша антибактеріальна терапія?

- A. Продовжити ампіцилін до 10 днів
- B. Замінити ампіцилін на ровамідин
- C. Замінити ампіцилін на цефалоспорин
- D. Замінити ампіцилін на фторхінолон
- E. Доповнити терапію аміноглікозидом

153. Хлопчик 10 років захворів 2 дні тому вдома. Під час огляду в поліклініці лікарем-педіатром встановлено діагноз гострої пневмонії. Яка найбільш імовірна етіологічна причина пневмонії, що виникла на дому?

- A. Протей
- B. Стафілокок
- C. Кишкова паличка

- D. Пневмокок
- E. Клебсієла

154. Дитині 3 місяці. Захворіла гостро із підвищення температури до 37,8°C, покашлювання. На 3 день кашель посилюється, приєдналася задишка, перкуторно над легеньми тимпанічний звук, аускультативно - з обох сторін велика кількість дрібноміхурцевих вологих та свистячих хрипів на видиху. Ваш попередній діагноз?

- A. ГРВІ, бронхіоліт
- B. ГРВІ, бронхопневмонія
- C. ГРВІ, бронхіт
- D. ГРВІ, бронхіт з астматичним компонентом
- E. ГРВІ, вогнищева пневмонія

155. У хлопчика 2-х років субфебрильна температура, легкий нежить, кашель сухий, впертий, але без репризів, тривалий, нападаподібний, часте дихання з утрудненим видихом. Дихання жорстке, вислуховуються розсіяні сухі, свистячі хрипи. На рентгенограмі легень - підвищена прозорість. У крові лейкопенія. Який діагноз найбільш імовірний?

- A. Кашлюк
- B. Обструктивний бронхіт
- C. Пневмонія
- D. Гострий бронхіт
- E. Бронхіоліт

156. У хворого 10 років кашель з гнійним харкотинням, частіше зранку, задишка, стійкі вологі хрипи нижче лівої лопатки. Пальці у вигляді барабанних паличок. Харкотиння - трьохшарове. Гемограма: лейкоцитоз, зсув вліво, прискорення ШОЕ. Вміст хлоридів у потовій рідині - 40 ммоль/л. Бронхограма - розширення кінцевих відділів бронхів нижньої частки зліва. Який діагноз найбільш імовірний?

- A. Синдром Картагенера
- B. Хронічний бронхіт
- C. Бронхоектатична хвороба
- D. Мукопідцидоз, легенева форма
- E. Ідіопатичний фіброзуючий альвеоліт

157. Дитина 5 років хворіє другий день. Преморбідний фон необтяжений. Спостерігається незначне нездужання, підвищення температури до 37,3 °С, зниження апетиту, кашель частий, вологий, значні виділення з носа. Об'єктивно: ЧД - 25/хв., перкуторно - легеневий звук, аускультативно з двох сторін вислуховуються середньо- та крупнопухирчасті хрипи, після кашлю характер хрипів змінюється. Діагностовано ГРВІ, гострий бронхіт. Який вид лікування найбільш вірний?

- A. Антибіотики аміноглікозиди
- B. Антибіотики цефалоспорини
- C. Сульфаніламід
- D. Відхаркуюча + вітамінотерапія
- E. Антигістамінні препарати

158. У дитячу лікарню поступила дитина 8-ми років у важкому стані зі скаргами на біль у правій половині грудної клітки та гіпертермію протягом 2-х днів. Вдома лікували антибактеріальними препаратами в достатній дозі. Об'єктивно: справа нижче кута лопатки перкуторне притуплення, аускультативно в ділянці притуплення - не прослуховується дихання. Рентгенологічно: в легенях виявляється інтенсивне затемнення справа, нечіткість синусів, зміщення середостіння в ліву сторону. Яке захворювання слід запідозрити в даному випадку?

- A. Крупозне запалення легень
- B. Гострий ексудативний плеврит
- C. Чужорідне тіло
- D. Гостра вогнищева пневмонія
- E. Туберкульоз легень

159. Хлопчик 14 років надійшов у клініку зі скаргами на кашель з відділенням сіро-зеленуватого кольору мокротиння, особливо вранці. На рентгенограмі посилення легеневого малюнка. Протягом останніх 2-х років подібне захворювання з тривалим кашлем відзначалося 5 разів. Про яке захворювання може йти мова?

- A. Рецидивуючий бронхіт
- B. Гострий бронхіт
- C. Хронічний бронхіт, загострення
- D. Пневмонія, затяжний перебіг
- E. Хронічний облітеруючий бронхіт

160. Дитина віком 8 місяців надійшла до лікарні зі скаргами на непродуктивний, інтенсивний кашель протягом 2-х діб, свистяче дихання, підвищення температури тіла до 37,8 °С. Об'єктивно: периоральний ціаноз; діжкоподібна грудна клітина; аускультативно: маса різнокаліберних хрипів; діагностовано обструктивний бронхіт. Яка терапія буде базовою?

- A. Антибіотики
- B. Глюкокортикостероїди
- C. Бронхолітики
- D. Муколітики
- E. Ферменти

161. У здорової 3-місячної дитини 2 доби тому з'явилися нежить та кашель. У старшої сестри теж такі симптоми. Три години назад кашель посилюється, дихання важке, виражена дихальна недостатність. Аускультативно над легеньми багато вологих дрібноміхурцевих хрипів з обох боків. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гострий обструктивний бронхіт
- B. Гострий простий бронхіт
- C. Гострий бронхіоліт
- D. Пневмонія
- E. Муковісцидоз

162. У хлопчика 6 років, підвищення температури до 39 °С, болі в животі, кашель, виражена задишка змішаного типу, відставання правої половини грудної клітки при диханні, справа внизу над легеньми тупий звук, дихання не прослуховується. Живіт м'який. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Крупозна пневмонія
- B. Інфаркт правої легені
- C. Правосторонній ателектаз
- D. Правосторонній ексудативний плеврит
- E. Правосторонній пневмоторакс

163. 5-річного хлопчика протягом трьох днів турбує лихоманка до 38,5(С, частий кашель. На 3-й день з'явилась змішана задишка при незначному навантаженні, періодично –пероральний ціаноз. ЧД 40 за 1 хв, ЧСС 130 за 1 хв, в легеньх жорстке дихання, справа під кутом лопатки вислуховуються вологі

звучні мілко пухирцеві хрипи та крепітація. Поставлено діагноз вогнищева пневмонія. Вкажіть ступінь дихальної недостатності.

- A I
- B II
- C III
- D 0

164. У хлопчика 3-х років раптово під час гри з іграшками з'явився напад кашлю, задишка. Об-но: ЧДР- 45/хв., ЧСС- 130/хв. Перкуторно: вкорочення перкуторного звуку з правого боку в нижніх відділах. Аускультативно: з правого боку послаблене дихання с бронхіальним відтінком. На рентгенограмі: затемнення нижньої частки легень праворуч. В крові: запальних змін не виявлено. Поставлено діагноз: стороннє тіло правого бронху. Вкажіть яке ускладнення викликало дану клінічну картину:

- A Емфізема
- B. Ателектаз
- C Пневмоторакс
- D Бронхіт
- E Пневмонія

165. Дитина 4 років скаржиться на свербіж, шкірні папульозно-еритематозні висипання, сухість шкіри. При огляді в підколінних ямках та в ділянці ліктьових згинів явища ліхеніфікації. Дослідження якого із наведених нижче імунологічних показників у сироватці крові верифікує діагноз (атопічний дерматит).

- A загальний імуноглобулін Е
- B секреторний імуноглобулін А
- C імуноглобулін М
- D імуноглобулін G
- E імуноглобулін D

166. Дитина 3 років поступила у відділення зі скаргами на осалгії, підвищення температури до 39 о С. Під час огляду – стан дитини важкий, не може стояти з причини осалгій, інтоксикована, лімфатичні вузли до 1,5 см. Печінка на 3 см ,селезінка на 2 см виступає з-під краю реберної дуги. В аналізі



крові Ер.3.0 . 10 12 /л, Нв-87г/л, кольор.пок.-0,9, тромбоцити-190. 10 9 /л, лейкоцитів –3,2. 109 /л, е-1п/я-1, с/я-0, л-87, м-2, ШОЕ-36мм/год. Яке дослідження треба зробити для визначення діагнозу?

- А Стернальна пункція
- В Ультразвукове дослідження
- С Пункція лімфовузла
- Д Біопсія лімфовузла
- Е Комп'ютерна томографія

167. Дитина народилася з оцінкою за шкалою Апгар 8–9 балів. Коли її слід прикласти до грудей?

- А Зразу після народження
- В Після обробки пуповини та проведення профілактики гонобленореї
- С Після обробки пуповини
- Д Через 30 хвилин після народження
- Е Через 2 години після народження

168. Який препарат необхідно ввести дитині, яка народжена шляхом кесарського розтину, у стані асфіксії при відсутності самостійного дихання на першій хвилині життя?

- А Налоксону гідрохлорид
- В Етимізол
- С Кофеїн-бензоат натрію
- Д Кордіамін
- Е Натрію бікарбонат

169. Дитина 4 років надійшла до лікарні з скаргами на температуру до 39,50, задишку, біль у правому боці, незначний кашель. Об'єктивно: стан тяжкий, значно виражена інтоксикація, задишка змішаного характеру, дитина лежить на правому боці, потовщення шкірної складки під лопаткою праворуч. Лейкоцитоз, нейтрофільний зсув ліворуч. Ваш діагноз?

- А Правосторонній плеврит
- В правостороння пневмонія
- С Абсцес правої легені
- Д Апендицит
- Е Бронхіоліт

170. Новонароджена дівчинка з оцінкою за шкалою Апгар на 1-5 й хвилини 7-8 балів. Під час пологів спостерігалось короткочасне утруднення при виведенні плечового поясу. Після народження у дитини спостерігається порушення функції проксимального відділу та вимушене положення правої руки. Плече повернуто досередини, лікоть розігнутий, відмічається пронація передпліччя, кисть зігнута у вигляді "руки ляльки". Який клінічний діагноз у даної дитини?

- А Парез Дюшена-Ерба
- В Травма грудного відділу хребта
- С Остеомієліт правої руки
- Д Внутрішньочерепний крововилив
- Е Травма м'яких тканин правої руки

171. У новонародженого на 1-й хвилині після народження: ЧДР- 26/хв., ЧСС- 90/хв., м'язовий тонус низький. Під час відсмоктування катетером із носа та рота дитина реагує гримасою, шкіра ціанотична. Аускультативно: над легеньми ослаблене везикулярне дихання. Тони серця звучні. Через 5 хвилин: ЧДР- 40/хв., ритмічне, ЧСС- 120/хв., акроціаноз, м'язовий тонус знижений. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А Гемолітична хвороба новонародженого
- В Пологова травма новонародженого
- С Асфіксія новонародженого
- Д Геморагічна хвороба новонародженого
- Е Сепсис новонародженого

172. У дівчинки 9-ти місяців при об'єктивному обстеженні відмічаються: блідість шкірних покривів, виникнення під час неспокою ціанозу. Перкуторно: розширення меж серця в поперечному напрямку. Аускультативно: зліва від грудини у 3-4 міжребір'ї вислуховується тривалий систолічний шум, що проводиться над усією ділянкою серця і на спину. Яку вроджену ваду серця можна запідозрити у дитини?

- А Дефект міжшлуночкової перетинки
- В Дефект міжпередсердної перетинки
- С Коарктація аорти

- D Тетрада Фалло
- E Стеноз легеневої артерії

173. Дитина 2-х місяців, народилася восени з масою тіла 1900 г. Вигодовується материнським молоком. Профілактику рахіту треба проводити ергокальциферолом у щоденній дозі:

- A. 2000-3000 МО
- B. 100-200 МО
- C. 400-500 МО
- D. 300-400 МО
- E. 1000-1200 МО

174. Дитині 7 місяців, на штучному вигодовуванні (коров'яче молоко, манна каша). Поступила в стаціонар з підвищеною температурою до 37,80С, короткочасними приступами тоніко-клонічних судом, ознаками рахіту 2 ступеня. Позитивні симптоми Ерба, Труссо, Маслова Який патологічний стан є причиною даного стану?

- A. Ниркова еклампсія
- B. Спазмофілія
- C. Гіпертермія
- D. Епілепсія
- E. Менінгоенцефаліт

175. Дитині 1,5 місяця. Народилась недоношеною з вагою 2000. Протягом вагітності мати страждала від гестозу 1 та 2 половини вагітності. Протягом 2 тижнів відзначається підвищена пітливість, збудливість. Який патологічний стан найбільш вірогідний?

- A. Наслідки перинатальних уражень нервової системи
- B. Рахіт
- C. Функціональні розлади шлунково-кишкової системи
- D. Спазмофілія
- E. Початкові прояви ГРВІ

176. Дитині 11 місяців. Госпіталізована з приводу спазмофілії, яка проявилася тетанією. Після невідкладної терапії самопочуття дитини поліпшилося, судоми припинилися. Визначити подальшу терапевтичну

тактику.

- A. Призначити вітамін Д в дозі 2000 МО через тиждень приймання препаратів кальцію.
- B. Призначити вітамін Д в дозі 4000 МО негайно.
- C. Призначити вітамін Д в дозі 500 МО через тиждень приймання препаратів кальцію.
- D. Не призначати вітамін Д
- E. Призначити вітамін Д в дозі 500 МО негайно

177. Дитині 3 місяці, вигодовується коров'ячим молоком. Неспокійна, пітлива, погано спить. Велике тім'ячко 3Х3 см, краї податливі, потилиця сплюснена, м'язовий тонус знижений. Як призначити вітамін Д?

- A. Щоденно по 250 МО до року.
- B. 2000 МО 1 раз на тиждень протягом року.
- C. Щоденно по 500 МО до року.
- D. Щоденно по 500 МО до 2 років.
- E. По 2000 МО протягом місяця та 2 протирецидивних курси за тією ж схемою протягом року.

178. Дитині 3 місяці. При об'єктивному обстеженні спостерігаються блідість шкіри, підвищена пітливість, неспокій, при пальпації – м'які краї великого тім'ячка, розм'якшення потиличної кістки. Який перебіг захворювання?

- A. Підгострий
- B. Гострий
- C. Рецидивуючий
- D. Латентний
- E. В'ялий

179. Дитині 3 місяці. При об'єктивному обстеженні спостерігаються блідість шкіри, підвищена пітливість, неспокій, при пальпації – м'які краї великого тім'ячка, розм'якшення потиличної кістки. Ваші рекомендації.

- A. Призначити препарати налідіксової кислоти і гліцерофосфат кальцію
- B. Призначити відеїн-3 протягом 3 днів
- C. Призначити відеїн-3 і гліцерофосфат кальцію

D. Призначити ультрафіолетове опромінення 20 сеансів

E. Призначити вітамін Д в дозі 400 МО на добу.

180. Дитині 4 роки. Маса при народженні була 3500 грам., довжина тіла 50 см., обводами голови 35 см. і грудної клітки 32 см. Мати звернулася до лікаря з приводу того, що дитина погано розвивається фізично. Об'єктивно: воронкоподібна грудна клітка, квадратна голова. Назвіть, яку вагу і довжину тіла повинна мати дитина в 4 роки та причини відставання у фізичному розвитку.

A. Вага 16 кг., довжина тіла 87 см., остеохондропатія.

B. Вага 18 кг., довжина тіла 92 см., рахіт.

C. Вага 20 кг., довжина тіла 90 см., остеомиєліт у ранньому дитинстві.

D. Вага 15 кг., довжина тіла 85 см., природжена аномалія кісток.

E. Вага 16.5 кг., довжина тіла 100 см., порушення кальцієвого та фосфорного обміну.

181. Дитині 6 місяців. Перебуває на грудному вигодовуванні, профілактика рахіту не проводилась. Фруктово-овочеві продукти, сік не отримує. Мати відзначає неспокій, підвищену пітливість. При об'єктивному обстеженні: виражені лобні та тім'яні горби, велике тім'ячко має розміри 3x4 см, краї його потовщені. На ребрах «чотки». Виражена м'язова гіпотонія: «жаб'ячий живіт», дитина погано спирається на ніжки. Визначите перебіг захворювання.

A. Підгострий

B. Гострий

C. Рецидивуючий

D. Латентний

E. В'ялий

182. Дитині 6 місяців. Перебуває на грудному вигодовуванні, профілактика рахіту не проводилась. Фруктово-овочеві продукти, сік не отримує. Дитина загальмована, млява. При об'єктивному обстеженні: виражені лобні та тім'яні горби, велике тім'ячко має розміри 3x4 см, краї його потовщені. На ребрах «чотки». Який варіант рахіту у дитини?

A. Кальційпенічний

B. Фосфорпенічний

- С. Без явних змін кальцію і фосфору в крові.
- Д. Кальцидотичний.
- Е. гіперпластичний

183. Дитині 7 місяців, на штучному вигодовуванні (коров'яче молоко, манна каша). Поступила в стаціонар з підвищеною температурою до 37,8С, короткочасними приступами тоніко-клонічних судом, ознаками рахіту 2 ступеня. Позитивні симптоми Ерба, Труссо, Маслова Який патологічний стан є причиною судом?

- А. Спазмофілія
- В. Гіпертермія
- С. Епілепсія
- Д. Ниркова еклампсія
- Е. Менінгоенцефаліт

184. Дитині 7 місяців. Вигодується з 3-х міс. коров'ячим молоком. Неспокійний, пітливий. Має пласку потилицю, тім'яні горби. Ребра з чотками, візуалізується борозна Гарісона, епіфізи кісток передпліччя з потовщеннями. Не сидить. При лікуванні цієї дитини слід використовувати:

- А. Вітамін Д3 - 2000 МО/добу\*
- В. Вітамін Д3 – 20000 МО/добу
- С. Вітамін Д3 – 100 МО/добу
- Д. Вітамін Д - 3 - 500 МО/добу
- Е. Вітамін Д - 3 - 6000 МО/добу

185. Дитині 7 місяців. Мати звернулася із скаргами на приступи, які проявляються неспокоєм дитини, ціанозом, криком. Приступ триває від 30 секунд до 1 хвилини. Пологи не ускладнені. Перебуває на нераціональному штучному вигодовуванні. Овочі, фрукти, соки не отримувала. При об'єктивному обстеженні: бліда, надмірно вгодована, голова квадратної форми, реберні «чотки», не сидить, на ніжки не спирається. Ваш попередній діагноз?

- А. Рахіт, важкий ступінь, гострий перебіг, період розпалу.
- В. Рахіт, середній ступінь важкості, період залишкових явищ
- С. Рахіт, важкий ступінь, підгострий перебіг, період реконвалесценції, спазмофілія, ларингоспазм

- D. Рахіт, гострий перебіг, період реконвалесценції, спазмофілія, еклампсія.
- E. Хвороба Тоні-Дебре-Фанконі.

186. Дитині 7 місяців. Мати звернулася із скаргами на приступи, які проявляються неспокоєм дитини, ціанозом, криком. Приступ триває від 30 секунд до 1 хвилини. Пологи не ускладнені. Перебуває на нераціональному штучному вигодовуванні. Овочі, фрукти, соки не отримувала. При об'єктивному обстеженні: бліда, надмірно вгодована, голова квадратної форми, реберні «чотки», не сидить, на ніжки не спирається. Які лабораторні дослідження треба провести для постановки остаточного діагнозу?

- A. Визначення рівню фосфору в крові.
- B. Визначення рівню кальцію в крові.
- C. Розгорнутий аналіз дів поту.
- D. крові.
- E. Визначення рівню вітаміну Д в крові.

187. Дитині 7 місяців. Спостерігаються блідість шкіри, лобні та тім'яні горби, реберні «чотки», «браслети», «нитки перлів», потовщення країв великого тім'ячка, збільшення печінки, Гарісонова борозна. Про який перебіг рахіту йдеться?

- A. Підгострий\*
- B. Гострий
- C. Рецидивуючий
- D. Латентний
- E. В'ялий

188. Дитині 7 місяців. Спостерігаються блідість шкіри, лобні та тім'яні горби, реберні «чотки», «браслети», «нитки перлів», потовщення країв великого тім'ячка, збільшення печінки, Гарісонова борозна. Поставлений діагноз: рахіт середнього ступеня важкості. Які клінічні симптоми вказують саме на середній ступінь важкості рахіту?

- A. Наявність Гарісонової борозни
- B. Переважання процесів гіперплазії osteoїдної тканини
- C. Наявність ознак гіперплазії osteoїдної тканин одночасно на голові, руках та тулубі.

D. Переважання ознак остеомалаяції.

E. Вік дитини 7 місяців

189. Дитині 8 місяців. Вигодується виключно коров'ячим молоком. Загальмований, рухова активність низька. Самостійно не сидить, стоїть з опорою. Має олімпійське чоло, ребра з чотками, епіфізи кісток передпліччя з потовщеннями, нижні кінцівки з O- подібною деформацією. Серцеві тони глухі. Збільшені печінка, селезінка. Клінічні прояви відповідають:

A. Рахіту важкого ступеня, гострого перебігу

B. Рахіту важкого ступеня, підгострого перебігу

C. Рахіту середньо важкого ступеня, гострого перебігу.

D. Рахіту середньо важкого ступеня, підгострого перебігу.

E. Рахіту легкого ступеня, підгострого перебігу.

190. Дитині 8 місяців. Зі слів матері під час вдягання дитина розплакалась, з'явилося шумне дихання, ціаноз шкірних покривів, виступив холодний піт наступила короткочасна зупинка дихання. Через декілька хвилин грався, став активним. При огляді у хлопчика виявлені лише ознаки рахіту. Який препарат необхідно призначити в першу чергу?

A. Фенобарбітал.

B. Вітамін Д.

C. Вітамін С.

D. Глюконат кальцію.

E. Еуфілін.

191. Дівчинка 7 місяців вигодовується штучно, фізичний розвиток задовільний. Під час тривалого плачу раптом покрилася липким потом, дихання зупинилося, розвився ціаноз обличчя. Через декілька секунд настав гучний вдих ("півнячий крик"), після чого стан дитини нормалізувався. При огляді дівчинки лікарем виявлені ознаки рахіту II ст. Для діагностики захворювання найінформативнішим дослідженням є:

A. Електроенцефалограма.

B. Дослідження крові на кальцій

C. Проба Сулковича

D. Дослідження крові на цукор



Е. Дослідження сечі на аміноацидурию

192. Дільничний педіатр оглядає здорову доношену дитину місячного віку, що знаходиться на грудному вигодовуванні. Профілактику якого захворювання порекомендує лікар в першу чергу?

- А. Паратрофія
- В. Анемія
- С. Гіпотрофія
- Д. Спазмофілія
- Е. Рахіт

193. Дільничний педіатр оглянув дитину двохмісячного віку. Скарги матері на періодичний неспокій, підвищену пітливість. Потилиця сплющена, облісїла. Краї великого тім'ячка податливі. Про яке захворювання йде мова?

- А. Вітамін Д-резистентний рахіт
- В. Фосфат-діабет
- С. Синдром Де-Тоні-Дебре-Фанконі
- Д. рахіт
- Е. Спазмофілія

194. Дільничний педіатр оглянув дитину двохмісячного віку. Скарги матері на періодичний неспокій, підвищену пітливість. Потилиця сплющена, облісїла. Краї великого тім'ячка податливі. Яку дозу вітаміну Д3 призначить дитині дільничний педіатр

- А. 2 - 5 тис МО/день
- В. 5-10 тис МО/день
- С. 20-25 тис МО/день
- Д. 10- 15 тис МО/день
- Е. 15-20 тис МО/день

195. Мати звернулася в дитячу поліклініку. Дитині 5 місяців. З місячного віку знаходився на штучному вигодовуванні адаптованими сумішами. З 1, місячного віку отримував вітамін Д (400000 МО на курс). В 4 місяці в зв'язку з появою пітливості і неспокою було призначено курс загального УФО-15 процедур через день. В останні 2 тижні мати помітила зниженні апетиту, зригування, підвищення температури тіла до субфебрильних цифр. При огляді

дитини велике тім'ячко закрите. Шкірні покриви бліді, періорбітальний ціаноз. Проба Сулковича ++. Кальцій сироватки крові 3,5 ммоль/л. Який найбільш ймовірний діагноз поставить лікар?

- A. Спазмофілія.
- B. ГРВІ.
- C. Гіпервітаміноз Д.
- D. Індивідуальна непереносимість вітаміну Д.
- E. Гіповітаміноз Д.

196. Місячна дитина стала неспокійною, підвищилась пітливість голови. Із анамнезу життя: з дня народження (5 вересня) вигодовується коров'ячим молоком. При огляді помітний краніотабес. Лікарем призначений курс УФ-опромінювання. Чи потребує дитина препаратів ергокальциферолу?

- A. Через 2-2,5 місяця після закінчення курсу УФО \*
- B. Не потребує
- C. У поєднанні з УФ-опромінюванням
- D. Одразу після закінчення курсу УФО
- E. Через 1 місяць після закінчення курсу УФО

197. На прийом до дільничного педіатра прийшла мати з дитиною у віці 3 місяці з жалобами на неспокійний сон, підвищене виділення поту, та зникання волосся на задній частині голови. Початковими прикметами якого захворювання можуть бути ці жалоби?

- A. гіпертиреоз
- B. гіпотиреоз
- C. гострий рахіт
- D. неврологічне захворювання
- E. Алопеція

198. На прийомі у дільничного педіатра дитина 2 місяців. Народилася в строк, з вагою 3200 г. Зараз вага 4400 г. Дитина здорова. Неврологічної симптоматики не спостерігається. Розміри великого тім'ячка 0,5 x 0,5 см. Знаходиться на природному вигодовуванні. Чи слід призначати вітамін Д для профілактики рахіту, в якій дозі, якщо ні, то чому?

- A. Слід призначити вітамін Д в дозі 250 МО, оскільки у дитини малі розміри великого тім'ячка

- В. Слід призначити вітамін Д в дозі 1000 МО, оскільки дитина народилася з малою вагою тіла
- С. Не слід призначати вітамін Д, оскільки дитина знаходиться на природному вигодовуванні.
- Д. Слід відстрочити призначення вітаміну Д із-за малих розмірів великого тім'ячка.
- Е. Не слід призначати вітамін Д, оскільки він абсолютно протипоказаний при малих розмірах великого тім'ячка.

199. На прийомі у педіатра дівчинка 1,5 місяців, що народилася недоношеною. Знаходиться на природному вигодовуванні. Яку добову дозу вітаміну D повинен призначити лікар для профілактики рахіту?

- А. 300 МО
- В. 10000 МО
- С. 5000 МО
- Д. 200 МО
- Е. 1000 МО

200. Під час внутрішньо м'язового введення вакцини АКДП в поліклініці у дитини віком 3 місяці раптово з'явилися явища ларінгоспазму, блідість шкірних покривів, ціаноз губ, "крик півня", зупинка дихання, напруження всього тіла із запрокинутою головою. Алергологічний анамнез дитини не обтяжений. Перед щепленням педіатр відхилень від норми не відмічав. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Менінгізм клоніко-тонічні судоми
- В. Анафілактичний шок, клонічні судоми
- С. Менінгоенцефалітична реакція, клоніко-тонічні судоми
- Д. Крововилив у головний мозок, тонічні судоми
- Е. Спазмофілія, тонічні судоми

201. Після прогулянки на вулиці в ясний сонячний день у дитини 8 місяців із проявами рахіту II ступеню, підгострого перебігу, періоду розпалу з'явилися судоми у вигляді карпопедального спазму. Вони свідчать про наявність у дитини?

- А. Спазмофілії \*
- В. Епілепсії

- C. Менінгіту
- D. ГРВІ
- E. Черепно-мозкова травма

202. При профілактичному огляді дитини 1 місяця, що народилася у вересні у строку 38 тижнів і зараз знаходиться на грудному вигодовуванні, лікар порекомендував матері почати давати вітамін Д по 500 МО на добу. Чи згодні Ви з цією рекомендацією? Якщо ні, то чому?

- A. Профілактичну дозу вітаміну Д лікар призначив правильно.
- B. Ні. Треба починати профілактику рахіту з 2-х місяців
- C. Ні. Профілактична доза вітаміну Д для цієї дитини повинна складати 1000 МО, оскільки вона народилася недоношеною.
- D. Ні. При грудному вигодовуванні не слід додатково призначати вітамін Д, його потреби перекриваються материнським молоком.

203. При профілактичному огляді дитини 1 місяця, що народилася у вересні у строку 35 тижнів і зараз знаходиться на грудному вигодовуванні, лікар порекомендував матері почати давати вітамін Д по 500 МО на добу. Чи згодні Ви з цією рекомендацією? Якщо ні, то чому?

- A. Профілактичну дозу вітаміну Д лікар призначив правильно.
- B. Ні. Треба починати профілактику рахіту з 2-х місяців
- C. Ні. Профілактична доза вітаміну Д для цієї дитини повинна складати 1000 МО, оскільки вона народилася недоношеною.
- D. Ні. При грудному вигодовуванні не слід додатково призначати вітамін Д, його потреби перекриваються материнським молоком.
- E. Ні. Вітамін Д не треба призначати, оскільки в дитини немає ознак рахіту.

204. При профілактичному огляді дитини 1 місяця, що народилася у вересні у строку 38 тижнів і зараз знаходиться на грудному вигодовуванні, лікар порекомендував матері почати давати вітамін Д по 2000 МО на добу. Чи згодні Ви з цією рекомендацією? Якщо ні, то чому?

- A. Профілактичну дозу вітаміну Д лікар призначив правильно.
- B. Ні. Треба починати профілактику рахіту з 2-х місяців
- C. Ні. Профілактична доза вітаміну Д для цієї дитини повинна складати 500 МО.
- D. Ні. При грудному вигодовуванні не слід додатково призначати вітамін Д, його потреби перекриваються материнським молоком.

Е. Ні. Вітамін Д не треба призначати, оскільки в дитини немає ознак рахіту.

205-. При профілактичному огляді дитини 1 місяця, що народилася у травні у строку 38 тижнів і зараз знаходиться на грудному вигодовуванні, лікар порекомендував матері почати давати вітамін Д по 500 МО на добу. Чи згодні Ви з цією рекомендацією? Якщо ні, то чому?

А. Профілактичну дозу вітаміну Д лікар призначив правильно.

В. Ні. Літом вітамін Д для профілактики рахіту не призначається

С. Ні. Профілактична доза вітаміну Д для цієї дитини повинна складати 1000 МО, оскільки вона народилася недоношеною.

Д. Ні. При грудному вигодовуванні не слід додатково призначати вітамін Д, його потреби перекриваються материнським молоком.

Е. Ні. Вітамін Д не треба призначати, оскільки в дитини немає ознак рахіту.

Ні. Вітамін Д не треба призначати, оскільки в дитини немає ознак рахіту.

206. При профілактичному огляді дитини 5 днів, що народилася у вересні у строку 38 тижнів і зараз знаходиться на грудному вигодовуванні, лікар порекомендував матері почати давати вітамін Д по 500 МО на добу. Чи згодні Ви з цією рекомендацією? Якщо ні, то чому?

А. Профілактичну дозу вітаміну Д лікар призначив правильно.

В. Ні. Треба починати профілактику рахіту з 30-го дня життя.

С. Ні. Профілактична доза вітаміну Д для цієї дитини повинна складати 1000 МО, оскільки вона народилася недоношеною.

Д. Ні. При грудному вигодовуванні не слід додатково призначати вітамін Д, його потреби перекриваються материнським молоком.

Е. Ні. Вітамін Д не треба призначати, оскільки в дитини немає ознак рахіту.

207. Ребенку 5 мес., находится на естественном вскармливании. Ему назначен витамин Д с профилактической целью. Укажите суточную дозу препарата.

А. 600 МЕ

В. 300 МЕ

С. 100 МЕ

Д. 500 МЕ

Е. 700 МЕ

208. У дитини 5 місяців з клінічними ознаками рахіту середнього ступеня важкості вміст кальцію в крові складає 2,5 ммоль/л, фосфору – 0,9 моль/л. Для якого періоду рахіту характерний такий іонний склад крові?

- A. Початкових явищ
- B. Розпалу.
- C. Реконвалесценції.
- D. Залишкових явищ.
- E. Не характерний для рахіту.

209. Дитина 5-міс віку масою тіла при народженні 3000 г на даний час має масу тіла 5500 г. Перебуває на змішаному вигодовуванні сумішкою "Малиш» кількості 200 мл на добу та грудним молоком - 500 мл на добу. Апетит добрий. Розладів травлення не має. Яка причина гіпотрофії у даному випадку ?

- A. Гіпогалактія матері.
- B. Кишкова інфекція.
- C. Дисбактеріоз.
- D. Аліментарний фактор.
- E. Синдром порушеного кишкового всмоктування.

210. Дитина 5-ти місяців, поступила в інфекційне відділення з явищами діареї. При огляді лікар констатував сповільнене розправлення шкірної складки. Про який із нижче перерахованих станів свідчить зниження еластичності шкіри?

- A. Склерема.
- B. Розповсюджені набряки.
- C. Дистрофія 1-го ступеня
- D. Рахіт 1-го ступеня
- E. Швидке зневоднення

211. Дитина народилася з масою тіла 3500 гр., довжиною 51 см, вік дитини 6 місяців, маса 8700 гр., довжина 67,5 см. Дати оцінку фізичному розвитку.

- A. Гіпостатура
- B. Нормальний фізичний розвиток
- C. Гіпотрофія 1-го ступеня

- D. Гіпотрофія 2-го ступеня
- E. Паратрофія

212. Дитини 3 місяців дільничний педіатр встановив діагноз гіпотрофії 2 ступеню. Яка тактика в даному випадку буде адекватною?

- A. Госпіталізація в соматичне відділення
- B. Організація стаціонару за місцем проживання
- C. Запрошення на консультацію ендокринолога
- D. Амбулаторне лікування і обстеження
- E. Направлення до реанімаційного відділення

213. Дитині 1 місяць. Вага при народженні 3000 г. Фізичний розвиток відповідає вікові. Яка теперішня вага дитини?

- A. 3 600 г.
- B. 3 400 г.
- C. 4 000 г.
- D. 4 200 г.
- E. 4 400 г.

214. Дитині 2 місяці. Мати звернулась до дільничного педіатра зі скаргами на періодичний неспокій дитини, недостатню прибавку у масі, блідість шкірних покривів. При огляді відмічається помірна блідість шкіри та видимих слизових оболонок, витончення підшкірної основи на тулубі, животі. Шкірна складка на рівні пупка досягає 0,8см. Психомоторний розвиток відповідає віку. Яке порушення фізичного розвитку в дитини ?

- A. Гіпотрофія
- B. Паратрофія
- C. Гіпостатура
- D. Нанізм
- E. Еутрофія

215. Дитині 4 роки. Маса при народженні була 3500 грам. довжина тіла 50 см., обводами голови 35 см. і грудної клітки 32 см. Мати звернулася до лікаря з приводу того, що дитина погано набирає в масі. Назвіть, яку вагу повинна мати дитина в 4 роки.

- A. Вага 20 кг.

- В. Вага 15 кг.
- С. Вага 16 кг.
- Д. Вага 16.5 кг.
- Е. Вага 18 кг..

216. Дитині 5 місяців. Вигодується тільки грудним молоком. Під час огляду лікар виявив у дитини гіпотрофію І ступеня. Який перший прикорм найбільш бажаний для цієї дитини?

- А. овочеve пюре
- В. 5% манна каша
- С. 10% манна каша
- Д. гречана каша
- Е. вівсяна каша

217. Дитині 5 тижнів, народилась з масою 3500 г, на сьогодні маса тіла - 4000 г. За останні дні стала збудженою, часто прокидається. Під час огляду-шкірні покриви рожеві, чисти; утримує голівку, реагує на матір. Висмоктує до 80,0 мл молока. Лікар встановив гіпогалактію. Яке додаткове харчування Ви призначите?

- А. Суміш "Малыш"
- В. Сухе молоко
- С. Суміш "Малютка"
- Д. Манна каша
- Е. Суміш В-гречка

218. Дівчинка віком 1 міс. оглянута в дитячій поліклініці дільничним педіатром. Дитина від 1 доношеної вагітності, народилась з масою тіла 2500 г, зріст 50 см. У другій половині вагітності був виражений токсикоз. Протягом 1 місяця дівчинка перебувала на грудному вигодовуванні. Молока було досить, але дитина періодично була неспокійна, груди смоктала погано. За 1 місяць набула у масі тіла лише 300г. При огляді шкіра бліда, у зморшках, суха. Підшкірна основа відсутня на тулубі, кінцівках, тонка на обличчі. Еластичність шкіри, тургор тканин знижені. Дихання пуерильне, рівномірно ослаблене. ЧД – 50 за 1 хв. Тони серця ритмічні, ослаблені, пульс – 146 за хв. Живіт м'який, передня черевна стінка млява, печінка виступає з-під реберної дуги на 3 см. Випорожнення незначні. Який діагноз можна поставити дитині?



- A. Гіпотрофія III ступеня, пренатальна.
- B. Гіпотрофія III ступеня, постнатальна
- C. Гіпотрофія II ступеня, аліментарна.
- D. Гіпотрофія III ступеня, аліментарна.
- E. Гіпотрофія II ступеня, пренатальна.

219. Дівчинка віком 2 міс, народилася з масою тіла 3500 г, зріст 50 см. Дівчинка перебуває на штучному вигодовуванні. Відмічається періодичний неспокій дитини. Маса тіла у віці 2 місяці складає 3700 г. При огляді шкіра бліда. Підшкірна основа зменшена на тулубі, кінцівках, збережена на обличчі. Еластичність шкіри, тургор тканин знижені. Дихання пуерильне, рівномірно ослаблене. ЧД – 50 за 1 хв. Тони серця ритмічні, ослаблені, пульс – 146 за хв. Живіт м'який, передня черевна стінка млява, печінка виступає з-під реберної дуги на 2 см. Випорожнення незначні. Який добовий об'єм їжі Ви призначите дитині на початку лікування?

- A. Той, що повинен бути за віком.
- B. На половину менший того, що повинен бути за віком.
- C. На половину більший того, що повинен бути за віком.
- D. На третину менший того, що повинен бути за віком.
- E. На дві ретини менший того, що повинен бути за віком

220. Дівчинка віком 2 міс, народилася з масою тіла 3500 г, зріст 50 см. Дівчинка перебуває на штучному вигодовуванні. Відмічається періодичний неспокій дитини. Маса тіла у віці 2 місяці складає 3700 г. При огляді шкіра бліда. Підшкірна основа зменшена на тулубі, кінцівках, збережена на обличчі. Еластичність шкіри, тургор тканин знижені. Дихання пуерильне, рівномірно ослаблене. ЧД – 50 за 1 хв. Тони серця ритмічні, ослаблені, пульс – 146 за хв. Живіт м'який, передня черевна стінка млява, печінка виступає з-під реберної дуги на 2 см. Випорожнення незначні. Протягом якого часу Ви будете проводити перевірку толерантності до їжі?

- A. 3 дні.
- B. 7 днів.
- C. 10 днів.
- D. 14 днів.
- E. 21 день

221. Ребенку 1 мес. Родители жалуются на рвоту, объем иногда превышает съеденную пищу, с примесью створоженного молока. Рвота появилась на третьей неделе жизни. Замедленная прибавка массы. Какое обследование необходимо провести:

- A. Лапароскопия
- B. Обзорная рентгенография органов брюшной полости
- C. Определение 17 - КС в моче
- D. Фибро-эзофаго-гастро-дуоденоскопия.
- E. Бактериологический посев кала

222. Ребенок 4 месяца, с массой тела при рождении 3350.0 г два месяца назад перенес острую кишечную инфекцию, после чего появился неустойчивый стул, отмечается срыгивание. На момент осмотра масса тела - 5000.0г, снижен тургор тканей, истончен подкожный жировой слой на туловище и конечностях. Имеется мышечная гипотония, гепатомегалия. Предварительный диагноз: гипотрофия II степени. Какой объем питания в сутки необходим данному ребенку?

- A. 1/4 от долженствующего по возрасту
- B. Соответствующий возрасту
- C. 1/5 от долженствующего по возрасту
- D. 1/3 от долженствующего по возрасту
- E. 1/2 от долженствующего по возрасту

223-С . Ребенок 6 месяцев страдает гипотрофией II степени алиментарного генеза, период реконвалесценции. Находится на этапе максимального питания. При расчете питания возник дефицит белковой части рациона. Чем скорректировать недостаток белка?

- A. Кефир
- B. Каша
- C. Творог
- D. Овощное пюре
- E. Фруктовые соки

224. У дитини віком 4 місяці діагностовано гіпотрофію II ступеня. Який дефіцит маси у дитини?

- A. 21 - 30 % \*

- B. 10 - 20 %
- C. 31 – 50 %
- D. 5 - 10 %
- E. 51 - 70 %

225. У дитяче соматичне відділення госпіталізована дівчинка віком 3 місяці з таким діагнозом: гостра лівостороння полісегментарна бронхопневмонія, важка форма з кардіоваскулярним синдромом, період розпалу, ДН II. Загальний стан важкий. Шкіра, слизові оболонки чисті, бліді, ціаноз носо-губного трикутника. Шкіра суха, еластичність її знижена. Підшкірна основа тонка на тулубі, кінцівках. Підшкірно-жирова складка на рівні пупка становить 4 – 5 мм. Дефіцит маси тіла – 25%. Тургор знижений. Дихання ослаблене в задненижньому відділі лівої легені, укорочення перкуторного тону в цій же ділянці. ЧД – 54 за хв. Тони серця ритмічні, ослаблені, пульс – 152 за 1 хв. Живіт збільшений, м'який. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 4 см. Випорожнення 2 – 3 рази на добу, кількість калових мас незначна. З анамнезу відомо, що дитина до 1 місяця перебувала на грудному вигодовуванні. Потім кількість молока зменшилась, і мати почала догодовувати дитину сумішшю №2 (1 частина коров'ячого молока і 1 частина води), а у віці 1,5 міс. повністю перевела на суміш №3. У 2,5 місяці підвищилася температура тіла до 38 С, через кілька діб з'явився кашель. Дитину лікували вдома. Стан не змінився, тому її госпіталізували. 1. Який супутній діагноз можна поставити дитині?

- A. Гіпотрофія II ступеня, постнатальна, аліментарно-інфекційного генезу.
- B. Гіпотрофія III ступеня, постнатальна, аліментарно-інфекційного генезу
- C. Гіпостатура, аліментарна форма.
- D. Квашиоркор.
- E. Паратрофія

226. У хлопчика 1,5 місяців після кожного годування відзначено блювання. Вагу тіла не набирає. Під час огляду виявлено зменшення підшкірно-жирового шару, симптом “піщаного годинника”. Який діагноз найбільш імовірний ?

- A. Пілоростеноз
- B. Пілороспазм
- C. Нервова анорексія

- D. Харчове отруєння
- E. Адреногенітальний синдром

227. У хлопчика 3 років на фоні вродженої вади серця спостерігається одночасна затримка маси та росту. Як називається такий стан?

- A. субнанізм
- B. гіпоплазія
- C. нанізм
- D. гіпостатура
- E. гіпотрофія

228. Хлопчик 7 років має зріст 122 см, масу тіла 22,4 кг (-0,87 (R), обвід грудної клітки 60,1 см вікові. Функціональні показники в межах  $M + 1$  сигма. Який фізичний розвиток має хлопчик?

- A. Нижче середнього
- B. Гармонійний
- C. Пропорційний
- D. Дисгармонійний
- E. Середній

229. Дитина 12 років хворіє на atopічний дерматит. Яке обстеження необхідно провести дитині?

- A. Алергологічні тести
- B. Циркуючі імунні комплекси
- C. Біопсія шкіри
- D. Рівень еозінофілії
- E. Обстеження на гельмінти

230. Дитина 12 років хворіє на atopічний дерматит з грудного віку. Яка група препаратів найменш прийнятна для лікування даної хвороби?

- A. Седативні
- B. Антигістамінні
- C. Нестероїдні протизапальні
- D. Гіпосенсибілізуючі
- E. Імуномодулятори

231. Дитина госпіталізована з вогнищевими змінами в складках шкіри. При огляді дитина неспокійна, шкіра суха, з окремими папульозними елементами і зонами ліхеніфікації з нечіткими краями. Висипка на шкірі супроводжується сильним свербінням. Покращення стану дитини відмічається в літні місяці, погіршення - взимку. Дитина з 2-х місяців на штучному вигодовуванні, перенесла ексудативний діатез. Бабуся по лінії матері хворіє бронхіальною астмою. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Алергічний контактний дерматит
- B. Атопічний дерматит
- C. Себорейна екзема
- D. Строфулюс
- E. Кропивниця

232. Дитині 1 рік 3 місяці. Мати звернулася до лікаря із скаргами на закисання очей у дитини, гіперемію кон'юнктив. Часто хворіє на блефарит і гострі респіраторні захворювання. При огляді визначаються блідість шкіри, пастозність тканин, надмірний розвиток підшкірної основи. При пальпації виявляють, що всі групи лімфатичних вузлів збільшені. Мигдалики пористі, гіпертрофовані. Чим обумовлене збільшення лімфатичних вузлів у дитини?

- A. У дитини нейроартритичний діатез, для якого характерне збільшення лімфатичних вузлів.
- B. Дитина має лімфатико-гіпопластичний діатез, при якому гіпертрофія лімфоїдної тканини відбувається як компенсаторний механізм у відповідь на її функціональну недостатність
- C. Хронічним запаленням вузлів.
- D. Оскільки дитина страждає на ексудативно-катаральний діатез, збільшення лімфовузлів є реакцією на гіперпродукцію антитіл.
- E. При ліфатико-гіпопластичному діатезі, який має дитина, лімфовузли збільшуються внаслідок підвищеної активності Т і В лімфоцитів.

233. Хвора 13 років скаржиться на набряк обличчя, утруднення дихання, задуху, які виникли раптово, 2 години тому під час фарбування вікон. Стан хворої прогресивно погіршується. У дитинстві був діатез. У матері алергія до домашнього пилу. Об'єктивно: ЧСС – 100, ЧД – 26 в хвилину, АТ – 110/60, асиметричний блідий набряк обличчя. На шкірі поодинокі елементи кропив'янки. Дихання стридорозне, дистанційні хрипи. Визначте найбільш

вірогідний патогенетичний механізм розвитку стану хворої ?

- A. Гіперчутливість повільного типу
- B. Холінергічний дисбаланс
- C. ДефіцитC1компоненту комплементу
- D. Алергія реакінового типу
- E. Антителозалежна цитотоксичність

234. Хвора К , 8 років. Поступила в клініку 3.01. 1.01.увечері у дівчинки почалися болі голови і сильна блювота, яка тривала до наступного дня. Мати помітила, що це четвертий подібний приступ протягом останніх декількох років. 3.01.Дівчинка середнього живлення, бліда, квола, сонлива. Кров'яний тиск 90/76 мм.рт.ст. Блювання триває. Язик обкладений білим нальотом, підсихає. Живіт здутий, м'який. У сечі знайдено 0.033 ммоль/л білка і різко позитивну реакцію на ацетон. Цукру немає. Діастаза сечі 64 од. У крові кількість цукру натще 4,6 ммоль/л. Лікар встановив діагноз:

- A. Гострий гастрит.
- B. Цукровий діабет, кетоацидотична кома.
- C. Нервово-артритичний діатез. Ацетонемічна блювота.
- D. Гострий панкреатит
- E. Харчове отруєння.

235. Хвора К , 8 років. Поступила в клініку 3.01. 1.01.увечері у дівчинки почалися болі голови і сильна блювота, яка тривала до наступного дня. Мати помітила, що це четвертий подібний приступ протягом останніх декількох років. 3.01.Дівчинка середнього живлення, бліда, квола, сонлива. Кров'яний тиск 90/76 мм.рт.ст. Блювання триває. Язик обкладений білим нальотом, підсихає. Живіт здутий, м'який. У сечі знайдено 0.033 ммоль/л білка і різко позитивну реакцію на ацетон. Цукру немає. Діастаза сечі 64 од. У крові кількість цукру натще 4,6 ммоль/л. Лікар призначив: регідрон, інфузійну терапію з використанням глюкозо-сольових розчинів і “Нео-гемодезу”, гепатопротектори. Чи правильна лікувальна тактика? Якщо ні, то чому?

- A. Лікар вибрав правильну лікувальну тактику.
- B. Ні, не слід призначати глюкозо-сольові розчини.
- C. Ні, не слід призначати гепатопротектори.
- D. Ні, слід провести промивання шлунку і призначити панзінон або фестал.
- E. Ні. Регідрон і нео-гемодез протипоказані при цій хворій.

236. У дитини 6 місяців з лімфатико-гіпопластичним діатезом діагностовано III ступінь збільшення виличкової залози. Перед дільничним педіатром стало питання: чи слід направляти дитину на ревакцинацію АКДС?

- A. Ні, так як при ліфатико-гіпопластичному діатезі щеплення протипоказані.
- B. Ні, так як при III ступені збільшення виличкової залози показані всі щеплення, крім АКДС.
- C. Дитину слід направити на щеплення тільки після нормалізації розмірів тимусу, або при значному зменшенні цих розмірів.
- D. Слід провести щеплення за графіком, оскільки у дітей з лімфатико-гіпопластичним діатезом велика імовірність захворювання на кашлюк і дифтерію.
- E. Слід провести щеплення за графіком на фоні призначення рибомунілу.

237. У пацієнта Ф, 2 міс., в пахово-стегнових складках гострозапальні вогнища з чіткими межами в вигляді плям, злегка піднятих над оточуючими ділянками за рахунок набряку шкіри. Висипання з'явилися протягом тижня. Везикуляція, мокнуття не спостерігались. Ваш попередній діагноз?

- A. Псоріаз
- B. Дитяча екзема
- C. Мікоз гладкої шкіри
- D. пелюшковий дерматит
- E. Ускладнений перебіг корости

238. У хлопчика 2,5 років, пастозного габітусу, виявлена помірна гіперплазія всіх груп периферичних лімфатичних вузлів, мигдалики II ступеня, географічний язик. Аналіз кров без патології. Виявлено збільшення тимусу. Що зумовило вищезазначену клініку?

- A. Ексудативно-катаральний діатез
- B. Нервово-артритичний діатез
- C. Лімфогранулематоз
- D. Гострий лейкоз
- E. Лімфатико-гіпопластичний діатез

239. У дівчинки 7 років харчова алергія на морську рибу, що проявляється набряком Квінке, диспепсичними розладами, іноді

кропив'яною. Який з перелічених заходів найбільш ефективний щодо профілактики клінічних проявів захворювання?

- A. Прийом кларитину перед вживанням морської риби
- B. Постійний прийом інталу
- C. Проведення гіпосенсибілізації гістоглобіном
- D. Виключення морської риби з харчового раціону
- E. Постійний прийом кларитину

240. У 10-річного хлопчика на фоні вживання еритроміцину гостро розвинулися ознаки медикаментозної алергії у вигляді генералізованої кропив'янки, масивного набряку Квінке. Стан дитини важкий. З яких препаратів слід розпочати інтенсивну терапію?

- A. Діуретики.
- B. Антигістамінні
- C. Глюкокортикоїди
- D. Седативні
- E. Кальцію глюконат

241. У больного на фоне приема нового антибиотика появились жалобы на ощущение инородного тела в глотке, затруднение дыхания, охриплость, отек лица и шеи. Ваш предварительный диагноз?

- A. Аллергический отек гортани
- B. Заглоточный абсцесс
- C. Бронхиальная астма
- D. Острый стенозирующий ларинготрахеобронхит
- E. Инородное тело гортани

242. Пацієнту 17 років, який протягом 3 років хворіє на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки в першу добу чергового загострення до початку лікування виконана внутрішньошлункова рН-метрія. Виберіть з наведених результатів найбільш імовірний.

- A. рН в ділянці тіла шлунка -1.5, рН в ділянці антрума -1.5.
- B. рН в ділянці тіла шлунка -2.5, рН в ділянці антрума -5.0.
- C. рН в ділянці тіла шлунка -7.5, рН в ділянці антрума -7.5.
- D. рН в ділянці тіла шлунка -5.0, рН в ділянці антрума -2.5.



Е. рН в ділянці тіла шлунка -5.5, рН в ділянці антрума -7.5.

243. При дослідженні періоду напіввиведення омепразолу з плазми крові хворих на виразкову хворобу він складає в середньому 0,5 години. Найбільш імовірно, що антисекреторний ефект однієї дози препарату буде продовжуватися протягом:

- А. 13 - 24 годин
- В. 3 - 5 годин
- С. 72 -96 годин
- Д. 6 - 12 годин
- Е. 24 - 48 годин

244. Світлана С., 12 років, виписалась з стаціонару, де знаходилась стосовно вперше встановленого діагнозу хронічного гастродуоденіту. Дільничний педіатр склав план диспансерного спостереження. Вкажіть термін (в роках) диспансерного спостереження при відсутності загострення захворювання.

- А. 5
- В. 3
- С. 1
- Д. 2
- Е. 4

245. Сімейний лікар діагностував у хворого вдома гостру кровотечу у травному тракті. Яка професійна тактика лікаря?

- А. Стаціонар вдома
- В. Госпіталізація в хірургічне відділення
- С. В/в введення епсілон-амінокапронової кислоти
- Д. Денний стаціонар
- Е. Госпіталізація в терапевтичне відділення

246. У 10-річної дівчинки, яка раніше не хворіла, із скаргами на біль у епігастральній ділянці та біля пупка, відрижку кислим, печію, періодичне блювання, яке приносить полегшення; на підставі клініко-лабораторного та ендоскопічного обстеження встановлена наявність функціонального розладу шлунку із гіперхлоргідрією. В решті дівчинка здорова. Вкажіть найбільш

ймовірний патогенетичний механізм в даному випадку:

- A. Залужнювання шлункового соку вмістом ДПК при регургітації
- B. Тривалий прийом медикаментів
- C. Неадекватне подразнення хемо- і барорецепторів шлунку
- D. Вісцero-вісцеральні рефлекс при патології інших органів
- E. Органічне захворювання ЦНС

247. У 11-річної дівчинки скарги на болі ниючого характеру в епігастральній ділянці, пов'язані з прийомом смаженої їжі, відчуття важкості у верхній половині живота, відрижку, нестійкий стілець. При огляді: астенична конституція, бліда. Яка локалізація патологічного процесу є найбільш вірогідною:

- A. Антральна
- B. Езофагеальна
- C. Фундальна
- D. Розповсюджена
- E. Пілорична

248. У 12-річного хлопчика спостерігається ниючий біль в епігастрії через 1,5 години після їжі та натще, періодично нудота, блювання, печія. За останній час дитина швидко втомлюється, скаржиться на головний біль, слабкість. На підставі клініко-параклінічного обстеження діагностовано хронічний антральний гастрит. Які клінічні синдроми є провідними?

- A. Астено-вегетативний, диспепсичний, інтоксикаційний
- B. Астенічний, больовий, цефалгічний
- C. Больовий, інтоксикаційний, астеничний
- D. Диспепсичний, оссалгічний, інтоксикаційний
- E. Больовий, диспепсичний, астено-вегетативний

249. У 12-річної дівчинки з'явились болі в епігастрії, легка нудота. В анамнезі – дід хворої помер від раку шлунку. Об'єктивно: загальний стан хворої задовільний. В епігастрії розлита болючість. При пальпації кишкового також відмічається болючість. Який найбільш ефективний метод верифікації діагнозу?

- A. Аналіз калу на я/г
- B. Рентген дослідження шлунку

- C. УЗД органів черевної порожнини
- D. ФГС шлунково-кишкового тракту з біопсією
- E. Аналіз калу на скриті крові

250. У дитини 6 років виразкова хвороба 12 палої кишки. Вкажіть який антибактеріальний засіб слід включити разом з метронідазолом і де-нолом для ерадикації гелікобактерної інфекції.

- A. бісептол
- B. тетрациклін
- C. олеандоміцин
- D. амоксицилін
- E. сульфадиметоксин

251. У дівчинки 12 років протягом 2 років є скарги на біль в животі, переважно після порушення дієти, нудоту, печію, кисле відригування. Яке дослідження є найбільш доцільним для верифікації діагнозу?

- A. Фракційне дослідження вмісту шлунка.
- B. Фіброгастродуоденоскопія.
- C. Контрастна рентгеноскопія шлунка.
- D. Інтрагастральна рН-метрія
- E. Електрогастрографія.

252. У пацієнта 12 років вперше встановили виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. Виберіть з наведених схем лікування найбільш сучасну та доцільну у цьому випадку.

- A. Тетрациклін + метронідазол (10-14 діб) + омепразол 4 - 8 тижнів
- B. Метронідазол + кларитроміцин + омепразол 4 - 6 тижнів
- C. Омепразол з сукральфатом протягом 4 - 8 тижнів
- D. Монотерапія омепразолом протягом 4 - 8 тижнів
- E. Метронідазол + кларитроміцин (10-14 діб) + омепразол 4 - 8 тижнів

253. У пацієнта 15 років, який хворіє на хронічний гастрит під час обстеження (внутрішньошлункова рН-метрія) встановлено, що рН в ділянці тіла та дна становить 6,0, а в ділянці антрума 7,0. Який з типів хронічного гастриту найбільш вірогідно у цього хворого?

- A. НР-асоційований антрум-гастрит

- В. Аутоімунний пангастрит
- С. Гастрит при хворобі Крона
- Д. Рефлюксний антрум-гастрит
- Е. Криптогенний ерозивний антрум-гастрит

254. У хворого 15 років, що довгочасно страждає від печії, раптом виникли сильні болі в животі. Він був змушений обережно лягти і лежав нерухомо. Була однократна блювота. Через півгодини болі майже повністю пройшли. На наступний день від звернувся до дільничного лікаря, бо залишалися невеликі болі в правому підребер'ї, температура підвищилась до 37,5 С. При огляді живіт м'який, безболісний, за виключенням правого підребер'я, де існує помірна болючість, захисне напруження м'язів і слабо виражений симптом Щоткіна-Блумберга. Френікус-симптом негативний, симптом Грекова-Ортнера позитивний. Печінкова тупість залишена. Пульс-80 в хв. Язик вологий. При оглядовій рентгеноскопії органів черевної і грудної порожнини патології не виявлено. Лейкоцитів в крові 8,6.10<sup>9</sup>. Який правильний діагноз?

- А. Гострий апендицит
- В. Харчова токсикоінфекція
- С. Прикрита перфоративна виразка дванадцятипалої кишки
- Д. Гострий холецистит
- Е. Гострий панкреатит

255. У хворого на хронічний гастрит хлопчика, який важить 30 кг, спостерігається підвищення моторики шлунка, періодичне блювання. В якій разовій дозі слід призначити метоклопрамід (церукал) хворому при триразовому застосуванні.

- А. 0,05-0,09 мг
- В. 0,5-0,9 мг
- С. 1-4 мг
- Д. 0,1-0,4 мг
- Е. 5-10 мг

256. У хворого, 18 років, виразка бульбарного відділу дванадцятипалої кишки. Імуноцитологічним дослідженням встановлено наявність Хелікобактер пілорі. Укажіть лікарський засіб, який має антимикробну дію.

- A. Ранітідін
- B. Де-нол
- C. Эглоніл
- D. Бускопан

257. У хлопчика 14-ти років, що протягом трьох років періодично скаржитися на біль в епігастрії натще, нудоту та печію, під час гастродуоденоскопії визначено ознаки гастродуоденіту та виразковий дефект слизової оболонки дванадцятипалої кишки. Який з препаратів буде найбільш ефективним у лікуванні цієї дитини?

- A. Папаверин
- B. Де-нол
- C. Но-шпа
- D. Альмагель
- E. Атропін

258. У хлопчика 7 років діагностовано функціональний розлад шлунку. Назвіть основні критерії постановки діагнозу.

- A. Відсутність органічних змін при езофагогастродуоденоскопії
- B. Скарги на болі в животі
- C. Відрижка повітрям
- D. Ознаки хронічної неспецифічної інтоксикації
- E. Зниження апетиту

259. У хлопчика 8 років скарги на виражені болі навколо пупка натще, та після прийому їжі, нудоту, поганий апетит, в'ялість. У батька виразкова хвороба шлунку. Яке обстеження найдоцільніше провести дитині для уточнення діагнозу?

- A. Рентгенографію органів черевної порожнини
- B. УЗД
- C. ФГДС
- D. Фракційне дослідження шлункового вмісту
- E. Дуоденальне зондування

260. У хлопчика 9 років із скаргами на болі в епігастрії натще в нічний час - нудота, блювання, печія, головний біль. В результаті клініко-параклінічного обстеження діагностовано виразку шлунку. Яку дієту по Певзнеру та на який термін Ви призначите?

- A. 1в - протягом 3 тижнів
- B. 1в - протягом 1,5 тижнів
- C. 1в - протягом 2 тижнів
- D. 1а - протягом місяця
- E. 1а - протягом тижня

261. Хвора 12 років скаржиться на сильний нападоподібний біль в ділянці епігастрія, який турбує протягом останнього півріччя. Біль з'являється через 2-2,5 години після прийому їжі, часто вночі. Об'єктивно: в органах грудної порожнини патологічні зміни не виявлені. Пальпаторно: живіт м'який, болючий в надчереви, особливо справа від середньої лінії. Печінка та селезінка не збільшені. В крові: Нв –110 г/л, ер. -  $3,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. -  $5,4 \times 10^9$ /л, ШЗЕ - 12 мм/год.. Рентгенологічно: стравохід та шлунок без змін. Цибулина 12-палої кишки великих розмірів, деформована. По її медіальному контуру спостерігається депо барію, розмірами 2х3 мм, складки слизової оболонки різко потовщені. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Рак 12-палої кишки
- B. Поліп 12 –палої кишки
- C. Дивертикул 12-палої кишки
- D. Дуоденіт
- E. Виразкова хвороба 12-палої кишки

262. Хворий 13 років скаржиться на немотивовану слабкість, швидку втомлюваність, зниження апетиту, відразу до м'ясних продуктів, два тижні тому - шлункову кровотечу Об'єктивно: температура  $37,5^{\circ}\text{C}$ , ЧДР - 20 за хв., пульс-96 уд.хв., АТ -110/75 мм рт.ст. При пальпації в епігастрії біль та ригідність м'язів. В крові: Нв - 82 гл., ШОЕ - 35 ммгод. Яке дослідження найбільш вірогідно надасть змогу верифікувати діагноз?

- A. Цитологічне.
- B. Дослідження шлункового вмісту.
- C. Дослідження калу на скриту кров.
- D. Рентгенологічне.

Е. Ендоскопічне.

263. Хвора 14 років скаржиться на немотивовану слабкість, швидку втомлюваність, зниження апетиту, нудоту, відразу до м'ясних продуктів. За останній місяць двічі спостерігались шлункові кровотечі. В анамнезі - хронічний атрофічний гастрит. Об'єктивно: температура -37,4 С, ЧДР - 22 за хв., пульс-100 уд.хв., АТ -100/60 мм рт.ст. Шкіра бліда. При пальпації в епігастрії - болісність та ригідність м'язів передньої черевної стінки. В крові: Нв - 80 гл, ШОЕ - 32 ммгод. Яке захворювання у пацієнтки необхідно виключити в першу чергу?

- А. Рак шлунку.
- В. Гострий гастрит.
- С. Виразкову хворобу дванадцятипалої кишки.
- Д. Виразкову хворобу шлунку.
- Е. Поліпоз шлунку.

264. Хворий 15 років скаржиться на біль в епігастрії через 1,5 години після прийому їжі. Страждає виразковою хворобою 12-палої кишки протягом 2 років. Об'єктивно: температура - 36,60С, ЧДР-18 за хв., пульс -70 уд.хв., АТ- 120/ 80 мм рт.ст. При пальпації - локальне напруження м'язів та біль справа від пупка. Які показники шлункової секреції найхарактерніші при захворюванні даного пацієнта?

- А. Базальна – виражена гіперацидність; стимульована – помірна гіперацидність.
- В. Базальна – різні варіанти, стимульована – нормо- або гіперацидність.
- С. Базальна та стимульована – надто виражена гіперацидність.
- Д. Базальна та стимульована – помірна гіпер- або нормацидність.
- Е. Базальна та стимульована - виражена гіпо- або анацидність.

265. Хворий 15 років скаржиться на інтенсивний біль в епігастрії через 1,5-2 години після прийому їжі. Протягом 2 років страждає виразковою хворобою. Об'єктивно: температура 36,50С, ЧДР - 16 за хв., пульс-70 уд.хв., АТ- 120/80 мм рт.ст. Пальпаторно - локальна болісність в правій епігастральній ділянці. Які показники внутрішньошлункової рН-метрії в ділянці тіла шлунка найхарактерніші для захворювання пацієнта?

- А. рН = 6 і вище

- В. рН = 2 - 3
- С. рН = 3 - 5
- Д. рН = 1,2 - 2
- Е. рН = 0,9 - 1,2

266. Хворий 15 років скаржиться на немотивовану слабкість, швидку втомлюваність, зниження апетиту, відразу до м'яких продуктів, відчуття швидкого насичення під час їжі та невиразної локалізації нерізкий біль в животі, відчуття тиску в епігастрії. Об'єктивно: температура - 37,30С, ЧДР- 20 за хв., пульс -90 уд.хв., АТ- 110/70 мм рт.ст. Шкіра бліда. При пальпації живота в епігастрії - інфільтрат 5х5 см, який майже не зміщується. Лікар запідозрив у хворого пухлину шлунку. наявність якого захворювання в анамнезі найбільш вірогідно підтвердить діагностичну гіпотезу лікаря?

- А. Гострий гастрит.
- В. Виразкова хвороба шлунку.
- С. Поліпоз шлунку.
- Д. Хронічний атрофічний гастрит.
- Е. Харчова токсикоінфекція.

267. Хворий 16 років скаржиться на зниження апетиту, печію, нудоту, періодичну блювоту після їжі, помірні болі в епігастрії під мечоподібним відростком постійного характеру з іррадіацією в спину та праве підребер'я. Хворіє протягом року. При огляді – язик обкладений білим нальотом, сосочки згладжені. Живіт м'який, помірно болючий в епігастрії під мечоподібним відростком. Печінка не збільшена. На лівій кривизні шлунку виразка розміром 1,0х0,8 см не глибока з чіткими контурами, з помірним інфільтративним валом та некротичним нальотом на дні. Яка патологія зумовлює таку картину?

- А. Рак шлунку
- В. Хронічний гастрит
- С. Виразкова хвороба шлунку
- Д. Хронічний панкреатит
- Е. Хронічний холецистит

268. Хворий 16 років скаржиться на інтенсивний біль в епігастрії через 1,5-2 години після прийому їжі, нічні болі. Протягом 3 років страждає виразковою хворобою. Об'єктивно: температура - 36,50С, ЧДР-18 за хв., пульс



-74 уд.хв., АТ-120/80 мм рт.ст. Призначена ФГДС. Яка найбільш імовірна локалізація виразкового дефекту у даного хворого?

- А. Дванадцятипала кишка.
- В. Тіло шлунку.
- С. Мала кривизна шлунку.
- Д. Дно шлунку.
- Е. Велика кривизна шлунку.

269. Хворий 17 років звернувся до лікаря у зв'язку з загостренням виразкової хвороби. Під час гастроскопії взята проба на наявність патологічної флори. Найбільш імовірно, що будуть знайдені:

- А. Стафілококи
- В. Кампілобактерії\*
- С. Лямблії
- Д. Хламідії
- Е. Кандиди

270. Хворий 17 років, скаржиться на інтенсивний «голодний» та нічний біль в епігастрії. Об'єктивно: температура - 36,5 С, ЧДР-18 за хв., пульс -74 уд.хв., АТ-120/75 мм рт.ст. ФГДС: виразка луковиці 12-палої кишки.

Вживання яких поживних речовин слід збільшити в денному раціоні хворого?

- А. Вітаміни.
- В. Вуглеводи.
- С. Мінеральні речовини.
- Д. Жири.
- Е. Білки.

271. У дитини 3 років відзначаються періодичні масивні кровотечі незмінною кров'ю з нижнього відділу кишечника. Який найбільш вірогідний чинник такої кровотечі?

- А. Виразковий ентероколіт
- В. Виразка Мекелева дивертикула
- С. Поліп прямої кишки
- Д. Тріщина анального каналу
- Е. Геморой

272. На ірінограмі дитини є звужена зона у дистальних відділах товстої кишки з воронкоподібним переходом у супрастенотичне розширення. Який діагноз у цієї дитини?

- A. Феохромоцитома.
- B. Хвороба Гіршпрунга.
- C. Хвороба Шагаса.
- D. Доліхосигма.
- E. Синдром мегаколона невідомої етіології.

273. 11 місячна дитина поступила втретє в хірургічне відділення з діагнозом гостра інвагінація кишечника, попередні рази проводилась консервативна дезінвагінація. Яка із перелічених причин є найбільш вірогідною для виникнення рецидивуючої інвагінації кишечника?

- A. Гастроентероколіт
- B. Порушення введення підгодівлі
- C. Порушення режиму годування
- D. Механічні фактори
- E. Порушення вікового годування

274. Хлопчик 5 років потрапив до відділення зі скаргами на підвищення температури тіла, біль у животі, часте, до 10-12 разів на добу, випорожнення із домішками слизу і крові. Після бактеріологічного та ендоскопічного дослідження встановлено діагноз неспецифічного виразкового коліту. Який генез захворювання найбільш імовірний у цьому випадку?

- A. Аутоімунний
- B. Інфекційний
- C. Нейрогенний
- D. Аліментарний
- E. Токсичний

275. Хвора 16 років скаржиться на немотивовану слабкість, швидку втомлюваність, роздратованість, втрату ваги, нерізкий біль в животі, метеоризм, нестійке випорожнення. Вважає себе хворою біля 2 місяців. Об'єктивно: температура -37,20С, ЧДР - 20 за хв., пульс-90 удхв., АТ -11070 мм рт.ст. Шкіра бліда. При пальпації в лівій здухвинній ділянці - болісна. В крові: Нв - 82 гл. Яке захворювання у пацієнтки необхідно виключити в першу

чергу?

- A. Рак товстої кишки.
- B. Неспецифічний виразковий коліт.
- C. Хронічний ентероколіт.
- D. Поліпоз кишечника.
- E. Термінальний ілеїт (хвороба Крона).

276. Хвора 10 років скаржиться на переймистий біль в нижніх ділянках живота, який підсилюється після їжі; здуття живота, чергування проносів і запорів протягом 3 років. Самопочуття погіршується після нервово-емоційної напруги. Об'єктивно: при пальпації сигмоподібної кишки болісність і бурчання. Який метод дослідження дозволить уточнити діагноз?

- A. Іригоскопія.
- B. Копрограма.
- C. Колоноскопія з біопсією.
- D. Ентерографія.
- E. Ентерогастроскопія з біопсією.

277. 14-річний хлопець подає скарги на болі в правій здухвинній ділянці, часті проноси з домішками крові, болі в суглобах, часто підвищується температура. Хворіє протягом декількох місяців. Живіт при пальпації м'який, чутливий в правій здухвинній ділянці. При глибокій пальпації болючість визначається там же. Рентгеноскопічно: на рельєфі слизової оболонки визначаються контрастні плями, ілеоцекальний перехід звужений. Який діагноз є найбільш ймовірним?

- A. Неспецифічний виразковий коліт
- B. Мезентеріальний лімфаденіт
- C. Хвороба Крона
- D. Туберкульозний ілеотифліт
- E. Термінальний ілеїт

278. У 14-річного хворого з'явилися голодні болі в епігастральній ділянці, що супроводжувались печією. Прийом їжі знімає болі, але через півтори години вони знову відновлюються. Часто приймає соду, яка полегшує стан на короткий період часу. Який з перелічених методів найбільш інформативний для діагностики?

- A. Фіброгастроуденоскопія
- B. Шлункове зондування
- C. Аналіз калу на скриті кров
- D. Ph-метрія шлункового соку
- E. Рентгеноскопія шлунково-кишкового тракту

279. Немовля госпіталізований зі скаргами матері на задуху, рідкий нав'язливий кашель. При об'єктивному обстеженні встановлено діагноз: природжена вада серця.

Який з препаратів категорично протипоказано при лікуванні гострої серцевої недостатності у дітей:

- A. фуросемід
- B. манітол
- C. допамін
- D. кокарбоксилаза.
- E. діоксин

280. У хлопчика 12 років діагностовано комбіновану мітральну ревматичну ваду серця з недостатністю кровообігу: з'являються набряки на нижніх кінцівках у другій частині доби, посилюється задишка, ціаноз, слабкість. У зв'язку з розвитком хронічної серцевої недостатності до терапії призначається дігосин. Яка ЕКГ - ознака свідчить о передозуванні препарату?

- A. Подовження інтервалу QT
- B. Скорочення інтервалу PQ
- C. Подовження інтервалу PQ
- D. Елівація сегменту ST
- E. Признаки гіпертрофії лівих відділів серця

281. Визначте клінічну ознаку, що не відповідає вазовагальному запамороченню:

- A. Низький АТ
- B. Задишка
- C. Відсутність свідомості
- D. Нитковидний рідкий пульс
- E. Вузькі зіниці

282. Який з перелічених симптомів не присутній у задишково-ціанотичному кризі:

- A. Лихоманка
- B. Наростання ціанозу шкірних покривів
- C. Задишка
- D. Виражений неспокій
- E. Коліно-локтьове положення в ліжку

283. Найбільш ефективним препаратом при желудочкової пароксизмальної тахікардії є:

- A. Аденозин
- B. Дигоксин
- C. Новокаїнамід
- D. Лідокаїн
- E. Анаприлін

284. Яка з перелічених хвороб у дітей не є причиною кардіогенного шоку:

- A. Ділатаційна кардіоміопатія
- B. Інфаркт міокарду
- C. Міокардит
- D. Шлуночкова екстрасистолія
- E. Здавлюючий перикардит

285. Виділіть симптом, відсутній в клініці ранньої фази кардіогенного шоку:

- A. Тахікардія
- B. Нормальний або підвищений АТ
- C. Психомоторне збудження
- D. Олігоурія
- E. Холодні кінцівки

286. Від чого залежить вибір методу ентерального харчування недоношеної дитини?

- A. ступеня недоношеності;
- B. зрілості ЦНС;

- C. гестаційного віку;
- D. вираженості смоктального рефлексу;
- E. маси тіла.

287. Яку кількість молока на добу потребує недоношена дитина масою 2000,0 г, 4-х днів життя

- A. 200 мл;
- B. 280 мл;
- C. 360 мл;
- D. 380 мл;
- E. 400 мл

288. Зовнішні ознаки недоношеності:

- A. зменшення масо-ростового коефіцієнту;
- B. відсутність лануго;
- C. закрита статеві щілина;
- D. нігтеві пластинки закривають нігтеві ложа;
- E. низьке розміщення пупка.

289. Як визначається необхідна кількість молока недоношеної дитини до 10 днів?

- A. 1/5 маси тіла;
- B. за формулою Фінкельштейна;
- C. за формулою Ромеля;
- D. за формулою Зайцевої;
- E. 120 ккал/кг маси.

290. Визначення недоношеної дитини:

- A. маса менше 2000г, гестаційний вік менше 38тижнів;
- B. гестаційний вік 37-38г., маса тіла до 2500г.;
- C. маса менше 2500г., гестаційний вік 28-37тижнів;
- D. маса менше 2500г., термін гестації до 35тижнів;
- E. маса менше 2001г., термін гестації до 38тижнів.

291. При II ст. недоношеності вигодовування грудним молоком розпочинають:

- A. з моменту народження;
- B. через 2 год.;
- C. через 3 год.;
- D. через 9 год.;
- E. через 24 год.

292. Вік батьків є наступним чинником невиношування вагітності:

- A. соціально-економічним;
- B. демографічним;
- C. соціально-біологічним;
- D. клінічним;
- E. етіологічним.

293. Спеціалізований відділ для виходжування недоношених належить до:

- A. до I-го етапу;
- B. до II-го етапу;
- C. до III-го етапу;
- D. до IV-го етапу;
- E. до V-го етапу.

294. Недоношена дитина масою 1300,0 термін гестації 31 т.в. Який ступінь недоношеності?

- A. пізній викидень;
- B. I ступінь;
- C. II ступінь;
- D. III ступінь;
- E. IV ступінь.

295. Дітей, які народилися до 33 тижня гестації годують:

- A. через соску;
- B. через зонд;
- C. чайною ложкою;
- D. грудьми матері;
- E. шприцем.

296. Виберіть вірну відповідь:

Про затримку внутрішньоутробного розвитку говорять, якщо:  
А. маса дитини знаходиться у межах 10-25 перцентилей;  
В. маса та довжина знаходяться вище 25 перцентилю;  
С. маса та довжина тіла відстають від середніх показників на 2 та більше сигми;

Д. маса дитини знаходиться у межах 10-90 перцентилей;

Е. маса дитини знаходиться у межах 10-75 перцентилей

297. Для дітей з ЗВУР не характерний наступний синдром:

А. синдром меконіальної аспірації;

В. поліцитемія;

С. затримка зросту та психо - моторного розвитку постнатально;

Д. судомний синдром;

Е. Мікроцефалія

298. Для функціональної незрілості не характерні:

А. нездатність утримувати адекватну температуру тіла;

В. добре розвинута складчатість на стопах;

С. в'ялість рухів та емоційної реакції;

Д. м'язева гіпотонія, гіпорексія;

Е. гіперемія шкіри та легка пастозність м'яких тканин.

299. Визначте фактори ризику невиношування вагітності:

А. Хронічні уrogenітальні інфекції;

В. Гормональний дисбаланс;

С. Ізосенсебілізація;

Д. Всі зазначені фактори;

Е. Тільки гормональний дисбаланс.

300. Для визначення гестаційного віку дитини використовують:

А. шкалу Дементьєвой;

В. шкалу Апгар;

С. шкалу Баларда;

Д. шкалу Сільвермана;

Е. шкалу Полачека.



## БАЗА СИТУАЦІЙНИХ ЗАДАЧ

### Задача №1.

Новонароджений, акушерський та перинатальний анамнез без патології, народився з вагою 3.100кг, зріст 49см, оцінка за шкалою Апгар 8/9 балів. Вкажіть, які з перерахованих типів поведінки не характерні для здорового новонародженого: а) сон до 20 -22 годин на добу; в) періоди, коли дитина не спить супроводжуються криком; с) у періоди, коли дитина не спить, вона на декілька секунд відкриває очі. Одночасно відмічається спонтанна рухова активність; д) дитина під час годування груддю закриває очі; е) дитина непорушна, очі відкриті.

#### **Питання:**

Визначте нормальні параметри (вага, зріст, ЧСС, ЧД) здорового новонародженого.

### Задача №2

Хвора 8 років, знаходиться на диспансерному спостереженні з приводу бронхіальної астми. Хворіє 2 роки. При огляді ЧД - 20 у хв, ЧСС -82 у хв, АТ - 100/60 мм рт ст.

#### **Питання:**

Укажіть нормальні показники ЧД і ЧСС у цієї дитини

Основні клінічні синдроми (симптоми) цього захворювання.

### Задача №3

У прийомне відділення потрапив хлопчик 12 років, що упав з 4 поверха на асфальт. При огляді дитина у несвідомому стані, реакція зіниць збережена, ЧД - 22 у хв, ЧСС - 126 у хв, АТ - 95/60 мм рт ст.

#### **Питання:**

Оцініть загальний стан дитини:

Визначте необхідність госпіталізації

Невідкладна долікарняна допомога.

### Задача №4

Хлопчик 3 років, доставлений у відділення зі скаргами батьків на утруднене дихання, кашель, занепокоєння, підвищення температури тіла до 38

градусів. При огляді: виражена задишка з участю допоміжної мускулатури і утягненням податливих місць грудної клітини, шкіра синюшна з землистим відтінком. Частота дихання - 70 за хв., частота серцевих скорочень - 160 за хв.

**Питання:**

Оцініть загальний стан дитини:

Визначте необхідність госпіталізації

Які синдроми захворювання дихальної системи описано у завданні.

**Задача №5.**

1. У дівчинки 5 років при диспансерному обстеженні виявлено лейкоцитурію, без клінічних проявів. Мати дитини хворіє на пієлонефрит.

**Питання:**

1. Лейкоцитурія у дитини – підтвердження інфекції сечовивідних шляхів?

2. Призначте план обстеження.

**Задача №6.**

Хлопчик 5 міс. перебуває на грудному вигодовуванні. Дієта призначена з урахуванням правил і принципів природного вигодовування. Нервово-психічний і фізичний розвиток відповідає віку.

**Питання:**

Які анатомо-фізіологічні особливості ротової порожнини мають найбільше значення в забезпеченні акту ссання?

Особливості дієти жінки-годувальниці.

З якого віку призначається прикорм дитині?

**Задача №7.**

Дитина народилася глибоко недоношеною, від IV вагітності, що перебігала з токсикозом II половини. Вік матері 37 років, під час вагітності в 12 тижнів мати перенесла грип. Пологи стрімкі. Після огляду новонародженої дитини неонатолог заборонив прикладати його до грудей.

**Питання:**

Вкажіть абсолютні протипоказання до прикладання цієї дитини до грудей

Спосіб годування?

Назвіть класифікацію сумішей для штучного вигодовування.

### **Задача №8.**

Дитина у 3-х місячному віці перенесла тяжку сальмонелезну інфекцію. В рік вага дитини 7350. Блідість шкіри та видимих слизових оболонок, витончення підшкірної основи, м'язова гіпотонія, періодично нестійкі випорожнення. Діагностована гіпотрофія.

#### **Питання:**

Який генез захворювання у дитини?

Назвіть 12 принципів грудного вигодовування

### **Задача №9.**

Дитині 2 місяці. Мати звернулася до дільничного педіатра зі скаргами на періодичний неспокій дитини, недостатню прибавку у масі, блідість шкірних покривів. При огляді відмічається помірна блідість шкіри та видимих слизових оболонок, витончення підшкірної основи на тулубі, животі. Шкірна складка на рівні пупка досягає 0,8см. Індекс вгодованості Чулицької 15. Психомоторний розвиток відповідає віку.

#### **Питання:**

Яке порушення фізичного розвитку в дитини ?

Які абсолютні протипоказання до грудного вигодовування немовлят?

### **Задача №10.**

Дитині 4 місяці, скарги матері на зниження апетиту, дративлівість, поганий сон. Вага при народженні 3000 г, з 2-х місяців годувалась штучно. У 2,5 місяці дитина перенесла пневмонію. Об'єктивно: дефіцит ваги 21%, шкіра бліда, витончення підшкірної основи на тулубі, животі, шкірна складка на рівні пупка досягає 0,5см, м'язова гіпотонія, прояви рахіту.

#### **Питання:**

Попередній діагноз?

Назвіть примірний режим харчування дітей раннього віку при грудному вигодовуванні.

### **Задача №11.**

Дитина 8 міс, поступила в клініку зі скаргами матері на підвищення температури до 38,0 С, на судоми, які виникли після вживання гірчичників. Дитина хворіла на пневмонію. При обстеженні стан дитини важкий, виявлені

ознаки пневмонії, рахіту II ст.. При огляді в стаціонарі стан знову погіршився, дитина зблідніла, зацепеніла, з'явилися посіпкування м'язів обличчя, дихання стало переривчастим, схлипуючим. Дитина посиніла, наступили клоніко-тонічні судоми з втратою свідомості. Приступ тримався 3 хвилини, після чого дитина заснула. Після сна ознак судоми не було, але відмічались симптоми Хвостека, Труссо.

**Питання:**

1. Яке захворювання бути у дитини?
2. Призначте лікування дитині.

**Задача №12.**

Дитина 8 міс, поступила в клініку зі скаргами матері на відсутність апетиту, блювання, неспокій. При обстежуванні - шкіра суха, лущиться, еластичність знижена, підшкірна основа відсутня на тулубі, кінцівках, тім'ячко закрито, відзначаються лобні бугри, чотки. За обставин рахіту дитина одержувала вітамін Д - спиртовий розчин по 2 к.х3 р. на день з 5 міс життя. В ан. сечі - лейкоцитурія, в сироватці крові - Са -2,3 ммоль/ л, проба Сулковича +++.

**Питання:**

1. Яке захворювання з перелічених може бути у дитини?
2. Призначте лікування дитині.

**Задача №13.**

Дитина 4 місяців поступив в клініку зі скаргами на в'ялість, поганий апетит, пітливість. Народився доношеним. З 1,5 місяців знаходиться на штучному вигодовуванні. В віці 2 місяців переніс гостру кишкову інфекцію. Під час огляду бліда, відмічається м'язова гіпотонія, пласка потилиця та її облісіння.

**Питання:**

3. Який найбільш вірогідний діагноз?
4. Призначте лікування дитині.

**Задача №14.**

Дитина 6 міс, народилася доношеною з масою 3.000, знаходилася до 4-х місяців на штучному вигодовуванні коров'ичем молоком. На цей час одержує суміш "Малиш", два рази на день манну кашу. При обстежуванні відзначаються: блідність шкіри, однобічне сплющення потилиці, розрастання лобних бугрів,

западання перенісся. На ребрах рахітичні чотки, виявляється незначна гіпотонія м'язів. Печінка - 2см, ан.крові: ер. - 3,6 Тл Нв -118 г/л, Са крові-2,2ммоль/л, Р-1,1 ммоль/л, проба Сулко-вича - негативна.

**Питання:**

Яке захворювання може бути у дитини?

Призначте лікування.

**Задача №15.**

Настя М., 8 міс, потрапила в клініку зі скаргами матері на відставання дитини в нервово-психічному та фізичному розвитку, перелом верхньої кінцівки. Дитина народилася з масою 2.600, з першого дня народження на штучному вигодовуванні, одержувала молоко, манну кашу, часто хворіла, педіатром не доглядалась, мати будь-яких чинників травми не пом ітила. Стан тяжкий, бліда, млява, перестала сидіти, зубів немає, череп квадратний, грудна клітка у вигляді "курячої" грудини. Верхня права кінцівка у гіпсовій по-в'язці - перелом лучевої кістки. Печінка на рівні пупка, селезінка+4см, ан.к-рові: ер.-2,5 Тл, Нв-75 г/л, Са крові- 1,08ммоль/л, Р-0,6ммоль/л.

**Питання:**

Визначте ступінь важкості рахіту:

Призначте лікування дитині.

**Задача №16.**

Дівчинка 12 років, пред'являє скарги на тупі болі в животі, ниючого характеру, що виникають через 30-45 хвилин після прийому їжі. Вперше перераховані вище скарги з'явилися б місяців назад, однак обстеження і лікування не проводилося. Мати - 40 років, страждає на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. Батько - 42 роки, хронічний гастродуоденіт. Об'єктивно: зріст 137 см, маса 31 кг. Шкірні покриви бліді, помірної вологості. Живіт не збільшений. При поверхневій і глибокій пальпації в правому підребер'ї визначається напруженість м'язів і болісність, а також болісність в епігастрії. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 1,5 см, край - м'який, еластичний, безболісний. Симптом Ортнера-Грекова (+). З боку легень і серця -без патології. Випорожнення регулярні, оформлені, іноді дуже світлі.

Загальний аналіз крові: НЬ - 130 г/л, К.П. - 0,93, еритроцити -  $4,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити -  $7,0 \times 10^9$ /л: п - 2%, с - 66%, є - 2%, л - 25%, м - 5% ШОЕ - 7 мм/год.

Загальний аналіз сечі: колір - світло-жовтий, прозора, рН - 5,7, відносн; щільність - 1,020, білок - немає, цукор - немає, епітелій - невелика кількість лейкоцити - 1-2 в п/з, еритроцити - 0-1 в п/з, слиз , солі, бактерії - немає.

Біохімічний аналіз крові: загальний білок - 72 г/л, АЛТ - 19 Од/л, АСТ 24 Од/л, ЛФ - 138 Од/л (норма 70-140), амілаза - 100 Од/л (норма 0-120 тимолова проба - 4 Од, загальний білірубін - 15 мкмоль/л, прямий - 9 мкмоль/л.

Копрограма: колір - коричневий, оформлений, рН - 7,3, м'язові волокна у невеликій кількості, крохмаль внутрішньоклітинний - небагато, йододільн флора - незначна кількість, рослинна клітковина - помірна кількість, слиз небагато, лейкоцити - 1-2 в п/з.

УЗД органів черевної порожнини: печінка - контури рівні, паренхіма гомогенна, ехогенність посилена, судини не розширені, портална вена і змінена. Жовчний міхур 85x37 мм (норма 75x30), стінки не потовщені Холедох - до 3,5 мм (норма 4), стінки не потовщені. Після жовчогінного сніданку - жовчний міхур скоротився на 10%.

### **Питання:**

1. Сформулюйте діагноз і обґрунтуйте його.
2. Тактика спостереження за хворим після виписки зі стаціонару.

### **Задача №17.**

Дівчинка 13 років, скаржиться на слабкість, втомлюваність, іноді печія, в останні 2 дні відмічається сонливість, запаморочення, два рази була втрата свідомості. Протягом всього тижня випорожнення рідкуваті і дуже темні. Протягом 2,5 років турбує біль у животі, що локалізується в епігастрії і з'являється переважно натще, купується вживанням їжі. Епізоди больового синдрому по 2-3 тижні, виникають 3-4 рази на рік, дитина не обстежувалась та не лікувалась, біль минав самостійно. Мати - 36 років, хвора на гастрит, батько - 38 років, виразкова хвороба 12-палої кишки. Дід по лінії матері має виразкову хворобу шлунка.

Об'єктивно: зріст - 151 см, вага 40 кг. Дитина млява, апатична, значна блідість шкірних покривів та слизових оболонок. ЧСС - 116/хв., АТ 85/50

мм рт. ст. Серце і легені – без патологічних змін. Живіт не збільшений, при поверхневій пальпації м'який, помірно болісний, при глибокій - відмічається болісність в епігастрії та в пілородуоденальній зоні. Печінка не збільшена, незначна болісність в точці Де-Жардена та Мейо-Робсона.

Загальний аналіз крові: ер. -  $2,8 \times 10^{12}/л$ , НЬ - 72 г/л, К.П.- 0,77, ретикулоцити - 5%, анізоцитоз, пойкилоцитоз, Нт - 29%, лейкоц -  $8,7 \times 10^9/л$ , п - 6%, с - 50%, є - 2%, л - 34%, м - 8%, ШОЕ - 12 мм/год., тромб -  $390 \times 10^9/л$ . Час кровотечі за Д'юком - 60 сек. Час згортання : початок - 1 хв., кінець - 2,5 хвилини.

Загальний аналіз сечі: без змін. Біохімічний аналіз крові: загальний білок - 72 г/л, альбуміни - 55%, глобуліни: а, - 6%, а2 - 10%, 3 - 13%, у - 16%, АСТ - 34 Од/л, АЛТ - 29 Од/л, ЛФ - 80 Од/л (норма 70-142), білірубін: загальний - 16 мкмоль/л, прямий - 3 мкмоль/л, тимолова проба 4 Од, амілаза - 68 Од/л (норма 10-120), залізо - 7 мкмоль/л.

Кал на приховану кров: реакція Грегерсона - позитивна (+++).

ФЕГДС в шлунку слизова оболонка строката з плоскими випинаннями в тілі й антральному відділі, осередкова гіперемія і набряк в антрумі. Цибулина середніх розмірів, виражений набряк і гіперемія. На передній стінці лінійний рубець 0,5 см. На задній стінці округла виразка 1,5x1,7 см із глибоким дном і вираженим запальним валом. У дні виразки видно струмок крові, що надходить у просвіт кишки. Взята біопсія слизової оболонки антрального відділу. Біопсійний тест на НР: позитивний (+++).

**Питання:**

1. Поставте діагноз.
2. Яка повинна бути тактика спостереження за хворим після виписки зі стаціонару?

**Задача №18**

До дільничного педіатра звернулася мати з 7-ми річним хлопчиком, яка скаржилась на те, що дитина продовж 3-ох днів відмічає підвищення температури тіла до 38°-39°, кашель, головний біль, зниження апетита, порушення сну. При об'єктивному обстеженні: перкуторно – укорочення перкуторного тона під правою лопаткою, там же при аускультатії послаблене дихання.

**Питання:**

1. останавити попередній діагноз.

2. Призначити додаткові методи дослідження.
3. Призначити лікування
4. Яка повинна бути тактика диспансерного спостереження за хворим після виписки зі стаціонару?

### **Задача №19.**

Хлопчик 12 років. Діагноз: гострий гломерулонефрит, нефритичний варіант. Відмічається різке підвищення АТ до 170/110 мм.рт.ст. Головний біль, нудота, запаморочення. Пульс напружений, брадикардія, розвивається диспноє. На очному дні: набряк диску зорового нерва.

#### **Питання:**

Показники азотовидільної функції нирок в нормі.

Про який стан можна думати?

З якими станами слід провести диференційну діагностику?

### **Задача №20.**

Дитина 2,5 років, захворіла гостро, з'явилася температура тіла 39°C, має місце гіперемія ротоглотки. Через 2 дні з'явилося болісне сечовиділення виділення крові в кінці сечовиділення. При поступленні до стаціонару хлопчик блідий, неспокійний, симптом Пастернацького позитивний. В аналізі крові – еритроц.- 4,0 x 10<sup>12</sup> /л; лейкоц. - 4,2 x10<sup>9</sup>/л; пал. - 6%; сегм. - 72%; лімф.-14; мон. - 6; ШОЕ- 45 мм/год. СРП- +++ , сіалова к-та-380 од. Сеча: питома вага - 1020; білок- 0,66 ммоль/л, Лейк. - 50-60 в п/зору, еритроц. - свіжі вкривають все п/зору.

#### **Питання:**

Якому стану відповідає клініка?

Які засоби слід призначити в якості стартової терапії?

### **Задача №21.**

Дівчинка 12 років, поступила у дитяче відділення районної лікарні зі скаргами на біль в ділянці серця, головний біль, напад короткочасної втрати свідомості, кволість. Із анамнезу відомо, що хворіє на протязі 2 років, але напад втрати свідомості спостерігається в перший раз. При обстеженні - блідість шкіри, помірний акроціаноз слизових оболонок. Перкуторно межі серця розширені вліво на +1,5 см від середньо-ключичної лінії. Аускультативно – ритм серця неправильний, брадіаритмія з ЧСС 6 в 1 хв., систолічний шум на верхівці і в т. Боткіна-Ерба. На ЕКГ – синусний ритм,



брадікардія, поступове збільшення інтервалу P-Q (R) з подальшим випаданням комплексу QRS, порушення процесів метаболізму в міокарді.

**Питання:**

1. Яке порушення ритму у дитини?
2. Про яке ускладнення треба думати?

**Задача №22..**

Мати 5-річної дівчини скаржиться, що під час гри з іншими дітьми литина раптом якби замерла, шкіра прийняла синій відтінок, дівчинка почала задихатися, покрилася холодним липким потом. Такий стан продовжувався біля 10-20 секунд. Потім дівчина почала нормально дихати, шкіра придбала розовий відтінок. Дитині діагностували синдром Морган'ї-Адамса-Стокса.

**Питання:**

1. Яка основна причина цього синдрому?
2. Як лікувати цей стан?

**Задача №23.**

У дитини 5 років, яка спостерігається педіатром з приводу природженої вади серця –тетради Фалло після оперативного лікування (пластики дефекту міжшлуночкової перетинки) відмічається виражена аритмія, брадікардія з ЧСС-58 в 1 хв, кволість, напади слабкості.

**Питання:**

1. Про яке ускладнення треба думати?
2. Яка тактика подальшого лікування?

**Задача №24.**

Дівчинка, 9 років, перебуває в тяжкому стані. Бліда, частота дихання 40 за 1 хв, пульс 130 за 1 хв, тони серця глухі, ритм галопу. На рентгенограмі визначається кардіомегалія. На ехокардіограмі: зниження скоротливої здатності міокарда, дилатація шлуночків. На ЕКГ: порушення реполяризації міокарда лівого шлуночка.

**Питання:**

1. Який попередній діагноз?
2. Які додаткові методи дослідження слід призначити дитині?
3. Які основні принципи терапії захворювання.

### **Задача №25.**

У хлопчика, 8 років, через 2 тижні після перенесеної ангіни з'явилися летючий біль у суглобах, припухлість та обмеження рухів, лихоманка. Об'єктивно: тахікардія, розширення меж серцевої тупості, ослаблення тонів серця, ритм галопу, нижній систолічний шум на верхівці серця, збільшення печінки. В крові: лейкоцитів— $14,2 \cdot 10^9/\text{л}$ , ШОЕ — 55 мм/год, АСЛ-0 — 500 ОД, СРБ (+++).

#### **Питання:**

1. Зформулюйте клінічний діагноз.
2. Чи можливі в даній ситуації скарги на болі в ділянці серця і чому?
3. Складіть план лікування хворого.
4. Який з препаратів необхідно призначити впершу чергу?

### **Задача №26.**

Дитина 7 років хворіє близько двох тижнів, коли з'явилась нежить. Щеплена з порушенням графіку вакцинації. Звернулася до ЛОР-лікаря з приводу гнійно-кров'янистих виділень з носа, мацерації крил носа та верхньої губи. При риноскопії на носовій перетинці виявленні білісувато-сірі островці. Слизова ротоглотки не змінена.

#### **Питання:**

Яке захворювання найбільш імовірне?

Призначте терапію, профілактичні заходи щодо контактних?

### **Задача №27.**

Дитина 5-ти років захворіла 2 тижні тому з появи сухого кашлю. Після лікування, що було неефективним, кашель став нападopodobним, з'явилися репризи. Під час нападу кашлю обличчя хворого червоніє, шийні вени набухають. Дитина бліда, одутлувата, є крововиливи в склери. Над легеньми

коробковий перкуторний звук, сухі хрипи. Рентгенологічно - підвищення прозорості легеневих полів, посилення бронхіального малюнку. Аналіз крові: лейк. -  $16 \times 10^9/\text{л}$ , лімф. - 72%, ШЗЕ - 4 мм/год.

**Питання:**

Який діагноз є найвірогіднішим?

Призначте терапію, профілактичні заходи щодо контактних?

**Задача №28.**

Хлопчик 2 років, не щеплений проти кору, був у контакті з дитиною, яка хворіла на кір (катаральний період). Йому було введено імуноглобулін.

**Питання:**

Протягом якого часу він може захворіти?

Принципи терапії, протиепідемічні заходи

**Задача №29.**

Дитину 2-х років турбує переймоподібний кашель до 20 приступів за добу. Хворіє протягом 3-х тижнів. Спочатку турбував сухий кашель переважно вночі, температура нормальна. Симптоматичне лікування ефекту не дало. В кінці другого тижня кашель набув переймоподібного характеру. Відмічається одутлість обличчя, точкові крововиливи в кон'юнктиву, на вуздечці язика виразка. В легенях жорстке дихання, поодинокі розсіяні хрипи на всьому протязі легень. Огляд ротоглотки провокує приступ кашлю.

**Питання:**

Який найбільш ймовірний діагноз в даному випадку?

Терапія, протиепідемічні заходи.

### Задача №30.

У дитини 5 років захворювання почалося гостро з високої температури, одноразового блювання, збільшення тонзиллярних лімфовузлів. В ротоглотці відмічається відмежована яскрава гіперемія, гнійний наліт на мигдаликах, на шиї, грудях, в паховій ділянці - дрібноточковий висип на гіперемійованому фоні, блідий носогубний трикутник.

#### Питання:

Яке захворювання можна запідозрити?

Терапія.

### Задача 31

Вітя В., наприкінці квітня занедужав ангіною. Лікувався ацетилсаліциловою кислотою. 10 травня на руках і ногах з'явилася геморагічна висипка в вигляді екхімозів і петехій, а 11 травня виникла носова кровотеча, що була зупинена після застосування холоду на ніс. Був спрямований у стаціонар. При надходженні у клініку стан середньої ваги. Млявий, блідий, по всьому тілу рясна висипка у виді петехій і екхімозів. Позитивні симптоми щипка, джгута. Внутрішні органи без відхилень від норми. Аналіз крові: ер.-  $4,6 \times 10^{12}/л$ , Нв.-110г/л, Ц.п.-0,9, Л- $5 \times 10^9/л$ , е-1%, П.-1%, С.-73%, Л.-20%, М-5%, ШОЕ – 10 мм/г, тромбоцити –  $46 \times 10^9/л$  Ретракція кров'яного згустку - 65%. Тривалість кровотечі за Д'юком - 20 хвилин. Зсідання за методом Лі-Уайта – 7 хв. Через місяць терапії стан дитини задовільний, тромбоцити- $180 \times 10^9 /л$ .

#### Питання:

Визначте клінічний діагноз; обґрунтуйте його.

Призначте додаткове обстеження.

### Задача 32

Хлопчик Коля С., надійшов у лікарню у віці 2 років. У 5 місячному віці стали з'являтися синці на шкірі різних частин тіла, у віці 7 місяців, була кровотеча з ясен при прорізуванні зубів, на яснах з'явилися синьо-чорні мішечки. Після незначної травматизації з'явився набряк та болісність під час

рухів у правому колінному суглобі, з приводу чого дитина була госпіталізована у стаціонар. Дідусь дитини страждає на тривалу кровотечу.

**Питання:**

Ваш можливий діагноз,  
План обстеження.

**Задача 33**

Вітя Л., 6 років надійшов у стаціонар зі скаргами на болі в лівому колінному суглобі, підвищення температури, під час рухів запнувся, вдарився ногою. Страждає на гемофілію А. Під час огляду лівий колінний суглоб набряклий, шкіра над ним гаряча на дотик, гіперемована, рухи в ньому різко обмежені та болісні.

Аналіз крові: ер.- $3,43 \times 10^{12}$ /л, Нв.-107 г/л, К.п.-0,94, Л- $5,6 \times 10^9$ /л, Е.-1%, П.-1%, С.-65%, Л.-42%, М-1%, ШОЕ - 10 мм/г.

**Питання:**

Час зсідання за Лі-Уайтом - 30 хвилин.  
Визначте діагноз та призначте лікування.

**Задача 34**

Дитину 3-х місяців було госпіталізовано до гематологічного відділення зі скаргами матері на наявність висипу на шкірі тулубу, кінцівок, слизових оболонках. Висип з'явився за 3 дні до госпіталізації, після використання у раціоні дитини неадаптованої суміші.

Об'єктивно. Стан дитини середньої важкості. Самопочуття задовільне. На шкірі кінцівок, тулуба геморагічний висип, несиметричний, поліморфний (петехії, екхімози), поліхромний. На слизових оболонках - рясний петехіальний геморагічний висип. У клінічному аналізі крові: Нв - 80г/л; еритро.- $3,0 \times 10^{12}$ /л; К.п.- 0,85; тромбоцити -  $35 \times 10^9$ /л; ретикулоциты-10%; лейкоцити -  $6,65 \times 10^9$ /л, ШОЕ -15мм/г.

**Питання:**

Ваш попередній діагноз ?  
Які лабораторні дослідження необхідно провести з метою верифікації діагнозу?  
Терапевтична тактика.

### Задача 35

Дитина 10 міс. госпіталізована до клініки зі скаргами на істеричність шкіри, занепокоєння, відсутність сечовипускання протягом доби. За тиждень до появи цих скарг дитина хворіла на інфекційний гастроентероколіт. Під час лабораторного дослідження: Нв - 50 г/л, еритроц.  $2,1 \times 10^{12}$ /л, тромбоцити –  $33 \times 10^9$ /л, у аутокоагуляційному тесті - ознаки гіперкоагуляції, зниження рівня фібриногену до 1г/л, креатинин крові - 0,7 моль/л, сечовина крові-11,8 ммоль/л, загальний білірубін - 115 моль/л, непрямий білірубін - 88 моль/л.

#### Питання:

Ваш діагноз? Обґрунтуйте його.

Терапевтична тактика в данному випадку.

### Задача 36

Дитина народилась в терміні гестації 32 тижні, маса тіла 1500 г, зріст 39 см. Оцінка стану за шкалою Апгар 4-5 балів, за шкалою Сільвермана 4-6 балів.

#### Питання:

1. Ваш попередній діагноз?
2. Чи потрібно помістити дитину у кувез?
3. Якщо потрібно, яка температура та вологість мають бути у кувезі?
4. Моніторинг яких показників треба проводити у дитини?
5. Які обстеження необхідно провести для встановлення клінічного діагнозу у дитини?

### Задача 37

Дитина М., народилася від 2-й вагітності, 1-х передчасних пологів в терміні 30 тижнів. Вага при народженні 1300 г, зріст - 36 см. Через 4 години після народження у дитини з'явилися ознаки порушення функції дихання: нападаподібний ціаноз, тахіпноє, дискоординація грудного і черевного дихання, ретракція грудної клітки з інтенсивним втягненням грудини на вдиху. Відмічається кивання голови в такт диханню, рот закритий. Перкуторний звук укорочений. На фоні повсюдно ослабленого дихання вислуховується експіраторні шуми, крепітація. Респіраторним порушенням супроводили гемодинамічні розлади (тахікардія, глухість серцевих тонів, систолічний шум). Під час надходження до спеціалізованого відділення стан дитини залишається важким. Живіт помірно роздутий. Печінка виступає з-під краю ребрової дуги на 3 см, селезінка не пальпується. Меконій не відходив.

**Питання:**

1. Визначте ступінь недоношеності дитини.
2. Визначте ступінь дихальної недостатності по шкалі Сильверман.
3. Сформулюйте попередній діагноз.
4. З якими захворюваннями необхідно провести диференційний діагноз?
5. Призначте лікування.

**Задача 38**

Дитина М., хлопчик 2 днів, народився від 5-й вагітності 2 пологів. Перша вагітність у матері закінчилася нормальними пологами, дитина здорова: 2 і 3-я вагітності закінчилися медичними абортами, 4-а вагітність - викиднем на 20-му тижні, 5-а вагітність протікала з токсикозом в першій і анемією в другій половині вагітності.

Пологи в строк, перебігали без патології, дитина народилася з масою 3200 г, завдовжки 51 см, з оцінкою по шкалі Апгар 8-8 балів. Через 14 годин після пологів з'явилося жовтяничне фарбування шкіри і склер. Білірубін в пуповинній крові 68,4 мкмоль/л, через 14 годин після народження білірубін в периферичній крові складав 290,57 мкмоль/л (непрямий), кількість гемоглобіну 150 г/л, еритроцитів  $4,65 \times 10^9$  /л. Кров матері 0 (I) групи, Rh - негативна, титр антирезусантитіл 1:64. Кров дитини 0 (I) групи, Rh - позитивна. До кінця першої доби стан дитини погіршився. Новонароджений став млявим, погано смокче, зригує; шкірні покриви з вираженим жовтявим забарвленням. Фізіологічні рефлексі знижені. Тони серця приглушені, систолічний шум на верхівці. В легенях - дихання пуерильне. Печінка на 2 см виступає з-під краю ребрової дуги. Сеча інтенсивно забарвлена. Кал - меконій.

**Питання:**

1. Ваш попередній діагноз.
2. Перерахуйте фактори, які сприяли розвитку захворювання.
3. Складіть план додаткового обстеження.
4. З якими захворюваннями необхідно проводити диференціальну діагностику?

**Задача 39**

Дитині 21 доба життя, знаходиться в стаціонарі. З анамнезу відомо, що вагітність у матері протікала з токсикозом в першому триместрі, на 24 тижні

гестації відмічалось підвищення температури тіла без катаральних проявів. Не лікувалася. 1 раз проходила обстеження на ВУІ. Встановлено підвищений вміст Ig G до токсоплазмозу 290 МО\мл, Ig M відсутній. Пологи на 37 тижні. Маса при народженні 2450 гр, довжина тіла 48 см. Жовтяниця з'явилася наприкінці першої доби життя. На третю добу життя переведений до відділення патології новонароджених у зв'язку з погіршенням загального стану – дитина стала збудженою, зригувала, погана смоктала. Об'єктивно: шкіра блідо-рожева, суха. Підшкірно-жировий шар витончений. Голова гідроцефальної форми, сагітальний шов відкритий до 0,8 см., велике тім'ячко виповнене, пульсує, 3x3 см, мале 1x1см. Виражений симптом Грефе, переважає тонус розгиначів. Селезінка + 1см., печінка +3 см.

**Питання:**

1. Про яке захворювання можна думати в даному випадку?
2. Яке додаткове дослідження потрібно провести для уточнення діагнозу?
3. Які можливі шляхи інфікування дитини?

**Задача 40.**

Дівчинка П., від 2-ої вагітності, яка проходила з вегето-судинною дистонією по гіпотонічному типу, анемією. Пологи на 42 тижні. Безводний проміжок 10 годин. Навколоплідні води меконіальні. Вторинна слабкість пологової діяльності. Вторинна слабкість пологової діяльності. Двократне туге обвиття пуповини навколо шиї. Оцінка за шкалою Апгар 1- 3 бали. Після проведення первинної реанімації стан дитини важкий, стогне, слабкий лемент. М'язова гіпотонія. Гіпорексія. Шкіра бліда з цианотичним відтінком. Задишка до 80 за хв., втягнення яремної ямки, міжреберних проміжків. Аускультативно: праворуч на фоні ослабленого дихання вислуховуються середньо та дрібно пухирчаті хрипи, ліворуч – дихання проводиться рівномірно. Тони серця приглушені, ритмічні, ЧСС 168 ударів за хв. Живіт доступний пальпації. Кислотно-лужний стан крові: р O<sub>2</sub>- 42 мм рт.ст., р CO<sub>2</sub> – 78 мм рт.ст., рН – 7,18, BE – 18 ммоль.

**Питання:**

1. Ваш діагноз?
2. Назвіть фактори, які сприяли розвитку цього патологічного стану?
3. Яка тактика неонатолога при первинній реанімації?
4. Чим може ускладнитися дане захворювання?



### Задача 41

Дівчинка К., народилася від молодих здорових батьків (матері 17 років, батькові - 22), 1-й вагітності, що перебігала з гестозом в 2-й половині. Пологи передчасні в терміні 34 тижні. Маса при народженні 1600 г, довжина 42 см, окружність голови 31 см, окружність грудей 27 см. Оцінка по шкалі Апгар на 1-й хвилині 5 балів, на 5-й - 6 балів. Дівчинка закричала через 2 хвилини після проведених реанімаційних заходів.

Дівчинка з пологового будинку переведена на 2-й етап виходжує на 5 добу життя з масою 1550,0 р. Рефлекси пригноблені, тонус м'язів знижений, починає підсмоктувати зонд, шкірні покриви і видимі слизисті істеричні (жовтушність з'явилася з 3-ї доби життя). По органах і системам інших змін немає.

При обстеженні: загальний аналіз крові без особливостей, аналіз сечі в нормі, в крові білірубін 205 мкмоль/л, з них прямого - 76 мкмоль/л, АСТ - 0,3 мкмоль/л; АЛТ - 0,4 мкмоль/л; білок крові - 58,6 г/л. Кров матері резус-позитивна А (II), дитини - резус-позитивна В (III).

#### Питання:

1. Ваше припущення про характер жовтяниці у новонародженого.
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Призначте лікування гіпербілірубінемії.
4. Перечислите основні стани в періоді новонародженості, які можуть супроводжуватися гіпербілірубінемією: а), б), в), г), д), е).

### Задача 42

Дівчинка С., 3 доба життя. Від 5 вагітності, пологи 1. попередні вагітності закінчувалися викиднями на ранніх строках. У матері на 7-8 тижні вагітності протягом 2 діб визначався дрібнокрапчатий висип на обличчі, тулубі та кінцівках, підвищення температури тіла до субфебрильних цифр. Спостерігався біль в потилиці і області шиї. в місті, де проживала жінка спостерігалася епідемія краснухи. Оцінка по шкалі Апгар 6-7 балів. Маса тіла при народженні 2170 гр., довжина тіла – 43 см.

Об'єктивно: відмічені численні стигми дизембріогенезу, стан важкий за рахунок проявів СДР, пригнічення функції ЦНС. Шкірні покриви бліді, відмічається петехіальний висип. В легенях дихання послаблене. Над областю серця вислуховується грубий систоло-діастолічний шум. Печінка + 3 см., селезінка +1,5 см., щільні при пальпації.

Загальний аналіз крові: немоглобін 125 г/л, еритроцити  $3,5 \times 10^{12}$ /л, тромбоцити  $45 \times 10^9$ /л, лейкоцити  $7,1 \times 10^9$ /л, п- 6 %, с-49 %, е- 1 %, л – 32 %, м – 12 %, ШОЕ – 4 мм/год.

**Питання:**

1. Про яке захворювання з найбільшою ймовірністю можна думати в даному випадку?
2. Яке додаткове обстеження потрібно провести для уточнення діагнозу?
3. Чим характеризується класична тріада Грега?

**Задача 43**

Матері 25 років, здорова, лаборант. Батькові 26 років, здоровий, шахтар. Вагітність 2-а, 1-а - 2 роки тому закінчилася пологами в строк, дитина померла в пологовому будинку, розкриття не проводилося. 2-а вагітність в 1 половині протікала без особливостей, в другій половині мати перенесла ГРВІ в легкій формі, не лікувалася. Пологи в строк, води відійшли за 2 дні до пологів, 1 період - 30 годин, 2 період - 30 хв. Маса при народженні 3800 г, довжина 53 см. Закричав відразу, стан після народження був задовільний. На третій день життя з'явився гнійний кон'юнктивіт, на 4-й - дрібні одиничні гнійники на обличчі і шиї. Загальний стан залишався задовільним; лікування місцеве. На 8-й день стан дитини різко погіршився: втрата в масі за добу 180 г, став зригувати з домішкою жовчі, шкіра сіро-ціанотична, суха. На 15-й день - абсцес на волосистій частині голови. Стілець рідкий, зелений. В загальному аналізі кров - Ер.- $3,2 \times 10^{12}$ /л, Нв-100 г/л, ЦП- 0,9, лейк.-  $14,0 \times 10^9$ /л, п-15%, е- 3%, с-60%, л-28%, м-4%, ШОЕ-20 мм/годину. Посів крові на стерильність - виділений золотистий стафілокок, що плазмо-коагулює.

**Питання:**

1. Поставити попередній діагноз.
2. Назвіть фактори, які сприяли розвитку захворювання.
3. Який вид імунодефіциту розвинувся у дитини?
4. Намітьте план обстеження даної дитини.
5. Складіть план лікування.

**Задача №44**

Дівчинка Д., 15 років, госпіталізована до відділення зі скаргами на біль у поперековій ділянці, нудоту, блювання, часте сечовипускання, підвищення

температури до 39 °С. Захворіла гостро після переохолодження. Об'єктивно: живіт м'який, болючий при пальпації в ділянці попереку. В загальному аналізі сечі значна лейкоцитурія, бактеріурія. Із сечі виділена кишкова паличка.

1. Який діагноз імовірний у даному випадку?
2. Які додаткові методи дослідження слід призначити дитині?
3. Вкажіть основні принципи терапії захворювання.
4. Який прогноз захворювання?

#### **Задача № 45.**

Хлопчик К., 7 років, госпіталізований у відділення для обстеження. Скаржиться на періодичні підйоми температури тіла до субфебрильних цифр, болі в животі без чіткої локалізації, поганий апетит, слабкість, втомлюваність. Вказані скарги з'явилися біля 1 року тому. Об'єктивно: блідий, зниженого харчування. При фізикальному обстеженні з боку внутрішніх органів патології не виявлено. Аналіз крові: Ер-4,1 x 10<sup>12</sup>/л, Нв-110 г/л, Лейк-7,4 x 10<sup>9</sup>/л, е-4%, п-4%, с-52%, л-33%, м-7%, ШОЕ-12 мм/год. Аналіз сечі: світла, прозора, білок відсутній, Ер-0-1 в п/з, Лейк-6-8 в п/з, епітелій сеч. шляхів-1-2 в п/з. Аналіз сечі за Нечіпоренком: Ер-400 в мл, Лейк-12000 в мл. На цистограммі – міхуро-сечовий рефлюкс II – III ступеня справа.

1. Який найбільш вірогідний діагноз?
2. Який етіотропний препарат найбільш доцільно призначити?
3. Яке додаткове дослідження дозволить з'ясувати етіологію захворювання?

#### **Задача №46.**

Мати дівчинки 4-ьох років скаржиться на підвищення температури тіла до 39<sup>0</sup> С. У дитини спостерігаються болі в животі, головний біль, слабкість. Захворіла гостро після переохолодження. Об'єктивно: загальний стан середньої важкості, високо гарячує, неспокійна. Шкіряні покриви бліді, чисті, сухі. ЧД – 37 у хв., ЧСС – 134 у хв. З боку серця та легень патологічні зміни не встановлені. Живіт м'який, при пальпації безболісний. Печінка та селезінка не збільшені. Позитивний симптом Пастернацького з обох боків. Аналіз крові: Ер-4,3 x 10<sup>12</sup>/л, Нв-115 г/л, Лейк-17,4 x 10<sup>9</sup>/л, е-2%, п-10%, с-58%, л-26%, м-4%, ШОЕ-28 мм/год. Аналіз сечі: жовта, мутна, щільність – 1012, білок 0,066 г/л, Ер-2-4 в п/з, Лейк-70-80 в п/з, багато слизу, бактерії.

1. Який найбільш вірогідний діагноз?
2. Який етіотропний препарат найбільш доцільно призначити?

3. Яке додаткове дослідження дозволить з'ясувати етіологію захворювання?

#### Задача №47.

Хлопчик Т., 6,5 років, народився від 1 вагітності, з токсикозом протягом всієї вагітності, загрозою переривання у третьому триместрі. В 5 тижнів вагітності мати хворіла на грип. Пологи в строк, фізіологічні. Маса при народженні 2900 г, довжина 49 см. Ранній розвиток дитини без особливостей. Мати дитини до та під час вагітності мала контакт з хімічними реагентами. На час госпіталізації стан дитини тяжкий. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді. При огляді виявлено: епікант, „готичне” піднебіння, аномальна будова вушних раковин. ЧСС – 90/хв. АТ- 100/55 мм рт.ст. Живіт м'який, при пальпації безболісний. Печінка та селезінка не збільшені.

**Загальний аналіз крові:** Ер- $3,3 \times 10^{12}$  /л, Нв-100 г/л, Лейк- $6,4 \times 10^9$ /л, е-4%, п-3%, с-64%, л-23%, м-6%, ШОЕ-20 мм/год.

**Аналіз сечі:** кількість – 200 мл, жовта, мутна, щільність – 1004, білок 0,02 г/л.

Біохімічний аналіз крові: загальний білок- 60 г/л, калій-5,16 ммоль/л, натрій-142,3 ммоль/л, сечовина- 17,9 ммоль/л, креатинін-123 ммоль/л.

Кліренс по ендogenous креатиніну: 50,0 мл/хв.

Біохімічний аналіз сечі: білок -600 мг/добу (норма до 200), аміак – 22 ммоль/добу, вуглеводи – 9,76 ммоль/добу (норма – до 1,11).

УЗД нирок: нирки різко збільшені у розмірах, паренхіма неоднорідна, ЧЛС система деформована, підозра на кистозні утворення в паренхімі обох нирок.

1. Встановіть клінічний діагноз з відміткою про функціональний стан нирок?
2. Які методи лабораторно-інструментального дослідження необхідно включити в план обстеження дитини?
3. Консультації яких спеціалістів потребує дитина?
4. Назвіть стигми дізембріогенезу у даної дитини.
5. Яка тривалість диспансерного нагляду?

#### Задача №48.

Дитина Ф., 9 років. Скарги на болі в поперековій ділянці, часте сечовипускання. Захворюванню попередувало переохолодження. Наступного дня з'явився головний біль, адинамія, біль в животі та в поперековій ділянці зліва, підвищилася температура тіла до 39 °С. Катаральних явищ не було. Протягом наступних 5 днів зберігалася лихоманка, сеча була мутна. На час

госпіталізації до відділення стан дитини середньої важкості. Шкіра бліда, набряки відсутні, температура тіла 39,5 °С. Позитивний симптом Пастернацького з обох боків, більше зліва. Пальпація лівої нирки болісна. Дитина відмічає часте сечовипускання.

**Загальний аналіз крові:** Ер-4,5 x 10<sup>12</sup> /л, Нв-140 г/л, Лейк-10,4 x 10<sup>9</sup>/л, п-10%, с-60%, л-22%, м-8%, ШОЕ-28 мм/год.

**Аналіз сечі:** реакція нейтральна, білок 0,09 г/л, лейкоцити вкривають все поле зору, еритроцити – 1 в п/з, бактерії – багато.

**Біохімічний аналіз крові:** загальний білок- 70 г/л, СРБ- (+++), сіромукоїди- 300, сечовина- 4,9 ммоль/л, креатинін-73 ммоль/л.

**УЗД нирок:** нирки розташовані правильно, ліва – 107x42x13 мм, права – 94x37x13 мм. Ехо-сигнал від збиральної системи змінений з обох боків, більше зліва, розширений. Підозра на подвоєння лівої нирки.

Із сечі виділена кишкова паличка в кількості 100 000 мікробних тіл/мл

Проба за Зимницькому: відносна щільність- 1005 -1016, ДД – 530 мл, НД – 170 мл.

1. Встановіть клінічний діагноз.
2. Які методи лабораторно-інструментального дослідження необхідно включити в план обстеження дитини?
3. Для пієлонефриту характерне переважання яких клітин серед лейкоцитів сечового осаду?
4. Яку функцію нирок дозволяє визначити проба за Зимницьким?

#### **Задача №49.**

До клініки госпіталізовано госпіталізовану дитину віком 3 років. Скарги матері на полідіпсію, поліурію, періодичну блювоту, підвищення температури тіла до 39 °С. Дані скарги з'явилися на 5 місяці життя дитини. Аналогічні скарги турбують і брата матері. Дитина відстає у фізичному та психомоторному розвитку. Шкіра бліда, чиста, підшкірний шар потоншений на тулубі та кінцівках. Видимі слизові оболонки сухі. Над легенями ясний перкуторний звук, дихання везикулярне. Тони серця ритмічні, звучні. Живіт м'який, доступний пальпації. Печінка + 1 см, еластична, край заокруглений. Відносна щільність сечі -1001.

1. Який попередній діагноз?
2. Яким чином підтвердити діагноз?

### **Задача № 50.**

Дитина 2,5 роки, від 2 вагітності, яка перебігала з токсикозом у першій половині та нефропатією у другій половині. Пологи в строк. Маса при народженні 3500 гр, довжина 52 см. Перебіг періоду новонародженості без особливостей.

Перші ознаки захворювання з'явилися у 5,5 міс. У вигляді деформації черепа, сплющення та облісіння потилиці, розм'якшення країв великого тім'ячка. Існуючі зміни були розцінені як прояви вітамін Д-дефіцитного рахіту. Дитина отримувала ергокальциферол в курсовій дозі 450 00 МО протягом 30 днів, масаж. Однак поліпшення не було. У віці 1 рік 9міс. з'явилися кісткові варусні деформації, змінилася хода. У 2 роки 3 міс. – виражена шаблеподібна деформація гомілок, „качина хода”. В стаціонар госпіталізована у 2 роки 6 міс. При госпіталізації звертає на себе увагу відставання у фізичному розвитку, варусні деформації нижніх кінцівок, м'язова гіпотонія, карієс зубів.

Загальний аналіз крові без особливостей.

Загальний аналіз сечі: Реакція кисла, білок – сліди, лейкоцити – 2- 3 в п/з, відносна щільність 1012, в осаді – оксалати.

Біохімічний аналіз крові: загальний білок- 52 г/л, СРБ (-), сіромукоїди- 0,130, лужна фосфатаза -1100 (норма до 600), кальцій загальний – 1,87 ммоль/л, кальцій іонізований – 0,9ммоль/л, фосфор – 1,02 ммоль/л

1. Ваш діагноз?
2. Які ще обстеження слід провести дитині?
3. Який прогноз захворювання?

### **Задача №51.**

Хлопчик 4-ох років, від 1 вагітності, яка перебігала з вираженим токсикозом у першій половині вагітності. Антропометричні дані при народженні відповідали гестаційному терміну. Ріс і розвивався задовільно. Зуби з 8 міс. На першому році життя з профілактичною метою отримував вітамін Д. Ходить з 1 року 3 міс. Велике тім'ячко закрите з 1 року 3 міс. Часто хворіє на ГРВІ. Алергологічний анамнез не обтяжений. У батька дитини з дитинства виражена варусна деформація нижніх кінцівок, низький зріст, мати - здорова.

У віці 1 рік 3 міс. з'явилися кісткові варусні деформації, змінилася хода. У 2 роки варусна деформація narosла, хода стала „качиною”. на 3-му році життя проводилися протирахітичні заходи: вітамін Д у курсовій дозі 600000 МО, масаж, ЛФК, препарати кальцію. У віці 3-ох років направлений на консультацію у нефро-урологічний центр.

При поступленні дитину турбують болі у хребті та кінцівках. Виражена варусна деформація гомілок та стегон, м'язова гіпотонія, „браслети”, реберні „чітки”.

1. Ваш діагноз?
2. Які ще обстеження слід провести дитині?
3. Який прогноз захворювання?

### **Задача №52.**

У дівчинки 6 років під час диспансеризації встановлені зміни в аналізах сечі у вигляді мікрогематурії, незначної протеїнурії. Скарги відсутні. В анамнезі прояви ексудативно-катарального діатезу. У матері сечо-кам'яна хвороба, у дідуся-жовчо-кам'яна хвороба. Об-но: загальний стан задовільний, шкіра чиста, суха, набряки відсутні. АТ – 85/55 мм рт.ст. аналіз крові без особливостей. Аналіз сечі: світла, прозора, щільність -1019, рН – 7,6, білок – 0, 066 г/л, Ер – 3-5 в п/з, Лей – 0 – 2 в п/з, солі-оксалати. Екскреторна урограма – без особливостей. Добова екскреція оксалатів в 2,5 рази вище норми.

1. Який найбільш вірогідний діагноз?
2. Яку найбільш раціональну терапію слід призначити дитині?

### **Задача №53.**

Дівчинка 6 років поступила у відділення зі скаргами на часті безболісні сечовипускання дрібними порціями, нічний енурез. Загальні аналізи сечі та крові без особливостей.

1. Який попередній діагноз у дитини?
2. З якими патологічними станами слід провести диференційний діагноз?
3. Яке додаткове дослідження уточнить діагноз?

**ЕТАЛОНИ ВІДПОВІДЕЙ:****БАЗА ТЕСТІВ.**

1-В	2-А	3-Е	4-А	5-А	6-А	7-А	8-Е	9-А	10-А
11-Е	12-А	13-А	14-В	15-А	16-А	17-В	18-А	19-Е	20-А
21-А	22-А	23-В	24-В	25-Б	26-А	27-А	28-А	29-А	30-А
31-А	32-А	33-А	34-А	35-А	36-А	37- D	38-А	39-D	40-С
41- Б	42- В	43- Г	44- Б	45- В	46- Б	47- В	48- Г	49-Г	50-А
51 – А	52 – А	53 – А	54 – А	55-Б	56-В	57-Г	58-Д	59-Г	60-Г
61 -А	62 -А	63- Е	64- А	65- D	66- А	67-В	68-Д	69-А	70-А
71-Е	72-Е	73-Е	74-Д	75-А	76-Е	77-С	78-Д	79-Е	80-А
81-D	82-С	83-А	84-D	85-А	86-А	87-Д	88-Е	89-Е	90-В
91-Е	92- Е	93-А	94-Д	95-А	96-Е	97-D	98-Е	99-А	100-С
101-D	102-C	103-A	104-E	105-B	106-C	107-C	108-D	109-D	110-B
111-A	112-C	113-E	114- С	115-D	116- С	117-E	118-A	119-D	120-D
121-А	122-Д	123-А	124-А	125-А	126-А	127-А	128-В	129-В	130-А
131-А	132-А	133-А	134-А	135-Б	136-А	137-А	138-А	139-А	140-А
141. А	142-Е	143-А	144-Е	145-Б	146-С	147-А	148-А	149-Е	150-Б
151-Д	152-Б	153-Д	154-Д	155-Б	156-Б	157-Д	158-А	159-С	160-С
161-А	162-А	163-А	164-Б	165-А	166-А	167-Б	168-А	169-А	170-А
171-С	172-А	173-Б	174-Б	175-Б	176-С	177-Е	178-Б	179-С	180-Б
181-А	182-А	183-А	184-А	185-С	186-Б	187-А	188-С	189-А	190-Д.
191-Б	192-Е	193-Д	194-А	195-С	196-А	197-С.	198-Д	199-Е	200-Е
201-А	202-А	203-С	204-С	205-Б	206-Б	207-Д	208-Б	209-Д	210-Е
211-Б	212-А	213-А	214-А	215-Е	216-Б	217-С	218-А	219-Б	220-Б
221-Д	222-Е	223-А	224-А	225-А	226-А	227-Д	228-Б	229-А	230-С
231-Б	232-Б	233-Д	234-С	235-А	236-Д	237-Д	238-Е	239-Д	240-С
241-А	242-С	243-С	244-Д	245-Б	246-С	247-С	248-Е	249-Д	250-Д
251-Б	252-Е	253-Е	254-С	255-А	256-Б	257-Б	258-А	259-С	260-А
261-А	262-Е	263-Д	264-Д	265-А	266-С	267-С	268-А	269-Б	270-Е
271-Д	272-Б	273-Б	274-А	275-Б	276-А	277-С	278-А	279-В	280-В
281-В	282-А	283-Д	284-Д	285-Е	286-Д	287-В	288-Е	289-С	290-С
291-Д	292-С	293-В	294-Д	295-В	296-С	297-А	298-В	299-Д	300-С



## **БАЗА СИТУАЦІЙНИХ ЗАДАЧ. ЕТАЛОНИ ВІДПОВІДЕЙ**

### **Задача 1**

Не характерно для здорового новонародженого: періоди, коли дитина не спить і кричить; дитина непорушно лежить очі відкриті.

ЧСС140-160пошт/хв., ЧД 40-60 за хв.

### **Задача 2**

ЧСС 100 пошт/хв., ЧД – 20-25 за хв..

Синдром задишки (утруднене шумне дихання, утруднений переважно видих), синдром гіпоксії тканин (зниження успішності у школі, пам'яті, головний біль, порушення сну), еозинофільний синдром (еозинофілія крові слизових секретів дихальних шляхів).

### **-Задача 3.**

Загальний стан тяжкий.

Невідкладна госпіталізація спеціалізованою бригадою реанімації.

Долікарняні допомога – голову повернути у бік, під голову підкласти валик з одягу, іммобілізація дитини, накрити теплим одягом – профілактика переохолодження. Знеболююче у ін'єкційній формі.

### **Задача 4**

Загальний стан тяжкий. Госпіталізація необхідна. Синдром дихальної недостатності, обструктивний синдром, синдром інтоксикації.

### **Задача 5**

Лейкоцитурія не є однозначним критерієм інфекції сечових шляхів. Треба призначити аналізи сечі за Нечипоренком. Земницьким, пробу Реберга, УЗД СВС, загальний аналіз крові, креатинин, сечову кіслоту, мочевиноу, електроліти крові.

### Задача 6.

Відсутність уроджених вад щелеп. Гарний розвиток жувальних м'язів і губ, наявність смоктального рефлексу та рефлексу глотання.

Невживання гострої, копченої, смаженої їжі, відсутність екстрактивних речовин, алкоголю у їжі.

З 5-6 місяців.

### Задача 7.

Глибока недоношеність. Годування через зонд. Усі адаптовані молочні суміші за ступенем близькості їх складу до складу грудного молока поділяють на три групи: *високоадаптовані* (Alprem і "NAN" (Швейцарія); "Нутрілон" (Нідерланди); "Фрисолак" (Нідерланди); "Прехіпп" і "Хіпп" (Австрія); "Енфамил-1" (Нідерланди США); "Хайнц" (США)); , *середньо адаптовані* ("Симилак" і "Симилак с железом" (США); "Импрес" (Німеччина); "Енфамил", "Енфамил-2" і "Енфамил с железом" (Нідерланди/США); Детолакт 1,2, Детолакт-біфідус; "Хіпп-2" (Австрія)) *й частково адаптовані* ("Малыш" (Росія); "Милумил" (Німеччина) і т. ін.)

### Задача 8.

У дитини - порушення усіх видів обміну речовин

1. Наявність в письмовій формі політики підтримки грудного вигодовування і регулярне доведення його положень до відома усіх медичних працівників закладу, вагітних, матерів та членів їх родин.
2. Систематичне навчання медичного персоналу щодо впровадження політики (плану дій) підтримки грудного вигодовування.
3. Впровадження в практику сучасних методів підготовки сім'ї до народження дитини.
4. Допомога матерям успішно розпочати раннє грудне вигодовування.
5. Навчання вагітних, матерів та членів їх родин як годувати грудьми та як зберегти лактацію у складних ситуаціях, в тому числі, якщо вони тимчасово відокремлені від свої дітей.
6. Підтримка включно грудного вигодовування до шестимісячного віку дитини за винятком випадків, зумовлених медичними та соціальними показаннями, і продовження грудного вигодовування до 1 року і більше із своєчасним введенням пригодовування.
7. Забезпечення цілодобового спільного перебування матері з дітьми та участі матері (членів родини) у здійсненні догляду за дитиною.
8. Заохочення матерів до грудного вигодовування за вимоги дитини за відсутності медичних проти показів.
9. Відмова від

використання у дітей, які знаходяться на грудному вигодовуванні сосок, пустышок чи інших середників, які імітують материнські груди. 10. Створення груп підтримки грудного вигодовування і направлення до них матерів. 11. Дотримання міжнародного зведення правил збуту заміників грудного молока. 12. Практика сімейних пологів (підготовка партнерів і допомога жінці під час пологів). Вільне відвідування породіллі (матері) і дитини у відділенні спільного перебування.

### **Задача 9.**

Гіпотрофія. *Протипоказання до годування груддю з боку матері:* відкрита форма туберкульозу; злякисні новоутворення; гострі психічні захворювання; стан декомпенсації при хронічних захворюваннях серця, печінки, нирок; особливо небезпечні інфекції (сибірка, віспа і т. ін.); правець; СНІД і сифіліс (якщо мати захворіла після народження дитини). З боку дитини - спадкові захворювання обміну речовин (алактазія, галактоземія, фенілкетонурія).

### **Задача 10.**

Постнатальна гіпотрофія II ступеня Режим харчування дітей при природному вигодовуванні (найпоширеніша схема): 1. 1-й місяць - вільне годування. 2. До 2 місяців життя - 7-разове годування через кожні 3 год з 6-годинною нічною перервою (6.00, 9.00, 12.00, 15.00, 18.00, 21.00, 24.00). 3. Від 2 до 4 місяців - 6-разове годування через кожні 3,5 год з 6,5-годинною нічною перервою (6.00, 9.30, 13.00, 16.00, 20.00, 23.30). 4. Після 4 місяців і до року - 5-разове годування через кожні 4 год з 8-годинною нічною перервою (6.00, 10.00, 14.00, 18.00, 22.00).

•

### **• Задача 11.**

• Спазмофілія явна форма. Відмінити вітамін Д, обмежують у раціоні харчування молоко; переводять дитину на вигодовування грудним молоком або адаптованими сумішами; 10% розчин кальцію хлориду — по 1 чайній ложці 3 рази на день або глюконат кальцію — по 0,5 г 3 рази на день; через 3—4 дні після призначення препаратів кальцію — вітамін D3 у лікувальній дозі; при судомах: магнію сульфат — 25% розчин (0,25 мл/кг), седуксен — 0,5% розчин (0,1 мл/кг) або ГОМК — 20% розчин (0,5 мл/кг) внутрішньом'язово.

### • **Задача 12.**

- Гіпервітаміноз, хронічний перебіг. обмежують у раціоні харчування молоко;
- переводять дитину на вигодовування грудним молоком або адаптованими сумішами;
- 10% розчин кальцію хлориду — по 1 чайній ложці 3 рази на день або глюконат кальцію — по 0,5 г 3 рази на день;
- через 3—4 дні після призначення препаратів кальцію — вітамін D3 у лікувальній дозі;

### **Задача 13.**

Рахіт 2, підгостра форма. Дієта, з підвищеним вмістом кальцію, прогулянки тривалі. Середньої важкості-4000 МО Протягом 30-45 днів. У подальшому для попередження загострень та рецидивів хвороби по 2000 МО

### **Задача 14.**

.Рахіт 1ст. . Дієта, з підвищеним вмістом кальцію, прогулянки тривалі Віт.Д у до 2000 МО / добу, протягом 1 міс, далі профілактична до 500МЕ для створення депо

### **Задача 15**

. Рахіт ІІІ ст.

Дієта, з підвищеним вмістом кальцію, прогулянки тривалі. Важкий – 5000 МО, протягом 30 днів 2-3 рази на рік з інтервалами між ними не менш ніж 3 місяці до 3-5 річного віку Протягом 30-45 днів. У подальшому для попередження загострень та рецидивів хвороби по 2000 МО

### **Задача 16**

1. Дискінезія жовчовивідних шляхів за гіпотонічним типом.
2. Див. зміст теми заняття

### **Задача 17**

1. Виразка 12-палої кишки, активність І ступеня. Дуодентальна виразкова кровотеча, постгеморагічна анемія середнього ступеня тяжкості. Реактивний панкреатит, вигин середньої третини жовчного міхура.
2. Див. зміст теми заняття.

### **Задача 18**

1. Діагноз: негоспітальна пневмонія в нижній долі правої легені, 3 кат., ДНО
2. методи дослідження: рентгенографія
3. Лікування: госпіталізація, постільний режим, антибіотикотерапія з урахуванням збудника, дезінфекційна терапія, бронхолітики, вітамінотерапія.
4. Див. зміст теми заняття.

### **Задача 19.**

Ниркова еклампсія при гострому гломерулонефриті. Диф. діагноз з феохромоцитомою, стенозом перешийка аорти, синдромом Кушинга, синдромом Кона.

### **Задача 20.**

Гострий пієлонефрит, активна стадія. Гострий цистит. Лікування потребує призначення цефалоспоринів II-III поколінь, захищених амінопеніцилінів (амоксиклав, аугментин).

### **Задача 21.**

1. Неповна AV блокада II ступеня тип Мобітц I;
2. Напад Морган'ї-Адамса-Стокса.

### **Задача 22..**

1. Остановка генерації імпульсів з синусового вузла
2. Постановка кардіостимулятора.

### **Задача 23.**

1. Розвиток повної AV блокади III ступеня.
2. Імплантація кардіостимулятора.

### **Задача 24.**

1. неревматичний кардит, аритмічний варіант.
2. загально-клінічне обстеження, біохімічний аналіз крові (сіромукоїди, СРБ, загальний білок та білкові фракції), рівень КФК, тропоніну, ДОППЛЕР-КС.

3. протизапальна терапія, кардіотрофіки, нестероїдні протизапальні препарати.

#### **Задача 25.**

Діагноз: ревматизм, активність III ступеня. Первинний ревмокардит, поліартрит, гострий перебіг. НК ПА.

#### **Задача 26.**

Дифтерія носа. Введення протидифтерійної сироватки одноразово внутрішньом'язово і складає від 20 000-40 000 МО. Повторне введення сироватки в цій же дозі можливе при збереженні через добу симптомів інтоксикації та збереженні чи поширенні нашарувань. Напівсинтетичні антибіотики пеніцилінового та цефалоспоринового ряду. Тривалість курсу антибактеріальної терапії складає 10-14 днів. Місцеві пероральні антисептики. Дезінтоксикація шляхом збільшення об'єму випитої рідини.

#### **Задача 27.**

Кашлюк. Карантин на 21 день. Антибіотики макролідного ряду протягом 10 днів (азитроміцин - 5 днів). Протикашльві препарати. Зволоження повітря, зволожувальні інгаляції, спокій. Седативні препарати.

#### **Задача 28.**

21 день. Спокій. Місцеві пероральні антисептики. Збільшення об'єму споживання рідини. При середньо-тяжкому перебігу – інтерферони, притяжкому – додатково інтерферони і антибіотики (терапія ускладнень), антигістамінні препарати. Карантин на 21 день.

#### **Задача 29.**

Кашлюк. Карантин на 21 день. Антибіотики макролідного ряду протягом 10 днів (азитроміцин - 5 днів). Протикашльві препарати. Зволоження повітря, зволожувальні інгаляції, спокій. Седативні препарати.

#### **Задача 30.**

Скарлатина. Етіотропна терапія: антибіотики - при легкій формі пеніциліни або макроліди, при середньотяжкій - пеніциліни, при тяжкій -

цефалоспорины I-II покоління, кліндаміцин, ванкоміцин. Курс антибіотикотерапії - при легкій формі 10 днів, середньо тяжкій та тяжкій 10 -14 днів, шлях введення - при легкій формі - перорально, при середньотяжкій - внутрішньом'язово, при тяжкій - внутрішньовенно. Дезінтоксикаційна терапія: значна кількість пиття. Антигістамінні препарати. Препарати, які зміцнюють стінку судин. Жарознижуючі препарати (парацетамол, ібупрофен).

### **Задача 31**

Діагноз: Гетероімунна тромбоцитопенічна пурпура, гострий перебіг.

Обґрунтування: Занедужав після ангіни. Геморагічний поліморфний, поліхромний асиметричний висип. на шкірі кінцівок Носова кровотеча. Позитивні симптоми на ламкість судин. Тромбоцитопенія. Подовжений час кровотечі.

Дообстеження: мієлограма.

### **Задача 32**

Діагноз: Гемофілія. Гемартроз правого колінного суглобу.

План обстеження: Аналіз крові , визначення часу зсідання. Автокоагуляційний тест, типування виду коагулопатії та визначення рівню дефіциту фактора зсідання..

### **Задача 33**

Діагноз: Гемофілія А. Гемартроз лівого колінного суглоба.

Лікування: Внутрішньовенне Введення концентрованого фактора VIII в дозі 20 од/кг. В періоді реабілітації на ділянку суглобу 10 сеансів фонофарезу з кортизоном, масаж, ЛФК.

### **Задача 34**

Діагноз: Гетероімунна тромбоцитопенічна пурпура, гострий перебіг.

Додаткове обстеження: дослідження функцій тромбоцитів, часі кровотечі, мієлограма.

Лікування: дитину по можливості перевести на природне вигодування зцеженим материнським молоком ( годувати тільки з ложечки), з призначення наступної дієти матері: дієта N 5 , з виключенням пряностей, оцту, облігатних алергенів.

Е- амінокапронова кислота по 0,25 г двічі за добу, дицинон – 0,050 г – двічі за добу протягом двох тижнів під контролем рівню тромбоцитів. У випадку неефективності терапії вирішити питання про гормонотерапію.

### Задача 35

Діагноз: Гемолітико-уремичний синдром період розгорнутих клінічних проявів.

На користь діагнозу анемія гемолітичного походження, тромбоцитопенія, ознаки гострої ниркової недостатності, перенесений напередодні гастроентероколіт.

Лікування передбачає:

- нормалізацію гемодинамики;
- ліквідацію гемоконцентрації та гіповолемії,
- використання судинорозширювальної терапії;
- підтримку балансу електролітів та кислотно-лужної рівноваги;
- ранній гемодіаліз;
- етіотропну терапію;
- одночасне проведення антикоагулянтної, дезагрегантної та фібринолітичної терапії;
- плазмаферез із заміщенням плазми пацієнту на свіжозаморожену плазму донора, краще супернатантну фракцію плазми;
- кількаразову інфузію відмитих еритроцитів;
- парентеральне харчування;

У даному випадку при наявності геморагічного синдрому необхідне переливання тромбоконцентрату. Зрівноважування водного балансу слід проводити з урахуванням добової втрати рідини шляхом перспірації (25мл/кг), втрат, що продовжуються із блювотою, випорожненнями за попередню добу. При внутрішньовенному введенні рідини 1/3 від обсягу повинна складати сольовмістні колоїдні розчини та 2/3 - розчину глюкози. Хворим з ГУС показано проведення плазмаферезу з заміною плазми на свіжозаморожену чи донорську плазму. Патогенетично обґрунтованою є антикоагулянтна та фібринолітична терапія. Ефект антикоагулянтної терапії оцінюється кожні 6 годин за часом зсідання крові за Лі-Уайтом.. Застосовують дипіридабол та саліцилову кислоту одночасно. У олігоануричну фазу ГУС необхідним є щоденний гемодіаліз із загальною гепаринізацією та плазмозаміщення. В електролітичну фазу захворювання необхідно корегувати втрату води й



електролітів, першочергово калію та натрію, призначення яких повинно в 2 рази перевищувати їх екскрецію.

### **Задача 36.**

1. потрібно;
2. вологість 90-95 %; температура повітря 31-32 %
3. у прямій кишці температура повинна бути 36,5 – 37 С.
4. ЧСС, ЧДР, АТ, парціальний тиск кисню та вуглецевого газу;
5.
  - **Біохімічне дослідження крові** (білок, білковий спектр, електроліти крові, креатинин, сечовина, глюкоза, печінкові проби, холестерин, залишковий азот)
    - Кров матері та дитини на ВУІ;
    - ЕКГ;
    - НСГ;
    - Очне дно;

### **Задача 37.**

1. Недоношеність 3 ст.
2. Оцінка по шкалі Сільверман 8 балів.
3. Синдром дихальних розладів.
4. Черепно-мозкова травма, внутрішньоутробна пневмонія, вроджена вада серця.
5. Температурний захист (режим кувезу), оксигенотерапія, СДПТТ, при неефективності – перевід на ШВЛ, препарати сурфактанту, антибіотико терапія, антиоксиданти (вітамін Е), інфузійна терапія, корекція метаболічний порушень.

### **Задача 38.**

1. ГХН за резус-фактором, жовтянична форма, тяжкий перебіг.
2. Резус-негативна кров матері, попередні вагітності, несприятливий перебіг даної вагітності.
3. Загальний аналіз крові та сечі, обстеження на внутрішньоутробні інфекції, НСГ, УЗД печінки

4. ОЗПК показано, тому що погодинний приріст білірубін склав більше, аніж 6 ммоль/л (15,8 ммоль/л). Переливати необхідно кров 0 (I) резус-негативну в об'ємі 170-180 мл/кг.

#### **Задача 39:**

1. вроджений токсоплазмоз;
2. аналіз крові матері та дитини на TORCH інфекції;
3. антенатальний- гематогенний;
4. невролог, офтальмолог;
5. етіотропна терапія, імуномодуюча терапія, посиндромна терапія

#### **Задача 40.**

1. Синдром меконіальної аспірації.
2. вагітність на тлі анемії, ВСД, переношена вагітність, довгий безводний проміжок, вторинна слабкість пологової діяльності, обвиття пуповини навколо шії.
3. Хронічна внутрішньоутробна гіпоксія, посилення перистальтики кишечника, розслаблення сфінктеру, вихід меконію в навколоплідні води, стимуляція дихального центру, розслаблення голосової щілини, дихальні рухи та заглочування меконію.
4. відразу після народження інтубація трахеї, санація трахеобронхіального дерева, переінтубація, штучна вентиляція легень та введення препаратів сурфактанту.
5. аспіраційна пневмонія у разі неадекватної санації трахеобронхіального дерева.

#### **Задача 41.**

1. Причиною жовтяниці найвірогідніше є порушення кон'югації білірубіну внаслідок зниженої активності глюкуронілтрансферазу. Цьому сприяє недоношеність, асфіксія при народженні, проведення реанімаційних заходів дитині при народженні.
2. Неонатальна жовтяниця недоношених.
3. Фототерапія, інфузійна терапія, препарати, що поліпшують активність глюкуронілтрансферази, препарати, що адсорбують в кишечнику непрямий білірубін.

4. а) ГХН; б) поліцитемія; в) атрезія жовчних шляхів; г) гепатити; д) синдром згустіння жовчі, холестази; е) жовтяниця від материнського молока.

#### **Задача 42**

1. вроджена краснуха;
2. дослідження крові матері і дитини на ВУІ, а саме на краснуху методом ІФА по виявленню специфічних Іg класу G та M до краснухи та низькоавідних іg G до краснухи;
3. до тріади Грега входять:
  - вроджені вади серця;
  - вроджена катаракта;
  - вроджена глухота
4. при офтальмологічному обстеженні встановлюють дані за вроджену катаракту;
5. при проведенні Допплер – КС:
  - дефект міжшлуночкової перетинки
  - дефект міжпередсердя;
  - комбіновані вади серця

#### **Задача 43.**

1. Сепсис, септикопiємічна форма: абсцес волосистої частини голови, гнійний кон'юнктивiт, везикулопустульоз, ентероколіт.
2. Мати перенесла ГРВІ в другій половині вагітності, тривалий безводний період.
3. Вторинний iмунодефіцит.
4. Біохімічний аналіз з визначення загального білка, печінкових проб, електролітного складу крові; рентгенографія органів грудної клітки; посів відділяємого з ран, кон'юнктиви, пустул.
5. Антибактеріальна терапія; проведення дезинтоксикації (інфузійна терапія, використання екстракорпоральних методів детоксикації); використання iмунних препаратів з замісною ціллю (iмуноглобулін, iмунна плазма); трансфузія еритроцитарної маси; використання iнгiбіторів протеолізу; місцева терапія.

#### **Задача 44**

1. гострий пієлонефрит.

2. біохімічне дослідження крові: креатинин, мочевина, електроліти, аналіз сечі за Нечипоренком, проба за Зімницьким, УЗД сечовивідної системи
3. антибактеріальна терапія, уросептики, мембраностабілізатори, еубіотики.
4. благоприятний.

#### **Задача 45.**

1. МСР II – III ступеня справа. Вторинний хронічний пієлонефрит.
2. аугментин.
3. Посів сечі на стерильність.

#### **Задача 46.**

1. Гострий пієлонефрит.
2. Цефтріаксон.
3. Посів сечі на стерильність.
- 4.

#### **Задача 47**

1. Вроджена вада нирок – полікістоз нирок. ХНН, стадія субкомпенсації. Анемія 1-го ступеня.
2. Аналіз сечі по Зімницькому, Нечіпоренку, КОС, екскреторна урографія.
3. уролог, нефролог, генетик.
4. епікант, „готичне” піднебіння, аномальна будова вушних раковин.
5. протягом всього життя.

#### **Задача 48.**

1. Гострий вторинний пієлонефрит на фоні аномалії розвитку нирок, активність 2-3 ступеня. НФП-О.
2. Аналіз сечі по Зімницькому, КОС, екскреторна урографія.
3. Характерне переважання нейтрофілів.
4. Концентраційну.

#### **Задача 49.**

1. Нирковий нецукровий діабет.
2. Внутрішньовенним введенням вазопресину з розрахунку 0,01 ОД/кг маси тіла.

#### **Задача 50.**

1. Вітамін Д- резистентний рахіт

2. Біохімічний аналіз сечі, КОС, рентгенографію трубчатих кісток.
3. Для видужання-сумнівний.

#### **Задача 51.**

1. Вітамін Д-резистентний рахіт (Фосфат-діабет).
2. Біохімічний аналіз крові, біохімічний аналіз сечі, КОС, рентгенографію трубчатих кісток.
3. Для видужання-сумнівний.

#### **Задача 52**

1. Дизметаболічна нефропатія.
2. Дієта, підвищене вживання рідини.

#### **Задача 53**

1. Нейрогенна дисфункція сечового міхура.
2. Диф.діагноз слід провести між:
  - гострим циститом,
  - хронічним циститом,
  - нейрогенним сечовим міхуром,
  - дизметаболічною нефропатією,
  - інфекцією сечовивідних шляхів.
3. Цистоманометрія.

## **ФОРМИ КОНТРОЛЮ І СИСТЕМА ОЦІНЮВАННЯ ЗНАТЬ СТУДЕНТІВ.**

Форми контролю і система оцінювання здійснюються відповідно до вимог програми з дисципліни та «Тимчасової інструкції з системи оцінювання навчальної діяльності студентів при впровадженні кредитномодульній системі організації навчального процесу», затвердженої МОЗ України 16.06.2005 року за №08.01-22/1258, а також змін та доповнень, які викладені у листі МОЗ України від 21.01.2008 р. за №08.01-22/65.

Оцінка за модуль визначається як сума оцінок поточної навчальної діяльності (у балах) та оцінки підсумкового модульного контролю (у балах), яка виставляється при оцінюванні теоретичних знань та практичних навичок відповідно до переліків, визначених програмою дисципліни.

Максимальна кількість балів, що присвоюється студентам при засвоєнні модулю (залікового кредиту) – 200, в тому числі за поточну навчальну діяльність – 120 балів (60%), за результатами модульного підсумкового контролю – 80 балів (40%).

Поточний контроль здійснюється на кожному практичному занятті відповідно конкретним цілям з кожної теми. При оцінюванні навчальної діяльності студентів необхідно надавати перевагу стандартизованим методам контролю: тестуванню, структурованим письмовим роботам, структурованому за процедурою контролю практичних навичок в умовах, що наближені до реальних.

### **Оцінювання поточної навчальної діяльності:**

Вага кожної теми в межах одного модуля має бути однаковою і визначається кількістю тем в модулі. Оцінювання поточної навчальної діяльності студентів описується у робочій навчальній програмі з дисципліни.

Максимальна кількість, яку може набрати студент при вивченні модуля, дорівнює 120 балам. Вона вираховується шляхом множення кількості балів, що відповідають оцінці “5”, на кількість тем у модулі з додаванням балів за індивідуальну самостійну роботу.

Мінімальна кількість балів, яку може набрати студент при вивченні модуля, вираховується шляхом множення кількості балів, що відповідають оцінці “3”, на кількість тем у модулі.

## **Оцінювання індивідуальної самостійної роботи студентів (індивідуальних завдань):**

Кількість балів за різні види індивідуальної самостійної роботи студента (СРС) залежить від її обсягу і значимості, але не більше 15 балів. Ці бали додаються до суми балів, набраних студентом за поточну навчальну діяльність.

### **Оцінювання самостійної роботи:**

Оцінювання самостійної роботи студентів, яка передбачена в темі поряд з аудиторною роботою, здійснюється під час поточного контролю теми на відповідному аудиторному занятті. Оцінювання тем, які виносяться лише на самостійну роботу і не входять до тем аудиторних навчальних занять, контролюється при підсумковому модульному контролі.

### **Підсумковий модульний контроль:**

Підсумковий модульний контроль здійснюється по завершенню вивчення всіх тем модуля на останньому контрольному занятті з модуля. До підсумкового контролю допускаються студенти, які виконали всі види робіт, передбачені навчальною програмою, та при вивченні модуля набрали кількість балів, не меншу за мінімальну.

Форма проведення підсумкового модульного контролю має бути стандартизованою і включати контроль теоретичної і практичної підготовки. Конкретні форми підсумкового модульного контролю з дитячих хвороб визначаються у робочій навчальній програмі.

Максимальна кількість балів підсумкового модульного контролю дорівнює 80. Підсумковий модульний контроль вважається зарахованим, якщо студент набрав не менше 50 балів.

Заохочувальні бали за рішенням Вченої Ради можуть додаватися до кількості балів з дисципліни студентам, які мають наукові публікації або зайняли призові місця за участь у олімпіаді з дисципліни серед ВНЗ України та інше.

Об'єктивність оцінювання навчальної діяльності студентів має перевірятися статистичними методами (коефіцієнт кореляції між поточною успішністю та результатами підсумкового модульного контролю).

Конвертація кількості балів з дисципліни у оцінки за шкалами ECTS та 4-бальною (традиційною):

Кількість балів з дисципліни, яка нарахована студентам, конвертується у шкалу ECTS таким чином: Оцінка ECTS

Статистичний показник

A Найкращі 10% студентів

B Наступні 25% студентів

C Наступні 30% студентів

D Наступні 25% студентів

E Останні 10% студентів

Відсоток студентів визначається на виборці для студентів даного курсу в межах відповідної спеціальності. Кількість балів з дисципліни, яка нарахована студентам, конвертується у 4-бальну шкалу таким чином:

Оцінка ECTS Оцінка за 4-бальною шкалою

A “5”

B, C “4”

D, E “3”

FX, F “2”

Оцінка з дисципліни FX, F (“2”) виставляється студентам, яким не зараховано хоча б один модуль з дисципліни після завершення її вивчення.

Оцінка FX (“2”) виставляється студентам, які набрали мінімальну кількість балів за поточну навчальну діяльність, але не склали підсумковий модульний контроль. Вони мають право на повторне складання підсумкового модульного контролю не більше 2-ох (двох) разів за графіком, затвердженим ректором.

Студенти, які одержали оцінку F по завершенні вивчення дисципліни (не виконали навчальну програму хоча б з одного модуля або не набрали за поточну навчальну діяльність з модуля мінімальну кількість балів), мають пройти повторне навчання з відповідного модуля. Рішення приймається керівництвом ВНЗ відповідно до нормативних документів, затвердженим в установленому порядку.

Бали з дисципліни для студентів, які успішно виконали програму з дисципліни, конвертуються у традиційну чотирибальну шкалу за абсолютними критеріями як наведено нижче у таблиці:

Бали з дисципліни Оцінка за чотирибальною



шкалою

Від 170 до 200 балів 5

Від 140 до 169 балів 4

Від 139 балів до мінімальної кількості балів, яку повинен набрати студент

3

Нижче мінімальної кількості балів, яку повинен набрати студент - 2

Оцінку ECTS у традиційну чотирибальну шкалу не конвертується, оскільки шкала ECTS та чотирибальна шкала незалежні.

### **ХІІІ. УЧБОВО-МЕТОДИЧНА ЛІТЕРАТУРА, РЕКОМЕНДОВАНА ПРИ ВИВЧЕННІ ДИТЯЧИХ ХВОРОБ**

#### **Основна література**

1. Майданник В.Г., Гнатейко О.З., Бурлай В.Г., Дука К.Д., Хайтович М.В. Пропедевтична педіатрія. -К., 2009. -768 с.

2. Михайлова А.М., Тріскова Л.О., Крамарев С.О., Кочеткова О.М. Інфекційні хвороби у дітей //К.: Здоров'я. -2000. -418 с.

3. Практикум з пропедевтичної педіатрії з доглядом за дітьми / За ред. В.Г. Майданника, К.Д. Дуки.-К.: Знання України, 2002.-356 с.

4. Ситуаційні завдання з педіатрії/ За ред. чл.-кор. АМН України, проф. В.Г. Майданника. -К.: ВБ „Аванпост-Прим”, 2006. -206 с.

5. Майданник В.Г. Педиатрия. Учебник (2-е издание, испр. и доп.). – Харьков: Фолио, 2002. – 1125 с.

6. Тестові завдання з педіатрії /За ред. чл.-кор. АМН України, проф. В.Г. Майданника. -К.: СП „Інтертехнодрук”, 2007. -429 с.

7. Шабалов Н.П. Детские болезни. Учебник. – Питер-Ком, С-Пб., 2002.-1080 с.

8. Шабалов Н.П. Неонатология. В 2-х томах. Спец. л-ра. С-Петербург, 1996,Том 1. 492 с, Том 2.-505 с.

#### **Додаткова література**

1. Аряев М.Л. Неонатология.-Київ: “АДЕФ-Україна”, 2006. -754 с.

2. Безруких М.М., Сонькин В.Д., Фарбер Д.А. Возрастная физиология (Физиология развития ребенка).-М.: Издательский центр «Академия», 2003. -416 с.

3. Здоровый ребенок/Под ред. Б.И. Кузника, О.Г. Максимовой.-3-е изд., перераб. и доп.-М.: Вузовская книга, 2008. -260 с.
4. Інфекційні хвороби у дітей /під ред. С.О.Крамарева. – К.: “Моріон”, 2003. – 480 с. Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років. Наказ МОЗ України №149 від 20.03.2008. -91 с.
6. Майданник В.Г. Избранные лекции по пропедевтической педиатрии.К., 1995.-175 с.
- 7.Майданник В.Г. Основи клінічної діагностики в педіатрії. -К., 1998.-213с.
8. Майданник В.Г. Рахит у детей: Современные аспекты. – Нежин: ООО «Аспект-Поліграф», 2006. – 116 с.
9. Майданник В.Г., Дадакіна М.А. Діагностика порушень фізичного та психічного розвитку дітей.-К., 1995.-124 с.
10. Маркевич В.Е., Майданник В.Г., Павлюк П.О. та ін. Морфофункціональні та біохімічні показники у дітей і дорослих.-Київ-Суми: МакДен, 2002.268 с.
11. Протокол медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною. Наказ МОЗ України №152 від 04.04.2005.-29 с.
12. Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні. Наказ МОЗ України №434 від 29.11.2002.-97 с.
13. Рылова Н.Ю. Новорожденный ребенок.-М.: ЭКСМО, 2008.-352 с.
14. Студеникин М.Я., Ладодо К.С. Питание детей раннего возраста. -Л.: Медицина, 1991.-176 с.
15. Шамсиев Ф.С., Еренкова Н.В. Этика и деонтология в педиатрии. -М.: Издательство: Вузовская книга, 2005.-184 с.
16. Essential Pediatrics /Ed.: D. Hull, D.I. Johnston.-Edinburg: Churchill Livingstone, 2003.-388 pp.
17. Illustrated Textbook of Paediatrics/ Ed.: T. Lissauer, G. Clayden.-Edinburg: Mosby, 2006.-410 pp.
18. Forfar & Arneil’s Textbook of Pediatrics/ Ed.: N.Mc Intosh, P.J. Helms, Smyth, S. Logan.-Edinburg: Churchill Livingstone, 2008. -1687 pp.
19. Rudolf M., Levene M.I. Paediatrics and Child Health. -Wiley-Blackwell, 2006. -432 pp.
20. Willms J.L., Lewis J. Introduction to clinical medicine.-Baltimore: Williams, Wilkins, 1991.-260 pp.

